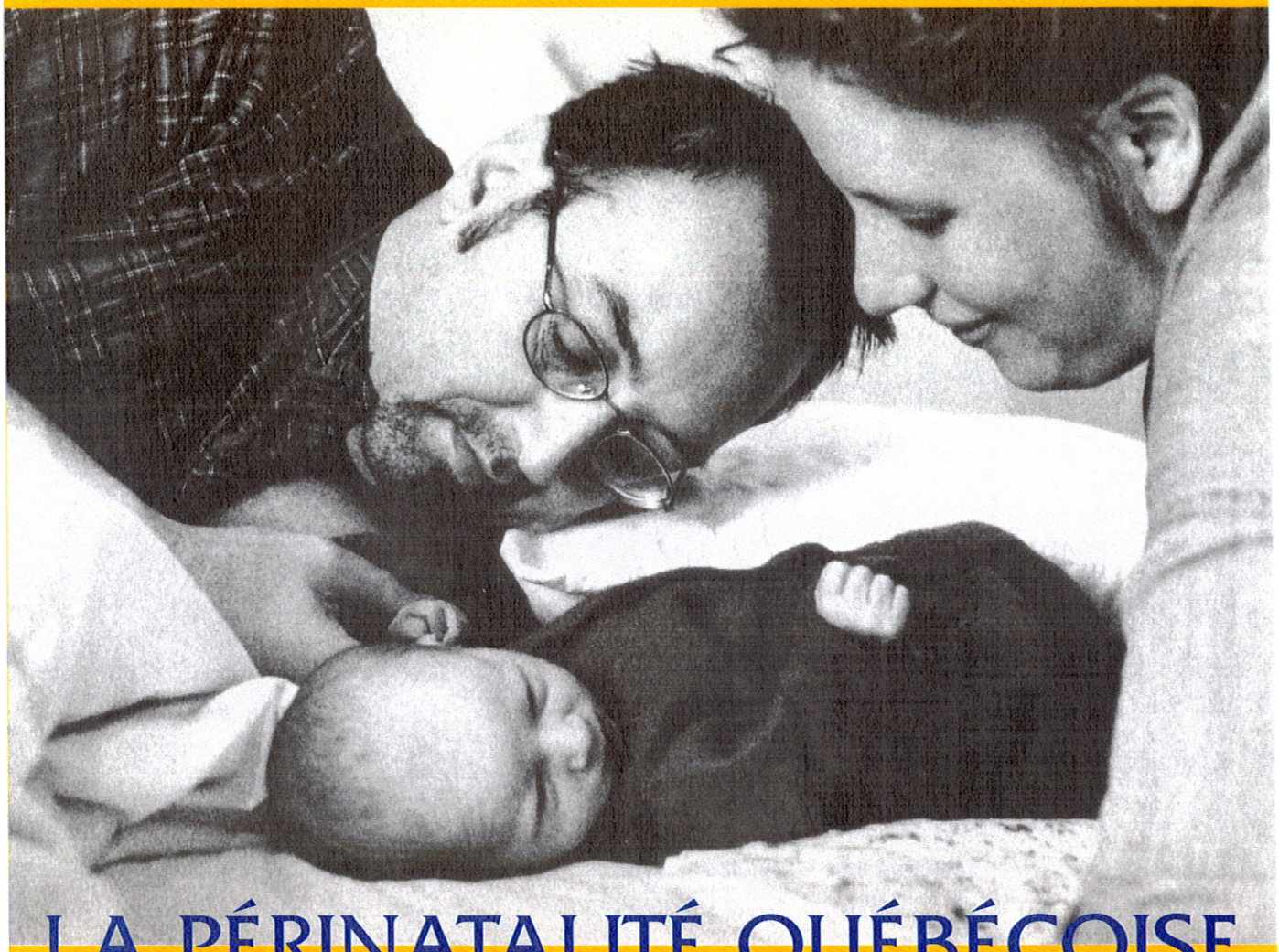
DOCUMENT D'ACCOMPAGNEMENT
BRANCHÉ SUR LA JAP 2000



LA PÉRINATALITÉ QUÉBÉCOISE DEPUIS VINGT ANS

L'Association pour la santé publique du Québec

ASPQ
Éditions

Document d'accompagnement JAP 2000

LA PÉRINATALITÉ QUÉBÉCOISE DEPUIS VINGT ANS

Document d'accompagnement JAP 2000

LA PÉRINATALITÉ QUÉBÉCOISE DEPUIS VINGT ANS

dans le cadre de la 5e Journée annuelle de périnatalité

une initiative de
l'Association pour la santé publique du Québec

Juin 2000

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est un organisme autonome de santé publique à but non lucratif qui a pour mission de promouvoir, améliorer et maintenir la santé et le bien-être de la population québécoise.

DONNÉES DE CATALOGAGE AVANT PUBLICATION

Document de réflexion
La périnatalité québécoise depuis vingt ans
Comprend des références bibliographiques
ISBN 2-920202-38-3
1. Périnatalité 2. Besoins des familles 3. Santé publique

Tous droits réservés. Imprimé au Canada
© ASPQ Éditions
Dépôt légal 2e trimestre 2000
ISBN 2-920202-38-3

DISTRIBUTION
ASPQ
819, Roy Est
Montréal (Québec) H2L 1E4
Téléphone : (514) 528-5811
Télécopieur : (514) 528-5590
Courriel : aspq@videotron.ca
Site Web : http://pages.infinit.net/aspq

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	9
2.	Une photo : la périnatalité du point de vue de la recherche et des statistiques	11
2.1	Le Québec périnatal en chiffres	13
2.2	L'insuffisance de poids à la naissance, la prématurité et la mortalité	16
2.3	Les interventions obstétricales	19
2.4	L'évolution des pratiques en centre hospitalier	23
2.5	La durée de l'hospitalisation	26
2.6	Le tour d'horizon des rencontres prénatales	29
2.7	La sage-femme : la nouveau-née du réseau	32
2.8	L'évolution de la place du père	36
2.9	La grossesse à l'adolescence : une problématique qui confronte	39
2.10	La léthargie de l'allaitement : qu'est-ce qu'on attend pour réagir?	42
3.	Une vidéo : la périnatalité du point de vue des parents et de leurs besoins	47
3.1	La satisfaction garantie ou besoin remis!	49
3.2	Des parents nous offrent une tranche de leur vie	52
3.3	Vers l'hôpital, sur la route du normal	54
3.4	Deux dans un! Une famille recomposée	58
3.5	Être mère et père à la fois! Famille monoparentale	61
3.6	Un rêve brisé? Naissance d'une enfant handicapée	64
3.7	Ce qu'on ne dit pas! Mère et bébé victimes de violence conjugale	68
3.8	Ma sage-femme, ma complice	71
3.9	En somme, les parents...	74
4.	Une chronique : le point de vue éditorial de l'ASPQ	77
5.	Bibliographie	86

Note : Pour faciliter la lecture de ce document, le féminin inclut généralement le masculin.

REMERCIEMENTS

Au nom de l'Association pour la Santé Publique du Québec, nous tenons à remercier :

- les responsables régionales de la JAP 2000 qui ont conçu le canevas de la Journée annuelle de périnatalité et de son document ;
- Mireille Bouffard et Lysane Grégoire pour leur temps et leur plume passionnée pour le sujet, elles-mêmes jeunes mères impliquées dans le changement des services en périnatalité ;
- Sylvie Montreuil, du ministère de la Santé et des Services sociaux, et Hélène Vadeboncoeur, étudiante au doctorat, pour le généreux partage de leurs recherches avec nous ;
- Lori Kirschner, de la permanence de l'ASPQ, qui a mis son cœur et ses oreilles à la transcription des entrevues.
- les membres du comité de lecture qui n'ont pas compté leurs heures de lecture, de relecture et de discussion ;

Par ailleurs, plus que tout, nous remercions les parents qui ont partagé avec nous toute la richesse de leur expérience et qui, tout en nous dévoilant leurs besoins et leurs attentes, ont reconnu le travail des intervenantes. Dans un souci de poursuivre la construction de services adaptés au parents dans le futur, ils nous ont généreusement offert un souhait pour toutes les intervenantes.

Ne voulant oublier personne, nous remercions aussi toutes celles et tous ceux qui nous ont fait parvenir des documents de recherche, des informations complémentaires, des références et leurs commentaires sur les multiples versions du présent document.

Le document d'accompagnement a été produit grâce à la participation financière du ministère de la Santé et des Services sociaux, de même que du ministère de la Famille et de l'Enfance.

*****

COMITÉ DE LECTURE : Hélène Cornellier, Nicole Mercier, Monique Séguin, Hélène Vadeboncoeur et Hélène Valentini

COORDINATION : Hélène Cornellier et Benoit Sévigny

RECHERCHE ET RÉDACTION : Mireille Bouffard et Lysane Grégoire avec la participation de Sylvie Montreuil, MSSS (points 2.1 à 2.3, 2.5) et de Hélène Vadeboncoeur (points 2.4 et 2.5), de même que Hélène Cornellier pour l'éditorial.

CORRECTION : Hélène Cornellier, Hélène Valentini et Benoit Sévigny

MISE EN PAGE : Benoit Sévigny et Lysane Grégoire

PRODUCTION ET DISTRIBUTION : Association pour la Santé Publique du Québec

- 1 -
INTRODUCTION

Il y a 20 ans, l'Association pour la santé publique du Québec organisait, avec ses partenaires, les colloques régionaux *Accoucher… ou se faire accoucher?* Depuis, le portrait de la périnatalité a bien changé au Québec, quelle que soit la lorgnette par laquelle on l'observe, que ce soit du côté des nouveau-nés, des intervenants, des services, des soins ou des lieux de pratique.

À cet effet, la 5e Journée annuelle de périnatalité, la JAP 2000, a pour objectif de dresser un bilan de l'évolution des pratiques périnatales et de présenter des perspectives d'avenir pour répondre aux besoins des femmes enceintes et des familles. Avec son thème, *En l'an 2000, branchés sur les nouvelles familles québécoises*, cette journée de la périnatalité porte sur les besoins des femmes et des familles dans leur réalité et face à celle du réseau de la santé et des services sociaux. Elle vise aussi à déterminer les pratiques à mettre en place ou à consolider en périnatalité, durant les années à venir.

Sans prétendre à l'exhaustivité, le document d'accompagnement de la JAP que vous entreprenez de lire, est à la fois une photo de la périnatalité québécoise, à partir des statistiques et de la recherche, et une vidéo de la vision des parents des services reçus. Enfin, ce bilan ouvre sur des enjeux, des perspectives et des actions qui seront discutés dans chaque région lors de la journée annuelle de périnatalité en juin 2000.

Déjà, au moment de l'organisation de cette journée, ce document a soutenu les comités régionaux dans le choix des activités les plus susceptibles d'engendrer des regards critiques comme des nouveaux projets afin d'améliorer les services dans leur milieu. À compter de maintenant, il vous permet de visualiser un portrait général de la périnatalité au Québec tout en jaugeant des problématiques particulières que nous avons choisi de cibler, entre autres l'allaitement, la grossesse à l'adolescence et l'évolution du rôle du père. De plus, ces données vous serviront à mieux saisir le portrait de votre région, mais aussi en rapport avec les autres régions. Se comparer nous fait reconnaître à la fois les pas effectués dans tel ou tel domaine et ceux à faire pour atteindre notre objectif de santé et de mieux-être pour les femmes et leur famille.

Par ailleurs, pour s'assurer de la pertinence de nos actions, quoi de mieux que de partir des besoins exprimés par les principales intéressées, les familles, dont quelques-unes nous offrent gracieusement un témoignage pour nous donner le goût de les écouter. À travers les entrevues effectuées auprès de femmes et de couples, nous entendons leurs expériences, les difficultés rencontrées et les besoins, comblés ou non. Ils nous offrent en nous laissant, souvent bien à contrecœur car ils nous en auraient dit encore et encore, des souhaits pour susciter des changements dans les services.

Enfin, le promoteur de la JAP 2000, l'Association pour la santé publique du Québec donne son point de vue sur les changements et les enjeux observés et sur l'orientation générale que les services en périnatalité devraient suivre pour bien répondre aux besoins des parents d'aujourd'hui et de demain.

- 2 -

UNE PHOTO

LA PÉRINATALITÉ DU POINT DE VUE DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES

Dans le cadre de cette partie, nous parcourons dix thématiques qui nous sont apparues pertinentes afin de brosser un portrait de la périnatalité au Québec depuis le début des années 1980. Bien sûr, il s'agit d'un tableau imparfait puisque d'autres thématiques auraient pu s'y retrouver. Néanmoins, les prochaines pages susciteront, nous l'espérons, une réflexion sur son évolution et sur quelques-unes des problématiques actuelles.

Ce document se voulant pratique et agréable à consulter, les différentes références ne sont pas citées au long du texte à la manière d'une étude, mais plutôt clairement listées à la fin des sections correspondantes. Par ailleurs, une bibliographie complémentaire permet de trouver des informations plus complètes ou plus pointues sur les différents thèmes abordés.

Les sources utilisées sont multiples. Ainsi, les quatre premières sections de la présente partie sont élaborées à partir des données statistiques provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les rencontres prénatales ont quant à elles été scrutées à travers une enquête menée dans la région de Lanaudière. La pratique sage-femme est présentée à partir notamment de la *Loi sur les sages-femmes*, du point de vue du Conseil d'évaluation des projets-pilotes et du *Bilan des usagères*. L'exposé sur le père a été alimenté d'une revue de littérature et d'études réalisées à partir d'entrevues individuelles. Le portrait de la grossesse à l'adolescence est brossé principalement à partir d'un vaste exercice de consultation des intervenants œuvrant auprès de cette clientèle. Enfin, plusieurs études régionales et nationales, ainsi que des expériences spécifiques, nous ont permis de cerner la situation actuelle de l'allaitement au Québec. Notons par ailleurs que la *Politique de périnatalité du Québec (1993)* a servi de référence générale tout au long du document.

Toutes ces données proviennent de sources variées tant au plan géographique qu'au niveau des échantillons de population étudiés. Pour aborder certaines problématiques, nous considérons parfois des études couvrant le Québec et d'autres fois seulement une région en particulier selon la documentation rendue disponible, notamment par les comités régionaux de la JAP. S'il est permis de présumer que les tendances relevées dans une région s'étendent généralement au reste de la population, la vigilance à cet égard est certes de mise. En fait, lorsque les données d'une étude régionale ont une portée résolument locale (par exemple la disponibilité de rencontres prénatales), les variations possibles pour les autres régions sont telles que ces données ne sont pas considérées.

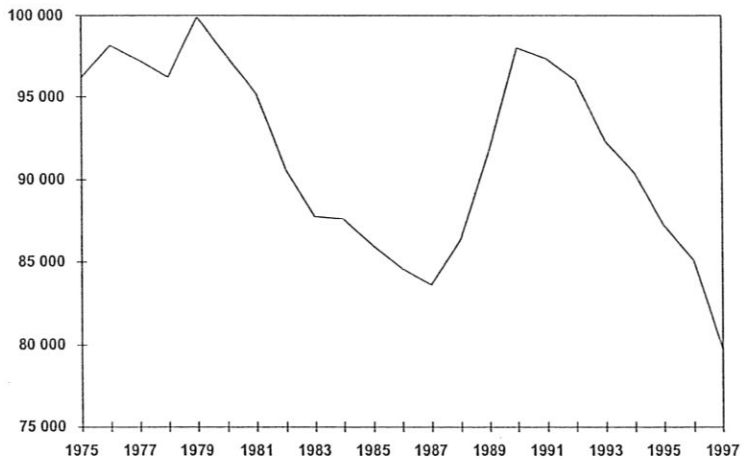
La plupart des sections de cette partie se terminent par des perspectives d'avenir recueillies au fil de la recherche. Ces pistes d'action ont été retenues parce qu'elles nous semblaient prometteuses, porteuses de changements souhaités, et faisaient preuves de réalisme.

- 2.1 -
LE QUÉBEC PÉRINATAL EN CHIFFRES

UN NOMBRE DE NAISSANCES EN MONTAGNES RUSSES | Du haut de ses 99 893 naissances en 1979, le Québec se préparait aux colloques *Accoucher... ou se faire accouche?* S'amorça alors une évolution bien particulière : importante baisse du nombre des naissances avec un creux de 83 600 en 1987, remontée jusqu'à 98 013 en 1990 et re-descente en flèche depuis lors avec 79 724 naissances en 1997. Depuis 1991, le nombre de naissances est en baisse dans toutes les régions, sauf dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre de naissances vivantes, Québec 1975-1997



Source : Fichier des événements démographiques (naissances)

QUE S'EST-IL PASSÉ? | Le nombre de naissances dépend de deux facteurs : le nombre de femmes en âge de procréer et leur taux de fécondité (nombre de naissances par 100 femmes en âge de procréer). Le taux de fécondité est lui-même influencé par plusieurs choses, dont le climat social et économique.

LES BABY BOOMERS VIEILLISSENT | En fait, les femmes de cette génération ont presque toutes dépassé l'âge de procréer, d'où la chute importante du nombre de naissances. La dernière remontée peut probablement être attribuée à une hausse de fécondité, soit la dernière chance saisie par les baby boomers entendant le «gong» de l'horloge biologique.

UN PROFIL DES MÈRES QUI CHANGE | Elles ont leurs enfants de plus en plus tard dans leur vie, comme en témoigne l'âge moyen : 26,5 ans en 1982 et 28,3 ans en 1997. Le nombre de nouveau-nés dont la mère est âgée de 35 ans ou plus a plus que doublé : 5,3 % en 1982 contre 12,4 % en 1997. Par contre, la proportion des naissances de mères adolescentes n'a guère varié. En 1997, 1,3 % des nouveau-nés ont une mère âgée de 17 ans ou moins et 3,4 % ont une mère âgée de 18 ou de 19 ans.

TABLEAU 1

Évolution du nombre de naissances vivantes
selon la région de résidence de la mère, Québec 1991-1997

Région	1991	1997	Variation 1991-1997	
	nombre		nombre	%
01 - Bas St-Laurent	2 467	1 813	-654	-26,5
02 - Saguenay-Lac-St-Jean	3 883	2 860	-1 023	-26,3
03 - Québec	7 572	6 177	-1 395	-18,4
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	6 031	4 791	-1 240	-20,6
05 - Estrie	3 696	3 125	-571	-15,4
06 - Montréal-Centre	23 902	21 323	-2 579	-10,8
07 - Outaouais	4 581	3 673	-908	-19,8
08 - Abitibi-Témiscamingue	2 399	1 854	-545	-22,7
09 - Côte-Nord	1 536	1 188	-348	-22,7
10 - Nord-du-Québec	320	242	-78	-24,4
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	1 315	929	-386	-29,4
12 - Chaudière-Appalaches	5 036	3 998	-1 038	-20,6
13 - Laval	4 638	3 695	-943	-20,3
14 - Lanaudière	5 268	4 086	-1 182	-22,4
15 - Laurentides	6 101	5 297	-804	-13,2
16 - Montérégie	18 044	14 113	-3 931	-21,8
17 - Nunavik	296	262	-34	-11,5
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	263	298	35	13,3
Le Québec	97 348	79 724	-17 624	-18,1

Source : Fichier des événements démographiques (naissances)

SCOLARITÉ MATERNELLE | Les mères sont plus scolarisées, leur niveau moyen de scolarité passant, entre 1982 et 1997, de 12,0 à 13,5 années. Malgré cela en 1997, plus d'un nouveau-né sur dix (13,6 %) a une mère qui n'a pas complété avec succès sa onzième année de scolarité.

NATIONALITÉ MATERNELLE | En 1997, la majorité (68 849, soit 86 %) des nouveau-nés ont une mère native du Québec ou du Canada. Les autres pays d'origine les plus souvent rencontrés sont : Haïti (1 315 naissances), Liban (643), États-Unis (526), France (516), Maroc (425), Viet-Nam (381), Chine (297), Philippines (260), Algérie (245) et Inde (242).

NAISSANCES MULTIPLES | En 1997, 2,26 % des bébés sont des jumeaux ou des jumelles et 0,75 % des triplés (1,95 % et 0,04 % en 1982). L'augmentation du nombre de naissances multiples est en partie liée à l'utilisation de nouvelles techniques de fécondation médicalement assistée.

ASSISTANCE PROFESSIONNELLE À L'ACCOUCHEMENT | Toujours en 1997, la quasi-totalité (99 %) des naissances est assistée par un médecin, et la sage-femme est l'intervenante principale lors de 0,9 % des naissances.

LES LIEUX DE NAISSANCE | Les accouchements ont presque tous lieu dans un centre hospitalier ou, en région éloignée, dans un dispensaire ou dans un centre de santé. Les autres naissances se passent en maison de naissances (657, soit 0,8 %) ou au domicile (179, soit 0,2 %). Les naissances hors du Québec représentent 1,2 % des naissances.

LES NAISSANCES AU QUÉBEC, COUP D'OEIL VERS L'AVENIR |

Quant au nombre de naissances :
Selon l'Institut de la statistique du Québec, le nombre de naissances devrait poursuivre sa chute jusqu'au tournant du siècle et se stabiliser pendant une vingtaine d'années, à l'image du nombre de femmes en âge de procréer. On aurait alors entre 70 000 et 75 000 naissances par année. Aucune indication ne permet d'envisager une remontée de la natalité pour les années qui viennent.

Quant à l'assistance professionnelle à l'accouchement :
En 1996-97, les accouchements ont été assistés dans une proportion estimée à 40% par un omnipraticien et 60% par un médecin spécialiste. Cependant, l'obstétrique étant une spécialité intéressant de moins en moins de jeunes médecins, on peut s'attendre à voir la proportion se modifier au profit des omnipraticiens. Par ailleurs, avec la légalisation de la pratique sage-femme et la formation de cette intervenante offerte à l'Université du Québec à Trois-Rivières, nous assisterons lentement, mais sûrement, à une progression des accouchements assistés par une sage-femme.

Quant aux lieux de naissance :
Dans les années à venir, les femmes continueront majoritairement à accoucher dans les hôpitaux où les services sont transformés de plus en plus pour intégrer l'ensemble des soins dans un même lieu, les chambres de naissance. Par ailleurs, les maisons de naissance poursuivront leurs activités là où elles existent déjà. De nouvelles maisons pourraient voir le jour dans les prochaines années à la demande des familles et des intervenantes, comme c'est le cas actuellement dans les Laurentides, en Montérégie et en Mauricie. Quant au domicile, les sages-femmes pourront assister les femmes dans ce lieu d'accouchement dès que les conditions de pratique seront déterminées par règlement de l'Ordre des sages-femmes du Québec.

SOURCE

Montreuil Sylvie, *Vingt ans de périnatalité en chiffres*, document de travail, MSSS, Service du développement d'indicateurs, été 1999.

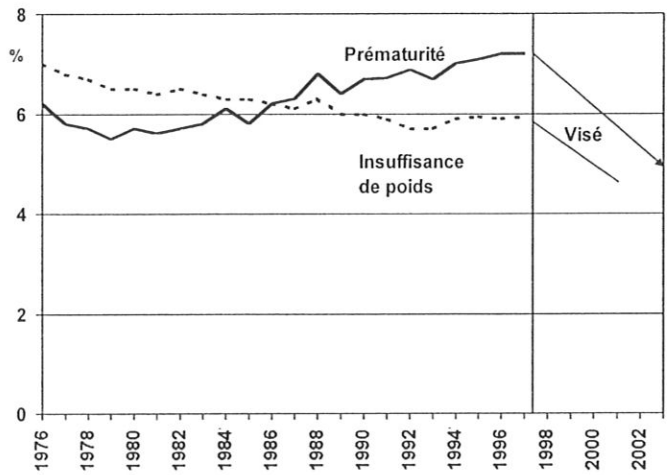
- 2.2 -
L'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE, LA PRÉMATURITÉ ET LA MORTALITÉ

UN BON DÉPART | Naître à terme (après 37 semaines de gestation) et de poids adéquat (au moins 2 500 grammes) aident à un meilleur départ dans la vie. L'insuffisance de poids à la naissance (IPN) est souvent considérée comme un bon indicateur du niveau de vie et de la redistribution de la richesse au sein d'une société.

L'IPN ET LES FACTEURS DE RISQUE | Ces facteurs sont bien documentés : tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues, alimentation déficiente, pauvreté, maigreur avant la grossesse, antécédents de faible poids, mauvaise santé de la mère, anomalie congénitale du bébé.

GRAPHIQUE 2

Évolution du taux d'insuffisance de poids et de prématurité, objectif visé en 2002, Québec 1976-1997



Source : Fichier des événements démographiques (naissances)

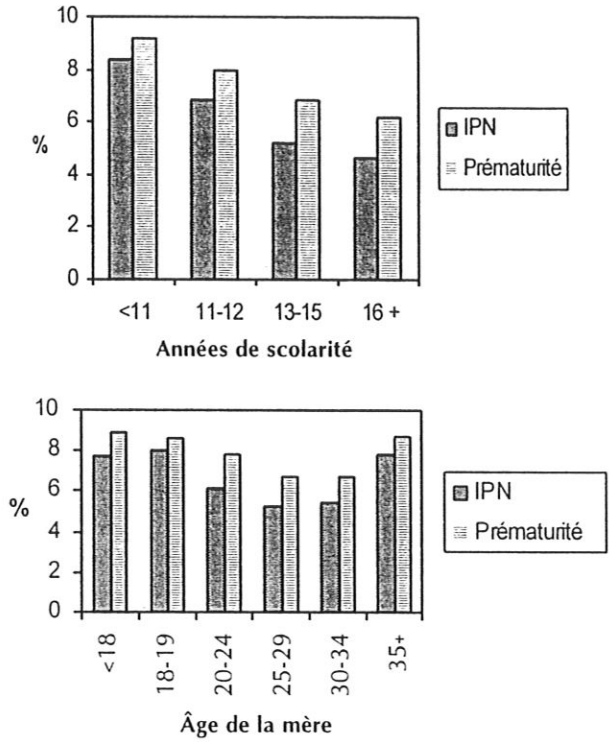
DE BONS GROS POUPONS | Alors qu'au Québec le taux d'insuffisance de poids à la naissance a diminué lentement mais régulièrement pendant 20 ans, à 8,0 % en 1975, il stagne depuis une décennie affectant 6,0 % de toutes les naissances vivantes en 1997. Les enfants sont de plus en plus lourds à la naissance, quelle que soit leur durée de gestation, ce qui est un bon signe.

POURQUOI LA PRÉMATURITÉ S'OBSTINE-T-ELLE À SUIVRE UN AUTRE CHEMIN QUE L'INSUFFISANCE DE POIDS? | Le taux de prématurité est effectivement en hausse depuis plus de 15 ans (5,5 % en 1979 et 7,3 % en 1997). On commence à peine à comprendre pourquoi. Outre les facteurs prédisposants connus, il semble qu'au Québec, tout comme au Canada d'ailleurs, une nouvelle philosophie se soit installée et selon cette hypothèse, la prématurité serait en partie «induite». Grosso modo, on tient à peu près ce langage : «Vaut mieux provoquer la naissance avant terme

d'un fœtus dont le développement semble compromis in utero ... Vaut mieux un prématuré qu'un mort-né ... La durée normale d'une grossesse multiple est de moins de 40 semaines ... Évitons les naissances post-terme puisque le taux de mortalité remonte en post-terme ...»

GRAPHIQUE 3

Insuffisance de poids et prématurité selon le niveau de scolarité et l'âge de la mère, Québec 1997-1998



Source : Fichier des événements démographiques (naissances)

EST-CE LA FAUTE AUX JUMEAUX? | À elles seules, les naissances de jumeaux et de jumelles expliquent-elles une bonne partie de la hausse de la prématurité? Elles sont plus fréquentes qu'avant, notamment à cause des nouvelles techniques de fécondation médicalement assistées et l'augmentation de la prématurité dans ce groupe.

LES POPULATIONS À RISQUE | Quoi qu'il en soit, la prématurité et l'insuffisance de poids sont plus aigus dans certains groupes : en milieu défavorisé, parmi les enfants nés de mères adolescentes ou de mères âgées de 35 ans ou plus, parmi les enfants de mères fumeuses, etc. L'objectif de la politique de périnatalité ne sera vraisemblablement pas atteint en 2003 (moins de 4 % d'IPN et moins de 5 % de prématurité).

DES TAUX DE MORTALITÉ RESPECTABLES | Notre capacité à faire survivre nos enfants âgés de moins d'un an est remarquable, si bien que le Québec fait excellente figure tant sur le plan canadien que sur le plan international. Les taux de mortalité foeto-infantile ont baissé depuis vingt ans, mais leur récente stagnation est trompeuse. Elle cache l'effet d'une meilleure déclaration de la naissance des très grands prématurés, de poids inférieur à 500 grammes. Ils sont peu nombreux, mais comme plus de 90 % d'entre eux décèdent en moins de quelques heures ou de quelques jours, cela affecte énormément les taux de mortalité. Si la déclaration n'avait pas changé, les taux de mortalité auraient encore baissé.

TABLEAU 2

Prématurité et insuffisance de poids à la naissance (1997), mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité infantile (1993-1997)
Variations selon la région de résidence de la mère

Région sociosanitaire	Naissances vivantes nombre	Prématurité %	Insuffisance / poids %	Mortinatalité %	Mortalité néonatale %	Mortalité infantile %
01 - Bas St-Laurent	1 813	7,7	6,7	3,8	4,4	6,5
02 - Saguenay-Lac-St-Jean	2 860	6,7	5,5	4,5	5,0	6,5
03 - Québec	6 177	7,4	5,6	3,9	4,1	5,3
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	4 791	6,9	5,7	4,5	4,5	6,3
05 - Estrie	3 125	8,2	6,7	4,6	3,2	5,1
06 - Montréal-Centre	21 323	7,2	6,1	4,3	3,9	5,7
07 - Outaouais	3 673	6,8	6,0	3,1	3,6	5,4
08 - Abitibi-Témiscamingue	1 854	6,8	5,6	3,6	3,9	6,2
09 - Côte-Nord	1 188	8,1	6,5	5,0	3,8	6,1
10 - Nord-du-Québec	242	6,2	5,0	5,1	3,7	5,9
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	929	9,0	8,1	6,6	4,0	4,7
12 - Chaudière-Appalaches	3 998	6,9	5,6	4,4	3,2	4,5
13 - Laval	3 695	7,1	5,8	3,7	2,7	4,1
14 - Lanaudière	4 086	7,7	5,6	3,8	3,8	5,4
15 - Laurentides	5 297	7,8	6,0	3,0	3,8	4,8
16 - Montérégie	14 113	7,3	6,0	4,0	3,3	4,7
17 - Nunavik	262	11,8	5,7	4,4	10,4	19,3
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	298	4,0	2,0	1,9	5,2	11,0
Le Québec	79 724	7,3	6,0	4,1	3,8	5,4

Notes : En raison du petit nombre de décès, la mortalité régionale a été calculée sur un bloc de plusieurs années.

Mortinatalité : nombre d'enfants ne présentant aucun signe de vie à la naissance, et pesant plus de 500 grammes, pour 1 000 naissances vivantes et mortinaissances.

Mortalité néonatale : nombre de décès avant l'âge de 28 jours, pour 1 000 naissances vivantes.

Mortalité infantile : nombre de décès avant l'âge d'un an, pour 1 000 naissances vivantes

Source : Fichier des événements démographiques (naissances, mortinaissances et décès). Calculs de l'ISQ et du MSSS

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Quant à l'insuffisance de poids à la naissance, à la mortalité et à la prématurité des nouveau-nés, il y a lieu de poursuivre les objectifs de la Politique de périnatalité pour 2003 en mettant en action les moyens proposés tels que :

- Assurer un environnement favorable;
- Offrir une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins des futurs parents et des familles;
- Développer des approches novatrices;
- Soutenir l'intervention, entre autres par la formation des intervenants;
- Planifier, organiser et intervenir en concertation, parents - famille - intervenants du réseau et communautaire - milieu de vie.

SOURCE

Montreuil Sylvie, *Vingt ans de périnatalité en chiffres*, document de travail, MSSS, Service du développement d'indicateurs, été 1999.

- 2.3 -
LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

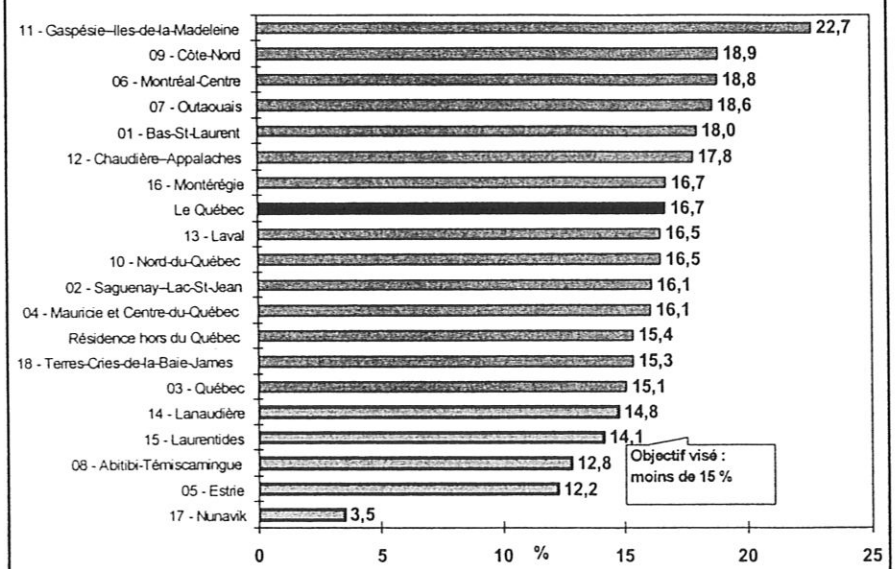
À L'AUBE DES ANNÉES 80, ON A SONNÉ L'ALARME | L'atmosphère était alors à l'inquiétude et au militantisme, en raison de l'utilisation «généreuse» de certaines interventions obstétricales au Québec et en Amérique du Nord, par rapport aux pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE).

TAUX DE CÉSARIENNES PRÉOCCUPANT | Le taux de césarienne était de 12,9% en 1979-1980. Il a grimpé jusqu'à atteindre un sommet (19,5%) en 1987-1988 avant de redescendre et de se stabiliser à près de 16,7% depuis quatre ans. La baisse du taux est surtout attribuable à la popularité grandissante de l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Le dicton «Césarienne un jour, césarienne toujours» est en voie de perdre sa place puisque 38,5% des femmes éligibles ont eu un AVAC en 1997-1998, contre 2,4% en 1982-1983; toutefois, la vigilance s'impose et il reste encore beaucoup de place à amélioration. Le taux de césarienne croît avec l'âge de la mère et il tend à diminuer parmi les femmes dont la grossesse est à terme. De plus, lors de présentation de siège, il ne cesse d'augmenter; en 1997-98, près de 9 sièges sur 10 se concluent par une césarienne.

VARIATIONS MARQUÉES DU TAUX DE CÉSARIENNES SELON LES RÉGIONS | Cinq régions (05, 08, 14, 15 et 17) ont atteint un taux inférieur à 15%, soit la borne supérieure de l'objectif visé dans la *Politique de périnatalité*. Le Nunavik, l'Estrie et la région des Laurentides maintiennent d'ailleurs un bas taux depuis des années. Les taux les plus élevés sont observés dans les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord qui avaient pourtant respectivement un taux de 13,7% et de 15,5% deux ans auparavant. La région de Montréal-Centre a un taux traditionnellement élevé.

GRAPHIQUE 4

Taux de césarienne selon la région de résidence de la mère, Québec 1997-1998



Source : Fichier Med-Écho

DES PROGRÈS ENCOURAGEANTS | L'anesthésie péridurale a progressivement remplacé l'anesthésie générale lors de la césarienne passant de 30,1% en 1982 à 84,4% en 1998. Le recours à l'épisiotomie n'est plus autant routinier. En 1982, près des trois-quarts des femmes en avaient une lors de leur accouchement vaginal. De nos jours, son utilisation plus judicieuse a ramené la proportion à une femme sur trois. Cependant, il y a encore place à amélioration.

AU REVOIR FORCEPS, BONJOUR VENTOUSES! | Les ventouses se substituent progressivement aux forceps, ces derniers n'étant utilisés que dans 5% des accouchements contre 20% quinze ans plus tôt. Les ventouses, quasi absentes en 1982, sont utilisées dans 11% des accouchements vaginaux en 1997-1998. Il y a lieu de se questionner sur le progrès réel qu'amène cette permutation de technique; quoi qu'il en soit, le taux d'extraction mécanique demeure stable depuis le début des années 1990.

TABLEAU 3

Évolution de certains interventions obstétricales,
Québec 1982-1983 à 1997-1998

	Taux de césarienne	AVAC	César. lors de présentation par le siège	César. sous péridurale	Accouchements par voie vaginale			
					Épisio.	Forceps	Ventouses	Forceps et/ou vent.
	%	%	%	%	%	%	%	%
1982-1983	17,0	2,4	69,2	30,1	72,2	20,1	0,9	21,0
1986-1987	19,0	5,6	77,7	37,6	66,9	13,9	4,1	17,8
1991-1992	17,4	31,2	84,1	56,2	56,7	8,4	9,2	16,9
1992-1993	17,0	33,1	84,8	61,8	52,5	7,9	9,4	16,5
1993-1994	16,9	34,6	85,7	67,2	48,0	7,3	9,5	16,0
1994-1995	16,7	37,4	85,9	72,3	43,0	6,5	10,1	16,0
1995-1996	16,4	37,4	84,8	77,2	38,6	6,0	10,5	15,9
1996-1997	16,7	37,8	85,1	81,8	36,1	5,3	10,8	15,6
1997-1998	16,7	38,5	86,7	84,4	34,8	5,1	11,5	16,1

Source : Fichier Med-Écho

LE RÈGNE DE L'ANESTHÉSIE | Parmi les femmes qui accouchent par voie vaginale, plus de 80% le font sous anesthésie, et cette proportion ne varie guère depuis 1982. L'anesthésie péridurale gagne du terrain aux dépens de l'anesthésie locale, maintenant aussi utilisées l'une que l'autre. Il est intéressant de noter que selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'accouchement sous péridurale n'est pas considéré comme un accouchement normal.

UNE GRANDE DISPARITÉ INTERRÉGIONALE | Les racines de cette disparité sont difficiles à saisir. La bonne pratique commande de diriger les femmes et les nouveau-nés à risque élevé vers les centres hospitaliers offrant des services spécialisés et, au besoin, vers les régions qui hébergent ces centres d'excellence. L'analyse des données par région de soins (là où a lieu l'accouchement) comporte donc le problème du transfert de risque : plus une région «exporte» ses femmes à risque, plus ses taux de césarienne sont bas! Cette disparité existe aussi au sein même des régions, d'une institution à l'autre et même d'une équipe de travail à l'autre, les façons de faire diffèrent et se reflètent sur les taux de césariennes comme des autres interventions.

L'examen des interventions obstétricales selon la région de résidence de la mère, nonobstant l'endroit où elle a accouché, permet de contourner ce biais. Les raisons qui peuvent expliquer les écarts d'une région de résidence à une autre sont alors bien souvent reliées à la philosophie et aux habitudes de pratique de ceux qui offrent et organisent les soins et services et parfois aussi aux caractéristiques des mères et des nouveau-nés. Dans le tableau ci-dessous, il faut garder en mémoire que le portrait de deux régions est incomplet, soit l'Outaouais et la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, puisque près d'une résidente sur dix accouche dans la province voisine.

TABLEAU 4

Interventions obstétricales selon la région de résidence de la mère, Québec 1997-1998

	Accouchements	Taux de césarienne	AVAC	César. sous péridurale	Accouchements par voie vaginale			
					Épisio.	Forceps	Ventouses	Forceps et/ou vent.
Région sociosanitaire	nombre	%	%	%	%	%	%	%
01 - Bas St-Laurent	1 752	18,0	32,3	78,7	52,2	2,2	13,8	15,0
02 - Saguenay-Lac-St-Jean	2 870	16,1	38,1	70,6	43,0	3,0	16,8	19,0
03 - Québec	5 963	15,1	42,0	92,1	35,1	4,9	20,3	25,1
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	4 705	16,1	37,9	87,2	32,9	3,6	15,6	18,7
05 - Estrie	2 955	12,2	46,9	82,8	39,7	13,9	6,6	20,4
06 - Montréal-Centre	20 085	18,8	37,7	85,8	32,3	6,2	6,9	12,8
07 - Outaouais	2 893	18,6	25,3	78,7	34,4	3,4	12,0	15,4
08 - Abitibi-Témiscamingue	1 739	12,8	60,7	78,0	23,8	5,9	10,2	15,3
09 - Côte-Nord	1 208	18,9	34,5	76,3	26,9	4,0	11,3	14,2
10 - Nord-du-Québec	243	16,5	57,1	70,0	21,7	5,9	9,4	14,8
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	781	22,7	22,0	76,3	33,1	4,0	12,1	16,1
12 - Chaudière-Appalaches	3 862	17,8	34,7	89,2	38,9	3,2	18,7	21,6
13 - Laval	3 567	16,5	34,3	79,9	28,1	4,9	16,9	20,1
14 - Lanaudière	3 937	14,8	45,1	90,0	43,8	2,8	8,3	10,6
15 - Laurentides	4 967	14,1	38,6	83,9	25,9	3,6	14,9	17,1
16 - Montérégie	13 739	16,7	38,8	84,6	39,4	5,2	9,4	14,2
17 - Nunavik	255	3,5	25,0	100,0	3,7	0,4	1,6	2,0
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	300	15,3	46,5	60,9	10,2	7,9	2,8	10,6
Résidence hors du Québec	547	15,4	37,2	84,5	27,2	6,3	8,4	14,0
Le Québec	76 368	16,7	38,5	84,4	34,8	5,1	11,5	16,1

Source : Fichier Med-Écho

L'AVAC | Les femmes de l'Abitibi-Témiscamingue, du Nord-du-Québec, de l'Estrie, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Lanaudière sont celles qui ont le plus fréquemment recours à l'AVAC.

LA PÉRIDURALE | Les femmes qui ont une césarienne l'ont plus fréquemment sous péridurale si elles habitent la région du Nunavik, de Québec, de Lanaudière ou de Chaudière-Appalaches.

Par ailleurs, malgré l'absence de données pour l'ensemble du Québec, il est clair que la péridurale tend de plus en plus à faire partie de l'accouchement «normal». À titre d'exemple, depuis 1998, 8 femmes sur 10 donnent naissance sous péridurale en Estrie.

L'épisiotomie | Quant aux accouchements par voie vaginale, on remarque que l'épisiotomie est peu utilisée auprès des femmes des régions nordiques et de l'Abitibi-Témiscamingue.

Forceps et ventouses | Ce sont les femmes du Nunavik, de Lanaudière, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal-Centre qui sont les plus susceptibles d'accoucher sans forceps ni ventouses.

Quelques perspectives d'avenir | Chaque région et établissement doivent poursuivre les progrès enregistrés depuis les années 80 et en regard de toutes les interventions. Pour cela, pourquoi ne pas :

- Tenter d'imiter le plus bas taux d'une région pour chacune des interventions. Par exemple, si les taux d'épisiotomie pour quelques régions tournent autour de 21 à 25%, alors pourquoi ne pas encourager les autres à en faire autant;
- Questionner ensemble tous les intervenants impliqués et les pratiques afin de déterminer à quels besoins elles répondent : ceux du milieu, des intervevants, des parents ou de la situation;
- Assurer la formation de tous les intervenants;
- Donner du soutien aux parents plutôt que de suggérer une technique ou une pratique telle que l'induction ou la péridurale.

Sources

Montreuil Sylvie, *Vingt ans de périnatalité en chiffres*, document de travail, MSSS, service du développement d'indicateurs, été 1999.

- 2.4 -
L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN CENTRE HOSPITALIER

LES CONTRACTIONS, D'UN HÔPITAL À L'AUTRE | Les pratiques hospitalières, les soins de routine et les installations physiques dans des services d'obstétrique varient d'un centre hospitalier à l'autre.

Deux études ont retenu notre attention afin de mieux visualiser le parcours de la femme qui accouche à l'hôpital, depuis son admission en travail jusqu'au début de la période post-partum. Il s'agit de l'enquête de l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) menée en 1993 auprès des centres hospitaliers (taux de réponse au Québec: 81,9%) et de l'enquête menée en 1998 par la Table de concertation des infirmières en périnatalité de Montréal-Centre (tous les centres hospitaliers de cette région plus les centres hospitaliers Le Gardeur, Cité de la Santé et Anna Laberge). Bien que cette dernière n'offre le portrait plus détaillé que d'une région du Québec, elle constitue un apport intéressant pour les autres régions qui veulent poursuivre la réflexion sur ce qui se passe dans leur coin de pays.

LES ÉTRIERS CÈDENT LEUR PLACE À LA CHAMBRE DE NAISSANCE | Depuis le milieu des années 80, le mouvement de rénovation ou de construction des services d'obstétrique s'accentue. Les chambres de naissance, où s'effectuent le travail et l'accouchement, deviennent monnaie courante. Pourtant, en 1993 la moitié des bébés viennent encore au monde en salle d'accouchement traditionnelle et seulement 1 établissement sur 10 offre la chambre dite unique, que les parents occupent pour toute la durée de l'hospitalisation. Quant aux établissements montréalais, en 1998, les trois-quarts n'ont plus de salles de travail et la moitié se sont débarrassés de leurs salles d'accouchement.

SURTOUT, NE PAS CROUPIR DANS LA ROUTINE! | Au Québec en 1993, le rasage du périnée a véritablement disparu. Par contre, près de la moitié des femmes subissent un lavement. Toujours en 1993, on pose un soluté à plus de la moitié des Québécoises en travail actif, pratique que l'enquête montréalaise de 1998 a vu diminuer (2 CH disent encore pratiquer cette routine). Le monitoring continu est lui aussi en perte de vitesse, près de la moitié des femmes le subissait en 1993; on lui substitue progressivement une lecture à l'admission de 20 à 30 minutes puis des lectures horaires de 10 à 15 minutes. À Montréal en 1998, seuls deux établissements pratiquent encore le monitoring continu de routine.

EN TRAVAIL, BESOIN DE BOUGER, BESOIN DE MANGER | En 1993, près de 60% des femmes marchent pendant leur travail, et entre 67 et 100% des établissements (selon la taille) disent encourager cette pratique. Cette tendance serait en progression si on se fie aux données de Montréal de 1997-1998, où cette activité est encouragée partout sauf dans deux centres hospitaliers. Par ailleurs, 54% des femmes peuvent prendre une douche ou un bain durant le travail. La possibilité de s'alimenter légèrement semble aussi gagner du terrain (sept CH montréalais déclarent le permettre), mais il demeure tout de même un CH à Montréal en 1998 où les femmes ne sont toujours pas autorisées à boire durant le travail.

Un bébé, ça pousse vers le bas... | Les femmes n'ont pas le choix de la position d'accouchement dans une bonne proportion d'établissements. En 1993, entre 52 et 61% des femmes accouchent sur le dos, les pieds dans les étriers. À Montréal en 1998, cette position est toujours assez fréquente dans deux établissements. Par ailleurs, en 1993, 38% des Québécoises accouchent à demi-renversées (semi-assises) et c'est toujours, en 1998, une position populaire dans plus de la moitié des établissements montréalais. Les autres positions ne sont possibles au Québec en 1993 que pour 1,4% des accouchements (couchée sur le côté, accroupie, à quatre pattes ou sur la chaise d'accouchement). L'enquête de l'ICSI révèle en outre que dans les CH ayant les plus bas volumes d'activités, les femmes ont plus de chances de choisir la position dans laquelle elles accouchent.

Reste avec moi! | Au Québec en 1993, les trois-quarts des établissements acceptent qu'une autre personne (en plus du conjoint) soit présente, et entre 80 et 100% - selon la taille de l'établissement - qu'une accompagnante aide la femme en travail. Ce sont les hôpitaux ayant entre 300 et 1000 accouchements par année qui encouragent le moins la présence d'autres membres de la famille (enfants, grands-parents) auprès de la femme en travail et encore moins durant l'accouchement. À Montréal en 1998, aucun CH n'autorise les enfants à assister à un accouchement. Par contre, depuis 1993, on autorise le père à assister à la césarienne faite sous anesthésie générale (6 à 19% des cas) et à la césarienne faite sous péridurale (50 à 81% des cas).

Dès que bébé se pointe | En 1993, pour la presque totalité des accouchements, c'est le père qui coupe le cordon ombilical et dans 12 à 30% des établissements, cela se fait immédiatement après la naissance du bébé. Par ailleurs, ce n'est pas pratique courante de laisser mère et bébé ensemble. En 1993, dans 31 à 50% des établissements québécois, on observe les bébés en bonne santé pendant 3-4 heures après sa naissance, et dans 15 à 37%, toujours selon la taille de l'établissement, on les observe pendant plus de 4 heures. Une fois sur deux, on persiste à séparer la mère et l'enfant lors du transfert de la chambre de naissance à la chambre réservée au post-partum.

Au Québec en 1993, la cohabitation mère-bébé se vit huit heures par jour en moyenne. À Montréal en 1998, elle est obligatoire à peu près partout, 24 heures sur 24. Elle débute à la naissance en quatre CH et dans sept autres, moins de deux heures après la naissance. Le délai est plus long (entre 4-8 heures) s'il y a césarienne.

L'aliment recommandé par l'OMS | Les bébés montréalais peuvent partout être allaités sur demande, jour et nuit (un seul CH, jour seulement) bien que le tiers des CH fixent l'allaitement aux 3-4 heures. Une femme ayant une césarienne peut généralement allaiter à partir de 4 heures après la naissance (ou selon son état) mais dans un CH, on trouve un délai de 8 à 12 heures, et dans un autre, de 48 heures! Et ce... que la césarienne ait été réalisée sous anesthésie générale ou sous péridurale.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Les innovations en centre hospitalier passe par une plus grande flexibilité des pratiques. Elles consistent entre autres à :

- Ecourager les femmes à marcher durant le travail;
- Laisser les femmes s'alimenter durant le travail si elles le désirent;
- Encourager la présence d'autres membres de la famille lors du travail et de l'accouchement;
- Laisser le père assister à la césarienne même sous anesthésie générale si tel est le désir du couple;
- Attendre que le cordon ombilical ait cessé de battre pour le couper;
- Encourager la cohabitation mère/bébé 24h/24h, et ce, dès la naissance lors de l'observation du nouveau-né;
- Faire l'évaluation et l'observation du nouveau-né auprès de la mère, dans son lit ou dans un berceau à proximité au choix de celle-ci;
- Favoriser l'allaitement sur demande, sans horaire fixe;
- Soutenir les femmes qui le désirent à allaiter peu de temps après une césarienne.

SOURCES

Levitt C., Hanvey L., *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Institut canadien de la santé infantile, Santé Canada, Ottawa, 1995.

Table de concertation des infirmières en périnatalité de la région de Montréal, *Routines hospitalières 1997-1998*, Grille de services CLSC 1997-1998, Montréal, 1998.

Vadeboncoeur Hélène, *La sécurité dans les centres de maternité autonomes*, MSSS, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Montréal, septembre 1993.

- 2.5 -
LA DURÉE DE L'HOSPITALISATION

La durée du séjour hospitalier diminue dans la plupart des départements de courte durée et l'obstétrique n'y fait pas exception. Cependant, ces changements sont en cours et on observe encore de bonnes disparités d'une institution à l'autre.

TABLEAU 5

Évolution de la durée moyenne de séjour pour les femmes qui accouchent et les nouveau-nés sans problème notoire, Québec 1994-1995 à 1997-1998

	Accouchement vaginal		Césarienne		Nouveau-né normal	
Année	nombre femmes	DMS (jours)	nombre femmes	DMS (jours)	nombre n.-nés	DMS (jours)
1994-1995	36 764	3,1	7 319	5,5	61 620	3,0
1995-1996	34 755	2,8	6 765	5,0	58 728	2,7
1996-1997	32 835	2,5	6 582	4,7	57 257	2,5
1997-1998	29 904	2,4	5 967	4,4	52 470	2,4

Notes :
Ce sont les DRG 372,1, 370,1 et 678,1, qui correspondent d'ailleurs aux séjours les plus brefs et les plus nombreux en obstétrique et en pouponnière.
DMS : Durée moyenne de séjour.

Source : Fichier DRG

LA VISITE POST-NATALE À DOMICILE : UN INCONTOURNABLE | Il est de plus en plus admis qu'un court séjour hospitalier (48 heures après une naissance par voie vaginale, 96 heures après une césarienne) est suffisant... en autant que des services soient disponibles dans les trois jours suivant le retour à la maison. L'expérience américaine montre que lorsque ce suivi est offert au centre hospitalier, plusieurs femmes, surtout les plus démunies, ne se déplacent pas. La visite à domicile dans les trois jours est, pour cette raison et aussi à cause de la rigueur de nos hivers, la solution de choix. Elle exige un excellent arrimage entre les CLSC et les centres hospitaliers, arrimage d'ailleurs bien engagé dans certaines régions.

IL Y A ENCORE DU PAIN SUR LA PLANCHE! | Tous les établissements n'adoptent pas le court séjour au même rythme et les services offerts par les CLSC sont disparates : dans tel CLSC on offre une visite systématique à domicile dans les trois jours suivant le congé, dans tel CLSC on ne suit que les personnes à risque, dans tel hôpital on assure un suivi systématique par téléphone ou on fait revenir mère et nouveau-né à l'hôpital, alors dans certains établissements rien n'est vraiment organisé.

Aux deux enquêtes que nous venons de voir à la section 2.4 (Évolution des pratiques en centre hospitalier), s'ajoute une enquête provinciale menée en 1997 par l'Association des CLSC et des CHSLD auprès de 40 CLSC (sur 162) qui nous permet de mieux comprendre les modalités concernant le retour précoce à domicile.

TABLEAU 6

Durée moyenne de séjour pour les femmes qui accouchent et les nouveau-nés sans problème, selon la région de résidence de la mère, Québec 1997-1998

	Accouchement vaginal		Césarienne		Nouveau-né normal	
Région sociosanitaire de résidence	nombre femmes	DMS (jours)	nombre femmes	DMS (jours)	nombre n.-nés	DMS (jours)
01 - Bas St-Laurent	680	2,7	180	4,5	1 185	2,6
02 - Saguenay-Lac-St-Jean	1 153	2,6	258	4,5	1 959	2,5
03 - Québec	2 854	2,4	520	4,3	4 010	2,3
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	2 081	2,7	429	4,2	3 829	2,7
05 - Estrie	1 244	2,4	142	4,6	2 162	2,3
06 - Montréal-Centre	6 839	2,3	1 458	4,5	13 875	2,4
07 - Outaouais	1 431	2,5	334	4,2	1 944	2,4
08 - Abitibi-Témiscamingue	573	2,6	86	4,3	1 248	2,6
09 - Côte-Nord	464	2,6	88	4,1	878	2,5
10 - Nord-du-Québec	54	2,6	13	5,1	146	2,5
11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	255	2,9	59	4,9	492	2,7
12 - Chaudière-Appalaches	1 564	2,4	327	4,4	2 695	2,5
13 - Laval	1 373	2,4	321	3,9	2 435	2,3
14 - Lanaudière	1 583	2,5	279	4,2	2 430	2,4
15 - Laurentides	2 038	2,5	394	4,1	3 315	2,4
16 - Montérégie	5 391	2,5	1 018	4,5	9 319	2,4
17 - Nunavik	60	1,9	6	4,5	151	2,1
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	68	2,6	16	5,1	192	2,7
Résidence hors du Québec	199	1,9	39	3,9	205	1,9
Le Québec	29 904	2,4	5 967	4,4	52 470	2,4

Notes

Ce sont les DRG 372,1, 370,1 et 678,1, qui correspondent d'ailleurs aux séjours les plus brefs et les plus nombreux en obstétrique et en pouponnière.

DMS : Durée moyenne de séjour.

Source : Fichier DRG

LE MOMENT DU CONTACT POST-NATAL DÉPEND DE LA RÉFÉRENCE DU CH | Selon cette enquête de 1997, les CLSC établissent un contact téléphonique dans la majorité des cas puisque 60% de la clientèle reçoit cet appel dans les 48 heures suivant le congé précoce. Par contre, les visites à domicile sont moins systématiques, 45% des CLSC de l'échantillon font une visite dans les cinq jours suivant le congé, alors que les deux tiers font plutôt un contact téléphonique. Cette enquête révèle aussi que là où les démarches sont systématiques, la relance téléphonique et une deuxième visite à domicile sont plus fréquentes. Malheureusement, le moment du contact dépend souvent de la référence du CH.

L'IMPORTANCE DES ENTENTES INTER-ÉTABLISSEMENTS | Là où les CLSC ont des ententes formelles avec un CH, les contacts téléphoniques et les visites systématiques se font plus fréquemment et plus rapidement qu'ailleurs. La clientèle la moins bien servie à cet égard est celle qui accouche dans un centre hospitalier hors du territoire de son CLSC ou, pire, hors de sa région de résidence.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Étant donné que le congé précoce est devenu pratique courante, il est important d'accorder une attention particulière aux points suivants :

- Contacter systématiquement tous les parents dans les trois jours suivant le retour précoce à la maison;
- Augmenter les visites à domicile au cours de cette période;
- Établir des ententes entre les CH et tous les CLSC afin que ceux-ci soient avisés rapidement de tous les retours précoces;
- Établir le même type d'entente au niveau régional et, si nécessaire, inter-régional pour la clientèle qui accouche hors du territoire désservi par le CLSC;
- Augmenter les services pour les parents endeuillés et pour les familles dont le bébé est né par césarienne;
- Augmenter les heures d'ouverture des CLSC pour les nouvelles familles afin de couvrir les fins de semaine.

SOURCES

Levitt C., Hanvey L., 1995, *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Institut canadien de la santé infantile, Santé Canada, Ottawa.

Montreuil Sylvie, *Vingt ans de périnatalité en chiffres*, document de travail, MSSS, Service du développement d'indicateurs, été 1999.

Ste-Marie Robert, *Portrait des services postnataux en CLSC dans le cadre des programmes de congé précoce*, Association des CLSC et CHSLD du Québec, Montréal, 1998.

Table de concertation des infirmières en périnatalité de la région de Montréal, *Routines hospitalières 1997-1998*, Grille de services CLSC 1997-1998, Montréal, 1998.

Vadeboncoeur Hélène, *La sécurité dans les centres de maternité autonomes*, MSSS, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Montréal, septembre 1993.

- 3.6 -
LE TOUR D'HORIZON DES RENCONTRES PRÉNATALES

VOYONS VOIR DU CÔTÉ DE LANAUDIÈRE | Cette vue d'ensemble est tirée d'une enquête faite en 1996 auprès de 595 couples de la région de Lanaudière, région desservie par 6 CLSC. Les résultats de la recherche proviennent de questionnaires remplis par les couples en période postnatale. Seules les données pouvant susciter une certaine réflexion et qui représentent possiblement une tendance provinciale sont présentées ici.

LES COURS EN TANT QUE TEL | La grande majorité des cours prénatals se donnent dans les CLSC, certaines cliniques médicales en offrent, quelques organismes communautaires ou privés proposent aussi des rencontres pour les parents. En général, les sessions comportent 5 à 9 rencontres d'une durée de 90 à 120 minutes et sont gratuites dans deux tiers des cas.

QUI AU JUSTE PARTICIPE À CES RENCONTRES? | Les trois quarts des femmes enceintes du territoire suivent des cours prénatals et sont en quasi totalité des primipares. Si environ 9 pères sur 10 accompagnent leur conjointe, leur taux d'absentéisme est légèrement supérieur à celui des mères. Plus les femmes sont scolarisées et plus leur revenu est élevé, plus elles ont tendance à suivre des cours prénatals. Ces rencontres attirent aussi proportionnellement davantage les plus jeunes femmes, ce qui n'est pas étonnant puisque les primipares sont plus fréquentes chez les mères plus jeunes. Celles qui choisissent de ne pas suivre ces cours considèrent en savoir suffisamment grâce aux informations qui circulent dans leur entourage ou encore, elles jugent que les cours n'auraient pas répondu à leurs besoins. Quelques autres se voient empêchées par des raisons pratiques comme des problèmes de transport ou des conflits d'horaires.

UN CADRE GÉNÉRAL APPRÉCIÉ | La grande majorité des mères ayant suivi des cours prénatals considère que la personne responsable connaît bien sa matière, que les horaires offerts conviennent et que les délais d'attente entre l'inscription et le cours lui-même sont raisonnables. Enfin, 8 femmes sur 10 jugent ces cours utiles et les recommanderaient aux futurs parents parce qu'ils y trouveront information, soutien et réconfort.

CE QUI CAUSE DE L'INSATISFACTION CHEZ CERTAINES | Une femme sur 10 émet des commentaires négatifs à propos des cours qu'elle a suivi. Ces commentaires illustrent une certaine déception et se résument ainsi : trop de matière et pas assez de temps ou encore, insuffisance de contenu pratique donc remise en question de l'utilité des cours. Les autres commentaires se rapportent à l'animation (trop lente, pas assez dynamique), au nombre de parents (trop élevé) et au confort des participants.

De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales? | Plusieurs thèmes sont abordés, en voici la nomenclature par ordre de fréquence selon l'évaluation faite par les mères.

Le déroulement de l'accouchement
Les choses à éviter durant la grossesse.
Les différents moyens pour soulager la douleur
La préparation au travail de l'accouchement
L'hygiène pendant la grossesse
L'alimentation de la femme enceinte
Le rôle du père
L'allaitement maternel
Les interventions médicales
Le développement du fœtus
Le biberon
Les relations de couple
Les soins du bébé
Les aspects émotifs de la maternité
Le retour à la maison
La prévention du travail prématuré
La césarienne
Les ressources communautaires disponibles
Les responsabilités légales des parents.

Parmi tous ces thèmes, ceux jugés les plus utiles sont le développement du feotus, la préparation au travail, les moyens pour soulager la douleur et le déroulement de l'accouchement. Les thèmes qui obtiennent des scores moins élevés, c'est-à-dire que les parents jugent plus ou moins intéressants à aborder, sont les choses à éviter, la césarienne et l'alimentation.

La douleur... le nerf de la guerre? | La plupart des femmes (9 sur 10) se sentent prêtes à faire face aux douleurs qui vont de pair avec le travail et l'accouchement. Le périple est envisagé de différentes manières, certaines privilégient le contrôle de soi et la préparation mentale et physique, d'autres misent sur la présence du conjoint ou les conseils des intervenantes à l'hôpital. Si l'anesthésie peut être considérée par certaines comme le meilleur moyen de surmonter la douleur, pour d'autres ce sera la pensée du bébé qui vient ou le souvenir d'un accouchement précédent. Quelques femmes soulignent certains types d'information qui peuvent être utiles à ce chapitre, par exemple : mieux connaître l'accouchement, les anesthésies possibles, les techniques de relaxation, les positions les plus confortables... Certaines apprécieraient recevoir une information plus concrète à l'effet qu'un accouchement n'est pas une partie de plaisir.

Les autres sources d'information prénatale | Un peu plus de la moitié des femmes vont chercher de l'information complémentaire en lisant des livres et autres documents traitant de périnatalité, en allant voir leur médecin et en se fiant sur leur expérience lors d'une grossesse précédente. Un tiers des femmes ont recours à leurs amies ou à leur mère et enfin, une femme sur 10 sollicite son conjoint ou l'infirmière pour compléter ses connaissances. La visite à l'hôpital est appréciée par la majorité des femmes qui s'y rendent; elles se sentent rassurées et apprécient de connaître les lieux où elles accoucheront. Une femme sur 10 n'apprécie pas cette visite, cela ne fait qu'aviver ses appréhensions et elle trouve qu'il y a trop de monde dans ce milieu.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Voyons voir ce que la clientèle propose.

Du côté des mères :

- Insister davantage sur le postnatal et l'allaitement;
- Aborder les complications possibles lors de l'accouchement;
- Donner des conseils sur les techniques de respiration;
- S'adresser aussi aux multipares.

Du côté des pères :

- Aborder davantage la période postnatale (1 père sur 10 le souhaite);
- Inviter des parents à venir avec leur bébé;
- Solliciter davantage leur participation par l'animation, par exemple, simuler l'accouchement.

SOURCES

Collaboration (13 CLSC), *Famille - Enfance - Jeunesse*, Grille de services, Montréal, juin 1999.

Guillemette A., *Recherche sur l'information prénatale et postnatale dans Lanaudière*, Les CLSC de la région de Lanaudière, la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, septembre 1996.

- 2.7 -
LA SAGE-FEMME : LA NOUVEAU-NÉE DU RÉSEAU

En réponse à la demande des femmes | La route fut longue et parsemée d'obstacles. Il aura fallu traverser une période d'expérimentation en projets-pilotes de 1993 à 1998, pour qu'au tournant du millénaire, le Québec se dote finalement d'une loi instituant la profession de sage-femme : la loi 28. Ce faisant, il ouvre clairement la porte à la reconnaissance des bénéfices associés à cette pratique. Le gouvernement reconnaît en outre l'autonomie de la profession en légiférant à la faveur d'un ordre professionnel spécifique. Selon la *Loi sur les sages-femmes*, le Bureau de l'Ordre des sages-femmes du Québec entrait pleinement en fonction le 24 septembre 1999 avec tous les pouvoirs nécessaires à la surveillance de la pratique et ce, afin d'assurer la protection du public. Le Bureau de l'Ordre sera soutenu par un Conseil consultatif nommé pour quatre ans.

La légalisation de cette profession entraîne dans son sillage la mise en place d'un programme de formation de premier cycle universitaire (4 ans de scolarité). Ainsi, le printemps 2003 verra naître la première cuvée des sages-femmes formées au Québec, soit 16 pionnières en formation depuis septembre 1999 à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Maintenant que la porte est ouverte officiellement à cette pratique, des mécanismes de collaboration devront être mis en place afin de favoriser son intégration dans le réseau de la santé, tout en permettant des ajustements entre les différentes pratiques.

La loi 28 définit son champs d'exercice | La sage-femme conseille, informe et prépare les femmes et leur conjoint au «devenir parents». Elle surveille les événements normaux du processus de la reproduction humaine et est habilitée à dépister de façon précoce les risques ou complications reliés à la grossesse et à l'accouchement et à prescrire les examens requis. La sage-femme dépiste également les problèmes non médicaux et réfère sa cliente aux ressources appropriées. En présence d'un facteur de risque obstétrical ou néonatal (tel que défini par règlement), elle consulte un médecin et, le cas échéant, lui transfère sa responsabilité clinique. Elle assiste et surveille la mère et le foetus durant le travail et peut pratiquer l'épisiotomie. En cas d'urgence, la sage-femme applique les mesures qui s'imposent incluant l'administration de médicaments et la réanimation néo-natale. La loi prévoit que la sage-femme assiste des accouchements en centre hospitalier, en maison de naissance ainsi qu'à domicile. Ce dernier lieu de pratique devra faire l'objet d'une réglementation spécifique, approuvée par le gouvernement, avant que les sages-femmes puissent y être disponible pour la clientèle.

Une pratique dans le sens de la transformation du réseau | Les projets-pilotes en maisons de naissance ont été l'objet d'une recherche qui a permis de faire la comparaison entre 1000 femmes dont le suivi de grossesse était assuré par une sage-femme et 1000 autres femmes appariées aux premières et ayant bénéficié d'un suivi médical.

Cette recherche a permis de dégager plusieurs aspects de la pratique des sages-femmes qui rejoignent notamment l'objectif de centrer les services en périnatalité sur les besoins de soutien continu et en fonction du potentiel des parents. Quelques exemples concrets issus de cette recherche illustrent bien ce propos : quand la cliente se présente à la maison de naissance, la sage-femme est déjà sur place et y restera 3 heures suivant la naissance; les parents mentionnent également que le respect de l'intimité est favorisé par les sages-femmes tout comme l'est le rôle du père, les choix de positions d'accouchement, le droit à une information complète et que plus de temps leur est consacré.

QUESTIONS D'ARGENT | Au plan économique dans le contexte des projets-pilotes, bien que l'investissement en temps auprès de la femme soit supérieur à celui investi lors d'un suivi médical, les coûts d'un suivi complet avec une sage-femme s'avèrent équivalents ou légèrement inférieurs. Par ailleurs, certains éléments de l'organisation des soins en maison de naissance pourront être améliorés, par exemple la planification d'un nombre minimal d'accouchements par année, ce qui améliorera la performance économique dans ce lieu de pratique.

RÉSULTATS POSITIFS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT | Toujours d'après la recherche conduite dans les projets-pilotes, le niveau de satisfaction de la clientèle est élevé et se comprend en partie à la lumière de résultats tangibles : utilisation moins fréquente des technologies médicales (échographie, amniocentèse, ocytocique, rupture des membranes, monitoring foetal, péridurale...); moins d'interventions obstétricales (césarienne, forceps, épisiotomie); réduction très importante des déchirures du 3ème et 4ème degré; moins d'hospitalisation; moins de bébés de petit poids (IPN); moins de prématurité et moins d'ecchymoses chez les bébés.

LA PAROLE AUX USAGÈRES DES MAISONS DE NAISSANCE | Les femmes qui ont utilisé les services des sages-femmes ont organisé des groupes de discussion dans les six maisons de naissance du Québec et ont produit en 1998 un bilan de leur expérience. Elles disent notamment apprécier les dimensions inhérentes à l'approche des sages-femmes et les qualités humaines associées à leur compétence : la sage-femme est respectueuse de la grossesse et de la naissance en tant que processus normaux; elle considère la femme dans sa globalité; une relation amicale se développe à travers la continuité des soins; enfin, la sage-femme est disponible 24 heures sur 24. En parallèle, la sage-femme stimule la prise en charge de la femme par elle-même en lui reconnaissant la compétence d'accoucher, en l'incitant à être en contact avec son corps et son bébé et en répondant à ses questions. Ainsi, la confiance devient mutuelle et la relation égalitaire. Par ailleurs, la sage-femme encourage l'implication du père et de la famille, dimension que les usagères disent aussi apprécier.

UN CHANGEMENT DE CAP REDOUTÉ | La pratique des sages-femmes s'est modelée aux besoins des femmes qui ont requis leurs services depuis plus de 20 ans et la pratique en maison de naissance s'est fortement inspirée de celle qui s'exerçait à domicile. Avec la légalisation, la clientèle change et se diversifie. Le bilan fait état de la crainte des usagères qu'avec le temps, les sages-femmes, en voulant adapter leur pratique aux besoins exprimés par leurs clientes, en viennent à offrir la péridurale ou d'autres interventions courantes en milieu hospitalier. Pour elles, il s'agirait d'un changement d'orientation majeur et irait à l'encontre de la promotion et du respect des processus naturels reliés à la maternité, comme l'ont traditionnellement soutenu les sages-femmes. La ré-appropriation de l'accouchement par les femmes s'en trouverait compromise. À l'issue des groupes de discussion, une déclaration unanime a été formulée : «Il faut soutenir une pratique des sages-femmes qui soit toujours étroitement liée aux besoins des femmes et des familles tout en assurant la protection du caractère foncièrement naturel de la grossesse et de l'accouchement.»

PÉRIL EN LA DEMEURE | Si un aspect de la pratique des sages-femmes suscite encore une chaude controverse, c'est bien l'accouchement à domicile. L'idée qu'accoucher hors de l'hôpital est une entreprise hautement risquée semble bien ancrée, en particulier au sein des associations médicales qui, à l'heure actuelle, s'y opposent toujours. Pourtant, avant de recommander ce lieu d'accouchement, le Conseil d'évaluation des projets-pilotes a considéré plusieurs éléments :

1. La situation propre au Québec où des femmes continuent de revendiquer ce choix malgré l'avènement des maisons de naissance, et l'engagement des sages-femmes elles-mêmes à soutenir les parents dans ce choix. Bien que marginal, l'accouchement à domicile continue d'exister au Québec nonobstant quelque loi que ce soit; il représente, en 1997, 0.2% des naissances.

2. Une recension de littérature internationale sur les lieux de naissance qui démontre que là où il est pratiqué de façon planifiée et avec l'assistance d'un(e) professionnel(le) compétent(e), l'accouchement à domicile offre une alternative sécuritaire, voire avantageuse au plan de l'humanisation de la naissance.

3. Une méta-analyse sur la sécurité de l'accouchement identifiant 607 études dont les conclusions soulignent qu'il n'y a aucune évidence supportant l'opinion que l'accouchement à domicile est moins sécuritaire que celui en milieu hospitalier pour des femmes sélectionnées. L'analyse révèle plutôt une augmentation de la morbidité et des interventions pour les accouchements en centres hospitaliers.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Selon le Conseil d'évaluation des projets-pilotes, des changements majeurs devraient être effectués afin d'assurer l'intégration des services des sages-femmes au système de santé. Plusieurs constats de l'expérience ont mis en lumière les facteurs qui ont nui à l'intégration, notamment un environnement difficile, parfois même hostile.

Le Conseil recommande :

- Que soient établies des orientations nationales concernant l'organisation des services régionaux en périnatalité, en y incluant une planification des effectifs sages-femmes; les plans d'organisation des établissements œuvrant en périnatalité devant prévoir un nombre de sages-femmes;
- Que les sages-femmes détiennent des privilèges hospitaliers ou privilèges d'exercice qui, en plus de permettre l'admission et le congé de leurs clientes et de leurs bébés, donnent la possibilité d'utiliser les services connexes au département d'obstétrique et de consulter ou de diriger leurs clientes au besoin;
- Que des normes, des standards et des conditions entourant la pratique hors centre hospitalier soient définis dans la réglementation de l'Ordre; ces normes devront comprendre des critères d'exclusion tels l'insalubrité des lieux et la distance séparant le domicile ou la maison de naissance du centre hospitalier le plus proche;
- Que le programme de formation tienne compte d'une approche orientée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et du postnatal, et un travail fait dans une perspective d'humanisation et de continuité des soins;

- Que la formation clinique s'exerce dans toutes les catégories de lieux où la sage-femme sera amenée à exercer, tout en privilégiant la première ligne. Des collaborations seront nécessaires avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux;
- Que soit prévu un mode de rémunération qui tienne compte des exigences et responsabilités de la pratique des sages-femmes et qui respecte les principes d'humanisation, de continuité et de globalité de leur approche ainsi que le principe de gratuité des soins.

SOURCES

Bouffard Mireille, Grégoire Lysane, *Bilan de l'expérience des hommes et des femmes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance*, Groupe MAMAN, Montréal, février 1998.

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, *Rapport final et recommandations, projets pilotes sages-femmes*, Édition révisée, MSSS, Québec, 1998.

Loi sur les sages-femmes, L.Q. 28, C. 24, 1999.

Rozon N., *Recension de la littérature sur les lieux de pratique sages-femmes*, MSSS, juillet 1996.

- 2.8 -
L'ÉVOLUTION DE LA PLACE DU PÈRE

UNE TRAJECTOIRE DIFFICILE À SUIVRE | Nos hommes éprouvent souvent de la difficulté à être bien à l'aise dans leur rôle au sein de la vie familiale. Il faut dire que le rôle paternel souffre de ne plus être défini clairement, exigeant des pères une façon d'être dont ils ne possèdent pas encore le mode d'emploi.

À l'ère industrielle, le père s'est éloigné du foyer et a campé le rôle du pourvoyeur; de son côté, la mère est devenue peu à peu la figure principale auprès des enfants, plus particulièrement du bébé. Aujourd'hui, le père n'est plus tenu à distance de tout le processus périnatal et la littérature actuelle lui reconnaît d'emblée une portée fondamentale sur le développement de l'enfant. Le hic, c'est que son patrimoine culturel lui offre encore bien peu de modèles de référence positifs.

LE PÈRE, CE GRAND OUBLIÉ | L'idée que la mère incarne le parent principal circule non seulement dans de nombreuses familles, mais aussi chez les intervenantes qui, trop souvent, s'adressent uniquement à elles pour toute question relative aux soins de l'enfant. Les services offerts en périnatalité demeurent conçus en fonction des habitudes des mères. Les horaires des services tiennent peu compte de la réalité des hommes au travail, la visite à domicile postnatale par exemple est bien souvent faite le jour, ce qui est idéal pour la mère en congé de maternité, mais pour le père... Aussi, les informations transmises ne sont pas adaptées à ce que les pères recherchent, ils apprécient plutôt les conseils «pratico-pratique». Par ailleurs, les hommes ne vont pas aussi facilement que les femmes demander de l'aide, ils ont tendance à nier l'émergence d'un problème tant que la situation n'est pas hors de contrôle; cette façon d'être exige une plus grande vigilance de la part des intervenantes. On peut conclure que les attitudes et les services ne sont pas encore en harmonie avec la reconnaissance de l'importance du rôle paternel.

UN PARCOURS PARSEMÉ D'EMBÛCHES | La naissance d'un bébé exige des ajustements importants. Plus l'enfant est jeune, plus les pères ont une vision ambiguë de leur rôle; en grandissant, l'enfant interagit davantage et le père se sent plus compétent. Les pères qui ont le plus de difficulté à s'ajuster à leur nouvelle vie sont souvent ceux qui ont eu davantage de difficultés à aménager des moments d'intimité avec leur conjointe. Pour les plus jeunes pères, ceux qui le deviennent avant l'âge de 25 ans, il est fréquent que la grossesse n'ait pas été désirée. C'est une situation délicate puisque les enfants issus de ces grossesses sont souvent identifiés comme étant la cause de bien des maux. La hausse des taux de divorce et la monoparentalité, qui rime souvent avec pauvreté, propulse les hommes concernés dans une recherche de redéfinition d'un rôle qui déjà pouvait être confus.

L'ENGAGEMENT PATERNEL, UN MUST INCONTESTABLE | Les sources consultées sont unanimes: l'engagement paternel a une influence positive importante tant sur le développement de l'enfant que sur le bien-être de la mère. Bien entendu, le père lui-même en retire des bénéfices: valorisation, estime de soi et sentiment de compétence. La littérature est claire, la promotion de l'engagement paternel est maintenant une cible prioritaire à atteindre. Qui plus est, on reconnaît aussi l'influence salutaire d'un fort attachement père-enfant dès la naissance, tant sur la qualité de la relation à long terme que sur le développement de liens sécurisants. La *Politique de périnatalité* (1993) ainsi que les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* énoncent des recommandations en ce sens.

À QUOI RECONNAÎT-ON L'ENGAGEMENT DU PÈRE? | Le père engagé auprès de son enfant participe assidûment à son développement et est préoccupé par son bien-être global. Il se sent responsable et il assume des tâches reliées aux besoins de son enfant. Le père engagé aménage du temps pour son enfant, il joue avec lui, lui donne son affection et le soutient au plan émotif. Enfin, ce père «idéal» pense à son enfant et ressent du plaisir à vivre cette relation privilégiée. Le partage équitable des tâches domestiques tant recherché peut sembler un indice éloquent d'implication paternelle, mais il n'est nullement probant de la qualité de son engagement auprès de ses enfants.

QU'EST-CE QUI FAVORISE L'ENGAGEMENT PATERNEL | La perception que l'homme a de l'importance de son rôle et de sa compétence à l'exercer influence fortement son engagement. Cette vision est en partie l'héritage de son expérience personnelle avec son propre père. Plus le père a l'occasion de passer du temps seul avec son bébé, plus il est à l'aise à prendre soin de lui et plus il s'y attache. De plus, ces moments d'intimité lui permettent de développer ses propres techniques.

La qualité de la relation conjugale, le niveau de satisfaction dans la vie de couple et la complicité qui l'habite sont également très déterminants. Le soutien et l'encouragement de la conjointe pour une implication significative du père dans les soins et l'éducation des enfants ont une influence majeure, d'où l'importance de sensibiliser les mères sur ce «pouvoir» potentiel qu'elles ont entre leurs mains. Bien souvent les hommes reçoivent des messages négatifs à propos de leur habileté à prendre soin de leur enfant.

Enfin la relation entretenue par le père avec le monde du travail joue un rôle majeur sur sa disponibilité et le temps dévolu à ses enfants.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Il reste encore beaucoup à comprendre et à faire pour savoir approcher les pères, mais pour avancer dans cette direction, on peut :

- Encourager le rapprochement entre le père et l'enfant dès la naissance, valoriser son rôle et promouvoir l'engagement paternel en pensant à des programmes ou activités favorisant l'interaction père-enfant;
- Rendre les lieux de services accueillants pour les pères : en ayant des intervenants masculins, en offrant des rencontres pour hommes et des formations aux intervenantes et intervenants sur les attitudes et les pratiques relatives au rôle du père;
- Se faire connaître des hommes dans leur milieu, par exemple en faisant la promotion des services qui le concernent au centre sportif du quartier;

- Renforcer le sentiment de compétence du père en s'adressant à lui comme à un parent à part entière, en adoptant une attitude non-jugeante et en ayant recours à l'humour;
- Favoriser la solidarité du couple en le soutenant dans sa communication;
- Offrir de l'information pratique telle que recherchée par les pères à propos de leurs craintes au sujet du bébé, des questions d'ordre sexuel, des besoins de la femme en post-partum, de l'importance de leur soutien lors de l'allaitement, des impacts budgétaires d'un nouveau-né, etc.
- Organiser des interventions et des services en fonction du père en cas de période difficile telle que rupture, difficultés avec un autre enfant ou violence conjugale.

Sources

Archambault J., *L'implication des pères en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine : leurs rôles, leurs besoins* (version abrégée), RRSSS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, mars 1999.

Bell L., *Analyse des indices verbaux d'attachement parent-enfant à la période périnatale*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, août 1996.

Comité pères régional de Québec, *Valoriser le rôle du père et promouvoir son engagement parental : Orientations et propositions d'actions*, La table des coordonnatrices et coordonnateurs enfance-jeunesse des CLSC de la région de Québec, Québec, décembre 1998.

Forget G., *La valorisation du rôle et de la place du père : un point d'ancrage de la santé et du bien-être des tout-petits*, Revue canadienne de l'étude en petite enfance, juin 1999.

Fortier M., *Perceptions des parents primipares de leurs besoins dans le cadre d'un court séjour hospitalier*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, janvier 1999.

La place du père en périnatalité, 6e colloque en périnatalité, actes du colloque, Hôpital Ste-Justine, Montréal, 8 mai 1998.

Ouellet F., Goulet C., *Être père en milieu d'extrême pauvreté, Projet Pôpa* (en préparation), Direction de la Santé publique de Montréal-Centre et Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, décembre 1998.

Rozon N., *Recension de la littérature sur les lieux de pratique sages-femmes*, MSSS, juillet 1996.

- 2.9 -
LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE : UNE PROBLÉMATIQUE QUI CONFRONTE

LES EFFORTS POUR LA PRÉVENTION SONT-ILS EFFICACES? | Malgré les programmes d'éducation sexuelle, les jeunes comprennent mal leur fécondité mais surtout, l'improvisation domine leur vie sexuelle et les rend vulnérables aux accidents. On ne semble pas avoir trouvé le bon bouton sur lequel appuyer pour que dans le feu de l'action, une lumière rouge s'allume dans l'esprit des jeunes et que la conscience du risque émerge des flots de leurs ébats. Bien sur, l'alcool et la drogue ne rendent pas les esprits alertes et la contraception, responsabilité avant tout féminine, en prend alors pour son rhume. De plus, les parents ont souvent de la difficulté à accompagner leur jeune dans son apprentissage de la sexualité. Souvent mal à l'aise avec le sujet, ils ont tendance à imaginer que leur enfant n'en est pas arrivé là et qu'il n'y arrivera pas avant longtemps. Par ailleurs, certaines études démontrent que dans les milieux où l'on prône l'abstinence, les taux de grossesses à l'adolescence augmentent.

L'AMOUR TROUBLE CHEZ LES ADOLESCENTS | Trop souvent, les relations amoureuses des jeunes ne sont pas sereines, elles sont empreintes de soumission et de dépendance affective. Bien des jeunes filles acceptent d'avoir des relations sexuelles pour faire plaisir à leur partenaire. Elles croient que les garçons recherchent avant tout un beau corps à mettre dans leur lit. Leur aspect physique doit donc correspondre à des standards exigeants et rares sont celles qui sont satisfaites de leur image corporelle. Les médias contribuent largement à perpétuer et à ancrer ces diktats culturels quand ils ne présentent pas carrément la sexualité de façon morbide. Par ailleurs, on constate aussi que les relations violentes chez les jeunes couples sont de plus en plus fréquentes.

DES CHIFFRES PRÉOCCUPANTS | Le Québec fait bonne figure au plan statistique international. Ses 29 grossesses pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans (1987) en font la province canadienne détenant le plus faible taux (la moyenne au Canada étant de 44 la même année). Toujours pour 1000 adolescentes du même âge, les É-U remportent la palme avec 111 grossesses (1988). Les Pays Bas, quant à eux, affichent le taux le plus bas, soit 14 grossesses (1993).

Par contre, contrairement à la diminution des taux observée ces dernières années presque partout dans le monde, au Québec, les taux augmentent et malheureusement de façon plus prononcée chez les plus jeunes. Ainsi, en 1980, on ne comptait que 21 grossesses pour 1000 jeunes québécoises âgées de 15 à 19 ans et 29 pour 1000 en 1987. Pire encore, si on considère les plus jeunes, soit les québécoises de 14 à 17 ans, l'évolution des taux de grossesse est la suivante : 12,5 (1980), 18,8 (1990) et 20,1 (1993).

Je suis enceinte! Qu'est-ce que je fais? | Moment critique et lourd dilemme! La décision est habituellement prise en quelques jours et une fois fixée, l'adolescente ne change pas d'idée facilement. À ce moment, la jeune fille est davantage préoccupée par les implications affectives de la grossesse que par les questions financières qu'elle soulève. Vivant parfois des problèmes d'éthique, notamment en présence de problèmes de toxicomanie, les intervenantes sont, quant à elles, tentées de diriger la jeune fille vers l'avortement. Pour certaines adolescentes, la perspective de l'avortement est comparable à un meurtre, et c'est en ces termes qu'elles en parleront.

Pourtant, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est en progression. Bon nombre d'adolescentes choisissent l'IVG et ce, d'autant plus si elles sont très jeunes : en 1994, 81% des adolescentes de 13 et 14 ans enceintes mettent fin à leur grossesse, tandis que 61% de celles qui ont dix-sept ans recourent à l'IVG. Selon une consultation menée en 1998 auprès d'intervenantes, les jeunes filles ne seraient pas toujours soutenues adéquatement lors de leur avortement, un peu comme si l'intervention était banalisée. Aussi, les services ne seraient pas suffisamment disponibles et l'attente varierait entre deux à quatre semaines dans les quinze CLSC (environ) qui offrent ce service.

L'adoption quant à elle est rarement la solution envisagée, les jeunes filles ont l'impression que ce serait indigne d'une bonne mère. Elles ont accès à peu d'information sur les implications et conséquences de cette option qui fait moins bonne figure socialement que l'IVG.

Qui sont les jeunes mères? | De façon générale, la mère adolescente est pauvre, monoparentale, dépendante à plusieurs égards et socialement isolée. Souvent issue d'une famille monoparentale, elle peut présenter des troubles de toxicomanie à divers degrés. Elle a une faible estime de soi et espère combler un vide affectif voire même trouver un moyen de survivre en ayant un bébé. Elle s'est souvent désintéressée de l'école avant même de devenir mère; alors soit elle décroche d'elle-même, soit elle quitte le milieu scolaire suite au rejet ou aux pressions exercées par certaines directions d'école qui considèrent sa présence comme un mauvais exemple. La jeune fille devenue mère sort tout juste de l'enfance et n'est pas nécessairement outillée pour le défi de taille auquel elle fait face. Elle doit acquérir maturité, jugement et sens des responsabilités en accéléré pour arriver à prendre soin de son enfant et d'elle-même. En fait les difficultés commencent très tôt, notamment parce que la jeune fille enceinte ne reçoit aucune aide financière durant sa grossesse, période qui génère pourtant des dépenses supplémentaires.

La littérature livre peu d'information au sujet du père qui n'est pas toujours un adolescent. Généralement peu présent, il n'est pas rare qu'il refuse de faire reconnaître officiellement sa paternité par crainte des impacts financiers. La jeune fille voit aussi parfois un intérêt dans cette non reconnaissance et chérit secrètement l'espoir que son bébé soit un jour adopté par un prochain conjoint.

Naître d'une mère adolescente | Ces enfants sont d'emblée exposés à davantage de risques: prématurité, insuffisance de poids, abus et négligence. Dans un contexte où, à l'échelle provinciale, les problèmes psychosociaux chez les jeunes sont en constante progression, ces enfants sont aussi plus sujets à la délinquance, au décrochage scolaire et aux troubles du comportement. Tout de même, il serait mal venu de passer sous silence que bien des adolescentes s'avèrent des mères compétentes bien qu'elles soient initiées à la maternité dans un contexte de crise ou sans l'avoir désiré.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Pour éviter les risques de grossesse à l'adolescence, on doit nécessairement se brancher sur les ados.

- Amorcer l'éducation sexuelle dès le primaire et supporter les professeurs qui sont souvent mal à l'aise avec cette matière se limitant aux aspects techniques de la sexualité. Il faut éduquer les jeunes aux responsabilités parentales et à l'engagement paternel;
- Soutenir les intervenantes afin d'améliorer leur compréhension de la sexualité adolescente, les outiller afin qu'elles puissent mettre de côté leur propre conception de la sexualité et adopter celle des jeunes tout en évitant de ne donner qu'une image négative de la sexualité (MTS);
- Donner de l'information qui a de l'impact, toucher les sentiments, faire témoigner des jeunes filles mères et celles qui ont opté pour l'avortement;
- Accroître l'estime de soi des jeunes filles en favorisant l'échange entre garçons et filles sur leurs attentes en matière de relations amoureuses et les aider à mieux communiquer;
- Assurer un bien-être minimal à la jeune fille enceinte et favoriser ensuite sa réinsertion dans le milieu scolaire ou sur le marché du travail sans perte financière (frais de garde, matériel scolaire);
- Aider la jeune fille à assumer son rôle maternel, avoir des attentes réalistes face à son cheminement vers l'autonomie et lui offrir des solutions pour briser l'isolement;
- Outiller et soutenir la jeune fille avec respect, lors de la prise de décision d'avortement. Ne pas la forcer à avorter ni le lui suggérer à la légère. Entendre les parents et le jeune garçon qui se sentent souvent démunis en tel cas, tout en laissant la décision finale à la jeune fille;
- Responsabiliser les garçons face à leurs activités sexuelles;
- Favoriser l'implication du jeune père et valoriser son apport;
- Sensibiliser à l'importance de la communication entre père/enfant.
- Soutenir et outiller les jeunes parents pour qu'ils trouvent réponse à leurs besoins;

SOURCES

Comité interministériel sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, *Compte rendu des consultations (Montréal et Québec)*, Secrétariat à la Condition féminine, Québec, novembre 1998.

Cyr L., Dumas S., Guilbert É., *Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse : état de situation et organisation des services de prévention régions 03 et 12*, Centre de santé publique de Québec, Québec, février 1997.

Un nourrisson... et de l'ambition. La scolarisation des mères adolescentes : défi et nécessité, Ministère de l'éducation, Québec, 1998.

Hernandez-Sanchez O., *Les besoins de mères à l'adolescence ayant des enfants de 0 à 5 ans, évaluation de l'adéquation des services offerts dans la MRC de l'Abitibi-Ouest pour cette clientèle*, L'Entre-Acte «Maison de la famille», La Sarre, mai 1998.

- 2.10 -
UNE LÉTHARGIE DE L'ALLAITEMENT : QU'EST-CE QU'ON ATTEND POUR RÉAGIR?

DES SOLUTIONS QUI COULENT DE SOURCE | À la lumière des études les plus récentes comme de celles plus anciennes, les solutions au problème du faible taux d'allaitement au Québec semblent bien documentées, mais leur application tarde. Pourtant...

LE SEIN RONGE SON FREIN | En 1993, une volonté politique est exprimée afin de voir l'allaitement reprendre ses lettres de noblesse; la *Politique de périnatalité du Québec* reconnaît l'allaitement comme le mode d'alimentation naturel le mieux adapté aux besoins du nourrisson. Les voies d'action qu'elle privilégie incluent l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (OMS), qui a pour but d'encourager et de protéger l'allaitement maternel en plus de contrôler les pratiques de commercialisation des produits d'alimentation artificielle du bébé. La Politique présente également les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (OMS) que devraient suivre tous les établissements offrant des soins de maternité. Qui plus est, en 1997, les *Priorités nationales de santé publique* relancent le réseau en fixant des objectifs ambitieux pour l'an 2002 : que l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80% (il était à 47,7% en 1993) et qu'il soit de 60% et 30% respectivement au 3ème et au 6ème mois de la vie de l'enfant. Il y a encore loin de la coupe aux lèvres... du mamelon au nourrisson.

QUELQUES BONNES MONTÉES DE LAIT | En octobre 1998, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) adopte une prise de position majeure en reconnaissant la primauté du lait maternel sur les laits artificiels. Emboîtant le pas à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il préconise l'allaitement maternel comme source alimentaire exclusive du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois; ensuite, avec l'introduction d'autres aliments, la mère devrait être encouragée à poursuivre l'allaitement jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. L'OIIQ endosse les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Il appuie le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et encourage les projets québécois dans le cadre de l'*Initiative Amis des bébés* (UNICEF). Les infirmières ont maintenant les outils et une position de choix pour diffuser l'information appropriée aux mères ainsi que pour tenter d'influencer les pratiques de leur milieu de travail en ce qui a trait à l'allaitement.

Par ailleurs, en novembre 1998, Vancouver accueille la conférence de la décennie en allaitement et lance à travers le Canada l'*Initiative amis des bébés* (IAB).

Les bébés de la Montérégie ont de la veine. En effet, l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins à Cowansville est le premier hôpital canadien certifié *Ami des bébés*. Leur taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital est de 85%, ce qui dépasse les objectifs des *Priorités nationales de santé publique*. Dans la même région, à Granby cette fois, le centre hospitalier Piedmont-Yamaska déploie également des efforts considérables pour suivre ces fameuses *Dix conditions*. Leurs efforts portent fruits puisque d'avril à juillet 1999, le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital naviguait entre 76% et 81%.

L'Estrie fut également le théâtre d'une expérimentation dont les résultats très intéressants ont été rendus publics en 1996. Il s'agissait de mettre en oeuvre un programme de soutien à l'allaitement en milieu défavorisé, couche sociale où l'allaitement est particulièrement peu prisé. Le projet visait à augmenter la durée de l'allaitement chez les femmes qui l'avaient choisi et comportait notamment des visites postnatales précoces et régulières à domicile. Les femmes ont été sélectionnées d'une part en milieu urbain (territoire du CLSC Gaston-Lessard) et d'autre part en milieu semi-urbain (territoire du CLSC Val St-François). Celles ayant bénéficié de ce soutien ont allaité significativement plus longtemps : après 2 mois, elles allaitaient encore toutes comparativement à 46% des femmes du groupe témoin; après 4 mois, 88% d'entre elles persistaient à allaiter contre 30% chez le groupe témoin. L'expérience démontre hors de tout doute le rôle majeur d'un suivi à domicile précoce et continu.

En 1999, le Regroupement Naissance-Renaissance, en collaboration avec plusieurs groupes de soutien, professionnelles de la santé et regroupements d'usagères, initiait la création de la Coalition québécoise pour l'allaitement maternel. Le but de la Coalition est de contribuer au développement d'une culture d'allaitement au Québec (nous verrons plus loin combien cela s'avère pertinent) en se donnant, elle aussi, le mandat de soutenir, promouvoir et protéger l'allaitement, plus spécifiquement en suscitant et en suivant l'implantation de l'IAB en partenariat avec le Comité Canadien pour l'Allaitement. Par ailleurs, en novembre 1999, un des membres de la Coalition, le Groupe MAMAN (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel), déposait une pétition demandant à l'Assemblée nationale d'intervenir auprès du Ministère de la Santé et des Services Sociaux afin que le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* soit respecté au sein du réseau de la santé. Ce groupe d'usagères espère ainsi sensibiliser les députés, les institutions et la population au bien-fondé de ce code.

ALLAITER SANS HALETER | Selon une étude québécoise menée en 1994 chez les mères de premiers bébés ayant donné naissance à un enfant en santé, le premier mois d'allaitement est une période critique. C'est là que certaines complications surviennent et la façon dont elles sont résolues est décisive quant à la décision de poursuivre l'allaitement ou de procéder au sevrage. L'environnement social, le soutien du père et des proches sont également déterminants dans la persévérance de la mère à allaiter.

Cette étude révèle les facteurs associés au choix de l'allaitement et à sa durée. La plupart du temps, les femmes choisissent d'allaiter parce qu'elles y voient des avantages physiques (meilleur système immunitaire pour le bébé) et pour la relation privilégiée avec leur enfant. Celles qui choisissent le biberon le font surtout pour sa commodité.

FACTEURS INFLUANÇANT LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

LES FACTEURS POSITIFS SONT :
- avoir eu l'intention d'allaiter au moins quatre mois ou ne pas avoir prévu de durée précise;
- ne pas avoir reçu d'information sur l'allaitement à l'hôpital ou par les parents et amis;
- ne pas avoir reçu de biberon d'eau ou de lait à l'hôpital;
- ne pas avoir reçu d'échantillon cadeaux;
- l'absence de problème avec l'allaitement;
- et enfin, le refus de la tétine par l'enfant à l'hôpital.

LES FACTEURS NÉGATIFS SONT :
- le délai avant la première tétée;
- la cohabitation limitée;
- le retour précoce au travail;
- l'absence de problème lors du recours au biberon ou son introduction précoce;
- le manque d'information de la part de groupes de soutien;
- l'allaitement à horaire fixe;
- le tabagisme.

Une autre étude menée en 1996-97 dans l'Ouest du Québec corrobore les mêmes constats tout en y ajoutant des motifs de sevrage : les difficultés avec l'allaitement, les raisons sociales et l'état de santé de la mère (fatigue). Cette étude révèle en outre la pertinence d'un partenariat entre les intervenantes des centres hospitaliers, des CLSC, des organismes communautaires et des maisons de naissance afin d'uniformiser les messages transmis aux parents et d'augmenter l'efficience de leur intervention.

JE N'ALLAITE QUE TROIS GOUTTELETTES | Une étude conduite pour Santé Canada en 1995 sur les attitudes par rapport à l'allaitement fait bien ressortir les difficultés rencontrées lors de l'allaitement et qui conduisent trop souvent au sevrage. Certaines raisons sont associées à l'enfant, en premier lieu, l'inquiétude que le bébé n'ingurgite pas suffisamment de lait et n'obtienne pas tous les éléments nutritifs nécessaires. Ce souci est calmé par l'utilisation du biberon avec lequel on sait précisément la quantité de lait bu par le bébé. En présence de pleurs continus, cette inquiétude est exacerbée. Les motifs reliés à la mère sont surtout d'ordre physique : mamelons douloureux, engorgement, épuisement, difficultés à extraire son lait. Pour d'autres, c'est le sentiment de perte de liberté qui prime et mène au sevrage.

COUVREZ CE SEIN QUE L'ON NE SAURAIT VOIR | La littérature fait largement état du malaise associé à l'allaitement en présence d'autres personnes, notamment l'étude pré-citée sur les attitudes. Cette gêne fait même partie des raisons les plus fréquemment invoquées, avec la commodité, par celles qui optent pour le biberon. Cet embarras gagnerait également certains futurs pères. L'allaitement, en plus d'être souvent considéré comme une entrave à la liberté, est parfois perçu comme démodé, gênant, voire même répugnant. Cette attitude pudique est encouragée par l'environnement culturel. Citons à titre d'exemple la mère qui allaite au centre d'achat et qui se voit aimablement dirigée vers un endroit qui lui est réservé... les toilettes. À l'opposé, le biberon dégage un fort charisme du fait du sentiment de liberté qui lui est associé; cette relation intime qu'a le biberon avec la forte valeur du libre choix en fait un quasi intouchable.

QUELQUES PERSPECTIVES D'AVENIR | Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir afin de :

Favoriser une culture de l'allaitement et la protéger

- Promouvoir l'allaitement auprès de la population en général, particulièrement auprès des jeunes afin que le choix d'allaiter s'intègre davantage dans la culture québécoise;
- Travailler au niveau des opinions et croyances populaires afin de générer une perception plus positive de l'allaitement et l'acceptation de sa pratique en public.

Promouvoir l'allaitement en général

- Apporter des modifications aux pratiques hospitalières en conformité avec l'*IAB* et le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*;
- S'assurer que toutes les intervenantes en périnatalité reçoivent une formation de base en allaitement incluant les pratiques hospitalières influentes.

Favoriser le choix de l'allaitement

- Informer les mères et les futurs parents sur les avantages nutritifs et physiologiques de l'allaitement, sur la relation privilégiée qui se développera et aborder sans détour la question de l'embarras et de la liberté;
- Favoriser l'implication du père auprès de la mère allaitante et l'aider à développer le lien père-enfant allaité.

Soutenir l'allaitement et augmenter sa durée

- Informer sur la durée recommandée de l'allaitement par l'OMS et l'UNICEF: exclusif durant 4 à 6 mois et poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà avec une alimentation de complément;
- Favoriser la mise en place de la lactation dès la naissance, l'allaitement à la demande et la cohabitation jour et nuit;
- Informer les mères sur la prévention des problèmes d'allaitement et leurs solutions, et leur offrir un suivi précoce, régulier et personnalisé;
- Faire connaître les ressources existantes offrant des services de consultation d'urgence en postnatal et encourager les mères à y recourir tôt;
- Améliorer les conditions favorisant la poursuite de l'allaitement en milieu de travail.

SOURCES

Bell L., Paul D., St-Cyr D., Tribble D., *Enquête sur l'allaitement maternel : taux, durée et facteurs favorables dans le cadre du séjour à l'unité de maternité du CUSE*, Direction de la Santé publique de l'Estrie, Sherbrooke, 1998.

Comité Canadien pour l'Allaitement, *Déclaration sur l'allaitement*, 1996.

Guillemette A., *Recherche sur l'information prénatale et postnatale dans Lanaudière*, Les CLSC de la région de Lanaudière et la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, septembre 1996.

Lepage M.-C., Moisan J., *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*, Rapport de recherche, Direction de la Santé publique de Québec, Québec, février 1998.

Direction générale de santé publique, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, MSSS, Québec, 1997.

OMS/UNICEF, *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel*, Florence, 1990.

UNICEF, *Adoptez l'initiative des amis des bébés*, New York, 1992.

- 3 -

UNE VIDÉO

LA PÉRINATALITÉ DU POINT DE VUE DES PARENTS ET LEURS BESOINS

La première partie du document vous a présenté une photo de la situation actuelle de la périnatalité québécoise sans toutefois en couvrir tous les aspects, ni tous ses détails. La seconde partie quant à elle vous fera ressentir le vécu des familles.

Si la venue d'un nouvel enfant dans une famille fait souvent vivre de grands bonheurs, elle exige aussi une bonne capacité d'adaptation. Les intervenantes qui œuvrent auprès de ces familles en devenir ou en transformation prennent part tant à leurs bonheurs qu'à leurs épreuves.

Partager ces instants, c'est avoir l'occasion de rendre hommage à la famille et à l'événement de la naissance. Intervenir lors de cette période, c'est être au cœur d'une période d'adaptation et approcher les vulnérabilités. Accomplir ce travail, c'est développer une sensibilité pour l'expérience humaine. Bien entendu, choisir de travailler auprès des familles en période périnatale requiert avant tout une âme aidante. Bien le vivre exige équilibre et ouverture.

Dans cette partie, il n'y a pas de politesses qui font perdre l'essentiel. Il n'y a pas de critiques qui démolissent. Il n'y a pas de besoins irrecevables. Il n'y a que du vécu qui porte à réflexion, au questionnement et, bien sûr, à la gratitude pour le travail des intervenantes en périnatalité au Québec. Enfin, il y a également des souhaits pour le nouveau millénaire transmis sous forme de messages que les familles rencontrées désirent acheminer aux intervenantes de l'an 2000.

Nous avons tout d'abord cherché à mieux cerner la notion de «besoin», pour ce faire, nous avons eu recours aux recherches de Louis Rocheleau et de Marie Fortier. Tous deux ont cherché à identifier et classifier les besoins des parents, puis à mesurer leur degré de satisfaction.

Dans un deuxième temps, pour connaître les familles des années 2000, nous avons sollicité une rencontre avec six familles, toutes différentes les unes des autres. Chacune a accepté avec grand plaisir de nous parler de son expérience, laquelle relate son histoire, sans prétendre représenter les autres.

Il s'agit donc de :

- six entrevues semi-dirigées, enregistrées et d'une durée de 90 à 120 minutes;
- près d'une douzaine d'heures d'entretien avec six mères et quatre pères qui nous ont permis de revivre avec eux l'expérience du pré, per et postnatal.

Si cette approche ne nous permet pas de généraliser les réalités de ces familles à la population québécoise, elle nous permet par contre d'aller plus profondément dans le vécu intime des personnes rencontrées, comparativement à une enquête de masse que ce soit par sondage téléphonique ou par questionnaire écrit.

- 3.1 -
SATISFACTION GARANTIE OU BESOIN REMIS!

L'INCONTOURNABLE BESOIN | Inutile de chercher à l'éviter, lorsqu'un besoin est là, nul ne peut y échapper. Qu'il origine de la nature ou de la vie sociale, le besoin est une nécessité. Lorsqu'on sent un besoin, on ne peut l'empêcher de poindre. Le besoin est, il est impératif, il prend sa place, il s'exprime et désire être entendu!

LE BESOIN AU COEUR DES VALEURS | Chaque individu a ses valeurs propres et les besoins qu'il ressent en découlent. Cependant il est très difficile de hiérarchiser les besoins. Certains auteurs croient que les besoins prescrits par la nature sont plus importants que ceux dictés par la culture, alors que d'autres pensent que ce sont les règles socioculturelles qui déterminent comment et, si oui ou non, un besoin biologique sera comblé.

Les valeurs personnelles sont constamment confrontées aux valeurs sociales. Ce qui est vrai, juste et bien pour l'un ne l'est pas nécessairement pour son voisin. Les valeurs sont les points de référence de l'individu à partir desquels il va porter des jugements ou adopter tel ou tel comportement. En périnatalité, l'intervenante est confrontée à des valeurs différentes des siennes; confrontée aussi aux valeurs en mouvance d'une famille en plein processus d'adaptation à la vie avec un nouveau-né.

Quand il y a choc des valeurs, les besoins exprimés peuvent déstabiliser et susciter toute une gamme d'émotions. Savoir accueillir de tels besoins et accompagner les familles adéquatement requiert une grande capacité d'être à l'écoute, à la fois ouvert et sensible. Se laisser toucher ainsi est une occasion privilégiée de croissance pour certaines... ou une exposition au risque d'épuisement professionnel pour d'autres. En fait c'est probablement un mélange de tout cela, et davantage.

À CHACUN SON BESOIN | Évaluer le besoin de l'autre exige de s'intéresser à son cadre de référence. Les besoins des individus sont éminemment personnels. Savoir saisir autrui dans sa vérité, c'est savoir pénétrer sa subjectivité. L'évaluation de la pratique des sages-femmes illustre bien ce phénomène et nous montre que la clientèle des sages-femmes, comme celle des médecins, se disent toutes deux satisfaites. Toutefois, leur satisfaction respective découle de réponses à des attentes différentes. Le Conseil d'évaluation des projets-pilotes constate que chaque clientèle avait son cadre de référence propre : «...elles ne mettent pas nécessairement l'accent sur les mêmes dimensions ni n'interprètent leur expérience de la grossesse et de l'accouchement à la lumière des mêmes conceptions». Ainsi, de la même façon que l'on dit «à chacun ses goûts», on pourrait dire «à chacun ses besoins», deux notions qui ne sont pas plus discutables l'une que l'autre.

LES EXPRESSIONS MULTIPLES DES BESOINS | Souvent, la famille qui s'exprime ou cherche de l'aide n'a pas encore identifié la nature de son besoin. Pour l'intervenante, le travail de détective commence! Le besoin présente souvent un écart entre une situation souhaitée ou perçue comme idéale et la situation telle que vécue par la famille. Celle-ci cherche à réduire ou éliminer cet écart. L'expression du besoin peut être indirecte ou confuse, par exemple, certaines vont comparer leur vie à celle d'une autre famille qui vit la situation souhaitée. Le besoin peut également s'exprimer sous forme d'inquiétude, de peur, de préoccupation ou d'insatisfaction. Enfin, il arrive que faute de savoir identifier leur besoin, les parents exprimeront un moyen qui leur semble approprié pour le combler. On dira «j'ai besoin d'une balançoire mécanique pour le bébé» plutôt que «j'ai besoin de répit» ou «j'ai besoin de telle personne» plutôt que «j'ai besoin d'être aimé». Les besoins sont très souvent confondus avec les moyens.

DES SERVICES À LA SAVEUR DES NOUVELLES TENDANCES | Depuis une trentaine d'années, les femmes réclament des services plus respectueux des processus physiologiques de la maternité ainsi que du caractère intime et familial de la naissance. La clientèle manifeste son besoin d'un soutien global et de continuité dans les services. Notamment, pour sentir leurs besoins mieux comblés, les femmes apprécient que le professionnel responsable soit capable de développer une relation à la fois intime et professionnelle. Plusieurs écrits relatent l'émergence de cette tendance et la *Politique de Périnatalité* (1993) énonce d'ailleurs parmi ses voies d'action prioritaires : «la nécessité de promouvoir et développer des approches novatrices en périnatalité». La pratique des sages-femmes telle qu'expérimentée dans les projets-pilotes illustre bien ce courant et ses bénéfices tout comme certaines pratiques novatrices mises de l'avant en centres hospitaliers et en CLSC ces dernières années. Ces pratiques visent à favoriser un meilleur lien de confiance et à offrir des services inspirés par la reconnaissance d'une expérience globale, normale et unique. Ceci satisfait davantage les attentes des familles et suscite une rencontre enrichissante entre deux univers; le fossé évoqué précédemment s'en trouve d'autant réduit.

«EMPOWERMENT», UN FACTEUR CLÉ DE SATISFACTION | La langue française n'offre pas de mot équivalent au concept d'«empowerment», mais d'entrée de jeu, disons que le terme constitue l'antithèse du concept du «rôle du malade» tel que décrit par des sociologues américains (rôle infantilisé, sans expertise, inapte à prendre des décisions). L'«empowerment» appartient aux individus qui le vivent et progressent dans la prise en charge d'eux-mêmes, en l'occurrence les parents. Du point de vue des intervenantes, le concept réfère plutôt à la promotion de l'autonomie des parents et à la stimulation de leur participation active à la naissance de leur enfant. Les parents ont besoin de développer leurs compétences parentales dès avant la naissance. Pour se sentir à l'aise dans cet apprentissage, ils ont besoin de sentir qu'ils ont le contrôle de leur expérience et qu'on reconnaisse qu'ils sont les mieux placés pour prendre toute décision relative à la naissance et aux soins à prodiguer à leur enfant. Ils souhaitent entrer en relation avec des intervenantes conscientes de cette nécessité afin d'être guidés dans la recherche de solutions adaptées à leurs besoins spécifiques. En fait, selon Rocheleau, c'est la qualité même de l'expérience qui s'en ressent car elle «est intimement liée au sentiment de participation de la mère au processus de la naissance et à la prise en considération par les intervenantes des dimensions psychosociales de l'événement».

De plus, les parents recherchent réconfort et présence humaine auprès d'intervenantes qui croient en leur capacité d'autonomie et favorisent leur participation active à un événement reconnu comme leur appartenant. L'autonomie comme valeur de référence rejoint les orientations de la *Politique de Périnatalité* (1993) ainsi que celles de la Fédération des CLSC (1997) qui mentionnent notamment l'importance du sentiment de compétence des parents.

UNE NAISSANCE ÇA BOUSCULE, PARFOIS ÇA BASCULE! | Si chaque naissance est unique et comporte son lot de surprises, chose certaine, c'est une expérience intense vécue de façon globale et qui sollicite forcément les capacités d'adaptation du couple et de la famille. Cette expérience d'ouverture et d'accueil à une nouvelle vie dépasse largement l'aspect physiologique de l'accouchement; cela renvoie à des dimensions psychologiques et culturelles importantes. Quand le vécu périnatal chamboule, obtenir un soutien psychologique et affectif approprié devient un facteur déterminant de la satisfaction des familles. Les familles sont entières dans leur expérience, elles ont besoin et s'attendent à être considérées comme telle. Être enceinte, c'est bien plus qu'une bedaine qui grossit; mettre au monde un enfant, c'est bien plus qu'un col qui se dilate ou un utérus qui pousse et accueillir un bébé, c'est bien plus que connaître son poids et sa taille.

S.V.P. NE COUPEZ PAS LE FIL | La littérature souligne également l'importance de la continuité dans les interventions. Il est d'ailleurs fortement conseillé de rendre disponibles les services d'une même intervenante en pré, en per et en postnatal. Pour établir une relation de confiance, pour se sentir accueillis et écoutés, pour être à l'aise de s'ouvrir et partager un vécu tout à fait personnel, il faut atteindre une qualité dans la communication ainsi qu'une intimité qui ne peuvent se développer avec plusieurs intervenantes à la fois. Ainsi, la présence continue d'un professionnel responsable lors du travail, de l'accouchement et de la période postnatale est très appréciée des parents et s'avère un autre élément constitutif de leur satisfaction. Cet idéal est difficile à atteindre avec l'organisation actuelle des services puisque le suivi en prénatal est habituellement assuré par un médecin et le soutien pernatal par une infirmière. Cette dernière, même animée de la meilleure volonté, doit établir une relation de confiance en peu de temps. Elle est soumise aux contraintes des quarts de travail et aura rarement la possibi-lité de poursuivre son soutien en postnatal. La continuité donne pourtant à l'intervenante un rôle plus significatif et lui permet d'être plus à même de comprendre, de soutenir et, par conséquent, de répondre plus adéquatement aux besoins des parents.

SOURCES

Fédération des CLSC du Québec, *Virage ambulatoire, Volet périnatalité, Objectifs*, document Internet, Montréal, 1997.

Fortier M., *Perceptions des parents primipares de leurs besoins dans le cadre d'un court séjour hospitalier*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, janvier 1999.

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, *Rapport final et recommandations, projets pilotes sages-femmes*, Édition révisée, MSSS, Québec, 1998.

Rocheleau L., *Les besoins des femmes et des couples de la région en périnatalité. Résultats d'une étude menée auprès de mères des CLSC Les Blés d'Or et Nicolet-Yamaska*, rapport préliminaire, Nicolet, janvier 1999.

- 3.2 -
DES PARENTS NOUS OFFRENT UNE TRANCHE DE LEUR VIE

Pour connaître les demandes des familles au tournant du millénaire, nous avons bénéficié de l'accueil et de l'ouverture de six familles très différentes. Quatre d'entre elles vivent en milieu urbain et deux en milieu rural. Chacune de ces familles s'est enrichie récemment un enfant et a accepté de nous en parler en toute sincérité. Leur expérience relate leur histoire, la leur, sans aucune prétention, surtout pas celle de représenter d'autres familles. Elles ont cependant des histoires qui rejoignent celles des femmes et des familles que vous rencontrez tous les jours dans votre pratique.

De plus, elles partagent des réseaux d'appartenance se situant :

TABLEAU 7

Au niveau de leur réalité	Être une famille
Au niveau de l'événement	Donner naissance
Au niveau du processus	Établir une relation de confiance avec le personnel du réseau

D'une façon très personnelle, les parents racontent l'essence de leur vécu pendant la période de la grossesse (prénatal), de l'accouchement (pernatal) et des premiers jours de vie de l'enfant (postnatal). Les pages suivantes vous invitent à les rencontrer, un peu comme si vous regardiez une vidéo de la famille à travers des extraits des six entrevues semi-dirigées et enregistrées (90 à 120 minutes chacune).

Comme ces six familles, vous comprenez la réalité avec votre cœur parce que vous reconnaissez le côté exceptionnel de cette période charnière de leur vie. Comme elles, vous la vivez à votre manière, sans connaître l'histoire des autres familles. Chaque naissance, chaque histoire, vous offre le privilège de venir un peu plus au monde.

Pour comprendre les familles, nous vous invitons à faire vôtre leur réalité. Ainsi, vous deviendrez tantôt une famille recomposée où le papa devient père de deux enfants en même temps qu'il apprend la venue du troisième. Vous vibrerez au rythme des parents à qui on annonce, dès la naissance, le handicap de leur enfant avant même que la mère puisse lui offrir le sein. Malheureusement, lors de votre première grossesse, vous serez victime de violence conjugale et vous lutterez pour vous en sortir avec votre bébé. Vous serez une famille même si vous vivez seule de l'aide sociale avec deux jeunes enfants. Vous vivrez aussi une belle expérience dans une chambre de naissance d'un centre hospitalier régional, après avoir bénéficié d'un suivi de grossesse pour ce premier bébé avec un médecin généraliste. Enfin, en toute intimité, vous partagerez avec votre conjoint et votre sage-femme l'accueil de votre bébé en maison de naissance.

Toutes ces expériences peuvent être présentées parce que des parents ont bien voulu, une fois les enfants couchés, partager un moment intime dans leur salon. Ouvrons-nous et soyons disposés à accueillir leurs satisfactions, leurs insatisfactions, leurs suggestions et leurs réflexions. Très rapidement, les parents nous ont appris qu'avant de porter un regard critique sur l'extérieur, c'est d'abord leur expérience de père et de mère, de conjoint et de famille qu'ils ont besoin de partager. Par la suite, ils en viendront à leur relation avec les intervenantes. Nous constaterons alors jusqu'à quel point les parents ont apprécié se prêter à notre exercice et combien le récit de leur accouchement est important pour eux.

Les pères ont pris parole et nous communiquent leur impuissance ou leur respect face à la douleur de l'accouchement. Les parents décriront également la relation de confiance développée avec le médecin, l'infirmière ou la sage-femme. Ils en parlent beaucoup, laissant même sous silence leur appréciation des autres intervenantes impliquées. Ils abordent peu la période postnatale ainsi que leur rapport avec les CLSC. Le but premier de ces rencontres était de faire un retour sur l'expérience périnatale. Cependant, le vécu postnatal de ces familles mériteront davantage d'approfondissement qui pourrait se faire dans le cadre d'une nouvelle recherche.

Ces parents confirment les énoncés de la littérature. L'expérience périnatale implique l'apparition d'un grand nombre de besoins psychologiques, loin devant les besoins physiques ou de réseaux de soutien. Ces récits authentiques suscitent questionnements et réflexions sur l'évolution des soins périnataux dans le contexte difficile de la transformation du système de santé au Québec. Encore une fois, nous composerons avec l'intimité, l'intensité et la globalité du vécu des familles.

TABLEAU 8

LES SURPRISES DES ENTREVUES

Leurs différences marquantes	Leur culture!
Leurs ressemblances renversantes	La recherche de réponses adaptées pour des besoins semblables!
Leur réalité	Des suivis et surtout des interventions professionnels très différents!
Le hasard de l'exercice	La présence de plusieurs accouchements provoqués avec médication!
Le choix des familles	La présence de parcours périnataux familiaux très variés!
Les biais inévitables	Le récit de six mondes subjectifs sous l'influence des perceptions, des préjugés, des émotions et des contextes!
Les questionnements	Des pistes de réflexions parfois semblables malgré les mondes différents!
Les confirmations	Jusqu'à quel point leur expérience est riche, entière et déterminante!

Nous voilà dans l'univers de la représentation mentale, un champ de recherche qualitatif à stimuler davantage en périnatalité. C'est donc avec disponibilité et appréciation que les parents ont accepté de nous consacrer une soirée de leur précieux temps. Avec chaleur, ils nous ont remerciés de leur offrir cette occasion de prendre la parole. Ils avaient des vécus importants à communiquer, à nous maintenant d'en enrichir nos réflexions et de les utiliser à bon escient!

- 3.3 -
VERS L'HÔPITAL, SUR LA ROUTE DU NORMAL

Profil et parcours | Parents de moins de 30 ans, grossesse normale, premier bébé. Suivi avec un médecin généraliste œuvrant en équipe avec un autre généraliste. Accouchement en centre hospitalier régional avec séjour hospitalier de 48 heures. Participation à des cours prénatals de leur CLSC. Accouchement vaginal naturel. Visite postnatale à domicile par l'infirmière du CLSC ayant dispensé le cours prénatal. Allaitement. Problèmes de santé chez le père l'obligeant à changer d'emploi. Situation financière suscitant quelques inquiétudes. Mère et bébé en santé.

Les parents nous ont révélé que...

Vécu prénatal | Mère : «... mon médecin ne voyait pas juste le médical...il ne faisait pas juste mesurer la bedaine... il était bien humain... Mais je sortais de là et j'en aurais parlé encore plus, de comment on vivait cela... comment c'était merveilleux... Il ouvrait la porte mais il nous faisait voir aussi qu'il y en avait d'autres aussi qui attendaient... »

Père : «...c'est comme aller à la Coopérative pas de petit papier, tu sors de la pis t'en a oublié la moitié. Faudrait peut-être se l'écrire dans le front... un moment donné ça vire sur d'autres choses... après tu cherches pis tu t'en souviens une fois que t'es sorti, mais c'est trop tard... T'sais, c'est aux quinze minutes les rendez-vous.»

Mère : «...moi les cours prénataux, j'ai bien aimé ça sauf que j'ai pas appris beaucoup parce que je lisais beaucoup. Ça revenait à ce que je lisais.»

Père : «... les cours prénataux, c'était pas pire, ça me faisait une sortie. Tu vois d'autre monde comme toi que c'est leur premier aussi... on en parle... Ailleurs on en parle pas. Un bout pour nous autres, c'est du jargon, tu sais une péridurale , c'était quoi ça? J'étais prêt à l'accouchement...ça m'énervait pas. Moi le normal, je connais ça (il est éleveur)... J'étais en confiance.»

Vécu pernatal | Mère : «... j'ai appelé deux fois à l'hôpital... Elles (les infirmières) m'ont toujours dit : monte si ça peux te rassurer. Ça m'a enlevé ben du stress.. Le gros du travail, je l'ai fait à la maison... Elle m'ont dit: viens on t'attend... Quand je suis arrivée là, elles m'attendaient, j'ai bien aimé ça... Ça m'a mise tout de suite en confiance...j'étais pas un numéro.»

Père : «... l'infirmière qui était là, ça faisait dix ans qu'elle n'avait pas fait ça, elle avait pas perdu la twist. Elle était bonne ...elle en avait déjà vu.... c'était juste avec les machines qu'elle avait de la misère... Elle nous mettait en confiance... Elle prenait le temps d'expliquer... Elle disait: vous faites ben ça, vous êtes assez calme... tu voyais que les infirmières faisaient ça parce qu'elles aimaient ça. Elles faisaient pas ça pour la paie...»

Mère : «... On a tombé vraiment sur deux bonnes infirmières. J'avais besoin d'être rassurée...c'était l'inconnu qui s'en venait... Ma peur c'était ; vais-je être capable de tolérer les douleurs. Dans nos cours, elle (infirmière) nous le dit que ça fait mal...mais comment ça va faire mal?»

Père : «... elle voulait accoucher naturel, elle ne voulait pas se faire pitcher (péridurale)... Un moment donné, c'est le contrôle qu'on veut. Fallait pas qu'elle perdre les pédales. L'infirmière nous disait le pire est fait. Moi, je voyageais les serviettes d'eau parce qu'elle avait chaud... je n'étais pas nerveux, je faisait mes affaires. Je ne voulais pas nuire aux autres, je ne dérangeais pas l'infirmière ou le médecin dans leur travail. A la fin, je surveillais, j'avais hâte de lui voir la bette....C'était l'fun, j'ai pas perdu les pédales. »

Mère : «Moi, j'étais dans ma bulle. J'étais centrée sur moi, je ne voulais pas perdre le contrôle. Je me souviens pas de ce que mon conjoint me disait. Je me souviens qu'il était calme, je me souviens de sa main... que je ressentais le calme autour de moi...j'ai eu du fun à mettre au monde. Ça été la plus belle expérience de ma vie. C'était à un petit hôpital, j'étais toute seule. Je le dit au monde, allez là, c'est tranquille! »

VÉCU POSTNATAL | Père : «Après, on était brûlé, fini...on dormait tous les deux, on avait la petite avec nous autres.. on s'est presque fait disputer... Il aurait presque pas fallu dormir, t'sais le bébé vient de venir au monde, s'il y a quelque chose.»

Mère : «L'infirmière a dit ben voyons ça prend quelqu'un pour surveiller la p'tite... C'était pas méchant mais elle nous a fait voir qu'il en fallait un des deux qui reste réveillé...»

Mère : «... à l'hôpital, on force à plein pour qu'on s'en occupe sauf que quand je voulais me reposer, elle me le permettait... Une fois, elle l'a lavé parce que je n'étais pas capable mais je voyais qu'elle avait peut-être pas le temps.»

Mère : «... l'infirmière de nos cours prénataux est venue une semaine et demi après. Il y a eu de quoi dans le courrier qui a retardé, elle l'a pas su avant. Elle s'est excusée... Moi, ça allait bien ,ça ne m'a pas dérangé... Elle a insisté pour venir pareil... »

Père : «... au cours, elle avait dit qu'elle aimait ça venir... Elle disait qu'il y en a au téléphone qui disent que tout va bien, mais c'est qu'ils n'osent pas demander. C'est pour ça qu'elle aime bien aller voir...elle l'aurait eu un peu sur la conscience si elle était pas venue... »

Mère : «... elle est restée presqu'une heure... Encore là, j'aurais eu besoin d'encore plus pour pouvoir parler de ce que je vivais...je suis bien téteuse là-dessus... J'aurais aimé ça en parler avec une personne qui aurait été là juste pour ça... Pouvoir en parler avec une autre personne que ton conjoint... Les autres, ils vivent pas ça, ça les tanne, nos amis n'en avait pas encore... Juste pour pouvoir partager mon vécu... mon bonheur. Ça, ça m'a manqué.»

Père : «... t'sais les autres , c'est le bébé qui les intéressent... »

Mère : «... dans toute mon expérience, ce que j'ai trouvé de plus difficile, c'est de voir que c'est le temps qui leur manque...la vie est vite oui, mais on vit le miracle de la vie... Quand j'ai accouché, j'ai éclaté, j'ai pleuré mais j'aurais aimé ça pleurer plus... le contexte ne le permettait pas... La priorité, c'était pas ça... Elles ont passé à d'autres choses vite. T'sais, c'est le côté émotif qui manque.... »

CE QUI EN RESSORT...

LA DIFFÉRENCE ENTRE LES ATTITUDES ET LE CONTEXTE DU TRAVAIL | Au-delà des attitudes et des qualités humaines, le contexte des services influence la perception des parents. Bien que ceux-ci définissent leurs intervenantes comme très adéquates, ils sont sensibles à leur charge de travail et ont le souci de ne pas trop les déranger. Comment reconnaître ensemble cet état de fait pour ensuite mettre en priorité ce qui est important pour eux? Ces parents ne sont à l'hôpital que pour un jour ou deux, ils vivent un événement unique dans leur vie et désirent mettre au monde leur enfant dans un climat de confiance et de sécurité. Si le père n'avait pas eu cette inquiétude de nuire au travail des intervenantes, aurait-il pu aller plus loin dans l'expression de ses besoins?

Comment ajuster les pratiques sans privilégier certains aspects au détriment des autres? Par exemple, lors du suivi postnatal à domicile, ces parents n'avaient pas d'inquiétude particulière, mais la mère avait grand besoin de partager son expérience. Comment faire place au vécu de la mère sans négliger le bébé, les deux faisant un tout? Comment s'assurer également que le père a sa place et se sent considéré et écouté? Pourrait-on voir à ce qu'une tierce personne s'occupe du bébé pour permettre à la mère et au père de partager ce qui leur tient à coeur avec l'intervenante?

LE RENFORCEMENT POSITIF, UNE FORMULE GAGNANTE | Une fois venu le moment tant attendu, la mère s'est justement sentie attendue par le personnel de l'hôpital. Cette attitude dès le départ l'a mise en confiance. La reconnaissance par l'infirmière des bons coups des parents, tous ces gestes et toutes ces paroles qui encouragent sont autant d'ingrédients fortifiants et énergisants dans la recette d'une expérience riche et satisfaisante pour les parents. Le soutien obtenu durant l'accouchement a aidé les parents à rester détendus et rassurés. Leur sentiment de sécurité intérieure s'en est trouvé stimulé. Le père a probablement mis le doigt sur la clé de cette attitude gagnante : l'amour du métier.

APPRIVOISER LE TEMPS, ACCUEILLIR LES ÉMOTIONS | Souvent, du point de vue des parents du moins, la disponibilité, l'accueil et l'ouverture des intervenantes semblent compromis par le manque de temps... mais est-ce vraiment là que le bât blesse? La réponse réside peut-être dans la nuance entre manquer de temps et donner du temps.

Par leurs dires, les parents mettent en évidence deux notions de temps : «Laisse-nous dans notre nuage» ou «J'aurais aimé ça pleurer plus longtemps.» Les besoins dont il est question ici ne requièrent aucun temps supplémentaire des intervenantes, seulement de le gérer autrement. Ne serait-il pas relativement simple d'organiser différemment le travail et de retourner à la chambre lorsque les parents sont prêts à nous recevoir? Cela réfère davantage à la faculté de s'adapter à des changements dans les routines et bien sûr à celle de reconnaître ces moments particuliers où les parents ont besoin de leur intimité.

Dire «... J'aurais aimé cela qu'on prenne des minutes pour parler plus...» informe d'un besoin d'obtenir des services différents. Pas question nécessairement que la visite postnatale soit plus longue, mais plutôt que l'infirmière prenne le temps d'aborder des questions plus émotives. Chercher et identifier la nature des besoins des parents, intervenir dans le temps disponible tout en tenant compte du contexte de travail pourrait satisfaire à la fois les parents et les intervenantes. Les parents, sollicités au plan des émotions, exprimeraient possiblement leurs besoins plus aisément en sentant une ouverture quel que soit le type de leur besoin.

Pourquoi aussi ne pas explorer avec les parents des pistes de solutions à certains de leurs besoins? Création de lieux d'échange, rencontres postnatales avec le groupe des rencontres prénatales, suggestions aux mères et aux pères de se téléphoner et de s'inviter, références aux organismes communautaires... En collaboration avec les parents, les idées de réponses aux besoins se multiplieront sans doute.

CHOISIR : MÉDECIN OU SAGE-FEMME, HÔPITAL OU... | Ce choix n'est pas simple. Les avantages et les désavantages des différentes ressources ne sont pas toujours connus. Comment les présenter aux parents sans se sentir «traître» vis-à-vis son propre milieu? Soutenir l'autonomie des parents, susciter leur participation, c'est aussi les mettre au courant des choix qui s'offrent à eux, généreusement et sans arrière pensée : tel centre hospitalier par rapport à un autre, tel CLSC ou cabinet privé de médecins, les maisons de naissance et les sages-femmes, éventuellement l'accouchement à domicile... Le défi : donner une information juste et complète afin de stimuler l'exercice du choix éclairé par les parents... parce qu'en bout de ligne, ce sont eux qui vivront ce moment inoubliable, ce sont eux qui se tricoteront des souvenirs à chérir une vie durant.

UN MESSAGE POUR L'AN 2000

Mère : «Prendre le temps. La réalité est là, mais nous comme parents, quand on accouche, on ne vit pas cela dix fois dans notre vie. Ne vous pressez pas à nous sortir de notre nuage, permettez-nous de le vivre. Oui, vous êtes pressés mais ne nous faites le pas sentir. On le sait qu'il y en a d'autres, ne nous mettez pas de pression, laissez-nous vivre cela à 100%».

Père : «... en partant, si tu établis une confiance, tu ôtes un stress et l'atmosphère n'est pas pareille. Quand tu as confiance en quelqu'un, tu vas plus te concentrer sur tes affaires, tu vas plus te laisser aller. Tu ne peux pas avoir confiance si on te pousse dans le cul».

- 3.4 -
DEUX DANS UN! UNE FAMILLE RECOMPOSÉE

Profil et parcours | Nouvelle famille recomposée avec parents de moins de 30 ans et 2 enfants de 2 et 4 ans. Grossesse surprise débutant 2 semaines après la mise en ménage. Revenu familial moyen, stress financier pour ce nouveau père de bientôt 3 ou 4 enfants (suspicion de grossesse multiple). Vie de couple fragile en raison d'adaptations personnelles et familiales nombreuses. Grossesse suivie par un gynécologue. Risque d'accouchement avant terme. Accouchement vaginal provoqué et sous médication. Bébé et mère en santé.

Les parents nous ont révélé que...

Vécu prénatal | Père : «Qu'est-ce qu'on va faire avec deux autres bouches? Disons que les sueurs, elles se faisaient aller».

Père : «Elle (sa conjointe) passait sa frustration sur moi. Mettons que la vie n'était pas très rose entre nous deux à ce moment là. Moi, j'avais les oreilles pleines. Je garde pas mal mes émotions pour moi».

Mère : «Il (le gynécologue) m'a demandé comment je la voyais (grossesse avec possibilité de jumeaux). Silence de la mère qui répond qu'elle a mal dans le bas du ventre. Il m'a dit qu'effectivement, la plupart du temps, c'est des jumeaux. Ça me terrorisait, je me disais que je n'y arriverais pas. Je faisais des cauchemars où je les tuais tous les deux. Mon gynécologue, c'est à peu près le meilleur du monde. Il s'assure qu'émotionnellement t'es pas trop perturbée... c'est bien plus moi (que le bébé) qui l'intéresse».

Mère : «Il fallait que je prenne la décision à savoir si je me faisais provoquer ou si j'attendais. Mon médecin m'a dit : Si tu te fais provoquer mercredi, c'est moi qui est là. J'étais au bout du rouleau, j'étais écoeurée d'être enceinte».

Vécu pernatal | Père : «Déjà, ça me faisait peur, j'ai bien de la misère à voir quelqu'un souffrir... c'est en plein ce que j'ai vu. Me semble que tu irais le chercher le bébé. Sors de là, va te coucher, puis c'est fini. Un remède, un moyen de passer le mal. Si j'avais pu envoyer quelqu'un d'autre à ma place, je pense que je l'aurais fait. J'ai pensé lui mordre un doigt pour qu'elle pense qu'elle a mal au doigt. Une fois, j'ai dit à l'infirmière : je ne sais plus quoi faire».

Mère : «Quand je lui (son conjoint) ai dit, là ça ne va plus, là, ça n'allait plus pour lui non plus. Je lui ai dit : j'ai juste besoin que tu sois là, j'ai pas besoin de rien d'autre, le reste je vais le faire toute seule, je suis capable. À un moment donné, j'avais l'impression que mon accouchement était plus dur pour lui que pour moi».

Mère : «Le médecin a dit : non, donne pas d'épidurale, elle accouche d'ici une demi-heure, donne du nubain. Il sait où je suis rendue dans mon accouchement, moi j'y fais confiance à lui parce que je le connais».

Père : «Je n'ai pas eu les réponses (des infirmières) que j'aurais aimé avoir, sauf que j'en ai eues pareil. Quand elle (sa conjointe) m'a dit que ça n'allait plus, je ne me suis pas senti appuyé du tout. L'infirmière m'a dit qu'il n'y avait rien à faire, que ce ne serait pas long. Moi, je le trouvais long le temps. J'étais totalement désarmé».

VÉCU POSTNATAL | Père : «Ça se peut-il accoucher par télépathie? Quand le bébé est sorti, le médecin l'avait dans ses mains. J'ai dit : gardez-le, le bébé... Quand j'ai su qu'elle était correcte, elle était gelée comme une balle, je suis allé voir si le bébé était correct».

Mère : «Pour moi, l'avoir dans les bras, ce n'était plus important. Je l'avais mis au monde, je ne voulais pas l'échapper. Je voulais qu'il (son conjoint) le prenne. Pour moi, ce n'est pas la douleur, c'est que tu n'as jamais de répit. Deux heures et demi, je ne souhaite pas ça à personne».

Père : «J'ai adoré cet hôpital parce qu'à un moment donné, je suis arrivé en habit de travail, sale, tard le soir. L'infirmière a dit : les visites sont terminées. J'ai dit que je voulais voir mon petit bonhomme. Elle m'a dit : allez-y, enlevez votre manteau, mettez une chemise. J'ai adoré ça pareil. Je l'ai tenu dans mes mains cinq minutes, et normalement je n'aurais pas eu le droit. ».

Père : «Je me sentais bien nerveux. Au bout de trois semaines, j'étais brûlé, on aurait dit que le stress m'avait grugé. C'est comme si j'avais trois bébés d'une claque».

Mère : «Moi, j'avais une fusion avec mon médecin que j'ai construite à ma première grossesse. C'est sûr que pour moi, ça c'était très important. D'ailleurs, j'ai décidé de me faire provoquer, c'était la principale raison. Je n'aurais pas voulu que ce soit un autre».

Mère : «Mes parents sont loin. Je ne pense pas qu'on ait un besoin qui n'a pas été comblé. Parce qu'il y a des choses qui ne peuvent pas être comblées par des intervenantes. Il n'y a aucune infirmière sur terre, il n'y a aucun médecin qui va remplacer ta mère».

CE QUI EN RESSORT...

UN VÉCU D'ADAPTATIONS | Le devenir parent est très intense, devenir père de trois enfants en même temps l'est encore plus. Le stress financier est au cœur du vécu de ce père tout au long de la grossesse. La mère se questionne sur sa possibilité de vivre avec cet enfant ou ces jumeaux alors que ses deux autres enfants sont déjà exigeants. Tous les deux souffrent de ne pas savoir s'ils auront la capacité de s'adapter à cette nouvelle réalité. Ils en discutent peu, les peurs sont refoulées et se manifesteront en mésententes dans leur vie de couple. Lors de l'accouchement, le couple éprouve de la difficulté à s'aider, les peurs de chacun prenant le dessus. De grands besoins psychologiques d'être accompagné, d'exprimer un vécu et d'apprendre à vivre avec une nouvelle réalité demeurent ici silencieux. Comment les intervenantes peuvent-elles aider ces parents à mieux communiquer leurs besoins entre eux et à leurs réseaux de soutien tant institutionnels que sociaux?

UN VÉCU PARADOXAL | La mère évoque la relation de confiance développée avec son gynécologue et mentionne qu'il s'assure qu'elle n'est pas perturbée au plan émotionnel mais, elle

ne lui livre pas ses terreurs. Elle cherche à obtenir réconfort et sécurité en lui parlant de ses maux de ventre. Pour toute assurance, il lui dit qu'effectivement, la plupart du temps, les grossesses multiples peuvent les occasionner. Ses cauchemars seront plus nombreux et le gynécologue s'inquiétera d'un retard de croissance du bébé. Tout le monde est inquiet, personne ne dit pourquoi. Cette relation, qu'elle qualifie de «fusionnelle», permet-elle une ouverture de part et d'autre pour aborder les réelles difficultés? La qualité de la relation de confiance est-elle réelle ou idéalisée par la mère? Comment la relation de confiance peut-elle conduire à une meilleure communication?

La préparation à l'accouchement | Cette mère semble manquer d'information et de justifications pour prendre la décision de faire provoquer son accouchement. Elle préférerait ne pas avoir à décider et demande à son conjoint de le faire. Il ne se positionne pas. Seul le gynécologue décidera. La mère se sentant vidée de ses énergies acceptera et décrira son accouchement comme une tempête qu'elle ne souhaite pas à personne. En même temps, elle ne se questionne pas sur la pertinence d'avoir eu un accouchement provoqué, ce qui n'est pourtant pas sans conséquence sur l'intensité du travail. Le lien de confiance, presqu'aveugle, établi avec le gynécologue et l'état particulièrement fragile de la mère à la fin de sa grossesse semble rendre tous les commentaires et toutes les suggestions du médecin bien fondés. Le professionnel responsable semble être le seul à soutenir les décisions de la mère, mais en réalité, les soutient-il ou les oriente-t-il? Qu'en est-il du contexte ayant entouré la décision de provoquer l'accouchement et de sa pertinence clinique?

La tolérance à la souffrance | On ne sait plus trop dans cet accouchement qui supporte qui. Le père se savait déjà fragile face à la souffrance. Son impuissance à pouvoir soulager la douleur a été pour lui un traumatisme. Il mentionne que l'accouchement lui a arraché un bras, celui que sa femme lui tenait! D'un naturel silencieux, il demande tout de même de l'aide à l'infirmière afin de se sentir plus compétent à soutenir sa conjointe. Pour toute réponse, celle-ci prend sa place auprès de la mère. Il sort alors du triangle, père - mère - infirmière et se met à rêver d'être ailleurs. Il s'inquiète face à la médication en fin de travail. Presque tous les besoins exprimés lors de cet accouchement, que ce soit par le père ou la mère, sont de nature psychologique, principalement en matière d'accompagnement. Les réponses semblent davantage orientées sur les besoins physiques par le recours à l'intervention plutôt que sur le soutien aux difficultés émotives rencontrées.

Ce vécu pourrait être assez représentatif de la difficulté qu'éprouvent nombre de pères lors de l'accouchement. Celui-ci aurait-il accepté de mieux se préparer avant l'accouchement? Chose certaine, dans le feu de l'action il a cherché à trouver une réponse pour mieux intervenir. Pourrions-nous aider les pères à développer les qualités et les attitudes qui soutiennent la femme en travail? Est-il possible de favoriser les conditions pour que la femme sente l'appui de la personne généralement la plus significative et apte à l'aider lors de l'accouchement : son conjoint? Les hommes, mieux préparés, seraient-ils une alternative viable à la péridurale?

Un message pour l'an 2000

Mère : «Un bébé, quand ça vient au monde, ce n'est pas juste le bébé qui vient au monde, c'est toute une famille qui se forme, chacun se tasse un peu pour lui laisser de la place».

Père : «Ce n'est pas le médecin qui nous accouche, lui il est là pour attraper le bébé pis couper le cordon. C'est l'infirmière qui est là. Toutes les intervenantes qu'on a eu, c'était du monde très sympathique. Elles faisaient bien leur travail. Qu'elles continuent comme elles le font».

— 3.5 —
ÊTRE MÈRE ET PÈRE À LA FOIS! FAMILLE MONOPARENTALE

PARCOURS ET PROFIL | Femme de 26 ans vivant seule avec ses 2 enfants de 1 et 3 ans. Faible scolarité, revenus de l'aide sociale. Soutien d'organismes communautaires pour urgences alimentaires. Aucune pension alimentaire versée par les pères. Suivi de grossesse avec 5 gynécologues en rotation dans une clinique privée. Prise de poids importante et hypertension artérielle. Césarienne et séjour hospitalier postnatal de 2 semaines en raison d'une pneumonie chez le nouveau-né. Mère et enfant en santé. Français : langue seconde.

LA MÈRE NOUS A RÉVÉLÉ QUE...

VÉCU PRÉNATAL | «Je n'ai jamais été petite, et je ne serai jamais petite. Ce n'est pas en me disant que: là tu pèses déjà ça et tu as engraissé de ça, qui va m'encourager à perdre du poids.... Elle (gynécologue) m'a dit : ta pression est très haute, tu n'as pas fait ce qu'on t'a dit. Juste entendre ça, la pression est montée deux fois plus haute J'ai manqué deux rendez-vous à la fin parce qu'elles (deux des cinq gynécologues impliqués) me stressaient».

«Je me sentais que j'essayais tout mon possible. C'est eux qui m'enlevaient tout le pouvoir que je me sente bien. Je ne sentais plus que ce que je faisais était en bonne confiance. Je sentais que tout ce que je faisais était tout croche».

«J'ai dit : je m'excuse que j'engraisse de vingt livres ou que j'en perde deux. J'aimerais ça que vous me dites que c'est beau vous êtes en santé».

«Elles (deux des cinq gynécologues impliqués) comprenaient, me demandaient des questions, me disaient ce que je voulais entendre. Je leur montrais ce que je faisais, et elles me disaient :c'est bon ça, tu devrais continuer. Je ne me sentais pas nerveuse».

«Une semaine avant qu'il y ait une décision d'accouchement, ils m'ont fait passer un écho. Ils m'ont dit que le bébé allait peser peut-être neuf livres. Ça m'a coupé l'appétit d'accoucher naturel. Elles (amies) ont dit: il va te briser en quatre».

VÉCU PERNATAL | «À la fin, je ne savais plus... J'étais tannée, perdue. Je me sentais toute croche.... J'aurais aimé qu'il y ait une infirmière à côté de moi pour être sûre que j'étais correcte, pour m'entendre, pour me sentir bien. Je me sentais seule. Le père de mon gars, c'était clair et net, il ne voulait pas être présent... j'étais déjà découragée».

«Chaque fois qu'il y avait de quoi, il (le gynécologue) ne m'avisait pas... Pour y penser, puis voir si c'est correct pour moi. Parce que moi je voulais accoucher naturel. J'aurais aimé savoir c'était quoi les plus grosses raisons, qu'on m'en parle avant, pas juste me dire que c'est la décision qui a été prise. Qu'il me dise: écoutez madame, on pense que ce serait mieux pour vous qu'on fasse une césarienne, au lieu d'accoucher naturel. C'était toute directe. Je ne suis pas une enfant».

«Ça c'est une expérience, un accouchement, qui est supposée être agréable, t'es supposée d'être entourée de monde agréable. Si j'avais eu cette expérience en premier, ça m'aurait traumatisé... Avec le premier, l'homme (le conjoint) m'a mis dehors, j'étais toute isolée, pas personne pour m'aider, puis ma famille ne m'aide pas. Puis arrivée dans un hôpital de même, puis que c'est encore pire. Non, je n'aurais pas été capable d'en avoir un deuxième».

«J'étais très malade... je veux que tu (infirmière) me parles de n'importe quoi, mais de l'extérieur de ce qui à rapport avec ici. Elle a fait ça. Elle m'a parlé des choses à la maison avec ses enfants... ça me faisait oublier que j'avais mal au coeur. Le bonheur, le «feeling» qu'elle m'a donné... Avec la travailleuse sociale que j'aime, c'est numéro un. Mais un accouchement, ce n'est pas la même chose. Je ne pourrais pas le revivre dans deux ou trois mois».

VÉCU POSTNATAL | «Moi, je trouvais qu'il y avait quelque chose qui ne marchait vraiment pas avec le bébé. Mais, j'avais eu un conflit avec l'infirmière ce matin-là... J'étais bien inquiète, mais je ne voulais pas l'appeler. Au cas où ce serait la même infirmière».

«J'étais sûre qu'ils pensaient que j'étais folle... m'envoyer une travailleuse sociale... peut-être qu'ils m'enverraient d'autres choses, un psychiatre... Moi, je trouve que c'est totalement être mère, être stressée. Quand tu stresses pour ton enfant quand il est malade, comme moi, comme mère, si ça ne t'énerve pas que ton enfant soit malade, c'est parce que tu n'es pas mère. Moi, je me sentais cent pour cent normale».

«Je ne voulais pas me sentir coupable si le bébé aurait été mort dans la nuit, puis qu'ils me disent: tu ne t'en as pas bien occupé, parce que tu n'as pas bien senti qu'elle sorte de mère tu es, t'as laissé ton enfant mourir. Moi, il me passait tellement des choses dans la tête, que je n'étais pas capable de dormir. Ils trouvent tout le temps des petits «gugus» pour ne pas te mettre dans le bon contenant».

«Le problème c'est que le CLSC me cherchait, il ne savait pas que j'étais rentrée à l'hôpital... Ils m'ont dit: c'est quand tu vas être là, qu'on va fermer le dossier. Pour moi j'ai senti que pour eux autres, je n'avais plus besoin de services. Si tu ne le demandes pas, ce n'est pas eux autres qui vont te l'offrir. Il faut que toi, tu dises ton nécessaire, ton besoin. Moi je n'ai pas eu tous mes besoins nécessaires. J'avais besoin d'une travailleuse sociale pour avoir les besoins que je voulais avoir. Ce n'est pas par une infirmière que je pouvais avoir mes besoins».

«C'est une merveille (intervenante communautaire)... elle te remonte le moral vite fait.... L'autre, c'était comme une étoile filante. Elle ne critique pas, elle ne dit rien pour te mettre «down». Elle me trouvait des moyens. Je pouvais parler de ce que j'avais comme problèmes, puis elle était là... Quand elle partait, je me sentais plus «pognée» avec les enfants... rien faire d'autre de ma vie».

CE QUI EN RESSORT...

LE RESPECT DES RYTHMES | Chaque parent entre dans l'expérience périnatale avec son histoire, sa culture, ses forces et ses limites. Pour cette mère, parfois consciente des perceptions à son égard et souvent soucieuse de ne pas être étiquetée, la communication devient une danse dont le tempo est imprévisible et très fragile. Sa culture, ses limites à communiquer en français de même que son rythme de compréhension se traduisent parfois en déformation des messages. Le manque d'information dont elle a souffert lors de son séjour hospitalier n'origine pas seulement d'une approche directive, mais également de problèmes de communication importants.

L'IMPACT DU VÉCU ET DES ÉTATS ÉMOTIFS | Cette femme, anxieuse lors du suivi de grossesse, continue de l'être en attendant son accouchement. La littérature est encore confirmée : on constate un écart important entre les réponses obtenues pour ses besoins de soutien psychologique et ses besoins d'ordre physique. Les professionnels la conseillent pour stabiliser sa prise de poids et son hypertension alors qu'elle espérerait une reconnaissance de sa bonne santé globale et des encouragements. Résultat : une femme bouleversée après plusieurs consultations, préférant même manquer ses rendez-vous en fin de grossesse, pourtant essentiels compte tenu de son état de santé, plutôt que de «se faire chicaner».

Pleine d'ambiguïtés face à sa capacité à mettre au monde son enfant, elle l'est tout autant lors de l'entrevue. Si bien qu'il nous est difficile de retracer son véritable parcours dans son récit. La césarienne était-elle prévue une semaine à l'avance? Pourquoi est-elle étonnée de se la faire annoncer? Que désirait-elle vraiment pour son accouchement et pourquoi ne peut-elle pas nous dire le motif de sa césarienne? Pour le professionnel placé devant de telles ambiguïtés et vivant de tels défis de communication, il est tentant de procéder puis d'expliquer après. Prendre en considération la cliente avec ses forces et ses limites semble ici un défi difficile à relever. La vulnérabilité de cette femme l'expose à une prise en charge. Est-ce indiqué d'intervenir et pourquoi?

PEURS ET STIMULATION DE LA PARTICIPATION ACTIVE | A-t-on pris en compte ses peurs, que ce soit pour un accouchement naturel ou une césarienne? Comment ne pas déplorer les commentaires de son entourage à l'annonce du poids du bébé lors de l'échographie? Effrayée à l'idée de «se faire casser en quatre», son sentiment de sécurité s'effritera... et ses compétences de femmes seront annihilées.

Son expérience lui a appris la méfiance face aux interventions professionnelles. Reconnaissant ce vécu, il est plus facile de saisir la portée de ses insatisfactions. «Je ne suis pas une enfant» nous répète-t-elle souvent. Son récit ne nous permet pas d'identifier les moments où elle a senti que l'on cherchait à stimuler sa participation active. Elle semble avoir raison, comme ses besoins, ses sensations sont réelles et incontournables. Alors comment les discuter? Préjugés ou jugements professionnels? De plus, elle doit attendre la période postnatale pour enfin sentir appui et confiance de la part des intervenantes. Dans ces conditions, comment pourrait-elle leur accorder sa confiance avant cette période? Cette femme dont la scolarité s'est complétée à l'école primaire nous enseigne que la prise en charge professionnelle est la réponse facile, mais incompatible avec la participation active et l'autonomie de la femme elle-même.

UN MESSAGE POUR L'AN 2000

«Ce serait d'être plus attentif aux besoins des personnes, de les écouter. Aussi, de ne pas laisser une femme qui accouche toute seule. Aller chercher une bénévole».

— 3.6 —
UN RÊVE BRISÉ?
NAISSANCE D'UNE ENFANT HANDICAPÉE

PROFIL ET PARCOURS | Parents scolarisés à revenus élevés, âgés de 33 ans ayant deux enfants de 4 ans et 1 an. Enfant aînée atteinte du syndrome de Down. Grossesses suivies par un gynécologue. Accouchements vaginaux provoqués en début de travail ou stimulé en fin de travail selon l'accouchement. Préparation à la deuxième naissance avec la méthode Bonapace. Bébé et mère en santé.

LES PARENTS NOUS ONT RÉVÉLÉ QUE...

VÉCU PRÉNATAL | Mère : «Tu sais, au premier on est tellement ignorant... On se laisse bercer...on se dit qu'ils connaissent ça... Très sincèrement j'étais bien naïve... Quand tu as vécu ce qu'on a vécu (naissance d'un enfant handicapé), tu as peur de tout... La façon dont tu portes ton bébé, ça y fait beaucoup».

Mère : «À ma deuxième grossesse, la maudite trisomie ne m'a pas lâché... Ce que je trouvais difficile, c'est que la bébite, l'affaire qu'ils cherchaient, c'était ma fille qu'il fallait éliminer».

Père : «Avec certains intervenants, c'était un peu comme un disc-jockey dans une soirée où ça ne danse pas».

VÉCU PERNATAL | Mère : «J'ai accouché jusqu'à la dernière heure, après je me suis fait accoucher.... J'ai crié...À un moment donné, il (gynécologue) a élevé le ton. Il a dit : là ça va faire! Ça va bien aller. Je lui en voulais un peu...mais j'avais entièrement confiance en lui. Quand il me faisait l'examen j'avais l'impression d'avoir un doigt qui était pour me sortir de la bouche.. Je lui disais : Aie, vous êtes pas doux. Il me répondait : ah, c'est sensible là... ce n'est pas très confortable».

Mère : «C'est beau se faire dire, ça va bien. J'aurais aimé ça savoir si c'est normal que ça fasse mal de même? À mon premier accouchement, je ne savais pas ce que c'était, j'étais sous épidurale. Je trouvais qu'on ne prenait pas assez en considération ma douleur. On veut la soulager, mais de façon artificielle.»

Mère : «Il m'a dit : je vais te rupturer les membranes; dans quinze minutes tu vas l'avoir.... Mais là, je bloquais tout le temps à neuf et demi. J'sentais que tout le monde attendait après moi. .. j'voudrais bien, mais je n'peux pas, et ça me faisait mal. Là, il m'a mit du pitocin... Finalement ça pris une heure... ça fini avec une ventouse... J'ai trouvé ça un peu précipité».

Père : «Au premier, j'essayais de la «coacher»... Je n'étais même plus sûr de ce que je «coachais»... Il aurait fallu que les infirmières me soutiennent un peu plus... Au deuxième, on a suivi la méthode Bonapace... T'es actif, t'as l'impression que tu produis quelque chose, que tu soulages ta conjointe, que tu contribues à la naissance de cet enfant là. C'est bien plus valorisant».

Père : «Ils vont provoquer, ils vont se donner des conditions dites, optimales... en pensant à ne pas avoir de poursuites contre eux. C'est comme rendu programmé dans leurs têtes... Au troisième il n'y a personne qui va y toucher. On va laisser aller le processus jusqu'au bout».

VÉCU POSTNATAL | Mère : «Pour moi, les handicapés, ce n'est souvent pas ceux qu'on pense... On avait le goût de se faire dire : félicitations vous avez eu un bébé, une belle petite fille. Pas juste de se faire parler de son handicap. On avait besoin de sentir qu'elle va être accueillie».

Père : «Ce n'est pas juste d'avoir un enfant trisomique, c'est d'abord avoir un enfant».

Père : «Il (ami) m'a écouté... Il m'a fait sentir qu'il ne cherchait pas d'autres choses qu'être là avec moi».

Mère : «Elle (infirmière) est venue s'asseoir avec moi, elle a pris le temps... Elle m'a transmis un peu sa propre expérience... Puis pendant ce moment-là, j'ai oublié la trisomie de ma fille».

Père : «Elle (infirmière de liaison) est venue nous voir 24 heures après, elle nous a dit: je peux vous donner de l'information, je peux vous parler, si vous avez le goût, faites moi signe, je peux revenir».

Mère : «J'avais très mal... L'infirmière m'a dit : tu sais l'expérience que vous avez vécu là...tu nous as tous fait grandir avec ça.... Que ma fille avait de la chance d'avoir des parents comme nous».

CE QUI EN RESSORT...

L'INTENSITÉ DE L'EXPÉRIENCE PÉRINATALE | La naissance d'un enfant handicapé est un choc qui ne fait pas nécessairement naître des besoins différents, mais certainement plus intenses, notamment des besoins d'accueil, d'écoute et d'intimité. Les parents ont apprécié l'intervention offerte par une infirmière en temps opportun et de façon authentique dans le respect de leur douleur et de ce qu'ils avaient à vivre. Dans une telle situation, les attitudes peuvent aider plus que les mots qui parfois blessent malgré leurs intentions louables. La mère pleurait toute la nuit parce que sa fille était handicapée, le père ne pouvait plus passer la nuit à l'hôpital parce que trop fragile. Ces parents avaient de grands besoins psychologiques et de réseaux de soutien. Aussi, ils ont apprécié la grande intimité dont ils ont pu jouir.

L'annonce du handicap et les premiers jours avec l'enfant sont déterminants. La mère, en exprimant combien elle ressent tout avec une acuité extraordinaire malgré sa souffrance, nous révèle ainsi son hypersensibilité face aux réactions variées que suscite son enfant et ce qu'importe son handicap. Cet accueil devient pour elle un moteur pour vivre son expérience.

Au lendemain de la naissance de l'enfant, son gynécologue lui dit : «J'aurais préféré t'annoncer que ton enfant était mort». Malgré sa souffrance et la dureté de ces propos, elle réussi à lui répondre qu'elle ressent l'inverse. Une belle leçon des parents!

Parfois la présence est plus réconfortante que l'écoute. D'autres fois, l'écoute est plus importante que l'intervention et souvent, une petite action peut faire toute la différence. Les programmes de formation amènent-ils le personnel à savoir être sensible aux émotions et ainsi reconnaître le moment opportun pour offrir une présence adaptée? Les intervenants se questionnent-ils suffisamment sur leur attitude face à la souffrance, voir même face à leur propre souffrance?

L'accompagnement lors de la phase intense du travail | Quelle femme ne perd pas le contrôle d'elle-même à un moment ou un autre lors de son accouchement? Quelle femme ne demande pas en criant d'être soulagée? Quoi de plus normal! En disant «Je n'en peux plus, faites quelque chose», exprime-t-elle le besoin d'une intervention ou d'un soutien plus intense et approprié? Un soutien car elle nous confie ensuite son besoin d'être davantage épaulée lors d'un prochain accouchement et non celui de bénéficier de plus d'interventions. Elle nous explique combien il lui était important que son gynécologue soit présent lors de l'accouchement, mais qu'il faudrait aussi, «qu'il soit un petit peu moins là, un petit peu moins interventionniste. Mais qu'il soit là car pour moi, c'est une protection».

La non-reconnaissance et le manque d'accompagnement devant la douleur, bien que soumis à un système de valeurs et de données formatives pouvant expliquer les attitudes et les interventions, pourraient-ils conduire à des abus d'autorité, voire même à une forme de violence obstétricale? Élever le ton, examiner douloureusement et pendant une contraction une femme qui accouche, procéder à des interventions sans préavis, est-ce acceptable lors d'un moment où la femme est si vulnérable et exposée? Les membres du personnel deviendraient-ils complices bien malgré eux? Devient-on aveugle avec le temps devant ces situations, comme engourdis par l'habitude?

Le couple nous confie qu'«à la limite, les infirmières font un excellent travail, le médecin arrive puis on le laisse faire». Qu'importe la culture professionnelle, comment expliquer que les façons de faire et les interventions proposées soient aussi différentes alors que l'objectif ultime est le même : accompagner une famille dans une expérience humaine et déterminante. Depuis l'humanisation des soins, nous avons moins de césariennes, mais plus de péridurales. Avons-nous vraiment développé notre patience face au processus naturel de la naissance? Les chambres sont plus belles certes, mais demeurent-elles parfois encore le lieu d'interventions injustifiées ou même abusives?

Le sens critique et la critique | L'humanisation des soins semble avoir eu davantage d'impact sur les attitudes du personnel infirmier que sur celles des médecins. L'écart est parfois même remarquable. Serait-il possible que les infirmières soient la cible de critiques s'adressant en réalité au professionnel responsable auprès duquel les parents, plus particulièrement la mère, ont développé un fort lien de confiance? N'est-il pas confrontant pour un couple de remettre en question les actions d'une personne en qui ils ont placé leur confiance et avec qui ils ont développé un lien aussi indispensable? Cela ne revient-il pas un peu à se critiquer soi-même?

Les coupures budgétaires et l'humanisation des soins | Conscients des coupures, ces parents disent «Dans les hôpitaux, ils sont sept pour faire le travail de douze. Ils ne peuvent pas toujours tenir compte de l'humain. Ce sont des humains eux aussi, ils ont une responsabilité énorme sur les épaules». Puis la mère est insatisfaite mais trouve normal de se faire imposer la cohabitation ainsi que la prise en charge totale des soins à prodiguer à son deuxième nouveau-né. Il semble que les parents ne savent plus vraiment ce qu'ils sont en droit d'attendre comme services raisonnables dans un contexte de coupures. Aussi, certains besoins sont tus. Serait-il possible de tout expliquer par les coupures, même les politiques ou les interventions autrement discutables? Approche humaine et coupures budgétaires peuvent-elles faire bon ménage?

L'expérience du handicap de leur fille démontre que la qualité de la présence ne se mesure pas en temps consacré à la famille, mais en sensibilité à savoir écouter au bon moment. Le savoir-être s'avère aussi important que le savoir-faire. L'art c'est de savoir offrir l'espace, le respect et l'accueil aux parents pour qu'ils puissent vivre sans gêne et dans la dignité leur expérience bien différente de ce à quoi ils s'attendaient; bien différente aussi des moments de grand bonheur vécus par les autres parents qu'ils côtoient lors du séjour hospitalier. Aucune coupure de budget ne pourra priver les intervenantes de leur savoir-être ni de leur humanité. Préserver l'intimité exige peu de temps. Écouter requiert plus d'ouverture que de disponibilité. S'ouvrir nécessite respect et confiance. Tout cela est-il réellement soumis aux règles des contraintes budgétaires?

UN MESSAGE POUR L'AN 2000

Mère : «Accueillir les enfants comme ils sont. Aider les familles sous le choc à progresser, vous êtes là comme soutien. Chacun a le droit d'être ce qu'il est».

Père : «Laisser la chance aux parents. Faire attention à ce qui est dit. Personne n'a le droit de porter un jugement sur la vie d'un autre. T'es qui toi pour dire que...».

— 3.7 —
CE QU'ON NE DIT PAS!
MÈRE ET BÉBÉ VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

PROFIL ET PARCOURS

Parents de moins de 30 ans attendant la venue de leur premier enfant. Début de violence conjugale lors de la grossesse planifiée. Suivi avec un médecin généraliste accoucheur pour le pré et le pernatal puis retour au médecin de famille. Participation à des cours prénatals. Accouchement vaginal provoqué se terminant par une péridurale avec présence du conjoint. Mère et bébé en santé.

LA MÈRE NOUS A RÉVÉLÉ QUE...

VÉCU PRÉNATAL | «J'avais honte de ça (violence conjugale), c'est de ma faute... J'en avais pas de problèmes avant. J'étais «cute»... je suis rendue déformée, j'ai pas envie de faire l'amour...ça me fait mal. Je file mal, je n'ai pas envie de sortir, c'est pour ça qui m'aime pu.... On leur (père) en parle jamais de ça. On prend notre pression, on nous pèse, on prend le petit pot de pipi pis on écoute le cœur. Tout va bien et au revoir. C'est comme ça le suivi».

«Mais pourquoi dans mes cours prénataux, ils me l'ont pas dit? Pourquoi on n'en entend pas parler que la violence peut débuter lors de la grossesse... Moi j'étais la seule qui pouvait vivre cela dans le monde à ce moment-là. S'il y en avait beaucoup, ils en parleraient. Pis j'avais eu plein de paperasse sur la distance entre les barreaux de la couchette. Je n'avais pas une liste de téléphones où appeler à deux heures du matin. Quand ta maison est pleine de trous, tu ne cherches pas comment ça s'appelle, tu ne regardes pas dans le bottin».

«J'aurais aimé parler à un gars. Je pense que c'est ça qui m'aurait fait le plus de bien. Si un homme m'avait dit que oui j'ai le droit d'être malade... que lui aussi sa femme était comme ça... comment lui il avait été avec... J'avais besoin de comprendre, de comparer, de réaliser si ça existe un mari qui endure les hauts et les bas...».

VÉCU PERNATAL | «Moi je pensais mourir... Non non elle n'a pas de bain (disait l'infirmière), j'ai pas le temps de m'en occuper (poursuivait l'infirmière)... Je disais : je ne vous dérangerai pas souvent, je ne m'attends pas à en avoir douze. ... Je suis là, j'aurais besoin moi aussi... j'avais beau demander; il y en avait une qui était en train d'accoucher et elle avait besoin de tout le monde».

«..je n'avais aucun contrôle de moi... j'étais vraiment sortie de moi-même... Je le disais : Je ne veux plus que personne me fasse mal... C'est à lui (conjoint) que je disais que je ne veux plus que ça me fasse mal (violence conjugale)... Le médecin a mis mon chum dehors, pis... là il a deviné, là il a compris. C'est pour cela que j'ai parlé. C'est pour ça que je sais que s'il l'avait fait avant, j'aurais parlé».

«... je pleure.. Le médecin me dit : on va te donner une péridurale, ça va arrêter de te faire mal pis après on va se parler... C'est lui qui a fait mon infirmière jusqu'à la fin. J'ai eu un très bon médecin à ce moment-là... il était rassurant et calme. Il a réussi à me faire vivre le moment présent... Il avait dit : Je vais rester là , je ne pars pas».

VÉCU POSTNATAL | «Mon médecin est venu me voir le lendemain, mais mon conjoint était là. C'était comme bref, ça m'a même un petit peu déçu. C'était rendu mon complice, c'était le médecin là! ... J'aurais aimé ça que mon conjoint ne soit pas là, qu'on en reparle.. qu'il me donne de la documentation, des numéros de téléphone, quelque chose ou me faire un clin d'œil en me disant : tu vois là, si tu as besoin tu peux toujours m'appeler... Quand ça recommencé sur moi et même sur le bébé, j'avais compris que je ne pouvais pas le rappeler parce qu'il n'est pas revenu là-dessus. Je ne sens pas une porte ouverte... il aurait pu me référer à quelqu'un... il n'a pas été assez loin».

«Ce que j'avais besoin moi, ce n'était pas de raconter ce qu'il me faisait quand il me faisait mal... Aidez-moi à regarder en avant... comment on fait pour se sortir de ça, pis est-ce normal? Il n'y a pas juste du physique. T'sais, dire : toi qu'est-ce que tu vis, est-ce que tu as de la misère, te sens-tu comprise? Oui t'es malade pis t'as droit de l'être. Oui tu ne files pas pis c'est normal. Oui ça va changer... Au niveau de ta sexualité aussi. Pis viens donc l'asseoir le papa pis dis-lui : regarde c'est normal, regarde ta femme elle vit ça... il n'y en a pas de ça, y en a pas assez.... Faudrait qu'ils parlent aux couples. Quand t'es juste un couple, c'est encore plus grand le changement».

«S'il lui avait demandé : comment toi tu vis ça en tant que père? Il aurait pu le dire à quelqu'un au lieu de fesser sur moi parce qu'il n'était pas content. Ou au moins pour moi, les gens l'auraient su... il a le droit de le dire que ça changé... Ça peut être dur parce que nous autres ont le dit : j'ai mal au cœur, c'est plate. On ne les écoute pas beaucoup... Il y en a qui vivent ça bien, d'autres qui auraient peut-être besoin d'un service».

CE QUI EN RESSORT...

LA LOI DU SILENCE ET LA PEUR | Les actes d'abus sont presque toujours soumis à la loi du silence. Cette loi qui règne d'abord par la menace de vivre davantage de violence étend ses tentacules sur la femme victime qui se sent honteuse et responsable de ce qui lui arrive. Mais, que dire de son questionnement à l'égard du silence des cours prénataux? Comment expliquer le silence du médecin au lendemain de l'accouchement? Celui des voisins qui auraient pu au moins selon elle appeler la police!

La terreur tue les mots, la peur de devenir indirectement victime en intervenant d'une quelconque façon inhibe l'action. Pendant ce temps, la violence s'aggrave et les victimes accumulent blessures et menaces. La tolérance zéro devrait pourtant être un objectif minimum. Il y a plusieurs formes de tolérance : être témoin et garder le silence, douter de la présence de violence et ne pas placer ce doute sous investigation, ne pas s'ouvrir aux allusions plus ou moins subtiles d'une victime...

Dans différentes régions du Québec, des programmes de prévention de la violence conjugale incluent de la formation aux intervenantes concernant le dépistage et l'intervention précoce. Nul besoin d'attendre d'avoir suivi les programmes pour agir. Donner un numéro de téléphone; aborder un sujet de plus lors des rencontres de suivi ou dans les cours prénataux;

référer à des ressources appropriées; lancer un petit clin d'œil... ces gestes simples peuvent parfois faire toute la différence pour une femme violentée et son enfant battu avant même de naître. L'initiative des CALACS (affiche dans les toilettes pour femmes avec un numéro de téléphone) est à reprendre et à poursuivre.

Comme l'évoque la campagne québécoise actuelle pour la prévention de la violence dans les relations amoureuses adolescentes : le silence, c'est un peu comme la violence, «C'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal!»

Les coups et les contractions | Victime des coups et de la violence conjugale, pétrifié par la douleur, le corps blessé développe une mémoire. La femme en travail semble ici revivre les traumatismes vécus durant la grossesse. Le processus de la naissance vient éveiller les douleurs par la puissance des contractions. Pour la femme mal soutenue, la violence et la douleur des contractions peuvent cruellement rappeler la souffrance et la brutalité des coups.

Dans le cadre d'une campagne contre la violence faite aux femmes, une affiche illustrait une femme enceinte, la main posée sur son ventre. Le slogan était éloquent : «Seul votre bébé peut s'exprimer par des coups».

La violence du père | En perdant l'attention de sa femme, cet homme en est venu aux coups. Ces actes témoignent de son déséquilibre affectif puisqu'il réagit aux malaises de sa conjointe enceinte par un sentiment d'abandon et de perte. L'enfant devient un compétiteur, celui qui lui a fait perdre sa place. Guy Corneau pose la question dans son volume *L'amour en Guerre* : Cela vient-il du fait que les conjoints n'ont pas encore suffisamment différencié la mère de la partenaire?

Dans son récit, cette mère nous interpelle sur l'absence de service pouvant répondre au besoin d'adaptation du père lors de la grossesse. Bien que faisant statistiquement partie des 7% de femmes violentées pendant la grossesse, elle exprime le même type de besoins que la majorité des couples : bénéficier de services globaux en périnatalité faisant place aux dimensions humaines et familiales de l'expérience.

Ce récit qui confronte la présence du père et l'engagement paternel pourra-t-il nous conduire à l'action plutôt qu'à la révolte? Léonard Cohen écrit :«Il y a une fissure, une fissure dans tout, comme ça, la lumière peut entrer».

Un message pour l'an 2000

Mère : «Le même message pour tous. Si on arrêtait de juste s'occuper de la technique et qu'on s'occupait aussi de l'être humain! Peut-être que oui, on désamorcerait des bombes. Que oui, on éviterait des problèmes pour plus tard».

— 3.8 —
MA SAGE-FEMME, MA COMPLICE

PROFIL ET PARCOURS | Parents de moins de 30 ans, grossesse normale, premier bébé. Revenu moyen, budget serré. Suivi et naissance en maison de naissance avec une sage-femme. Participation à une séance d'information sur les maisons de naissance et aux rencontres prénatales qui y sont offertes. Accouchement vaginal normal. Visites postnatales à domicile par la sage-femme responsable. Allaitement. Mère et bébé en santé.

LES PARENTS NOUS ONT RÉVÉLÉ QUE...

VÉCU PRÉNATAL | Père : «C'était décidé avant d'être avec une sage-femme... Je trouvais ça beau... intelligent... sain. C'était juste normal, ce n'était pas une grosse décision... Je ne suis pas contre les médecins... je trouve que c'est ça (suivi avec sage-femme) qui est normal».

Mère : «J'en ai parlé à... (sa gynécologue régulière) elle m'a dit : moi aussi j'ai une sœur qui est un p'tit peu «grano»... c'est pas «grano» accoucher avec une sage-femme.... c'est la minorité qui suivent ce chemin-là...»

Mère : «J'ai aimé l'approche... Dès que j'avais des choses qui me «chicotaient», je me sentais à l'aise de lui dire. Je les sentais m'écouter, je les sentais très bien capter, qu'elles comprenaient ce que je voulais même si des fois je n'étais pas capable d'exprimer ce que je ressentais, elle trouvait le moyen de m'aider à l'exprimer... Je voulais qu'elle me fasse profiter de son expérience.. Je ne savais pas à l'accouchement si j'étais pour être un monstre ou dans ma bulle...»

VÉCU PERNATAL | Mère : «Mon attente... que ça dure le moins longtemps, que ça fasse le moins mal.. Ben, ça fait mal... comment je vais faire pour passer plus d'heures comme ça... j'étais découragée... Je me suis sentie guidée et non prise en charge... elle ne me prenait pas par le main...elle était toute là, elle allait par son expérience et par le vécu de l'accouchement.. Elle était capable de m'amener vers... c'était comme si tout était possible dans la mesure où cela se passait bien... tout était ouvert, pas de fermeture. Je trouvais cela rassurant..., beaucoup de confiance...».

Père : «Moi, je ne peux pas dire que je me sentais bien, mais je savais dans sa vocalisation que ça allait bien. Donc, pour moi, c'est le chemin qu'il fallait qu'elle fasse... C'est la douleur qui allait avec l'action qui se passait. Puis, je voyais une force dans elle, que je n'avais jamais vue ou encore plus que je vois, d'habitude... J'ai senti une connexion... je ne savais pas comment j'allais réagir... Je pouvais la supporter dans ce qu'elle avait besoin... je me sentais bien, j'aimais ce que je voyais de ma blonde».

Mère : «Je voulais qu'il soit là, mais des attentes particulières, non. On ne savait pas, c'était l'inconnu».

VÉCU POSTNATAL | Mère : «Elles savaient quand arriver et quand repartir... J'avais le goût de partir de la maison de naissance puis pas le goût, on était tellement bien».

Père : «Après la naissance, elles sont venues vérifier si tout allait bien... Elles ont vraiment respecté notre intimité... L'image, c'est quand on était couché les trois dans le lit».

Mère : «Lors de ma montée de lait, j'étais épuisée et triste, ma sage-femme m'a dit: laisse monter tes larmes... J'ai développé un lien avec ma sage-femme, je me sentais proche... ça m'a manqué d'aller la voir... on se sentait bien avec elle... La coupure est mineure comparativement à tout ce que ça nous a apporté... elle faisait partie des bons souvenirs».

Père : «Elle faisait vraiment partie de quelque chose qui était très spécial. Puis après, c'est comme s'il y avait des morceaux qui manquaient».

CE QUI EN RESSORT...

L'EXPRESSION ET LA RÉPONSE AUX BESOINS | L'expérience de cette famille est à plusieurs égards bien différente de celle des autres familles. Ce couple avait une vision de normalité face au processus périnatal, vision qui a influencé leur choix de suivi et toute leur façon d'aborder l'expérience. Le suivi avec sage-femme, notamment les rencontres d'une durée d'une heure et l'approche de soutien (aide à verbaliser), a visiblement favorisé une meilleure compréhension des attentes des parents ainsi qu'une réponse adéquate aux besoins. Toutefois, l'expression des besoins au cours du suivi n'était pas nécessairement toujours simple et facile.

LE RÔLE DU PÈRE LORS DE L'ACCOUCHEMENT | Ce père voyait l'expérience comme un événement normal. Malgré l'intensité de l'accouchement, il l'a vécu en cohérence avec sa vision. Son attitude auprès de sa conjointe témoigne de sa préparation et également du soutien apporté par l'équipe de la maison de naissance. Bien qu'admettant s'être retrouvé devant l'inconnu, ce couple nous invite à réfléchir sur la normalité et l'intimité de l'expérience. Cette femme affirme qu'elle s'est sentie accueillie et rassurée dans ses douleurs. Elle nous fait réaliser et elle fait sentir à son conjoint combien la présence d'une personne significative est précieuse et génère la confiance. Le père quant à lui nous confie la force qu'il a ressentie chez sa conjointe. Il semble bien que la confiance puisse s'installer malgré le caractère inconnu de l'événement. Y sont pour beaucoup l'accueil, le respect, la confiance et l'approche; une approche qui s'appuie sur un accompagnement par une personne disponible et à l'écoute.

LE DEUIL DU LIEN PRIVILÉGIÉ ENTRE LE COUPLE ET LA SAGE-FEMME | Le témoignage de ce couple rejoint celui de plusieurs femmes et hommes rencontrés lors des groupes de discussion qui ont servi à produire le *Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maisons de naissance* (1998). Que peut-on tirer ou apprendre de ce sentiment partagé par plusieurs de ces couples?

Les couples considèrent que ce deuil dans le contexte d'une relation aussi privilégiée est bien normal. Pour eux, il est associé à la profondeur et à l'attachement dans la relation. La complicité, la confiance, le respect de même que l'accueil qu'ils ressentent font en sorte que la sage-femme devient une personne très significative pour les couples. Elle est non seulement le témoin d'un événement marquant de leur vie, mais elle participe de près à leur évolution et à la nouvelle définition de leur famille. Le père rencontré y fait allusion, le deuil s'applique à l'expérience périnatale dans son ensemble. D'intensité variable selon les familles, ce deuil suscite néanmoins réflexion.

Les familles se sentant seules à la fin du suivi, voire même abandonnées, le sont davantage par l'absence d'un réseau de soutien que par la coupure du suivi avec leur sage-femme. La sage-femme en vient parfois à remplacer le vide laissé par la mère, la sœur ou l'amie trop occupées pour offrir leur soutien. C'est le reflet de la solitude dans l'expérience périnatale, solitude davantage rattachée au contexte d'une culture individualiste qu'à la nature du suivi comme telle. Ce sentiment de solitude est exacerbé par le décalage vécu suite au soutien intensif offert lors du suivi avec la sage-femme. Enfin, il est exceptionnel qu'un tel lien de confiance et une relation si privilégiée se terminent à une date précise, à six semaines de vie d'un enfant comme c'est le cas avec la sage-femme.

Par ailleurs, bien que les suivis avec un médecin en cabinet privé ou avec une infirmière en CLSC soient susceptibles d'offrir une continuité de soins à plus long terme auprès de la famille, il existe aussi une coupure après la naissance. Ce deuil, plus difficile à percevoir à cause du contexte des services, se vit même si on en parle peu, du côté des intervenants comme des parents. Le petit cadeau, chocolat, fleurs..., offert par les parents aux intervenantes est souvent un signe de cet attachement au-delà des services qu'ils ont reçus.

Les familles ont suggéré des pistes pour atténuer ce phénomène de deuil. Permettre aux couples de revenir sur les lieux, parfois même dans la chambre où ils ont donné naissance afin qu'ils puissent renouer avec l'énergie qu'ils y ont ressenti. Des rencontres postnatales de groupes pourraient permettre de boucler la boucle plus doucement. Le soutien offert par les organismes communautaires ou les groupes d'entraide peuvent également aider à atténuer le sentiment de solitude.

DES DÉFIS STIMULANTS POUR LES ANNÉES À VENIR | Marginales, les familles et leur sage-femme sont encore parfois considérées comme «granolas» : des images à modifier, des perceptions à rendre plus conformes à la réalité. Par ailleurs, les services des sages-femmes étant encore peu accessibles, une campagne de sensibilisation auprès de la population permettrait de faire connaître la nature réelle de ces services et pourrait répondre aux préoccupations de sécurité des parents. Du côté des intervenants, sages-femmes, infirmières et médecins, la collaboration nécessaire à des services de qualité, adaptés aux besoins des parents reste à créer ou à peaufiner selon les milieux.

Ces défis vont de pair avec l'objectif incontournable en périnatalité : placer la famille, la mère et son bébé au cœur des préoccupations en respectant et en soutenant leurs choix. Tout un défi!

UN MESSAGE POUR L'AN 2000

Père : «Une naissance, c'est naturel. Les besoins de la femme sont les plus importants; ça n'a pas besoin d'être compliqué».

Mère : «Redonner la naissance aux femmes. Ne pas avoir peur de bien les informer, ne pas contrôler cette demande et faire confiance aux femmes. Je souhaite à toutes les filles de vivre ça comme moi je l'ai vécu».

- 3.9 -
EN SOMME, LES PARENTS...

Douze heures d'entretiens avec six mères et quatre pères nous ont permis de mieux saisir certaines notions et de les voir confirmées. Les besoins sont incontournables, influencés par des systèmes de valeurs et soumis à des questions de contextes, de perceptions et d'écarts et ce, tant du côté des parents que des intervenantes. Il n'était pas question de chercher à généraliser l'expérience de ces familles à l'ensemble de la population, mais bien d'approfondir des vécus uniques dans toute leur subjectivité bien légitime, en approchant leurs créateurs : les parents. Par le partage de cet exercice, nous espérons avancer avec les intervenantes du réseau dans cette quête pour mieux comprendre, cerner et répondre aux besoins des familles.

Les réalités humaines sont variées et exigent des intervenantes de se remettre constamment en question, d'entendre au delà des mots, d'outrepasser ses préconceptions. À commencer par nos entretiens : nous avions des questions pour les familles, nous avons entendu les leurs; nous espérions des suggestions, ils nous ont communiqué leurs questionnements; nous avions une vision du vécu d'une famille typique, la réalité ne correspondait pas à ce que nous avions imaginé.

Le point commun au coeur de la diversité des témoignages, c'est l'intensité. L'intensité de l'expérience périnatale, peu importe les réalités. Une autre caractéristique partagée, c'est la grande variabilité dans les perceptions. Un père décrit un service en milieu hospitalier comme étant très personnalisé, ravi qu'il était qu'on lui permette de prendre son enfant à l'extérieur des heures régulières de visite. Un autre trouvera le service en maison de naissance tout aussi personnalisé car il est prévu qu'il puisse rester et dormir en paix avec sa conjointe et son nouveau-né dans le lit de la naissance. Deux mondes, deux besoins d'intimité, deux systèmes de valeurs, deux façons de répondre et de combler des besoins!

Si les attentes des parents diffèrent, leurs besoins eux sont bien semblables. Le moment de l'accouchement constitue un moment clé qui peut donner un bon indice du degré de participation active des parents, notamment, quant à l'anticipation de la douleur des contractions. Les douleurs de l'accouchement sont bien particulières, probablement à cause du paradoxe soulevé par le bonheur indescriptible qui suit, celui de prendre son enfant dans ses bras pour la première fois. Malgré ces instants douloureux, et ils le seront encore plus pour la femme violentée en contractions ou pour les parents apprenant que leur enfant est handicapée, il y aura ce bonheur incroyable : la naissance d'un enfant, l'accueil du fruit de sa propre chair.

Devant cette douleur, nous cherchons tous une solution. Le désir des pères de pouvoir aider à soulager leur conjointe est présent. Comment les aider à adopter une attitude de soutien sur mesure pour leur expérience propre? Devant la force saisissante des contractions, un père rêvait de sortir de la pièce alors qu'un autre n'avait de cesse d'exprimer son honneur

d'être un témoin privilégié. Diamétralement différents, tous deux avaient pourtant besoin de soutien pour vivre ces instants de façon satisfaisante et avec une relative sérénité. L'intensité de la naissance est incontestable, quatre pères profondément touchés nous l'ont raconté avec émotion.

Riches de leurs réalités uniques, les parents nous ont tous communiqué l'essence de leur expérience : la naissance de leur enfant. Il n'est donc pas étonnant de constater combien la période pernatale compte pour une part importante de leur témoignage.

Les insatisfactions ont été dites et entendues, nous avons été même étonnés de voir la proportion qu'elles occupaient dans les récits. En fait, il faut être conscient combien les interventions des praticiens peuvent être lourdes de signification pour les femmes et les couples, et combien elles exigent sensibilité et bon jugement de la part des professionnels.

Est-ce le fruit du hasard? Est-ce pour cause de mauvais soins? Non, il faut regarder un peu plus loin pour comprendre la part importante des insatisfactions. Donner la vie, c'est extraordinaire, c'est bouleversant. C'est l'occasion pour le couple, et surtout pour la femme, d'exprimer ses forces intérieures peut-être jusque là méconnues. C'est une période susceptible d'exposer les parents dans toute leur vulnérabilité. Lors de moments aussi significatifs, les parents sont perméables, forts et fragiles. Leur récit est constitué de ce qui leur appartient, c'est-à-dire de leur perception toute personnelle de leur expérience périnatale, un univers presqu'assurément tout à fait différent de celui des perceptions des intervenantes.

Enfin, scruter les réalités diverses de ces six familles nous a permis de comprendre qu'à des besoins semblables se greffent des attentes différentes; comprendre aussi que ce sont les réponses adaptées ou non à ces attentes qui se traduisent en satisfactions ou en insatisfactions. Les familles ont également en commun le besoin d'être accompagnées dans le respect de leur différence, de bénéficier de services cohérents avec leur réalité (leurs perceptions) et non de services universels et identiques pour tout le monde. Être à leur côté et pouvoir mettre à profit nos compétences afin de les épauler et les soutenir dans l'expression de leurs besoins est un privilège. Gagner leur confiance et pouvoir offrir la nôtre est une richesse. Pour nous, partager cette période unique dans la vie des familles a été un cadeau, nous les en remercions!

- 4 -
UNE CHRONIQUE : LE POINT DE VUE DE L'ASPQ

Vingt ans après les 11 colloques régionaux *Accoucher... ou se faire accoucher?*, la 5e Journée annuelle de périnatalité (JAP) clôt le cycle des rencontres entrepris en 1993. Le thème choisi cette année, ***En l'an 2000, branchés sur les nouvelles familles québécoises***, remet au cœur de nos préoccupations les familles et leur donne la parole comme ce fut le cas en 1980-1981.[1]

En parcourant ce document, vous avez observé une photo de la périnatalité actuelle du point de vue des statistiques et de la recherche, de même qu'une vidéo des parents qui se racontent. Comme vous l'avez constaté à la lecture de ce document, particulièrement du point de vue des parents, la périnatalité n'est pas que médicale, physique et individuelle. Elle fait aussi et surtout partie d'un ensemble qui est familial et communautaire tout comme social et culturel, sans oublier le milieu du travail où nous vivons une grande partie de notre temps. La lecture des statistiques telles que présentées et même des témoignages peuvent nous faire oublier ces aspects pourtant quotidiens de la périnatalité.

Dans la présente partie, l'Association pour la santé publique du Québec se permet un temps d'arrêt pour faire un saut en arrière et ressortir les éléments majeurs des années 80, tout en gardant un œil et une oreille critiques sur la périnatalité d'aujourd'hui. Avons-nous atteint les objectifs ciblés il y a 20 ans? Avons-nous compris et modifié nos pratiques en fonction des recommandations faites lors des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher?* Quels sont donc les défis d'aujourd'hui et les actions de demain?

Notre commentaire ne se veut pas exhaustif, ni surtout généralisable, car chaque région vit une situation généralement différente de la voisine en termes de services, de soins et d'organisation. Mais au-delà des particularités régionales ou institutionnelles, les besoins majeurs des parents de 1980 et de l'an 2000 sont-ils très divergents? N'est-ce pas plutôt dans la façon de les exprimer que les nuances sont sensibles? Nous constatons que des demandes de 1980, un certain nombre a trouvé réponse, mais plusieurs autres sont encore là. Par ailleurs, les solutions préconisées, il y a 20 ans, ne doivent-elles pas être envisagées différemment pour mieux répondre à la réalité d'aujourd'hui?

Votre lecture vous amènera peut-être à dire «... chez nous, ce n'est pas comme cela...», puis à vouloir tourner la page, ne vous sentant pas directement concernés. Ce que ce document et la journée annuelle de périnatalité à laquelle sans doute vous assisterez, vous demandent, c'est justement d'écouter, l'esprit ouvert, et d'entendre au-delà des mots comme vous le feriez avec les parents que vous côtoyez chaque jour ou que vous êtes peut-être vous-mêmes.

En 1980 – 1981 | L'objectif à long terme des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher?* était de *modifier les rapports entre les femmes et les intervenant(e)s en périnatalité*. À court terme, l'ASPQ voulait permettre aux femmes et aux couples d'exprimer leurs attentes face à la périnatalité de façon collective, plutôt qu'individuelle dans un cabinet de professionnel. Elle souhaitait aussi placer les intervenants en périnatalité en situation d'écoute.

En tout, 8000 personnes, majoritairement des femmes provenant de différents milieux, ont participé à ces colloques régionaux. Compte tenu de la difficulté de rejoindre en même temps les familles et les intervenants, l'ASPQ avait privilégié les premières pour connaître leur point de vue. Lors de la synthèse nationale, le constat a mis en évidence le discours des femmes qui, en dépit des disparités régionales, était constant et homogène. Deux éléments majeurs ressortaient comme axes principaux des débats et des rencontres : *l'absence d'autonomie et la déshumanisation des soins*. De plus, les participantes ont fait plusieurs recommandations qui touchaient le pré, per et postnatal. Ce sont, entre autres, la diminution des interventions routinières, la continuité des soins et des services de même que des intervenants, la mise en place de chambres de naissance en centre hospitalier, de maisons de naissance autonomes et la création de la profession de sage-femme.

Les années 1990 | L'ASPQ débute la décennie en fêtant les 10 ans des colloques régionaux. Ce fut *Au carrefour de la nouvelle périnatalité, devenir et être parents*, dont découle, à partir de 1993, le cycle des Journées annuelles de périnatalité (JAP) qui deviendront vite bisannuelles.

Le but visé par ces journées en périnatalité est *de créer, dans chaque région du Québec, un lieu de discussion et de réflexion en périnatalité*. Elles doivent permettre aux participantes et participants de réfléchir sur la situation actuelle, de mettre en commun des expériences personnelles, d'identifier des forces et des faiblesses et de développer des stratégies d'action en regard de chacune des thématiques choisies. Ce fut en :

- **1993** – *La famille au cœur des soins : approche intégrée en milieu hospitalier;*
- **1994** – *Et après... être reconnu et soutenu dans le rôle de parents;*
- **1996** – *L'intégration des sages-femmes dans le système de santé québécois;*
- **1998** – *Soutenir la maternité et la paternité sans s'essouffler;*
- *En l'an* ***2000*** *– branchés sur les nouvelles familles québécoises.*

Durant ces JAP, ce sont surtout les intervenantes et intervenants qui se sont réunis, principalement ceux du milieu institutionnel mais aussi ceux du communautaire. Les parents quant à eux ne sont que peu présents malgré les efforts répétés pour les inviter.

Ces années sont aussi celles de la *Politique de périnatalité* du ministère de la Santé et des Services sociaux, adoptée en 1993. Cette politique vise à se donner des outils concrets pour améliorer la qualité de vie et d'expérience des femmes enceintes, des pères et des nouveau-nés et de mieux soutenir les familles, particulièrement les plus démunies. Les actions ciblées ont été orientées vers la promotion de la santé et du mieux-être des familles et la prévention des problèmes sociaux et de santé, tout en se rapprochant des besoins et des attentes exprimés par les familles.

DE 1980 À AUJOURD'HUI | Nous pourrions reprendre chacune des recommandations des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher?* de 1980 et faire le parallèle avec la situation actuelle. Cela serait sans aucun doute intéressant, mais assez laborieux car nous n'avons pas toutes les données nécessaires. En effet, les demandes de 1980 ont été actualisées dans chacune des régions de façon différente, selon le milieu et les intervenants. De plus, les statistiques régionales et provinciales ne comportent pas le point de vue des femmes et des parents.

De façon générale, que nous dit ce bilan des 20 dernières années? Le parcours de la «combattante» des années 80 est-il toujours le même? Les changements effectués sont-ils réels ou surtout décoratifs? A-t-on modifié la conception de la naissance ou plutôt remplacé des pratiques et des techniques par d'autres, toutes aussi déshumanisantes? A-t-on réussi l'humanisation de la maternité ou l'humanisation de la médicalisation de la maternité et de la naissance?[2] Le pouvoir médical a-t-il pris d'autres formes de contrôle?

À vous de répondre à ces questions dans chacune de vos régions, pour chacun de vos établissements (centre hospitalier, CLSC, maison de naissance et pratique privée) comme pour chaque groupe d'intervenants. Les parents, chez vous, ont-ils leur place pour participer à la définition des services de même qu'à leur évaluation? Sont-ils satisfaits non seulement deux jours après la naissance mais plus tard lorsqu'ils sont revenus à la maison et qu'ils revoient le déroulement de la grossesse jusqu'au postnatal?

De notre côté, nous tentons ici, dans les paragraphes qui suivent, une comparaison entre 1980 et aujourd'hui à partir des acteurs et des éléments majeurs de la démarche périnatale.

LES PARENTS ET LEURS BESOINS : LE CŒUR DES SERVICES | Lors des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher?*, les femmes demandaient plus d'autonomie, de l'information adéquate et la possibilité de faire des choix éclairés pour elles et leur enfant. Elles voulaient être traitées comme des personnes, non pas comme des numéros, et participer à tout le processus comme agent principal et incontournable.

Aujourd'hui, les mêmes mots, approche personnalisée, sont utilisés par les parents pour décrire des réalités et services différents. Ainsi un père est fort reconnaissant parce que l'infirmière lui a laissé prendre son enfant à l'extérieur des heures de visite au centre hospitalier. Un autre parle de sa satisfaction en maison de naissance d'avoir pu obtenir des moments d'intimité pour dormir avec son bébé et sa blonde dans le lit où ils ont accouché. Pour ce dernier, tout était normal, il n'avait pas à le demander alors que pour le premier père, cette éventualité ne faisait pas partie de ses pensées. Une approche personnalisée devrait répondre à l'un comme à l'autre sans qu'on ait l'impression qu'on leur fait une faveur. Ne s'agit-il pas de leur enfant qu'ils auront de façon permanente dès leur sortie? Ne vaut-il pas mieux les aider à intégrer cette situation dès la naissance? Le besoin d'intimité est grand pour les parents et exprimé par plusieurs d'entre eux. Ils souhaitent qu'il soit respecté tout en ayant du support lorsqu'ils en ont besoin.

Pour les parents, la venue d'un enfant est une expérience unique, liée à un besoin de valorisation. Ils en parlent surtout pour l'accouchement mais cela vaut pour la grossesse et le postnatal. De petits gestes, des paroles fortifiantes de la part de l'intervenant, médecin, infirmière ou sage-femme, aident à renforcer leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes et de leurs enfants. Cela permet de plus à établir un climat de confiance apte à favoriser l'expression de leurs besoins et de leurs émotions. Bien que cela puisse déranger, cela fait partie de l'expérience de la majorité des familles. Il faut prendre en compte les forces et les limites des parents et s'adapter à eux et non pas eux à nous comme intervenants ou au milieu institutionnel, quel qu'il soit.

Par ailleurs, toute situation particulière demande une plus grande adaptation pour vivre avec la réalité tant de la part des parents comme des intervenants. La honte peut être un obstacle à l'expression des besoins si je me sens responsable de la violence que je subis. De même la peur de trop demander en période de coupures peut faire taire les demandes des femmes et de leur conjoint. Il faut savoir dépasser le silence et écouter, c'est toujours le premier pas vers le réconfort, la compréhension et la guérison.

Quant aux intervenants | En 1980, les femmes demandaient du personnel plus disponible tout au long de la grossesse, de leur travail et de l'accouchement, une routine hospitalière plus souple, moins d'allées et venues entre les intervenants. Les horaires du personnel en centre hospitalier sont questionnés car elles ne permettent pas d'accoucher avec les mêmes infirmières avec qui une relation s'est établie durant le travail. À part quelques endroits où elles suivent les femmes de leur arrivée à leur départ, durant leur quart de travail respectif, les infirmières changent journellement auprès des clientes. Ne pouvons-nous, au-delà de l'organisation du travail et des ententes syndicales, innover pour répondre aux besoins des femmes et de leurs familles?

Aujourd'hui encore, tout en ayant trouvé les infirmières très adéquates et aimant leur travail, une des femmes interrogées nous dit son besoin de temps pour parler, pour comprendre, tout au long de sa grossesse et même après la naissance. Le père, lui, *«fait son travail»* (aider sa femme avec des compresses chaudes) mais fait attention pour ne pas déranger l'infirmière ou le médecin dans le leur. Les parents se sentent responsables de la charge de travail des intervenants, dans le contexte des coupures. Pourtant ils ne sont là qu'un jour ou deux pour vivre un des événements le plus important de leur vie. *«Oui, vous êtes pressés mais ne nous faites-le pas sentir. On le sait qu'il y en a d'autres, ne nous mettez pas de pression, laissez-nous vivre cela à 100%.»*

Le défi est de leur donner toute la place : *«Ce serait d'être plus attentif aux besoins des personnes, de les écouter. Aussi, de pas laisser une femme qui accoucher toute seule. Aller chercher une bénévole.»* Et la réponse est peut-être toujours dans la continuité des soins par la même intervenante (infirmière, médecin ou sage-femme) ou la même petite équipe. Quand verrons-nous ce système de soins intégrés dont nous avons parlé lors de la JAP de 1993 et ce, tout au long de l'année périnatale?

Les femmes des années 80 demandaient aussi une nouvelle catégorie d'intervenante. Grâce à leur persistance et à celle de plusieurs intervenantes, les sages-femmes sont depuis peu des professionnelles de plein droit dans le système de santé québécois. Mais beaucoup reste à bâtir. En effet, plusieurs volets de leur pratique doivent encore être actualisés ce qui nécessite la collaboration et la vigilance de tous les milieux, que ce soit pour leur intégration dans le réseau de la santé, le développement des ententes avec les centres hospitaliers et l'adoption des règles de pratique lors d'accouchement à domicile, Mais plus que tout, il faut démythifier cette intervenante et sa pratique auprès de la population, comme du milieu professionnel.

Quant aux médecins, les femmes en parlent peu. Une des mères nous parle de sa confiance en son médecin, mais elle ne lui confie pas ses terreurs. Une autre en vient à manquer ses rendez-vous de fin de grossesse parce qu'elle ne se sent pas entendue mais plutôt *«soupesée»*. Pour la femme violentée, à propos du manque de retour sur la situation vécue à l'accouchement, elle comprend, *«lorsque cela recommence»*, qu'elle ne peut demander de l'aide à son médecin *«parce qu'il n'est pas revenu là-dessus»*. Les femmes demandent toujours une écoute de ce qu'elles sont, de ce qu'elles vivent au-delà de la pesée et de la mesure utérine. Faut-il nécessairement que l'attention portée à la mère passe par la santé du fœtus ou du bébé?

LE PRÉNATAL, CET INCONNU | De nombreuses demandes avaient été faites en 1980 touchant le nombre d'interventions, le morcellement du suivi, la multiplicité des intervenants et des lieux. Aujourd'hui, peu de pratiques assure l'intégration des services. Les femmes doivent encore se promener pour les visites, les tests, les cours. De plus, il est difficile d'évaluer les pratiques et leurs changements car peu ou pas d'études portent sur la période prénatale.

Malgré cela, nous constatons, depuis vingt ans, une multiplication des tests prénatals. Les femmes subissent donc de plus en plus des pressions pour s'y soumettre et se retrouvent face à des décisions difficiles à prendre si le dépistage est positif. Actuellement, on assiste entre autre au développement de la médecine génétique mais aussi à l'apparition des interventions chirurgicales faites in utero sur le fœtus. Même si certains de ces tests sont bénéfiques dans certaines situations, aujourd'hui à nouveau, ce qui est nécessaire «au cas où» est en train de devenir d'emblée «une routine» sans savoir si ces multiples tests diminuent vraiment les taux de bébés de petits poids et de prématurés.

À notre avis, il y aura lieu, dans les prochaines années, d'étudier et d'évaluer les pratiques prénatales actuelles et à venir, afin d'en mesurer l'impact réel sur la santé des mères et des bébés. Il faudra étudier non seulement les pratiques médicales et hospitalières, mais aussi les services offerts par les CLSC et les organismes communautaires. Ces derniers sont des joueurs de plus en plus importants en périnatalité en ce qui concerne la santé physique et mentale des familles.

Dans un contexte où il y a des choix à faire, où allons-nous investir et aux besoins de qui répondons-nous? La décision sera la nôtre selon les priorités que nous choisirons, soit répondre aux demandes des femmes et des couples pour des services permettant un suivi global et continu de la grossesse au postnatal ou répondre aux demandes de certains professionnels ou administrateurs en investissant dans des appareils qui comme cette dernière innovation permet de suivre une grossesse à risque à domicile par ordinateur.[3] Pourtant de nombreuses études ont déjà démontré l'importance et l'impact positif du suivi et de l'accompagnement par un professionnel significatif sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

QUANT AUX INTERVENTIONS | Depuis les années 80, les statistiques nous montrent les changements qui ont eu lieu. Certaines des interventions ont diminué tel que le taux d'épisiotomie (35%), celui des césariennes (17%) sauf lors des présentations de siège (87%) et le taux d'anesthésie générale lors de la césarienne (15%). Par ailleurs, les accouchements vaginaux après césariennes (AVAC) ont augmenté pendant quelques années pour stabiliser depuis 1994 (38%). Ce sont quand même près des 2/3 des femmes ayant eu des césariennes qui en ont une autre lors d'un nouvel accouchement. De plus, bien que les ventouses remplacent les forceps, le taux des deux interventions prises ensemble reste stable (17 - 16%, 1986 - 1998). Les statistiques provinciales nous donnent les moyennes nationales mais non pas les particularités régionales ou locales comme dans le cas de l'épisiotomie où dans certains CH, 50% des femmes en ont encore et de la césarienne qui passe de 12 à 23% selon les régions. Les gains effectués cachent souvent les efforts à faire pour arriver à des taux acceptables partout et pour toutes les femmes.

Mais à quoi tiennent ces disparités régionales dans les interventions, les soins et les services périnataux entre les établissements ou les dispensateurs de soins? Actuellement, une femme a deux fois plus de chances d'avoir une césarienne dans telle région ou trois fois plus de chances d'avoir une épisiotomie dans tel CH. Ici, elle peut prendre la position qui lui convient pour accoucher et ne peut le faire ailleurs.

Les études sur les variations dans les pratiques médicales soulignent que la plus grande partie des variations n'est pas explicable par l'état de santé des populations, mais plutôt par le style de pratique des médecins. Celle-ci est souvent influencée par l'incertitude médicale concernant le diagnostic et le traitement, le lieu et le moment de la formation, la peur des poursuites, l'influence de la pratique des collègues dans un milieu donné, la réticence devant le changement. Un père nous disait : *«Ils vont provoquer, ils vont se donner des conditions optimales... en pensant ne pas avoir de poursuites contre eux. C'est comme rendu programmé dans leurs têtes...au troisième il n'y a personne qui va y toucher. On va laisser aller le processus jusqu'au bout.»* D'autres facteurs touchant le système de soins de santé, sont liés à l'organisation des soins ou à la disponibilité des ressources comme les technologies, le nombre de spécialistes, le morcellement ou continuité des soins ou encore à la préférence des patientes qui ont le désir d'avoir une péridurale.

En 1980, l'épisiotomie fut une des interventions la plus décriée. En l'an 2000, l'utilisation généralisée de la péridurale ne peut être passée sous silence. De 21.1% lors des accouchements vaginaux en 1982-83, elle est passée à 45.9% en 1998-99. C'est au moins une femme sur deux qui accouche sous péridurale lors d'un accouchement normal. Cependant, bien que les données n'aient pas été disponibles au moment où nous avons rédigé le document, les chiffres dans certaines régions nous indiquent que cette intervention est utilisée lors de 8 accouchements sur 10. Ce taux surprend si l'on considère que, chez les femmes ayant pris des cours prénatals dans Lanaudière, 9 sur 10 affirment se sentir prêtes à faire face aux douleurs qui vont de pair avec le travail et l'accouchement. Est-ce particulier à cette région et quel en est le résultat lors de l'accouchement?

«J'aurais (mère) aimé ça savoir si c'est normal que ça fasse mal de même? À mon premier accouchement, je ne savais pas ce que c'était, j'étais sous épidurale. Je trouvais qu'on ne prenait pas assez en considération ma douleur. On veut la soulager, mais de façon artificielle». Quand une femme exprime sa douleur, demande-elle une intervention ou plutôt un soutien plus intense et plus approprié venant d'une personne en qui elle peut mettre sa confiance? Cette non-reconnaissance du besoin d'une femme face aux douleurs de son accouchement peut conduire à un abus d'autorité et à une forme de violence en niant ce qui est vécu. Pourtant plusieurs études montrent l'efficacité des alternatives à la péridurale pour aider la femme dans son travail, comme le soutien du conjoint, d'une amie et d'une intervenante accompagné d'un bain ou d'une marche. Alternatives trop simples pour notre système de santé!

Par ailleurs, la situation du Québec au regard de la péridurale n'est pas unique. À travers le monde, surtout dans les pays développés, de nombreuses femmes reçoivent une péridurale durant leur travail et leur accouchement pourtant tout à fait normal. En France, le taux est de 60 à 70%, aux États-Unis comme au Canada de 80%, et aux Pays-Bas, seulement 15% des femmes accouchent sous péridurale. Pourquoi une telle différence?

Le discours actuel sur la péridurale s'articule entre ***«pour»*** et ***«contre»*** son utilisation de façon généralisée.[4] D'un côté, on entend *«Pourquoi laisser souffrir les femmes lorsque l'on peut les soulager?»*, et de l'autre, *«Puisque accoucher c'est naturel, on peut contrôler la douleur et aider la femme à la vivre.»* En France comme aux Pays-Bas, on se sert des mêmes arguments pour justifier une position diamétralement opposée. Le traitement de la douleur est devenu partie intégrante de l'accouchement et la péridurale est une des techniques utilisées largement à cet effet comme nous l'avons vu précédemment. Du côté ***«pour»***, son utilisation est soutenue par des obstétriciens, des anesthésistes, des sages-femmes et des femmes; du côté ***«contre»***, son utilisation est décriée par ces mêmes catégories de personnes.

Au-delà des questions médicales, cette intervention pose donc des questions de sens. En terme de santé publique, la péridurale et son utilisation quasi systématique en obstétrique est-elle un «plus» en regard de ses conséquences possibles sur la santé de la mère et de l'enfant mais aussi sur la conception de la naissance elle-même? Cette question touche le sens de la douleur dans notre société qui ne souffre plus la douleur, celle de la vie ou de la mort, celle de la joie et de la peine, celle de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de l'aîné, celle du patient et de l'intervenant. Est-ce le retour du balancier contre l'assertion qui a guidé les accouchements de nos mères et nos grands-mères : «*Tu enfanteras dans la douleur*»?

ET LES COURS PRÉNATALS | En 1980, les femmes reprochaient le manque d'accessibilité aux cours prénatals. Elles demandaient qu'ils soient décentralisés, gratuits et accessibles à toutes les femmes et que leur contenu réponde davantage à la réalité de l'accouchement. Actuellement, l'accessibilité aux cours prénatals varie beaucoup d'une région ou sous-région à l'autre, et la gratuité n'est plus la norme. Par ailleurs, différents organismes les offrent maintenant, souvent en privés (bureau de médecins, organismes communautaires...) et leur contenu varie d'une session à l'autre également. La clientèle issue de milieux défavorisés n'est toujours pas rejointe, sauf avec le programme OLO, là où il existe.

QUANT AUX LIEUX DE NAISSANCE | Les vingt dernières années ont donc vu de grands changements face aux lieux de naissance traditionnels avec les salles de travail et d'accouchement, maintenant presque des objets de musée. En 1980, des nouveaux aménagements en centre hospitalier ont commencé à voir le jour, demandés par les femmes et certains intervenants d'avant-garde. Des chambres de naissance et, plus récemment, des chambres uniques de maternité où tout le travail, l'accouchement et le postnatal d'une famille se déroulent ont été mises sur pied. Mais si maintenant elles existent dans la plupart des CH, elles côtoient souvent une «salle d'observation» où on trie les femmes à leur arrivée. Ensuite seulement, elles iront en chambre de naissance ou en salle de travail traditionnel. Par ailleurs, l'accès au bain ou à la douche en cours de travail n'est pas toujours possible car il n'y en a pas partout, ils sont en nombre limité ou leur usage en est restreint.

Par ailleurs, entre 1994 à aujourd'hui, avec l'expérimentation de la pratique des sages-femmes, six maisons de naissance administrées par des CLSC ont vu le jour dans des localités du Québec. Maintenant, la population des Laurentides, de la Montérégie et de la Mauricie demande aussi la possibilité de mettre en place une telle ressource. Les Régies régionales et le MSSS répondront-ils à ces demandes? Par ailleurs, des nombreuses familles exigent que l'accouchement à domicile devienne une réalité dans les délais les plus brefs.

LA VENUE D'UN ENFANT, AU-DELÀ DU MÉDICAL | Il y a 20 ans, les femmes ont demandé que des conditions adéquates soient mises en place pour leur permettre d'assumer leur rôle de mère. Elles ont aussi revendiqué une approche plus globale en périnatalité qui reconnaît et supporte les responsabilités parentales, que ce soit dans les milieux de travail comme dans les équipements collectifs.

La grossesse est toujours une période de la vie familiale, sociale et culturelle. Les femmes et les familles ont donc des besoins particuliers qui s'adressent à tout leur entourage personnel et professionnel, et non seulement aux services de santé et à ses intervenants. Il faut donc que les différents joueurs soient mis à partie : les municipalités, les patrons, les voisins, les ressources communautaires et institutionnelles. De nombreux organismes et chercheurs réfléchissent actuellement sur le défi de la conciliation travail et famille et mettent en place des

programmes pour la favoriser. Pourtant comment se fait-il que les parents soit toujours aussi essoufflés? Les garderies à 5$, implantées à travers le Québec, répondent-elles aux besoins réels de tous les parents? Quand verrons-nous un véritable régime d'assurance parentale au Québec qui permettra à toutes les femmes enceintes, travailleuses ou non, employées ou autonomes, de s'en prévaloir?

Toutes ces questions semblent peut-être en dehors de nos champs de pratique comme intervenantes et intervenants en périnatalité, mais la santé des femmes et de leur nouveau-né est déterminée et influencée par plus d'un facteur. C'est donc avec la collaboration et la concertation des différents milieux, incluant les familles, que l'on peut mettre en place des conditions de vie adéquates qui favorisent la santé et le mieux-être de chacun. Dans le monde actuel touché par la mondialisation des marchés, les interrelations entre le secteur de l'économie et les enjeux sociaux sont souvent très étroites. De plus, le désengagement de l'État de plusieurs secteurs d'activités vient considérablement changer la «donne» pour les familles.

Par ailleurs quand on parle famille, comment ne pas parler de démographie, immigration et communautés culturelles. Cette réalité exige de la part des intervenants des ajustements à des cultures nouvelles dont les principes viennent souvent confronter les leurs. Ici encore ne devons-nous pas rester à l'écoute pour ne pas imposer nos propres conceptions? Nous ne parlons évidemment pas de la violence ou de pratiques telle que l'excision qui sont pour toutes les femmes, intolérables.

ENFIN... | Que de chemin parcouru et, à la fois, combien de temps encore pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés en 1980! Comme nous le dirions aux parents qui accouchent, un pas après l'autre, une contraction dans l'autre... Plusieurs autres volets de la périnatalité auraient pu être soulevés ici, que ce soit la grossesse à l'adolescence qui soulèvent de nombreuses questions quant à l'impact de nos programmes d'éducation, l'allaitement qui demande de dépoussiérer nos images souvent stéréotypées pour en augmenter les taux et la durée, l'évolution de la place du père qui questionne nos façons de faire et nos préjugés.

Devant tous ces constats, que faire et par où commencer? Chacune des JAP nous a donné des moyens pour offrir de meilleurs services plus adaptés aux parents. Par exemple, la gestion des soins intégrés dont il était question en 1993 est-elle implantée dans les milieux de soins (clinique privée, CLSC et CH) après 7 ans? Si non, pourquoi ne pas en faire une priorité et la mettre en place d'ici 2 ans partout au Québec. Pouvons-nous arrêter un peu pour souffler comme en 1998 afin de nous brancher réellement, à partir de l'an 2000, avec ces parents qui nous le demandent depuis plus de 20 ans?

Quant à nous de l'ASPQ, nous continuons notre implication en périnatalité comme nous l'avons fait depuis nos débuts. La suite des Journées annuelles de périnatalité est à définir dans sa forme prochaine mais l'objectif est toujours présent : *Favoriser une culture de la maternité comme période normale de la vie en partant des femmes et des parents, en collaboration avec les intervenants*. Pour nous, la promotion de la santé commence dès et avant la naissance. En partant d'un bon pied, nous capitalisons sur notre avenir.

Plus précisément, notre souhait pour les JAP est que les Régies régionales de la santé et des services sociaux reprennent cette rencontre bi-annuelle dans chaque région pour en faire un lieu de parole, d'action et de suivi qui soit une réelle concertation à l'image des besoins des parents.

De notre côté, la continuité et la démédicalisation des services et des soins resteront au cœur de nos préoccupations comme de nos prises de parole. Par ailleurs, le suivi de l'intégration complète des sages-femmes et la mise en place de lieux alternatifs pour le suivi des maternités, incluant la naissance, nous amèneront à poursuivre notre implication, de concert avec les autres instances concernées, via le comité Femmes - Sages-femmes piloté par le Regroupement Naissance-Renaissance.

La périnatalité, c'est le mot savant pour parler de la maternité et de la paternité. Restons simple et mettons nos énergies là où elles seront les plus profitables pour et avec les femmes, les pères et les nouveau-nés!

---

[1]Les informations et citations concernant les colloques de 1980 sont tirées du document suivant : ASPQ, *Accoucher... ou se faire accoucher?, Rapport – synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Bulletin, vol. 5, no. 1, octobre 1981, 18 pp.

[2]Valentini, H., *Portrait de l'interventionnisme obstétrical au Québec, 1981-82 et 1986-87,* conférence prononcée dans le cadre du 57è congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal, mai 1989.

[3]Presse canadienne, *Des patientes enceintes seront surveillées à domicile par Internet*, La Tribune, Sherbrooke, samedi 13 mai 2000, H5.

[4]Akrich M., Pasveer B., *Comment la naissance vient aux femmes - Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Éditions Synthélabo, Collection Les empêcheurs de penser en rond, France, 1995, p. 127.

- 5 -
BIBLIOGRAPHIE

SOURCES

Akrich M., Pasveer B., *Comment la naissance vient aux femmes - Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Éditions Synthélabo, Collection Les empêcheurs de penser en rond, France, 1995.

Archambault J., *L'implication des pères en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine : leurs rôles, leurs besoins* (version abrégée), RRSSS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, mars 1999.

ASPQ, *Accoucher... ou se faire accoucher?, Rapport – synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Bulletin, vol. 5, no. 1, octobre 1981.

Asselin C., *Engagement paternel et dynamique familiale : le cas des familles monoparentales avec enfant présentant des troubles du comportement* (version abrégée), Équipe de recherche Arrimages et CLSC Gaston-Lessard, septembre 1998.

Bell L., *Analyse des indices verbaux d'attachement parent-enfant à la période périnatale*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, août 1996.

Bell L., Paul D., St-Cyr D., Tribble D., *Enquête sur l'allaitement maternel : taux, durée et facteurs favorables dans le cadre du séjour à l'unité de maternité du CUSE*, Direction de la Santé publique de l'Estrie, Sherbrooke, 1998.

Bouffard Mireille, Grégoire Lysane, *Bilan de l'expérience des hommes et des femmes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en maisons de naissance*, Groupe MAMAN, Montréal, février 1998.

Collaboration (13 CLSC), *Famille - Enfance - Jeunesse*, Grille de services, Montréal, juin 1999.

Comité interministériel sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, *Compte rendu des consultations (Montréal et Québec)*, Secrétariat à la Condition féminine, Québec, novembre 1998.

Comité pères régional de Québec, *Valoriser le rôle du père et promouvoir son engagement parental : Orientations et propositions d'actions*, La table des coordonnatrices et coordonnateurs enfance-jeunesse des CLSC de la région de Québec, Québec, décembre 1998.

Conférence des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional*, Proposition du Conseil des directeurs de la santé publique adoptée par le Comité des directrices et directeurs généraux des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 20 mai 1997.

Cyr L., Dumas S., Guilbert É., *Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse : état de situation et organisation des services de prévention régions 03 et 12*, Centre de santé publique de Québec, Québec, février 1997.

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, *Rapport final et recommandations, projets pilotes sages-femmes*, Édition révisée, MSSS, Québec, 1998.

Cyr R., Chagnon D., *Expérimentation d'un programme de support à l'allaitement maternel en milieu défavorisé*, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, novembre 1996.

Fédération des CLSC du Québec, *Virage ambulatoire, Volet périnatalité, Objectifs*, document Internet, Montréal, 1997.

Forget G., *La valorisation du rôle et de la place du père : un point d'ancrage de la santé et du bien-être des tout-petits*, Revue canadienne de l'étude en petite enfance, juin 1999.

Fortier M., *Perceptions des parents primipares de leurs besoins dans le cadre d'un court séjour hospitalier*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, janvier 1999.

Gallagher F., *Identification des indicateurs de la compétence parentale chez les parents qui participent au programme Hanen*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, juillet 1995.

Gallagher F., Morin D., Alary J., Paul D., St-Cyr D., Tribble D., Archambault J., *Configuration et utilisation des réseaux d'échange et de soutien : le regard des familles*, CLSC Gaston-Lessard, Sherbrooke, octobre 1998.

Guillemette A., *Recherche sur l'information prénatale et postnatale dans Lanaudière*, Les CLSC de la région de Lanaudière et la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, septembre 1996.

Hernandez-Sanchez O., *Les besoins des parents d'enfants de 0 à 5 ans en relation avec l'exercice de leur rôle parental : une étude auprès de parents de Val-d'Or*, Essai de Maîtrise, Université Laval, 1997.

Hernandez-Sanchez O., *Les besoins de mères à l'adolescence ayant des enfants de 0 à 5 ans, évaluation de l'adéquation des services offerts dans la MRC de l'Abitibi-Ouest pour cette clientèle*, L'Entre-Acte «Maison de la famille», La Sarre, mai 1998.

La place du père en périnatalité, 6e colloque en périnatalité, actes du colloque, Hôpital Ste-Justine, Montréal, 8 mai 1998.

Lepage M.-C., Moisan J., *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*, Rapport de recherche, Direction de la Santé publique de Québec, Québec, février 1998.

Levitt C., Hanvey L., *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Institut canadien de la santé infantile, Santé Canada, Ottawa, 1995.

Loi sur les sages-femmes, L.Q. 28, C. 24, 1999.

Montreuil Sylvie, *Vingt ans de périnatalité en chiffres*, document de travail, MSSS, Service du développement d'indicateurs, été 1999.

Ouellet F., Goulet C., *Être père en milieu d'extrême pauvreté, Projet Pôpa* (en préparation), Direction de la Santé publique de Montréal-Centre et Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, décembre 1998.

Presse canadienne, *Des patientes enceintes seront surveillées à domicile par Internet*, La Tribune, Sherbrooke, samedi 13 mai 2000.

Programme Naître égaux - Grandir en santé, *Analyse de besoins auprès de familles à faible revenu ayant de jeunes enfants*, Table intersectorielle Comité de suivi à la recherche, Rouyn-Noranda, novembre 1997. (avec sondage par le réseau de la Santé et des Services sociaux des Aurores boréales et par la Municipalité de Notre-Dame du Nord)

Rocheleau L., *Les besoins des femmes et des couples de la région en périnatalité. Résultats d'une étude menée auprès de mères des CLSC Les Blés d'Or et Nicolet-Yamaska*, rapport préliminaire, Nicolet, janvier 1999.

Rozon N., *Recension de la littérature sur les lieux de pratique sages-femmes*, MSSS, juillet 1996.

Secrétariat à la condition féminine, *Prévention des grossesses précoces et soutien aux mères adolescentes. Journée de consultation, cahier de participation*, Gouvernement du Québec, mardi 5 mai 1998.

Table de concertation des infirmières en périnatalité de la région de Montréal, *Routines hospitalières 1997-1998; Grille de services CLSC 1997-1998*, Montréal, 1998.

Table de concertation en périnatalité de la MRC d'Abitibi, *Validation des problèmes et des besoins des familles vivant en contexte de pauvreté* (sondage).

Un nourrisson... et de l'ambition, La scolarisation des mères adolescentes : défi et nécessité, Ministère de l'éducation, Québec, 1998.

Vadeboncoeur Hélène, *La sécurité dans les centres de maternité autonomes*, MSSS, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Montréal, septembre 1993.

Valentini, H., *Portrait de l'interventionnisme obstétrical au Québec, 1981-82 et 1986-87*, conférence prononcée dans le cadre du 57è congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal, mai 1989.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

Accouchements et Naissances, données statistiques du MSSS sur Internet : http://www.msss.gouv.qc.ca/statisti/accounaiss/index/htm.

Ackermann-Liebrich U., Voegeli T., Günter-Witt K., Kunz I., Zülling M., Schindler C., Maurer M., *«Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome»*, *British Medical Journal*, novembre, pages 1313-1318, 1996.

Anderson RE, Aikins Murphy P., *«Outcomes of 11 788 planned home births attended by certified nurse-midwives, a retrospective descriptive study»*, *Journal of Nurse-Midwifery*, novembre-décembre, pages 483-492, 1995.

Arama D., *Promotion du rôle : Inventaire des ressources et projets d'intervention spécifiques à la paternité au Québec*, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal, 1997.

Association canadienne des diététistes. *«Promouvoir l'allaitement. Rôle du diététiste et du nutritionniste»* Position officielle de l'Association canadienne des diététistes. *Revue de l'Association canadienne des diététistes*, vol 50(4):215-219, 1989.

Association *Information Pour l'Allaitement* (IPA), http://perso.wanadoo.fr/ipa

Association pharmaceutique canadienne, Exposé de position, *L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson*, Ottawa, 1995.

Ayotte V., Gilbert E., Lepage M.-C., *Grossesse à l'adolescence : Région 03, Statistiques et pistes d'intervention*, DSC du CHUL, 1989.

Bell L., *Étude qualitative du concept d'attachement chez des mères et des pères à la période périnatale*. Mémoire de Maîtrise, Université de Sherbrooke, 1996.

Bernard-Bonnin A., Stachtchenko S., Rousseau E., Girard G., *«Pratiques hospitalières et durée de l'allaitement maternel: meta-analyse»*, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, vol 37:217-225, 1989.

Bourassa J., *Éléments explicatifs et moyens d'action pour la prévention et la réduction des problèmes socio-émotionnels des enfants et adolescents, ainsi que des diverses formes de violence psychologique et physique envers eux*, Document de l'équipe Adaptation familiale et sociale, Centre de santé publique de Québec, MSSS, 1995.

Brière P., *Revue de littérature sur les centres de maternité*, Rapport de recherche présenté à Monique Séguin et au Comité de politique en périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, avril 1991.

Brochu C., Denhez L. et coll., *Le projet-pilote québécois «Y'a personne de parfait» : Une intervention préventive auprès de jeunes parents isolés socialement, à faible revenu et à faible scolarité, visant à développer la compétence parentale et à briser l'isolement social*, Rapport d'évaluation présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993.

Broué J., Rondeau G., *Père à part entière*, Les Éditions Saint-Martin, Montréal, 1997.

Charest A., *«L'alimentation du nourrisson chez les femmes primipares au Québec»* L'actualité médicale, Québec, mars 1996.

Cloutier R., Champoux L., Christian J., *Ados, famille et milieux de vie; La parole aux ados*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Ste-Foy, 1994.

Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C., *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Édition Saint-Martin, Montréal, 1992.

Conseil de la famille, *Recueil de réflexions sur la stabilité des couples-parents*, Gouvernement du Québec, 1996.

Conseil d'évaluation des projets-pilotes, *Les mécanismes visant à assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, Québec*, mars 1993.

Corneau G., *Père manquant/fils manqué - Que sont les hommes devenus ?*, Éditions De l'homme Montréal, 1989.

Cornellier Hélène , *Créer une nouvelle profession... vieille comme le monde, la sage-femme, professionnelle de la santé au Québec, en comparaison avec la situation de la sage-femme au Canada et à l'étranger*, Université de Sherbrooke, Essai soumis à la Faculté de Droit en vue de l'obtention du grade de «Maître en droit», Sherbrooke, Août 1993.

Courville F., *Comprendre l'expérience de l'allaitement maternel, un élément clé du soutien en soins infirmiers*, Mémoire de Maîtrise, Université Laval, 1995.

Cyr R., Durocher S., Ellis L., Gagner C., Jalbert P., Langis H., Pouliot D., *Allaitement maternel. Guide pratique à l'attention des intervenants et des intervenantes*, RRSSS de l'Estrie, Direction de la santé publique, vol 127, 1995.

Decoste G., *Nécessaire paternité... Essentielle parentalité*, Rapport de consultation, Conseil de la famille, Québec, 1993.

Decourval J., Goulet C., *Pour favoriser l'attachement père-nouveau-né*, Santé mentale au Canada, décembre 1985.

Delumeau J., Roche D., *Histoires des pères et de la périnatalité*, Larousse, Paris, 1990.

Desjardins Sergine, *Médecins & sages-femmes : Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*, Québec / Amérique, Montréal, 1993.

Devault A., Péladeau N., Bouchard C., *Étude des préoccupations, des difficultés et des sources de soutien social de pères de familles monoparentales : une comparaison avec des mères*, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal, 1992.

Dewey K., Heinig M., Nommsen-Rivers L., *«Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants»* The Journal of Pediatrics, vol 126:696-702, 1995.

Dulac G., *La configuration du champ de la paternité : politiques, acteurs et enjeux*, RIAC, 1997.

Dulac G., *La paternité: les transformations sociales récentes*, Conseil de la famille, Québec, 1993.

Dulac G., *«Le complexe paternel» dans Broué J, Rondeau G. Père à part entière*, Les Éditions Saint-Martin, pages 11-25, 1997.

Dunlop M., *«Few Canadian hospitals qualify for "Baby Friendly" designation by promoting breast-feeding: survey»* Canadian Medical Association Journal, vol 152:1:87-89,1995.

Durand D., Massé R., Ouellet F., *Rapport synthèse : Intervenantes non professionnelles et soutien au rôle parental. De la visite : expérimentation et évaluation d'une intervention novatrice en prévention de l'enfance maltraitée*, Département de santé communautaire de Verdun, 1989.

Fédération des CLSC du Québec, *La transformation du réseau volet 6* : Virage ambulatoire périnatalité, Montréal, 1996.

Feuillets du Dr Jack Newman, http://perso.wanadoo.fr/ipa/newman/jackn.html.

Filion G., Thébault M., *Grossesse et adolescence, revue de la littérature et éléments de problématique*, Département de Santé Communautaire de l'hopital Saint-Luc, 1984.

Fishbein EG., *«Expectante father's stress. Due to the mother's expectations?»* JOGN, pages 325-328, 1984.

Forget G., *Défis et opportunités pour la promotion de l'engagement paternel*, Direction de la santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 1996.

Freed GL, Fraley K., Schonler RJ., *«Attitudes of expectant fathers regarding breastfeeding»* Ped, vol 90:2:224-227, 1992.

Garland Spindel P., Hope Suarez S., *«Informed consent and home birth»* Journal of Nurse-Midwifery, novembre-décembre vol 40(6):541-551, 1995.

Gaskin IM, *Midwifery re-invented,* The midwife challenge, Éditions Kitzinger S, Pandora, Londres, 1988.

Gauthier P., *Les nouvelles familles*, Éditions Coopérative Albert Saint-Martin, Montréal, 1988.

Gibson CH., *«A concept analysis of empowerment»* Journal Adv Nurs, mars, vol 16(3):354-61, 1991.

Gravel N., *Proposition d'organisation des services, dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999.

Grévy H., Goulet C., *«Importance et réalisation des attentes de primipares relativement à l'expérience de la naissance»* Revue canadienne de santé mentale communautaire, vol 13(1):55-72, 1994.

Guay M. et al., *Rapport du comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale*, Association des pédiatres du Québec, 1995.

Hall WA., *«New fatherhood: myths and realities»* Public health nursing, vol 11(4):219-228, 1994.

Hung CH, Chung HH, Chang YY., *«The effect of child-birth class on first time fathers psychological responses»* Kaohsiung journal of medical sciences, vol 12(4):248-255, 1996.

Institut Canadien de la santé infantile, *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de santé*, Ottawa, 1996.

Jones D., West R., *«Lactation nurse increases duration of breast feeding.»* Arch Dis Child, vol 60:772-774, 1985.

Jordan PL., *«Laboring for relevance: expectant and new fatherhood»* Nursing research, vol 39:11-16, 1990.

Juneau C., *Le rapport 1999-2000 sur la situation et les besoins des familles et des enfants*, Conseil de la famille et de l'enfance, Québec, mars 2000.

Kellerhals J., Montandon C., Ritschard G., Sardi M., *«Le style éducatif des parents et l'estime de soi des adolescents»* Revue Française de Sociologie, vol XXXIII:313-333, 1992.

Laforce Hélène, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Institut québécois de recherche sur la culture, Collection Edmond-de-Nevers, no. 4, Québec, 1985.

Lambert M., *«Le nombre d'adolescentes enceintes monte en flèche»* La Gazette des femmes, Le Conseil du Statut de la Femme, janvier-février:5-6, 1994.

Lanting CI, et al., *«Neurological differences between 9-year-old children fed breastmilk or formula-milk as babies»*. Lancet, vol 344:1319-1322, 1994.

Lawrence RA., *«Can we expect greater intelligence from human milk feeding»* Birth, vol 19:2, 1992.

Lebel P., *Évaluation de la visite postnatale systématique*, Département de santé communautaire du CHUS, Sherbrooke, 1991.

Losch M., Dungy CI, Russell D., Dusdieker LB., *«Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding»*, The Journal of Pediatrics, vol 126:4:507-514, 1995.

McTiernan A., Thomas DB., *«Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women»*, Results from a case-control study, American Journal of Epidemiology, vol 124(3):353-358, 1986.

MSSS, *Adolescente et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*, Avis sur les grossesses à l'adolescence du Comité Famille-Enfance de la division de la santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, 1987.

MSSS, *S'exprimer pour une sexualité responsable. Un projet de prévention des grossesses à l'adolescence*. Guide d'animation, 3e et 4e secondaire, Gouvernement du Québec, Québec, 1994.

Moisan M., *«Les hommes et l'utilisation du congé parental au Québec: faits saillants d'une recherche»* Lien social et politiques, RIAC, vol 37:111-119, 1997.

Mongeon M., Allard R., *«Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement»* Canadien Journal of Public Health, vol 86(2):124-127, 1995.

Moreau R., *L'exercice de la profession sage-femme en Ontario, Unité de coordination des projets-pilotes sage-femme*, MSSS, Québec, avril 1997.

Nichols MR., *«Paternal perspectives of the childbirth experience»* Maternal-child nursing journal, vol 21(3):99-108, 1993.

Nylander G., *Gestion de l'allaitement pour un démarrage réussi*, Dossiers de l'allaitement, hors série, mars 1997.

Olsen O., *«Meta-analysis of Safety of Home Birth»* Birth, mars vol 24:4-13, 1997.

Organisation Mondiale de la santé, *Santé et développement de l'enfant: santé du nouveau-né*, Rapport du directeur général, 30 mars 1992.

Ouellet F., Turcotte G., Desjardins N., Cinq-Mars M., Filion G., *Évaluation d'implantation de "PROSPÈRE", des résultats déjà*, Direction de la santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 1997.

Page L., *«Lorraine Pagé dénonce le système d'éducation basé sur la compétition»* journal La Presse, Montréal, lundi le 18 septembre, 1995.

Père pour la vie (film), Réalisateur : Bédard J.-T., Productrice : Lamothe N., ONF, Montréal, 52 min., 1998.

Quéniart A., *Le corps paradoxal; Regards de femmes sur la maternité*, Éditions Saint-Martin, Montréal, 1988.

Ragozin AS, Basham RB, Crnic KA, Greenberg MT, Robinson NM., *«Effects of maternal age on parenting role»* Developmental psychology, vol 18:627-634, 1982.

Rainey DY, Steven-Simon C., Kaplan DW., *«Adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy?»* Child abuse negligence (England), octobre, vol 19:10;1283-1288, 1995.

Rheault S., *Évaluation des coûts d'un suivi de grossesse, comparaison entre le suivi traditionel et le suivi sage-femme*, Direction de la recherche et de l'évaluation, MSSS, octobre 1997.

RRSSS Chaudière-Appalaches, *Soins périnatals et départs précoces : orientation régionale*, 1996.

RRSSS de Québec, *Comité sur la périnatalité et la petite enfance : recommandations sur l'organisation des services en périnatalité et en petite enfance*, 1996.

Ryan AS., *«The resurgence of breastfeeding in the United States»* Ped, vol 99:121-125, 1997.

Santé Canada, Sage research corporation, *Étude sur les attitudes par rapport à l'allaitement maternel*, Sommaire exécutif préparé pour l'Unité de la santé de la famille et de l'enfance, Ottawa, 1995.

Séguin L., St-Denis M., Loiselle J., Potvin L., *Stresseurs chroniques, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez des primipares défavorisées*, Rapport de recherche (GRIS), Montréal (Qc), 1993.

Société canadienne de pédiatrie et société des obstétriciens gynécologiques du Canada, *«La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme»*, Énoncé conjoint de la Société canadienne de pédiatrie et de la Société des obstétriciens gynécologues, *Pediatric Child Health*, vol 1(2):170-173, 1996.

Starrels ME., *«Husbands' involvement in female gender-typed household chores»*, Sex roles, vol 31:no 7-8;473-491, 1994.

St-Cyr D., *Analyse des perceptions du parentage chez les adolescentes en période périnatale*, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 1994.

Tiller CM., *«Father's parenting attitudes during a childs first year»*, JOGN, vol 24(6):508-514, 1995.

Tremblay G., *«L'intervention sociale auprès des hommes - Vers un modèle s'adressant à des hommes plus traditionnels»* Service social, vol 45(2):21-30, 1996.

Turcotte G., *«L'implication paternelle: Déterminants et modèles d'intervention»* Laboratoire de recherche en écologie sociale, Université du Québec à Montréal, Les Cahiers d'analyse du GRAVE, vol 1(4):48, 1994.

Université de Montréal, Université Laval, Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes, *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, rapport final présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes, octobre 1997.

Valentini H., *Au pays des cigognes... Caractéristiques du système de soins de maternité néerlandais*, Rapport de mission, Conseil des Affaires sociales, Québec, 1990.

Victora CG, Tomasi E., Olinto MTA, Barros FC. *«Use of pacifiers and breastfeeding duration»* The Lancet, vol 341:404-406, 1993.

Walker M., «A fresh look at the risks of artificial infant feeding» *Journal Human Lactation*, vol 9(2):97-107, 1993.