

LE PÉRISCOOP

Novembre 2012 Volume 18 Numéro 2 | ISSN-1201-9143



ÉDITORIAL

CATHERINE CHOUINARD
ASPQ

La périnatalité sous l'angle de la santé publique

Avant même notre toute première respiration, des facteurs influençant notre santé et notre développement sont déjà en place. C'est ce qu'on appelle les déterminants de la santé. Dès les premiers temps de notre vie, ils agissent sur plusieurs facettes de la femme ou de l'homme que nous deviendrons. D'où venons-nous? De quel milieu socio-économique? Dans quel contexte la grossesse a-t-elle été annoncée? De quelle façon s'est-elle déroulée? Qui était là pour accompagner, pour soutenir, pour soigner? Comment? Et, au cours des premières années de vie, au moment où le développement humain se déroule à une vitesse fulgurante et jamais égalée, au

moment où l'on apprend à parler, à marcher, à manger et même à rire, dans quel environnement évolue notre famille? Les réponses à ces questions permettent de mieux comprendre l'être qui grandit, son développement, son attachement, sa confiance en lui, etc.

Depuis longtemps, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est convaincue que la période périnatale est un moment privilégié pour agir en promotion et en prévention de la santé. En centrant les interventions sur les mères, les pères et leurs familles, en les accompagnant selon leurs besoins, en les respectant dans ce

qu'ils sont, bref, en faisant preuve de bienveillance à leur égard, ils auront davantage de chances d'offrir à leurs enfants des milieux de vie qui leur permettront de grandir heureux et en santé. Alors, c'est toute la société qui en profite.

Avec ce numéro qui traite de la périnatalité sous l'angle de la santé publique, nous avons fait appel à des collaborateurs qui ont occupé et occupent toujours une place de choix pour observer l'impact des mesures mises en place par l'État québécois pour agir sur les inégalités sociales en santé et favoriser un meilleur départ dans la vie à nos

→ suite page 2

éditorial

enfants. Des mesures qu'ils ont souvent eux-mêmes contribué à mettre en place. Il s'agit du docteur Alain Poirier, qui fut Directeur national de la santé publique jusqu'à juillet dernier et du psychologue Camil Bouchard, qui présidait le Groupe de travail pour les jeunes, auteur du rapport *Un Québec fou de ses enfants* en 1991. Quant à Céline Lemay, qui poursuit sa collaboration avec l'ASPQ depuis des années en siégeant notamment à son conseil d'administration, et qui a largement contribué au développement

de son dossier périnatalité, elle nous raconte son parcours de sage-femme au sein d'une association POUR la santé publique (elle insiste sur ce « pour ») dans un contexte de développement de projets interdisciplinaires.

L'ASPQ est persuadée que, pour mieux se centrer sur les besoins des familles au cours de la période périnatale, nous tirons avantage à considérer le plus possible l'apport de l'ensemble des disciplines œuvrant autour et avec elles, qu'elles soient issues des

services publics ou communautaires, des secteurs de la santé ou des services sociaux. C'est aussi l'approche que nous privilégions lorsque vient le temps de solliciter les auteurs du PÉRISCOOP. Cela nous permet de diffuser les différents savoirs et les connaissances et de faire circuler l'information entre les divers milieux.

Bonne lecture !

CRÉDITS

COORDINATION ET RÉDACTION

Catherine Chouinard

AUTEURS

Camil Bouchard
Céline Lemay
Alain Poirier

RÉVISION

François Bélanger

GRAPHISME

Gabriel Pelletier

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOMMAIRE

[Dans ce numéro du PÉRISCOOP]

Éditorial	p. 1
Dossier Périnatalité et santé publique	
20 ans après <i>Un Québec fou de ses enfants</i>	p. 3
Pour assurer aux enfants le meilleur départ possible	p. 7
Itinéraire d'une sage-femme au sein de l'ASPQ	p. 9
Récents avenues en périnatalité pour l'Association	p. 13





Périnatalité et santé publique

20 ANS APRÈS *UN QUÉBEC FOU DE SES ENFANTS* Nos enfants se portent-ils mieux?

CAMIL BOUCHARD | professeur associé à l'UQAM

Chaque venue au monde d'un enfant représente pour l'ensemble des humains une victoire retentissante sur la menace constante de la disparition de l'espèce. Mais chaque naissance d'un poupon représente aussi un effort supplémentaire à consentir pour le protéger contre les menaces à sa survie et, ultimement, à son développement. Ainsi va la vie. Tout près de nous, les bélugas naissant dans l'estuaire du St-Laurent sont empoisonnés du lait de leurs mères qui s'alimentent dans un environnement toxique. Le troupeau est en péril. Chez nos enfants, les inégalités économiques sont fortement associées à la mortalité infantile comme les données américaines nous le confirment année après année. Et pour tous les autres enfants, les données épidémiologiques, tant américaines que québécoises, ont depuis très longtemps fait notamment la démonstration que la pauvreté et l'isolement des familles sont des éléments hautement toxiques, tout comme de puissants déterminants des mauvais traitements envers les enfants. La pauvreté, vécue longuement et intensivement durant la petite enfance, engendre aussi des effets nocifs sur le développement cognitif des jeunes enfants. Ces connaissances étaient déjà disponibles en 1991 alors que le Groupe de travail pour les jeunes (GTJ) publiait *Un Québec fou de ses enfants*. La lutte à la

pauvreté se présentait alors comme une absolue nécessité. Le rapport recommandait de s'y attaquer de toute urgence de façon à la réduire au moins de moitié dans les 10 ans suivant sa parution. Cette réduction représentait un impact intermédiaire nécessaire à l'atteinte d'un impact ultime, celui de la réduction des mauvais traitements envers les enfants.



Dans cet esprit, les membres du GTJ recommandaient aussi de créer des programmes périnataux intensifs de soutien parental. Cette recommandation s'inscrivait dans la continuité des travaux de David Olds et de son équipe à l'Université de Rochester qui

démontraient que l'on pouvait ainsi réduire très significativement les signalements pour abus et négligence chez les tout-petits et favoriser l'insertion sociale des mères. De même, faisant écho aux études longitudinales les plus robustes, le GTJ proposait la création d'un programme national de stimulation infantile et d'un fonds à l'innovation régionale en matière de prévention.

Près de deux décennies de politiques qui ont porté fruit

À compter de 1995, le gouvernement du Québec allait adopter successivement une série de dispositions très importantes en matière de politiques familiales :

- Mise en place d'un Programme de perception des pensions alimentaires.
- Création d'un imposant réseau de services de garde éducatifs à tarifs réduits.
- Adoption d'une loi de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.
- Adoption d'une loi sur l'équité salariale.

Plus récemment, le gouvernement annonçait :



- Un programme de Soutien aux enfants (nouvelles allocations familiales québécoises).
- Un programme Prime au travail.
- La mise en application du Régime québécois d'assurance parentale voté en 2001.
- La création du Fonds pour le développement des jeunes enfants (devenu Avenir d'enfants), fonds destiné à soutenir la mobilisation des communautés en faveur des jeunes enfants vulnérables.

Parallèlement, à compter de la fin des années 1990, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mettait graduellement sur pied un programme de Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE), programme inspiré de celui développé par Olds.

Les impacts intermédiaires de ces politiques sont loin d'être insignifiants, notamment au chapitre d'un des grands déterminants de la détresse chez les tout-petits : la pauvreté. Ainsi, durant les quinze dernières années, le taux de pauvreté a diminué très significativement au Québec. Cette diminution est de l'ordre de 43 % chez les familles monoparentales et de 52 % chez les familles comptant de jeunes enfants. Le taux de mères monoparentales inscrites à l'aide sociale est passé de 30 % à 12 % en 20 ans. Cette diminution de la pauvreté observée au Québec est plus substantielle, et de beaucoup, que celle enregistrée dans les autres juridictions canadiennes, et ce, depuis la mise en place des politiques familiales de 1997.

Cette baisse assez spectaculaire de la pauvreté chez les familles avec de jeunes enfants peut être attribuée en grande partie à des politiques favorisant le retour des femmes sur le marché du travail, dont la création d'un réseau de services de garde éducatifs à tarifs réduits, réseau comptant désormais plus de 200 000 places. Ainsi, par exemple, l'emploi chez les mères de famille monoparentales comptant de jeunes enfants de 3 à 5 ans a fait un bond de 53 % entre 1997 et 2008. Sans ce réseau, on évalue qu'il y aurait 75 000 femmes de moins sur le marché du travail.

Par ailleurs, avec un budget global annuel d'environ 44 millions de dollars, le programme SIPPE est offert à quelque 5 500 mères de moins de 20 ans ou sous-scolarisées et vulnérables, ce qui représente un taux de fréquentation de 63 % à 82 % selon le groupe visé.

De son côté, le congé associé au Régime québécois d'assurance parentale, offert depuis maintenant sept ans, connaît une très grande popularité auprès des jeunes parents éligibles qui s'en prévalent en grande majorité. Cette assurance, tout comme l'offre accrue de services de garde à tarifs réduits, pourrait expliquer l'augmentation de 20 % des naissances annuelles durant les 10 dernières années alors que le nombre d'enfants par femme passait de 1,5 à 1,7.

Des données qui soulèvent des questions

Ces avancées devraient nous rassurer et nous conforter dans l'idée que, globalement, les tout-petits et leurs parents se portent mieux. Cependant,

ce n'est pas ce que les données témoignant des mauvais traitements infligés aux enfants nous inspirent :

- Entre 1990 et 2010, le taux de signalements traités annuellement chez les 0-17 ans est passé de 2,8 % à 4,4 %. Durant la même période, le taux de signalements retenus après évaluation sommaire par les services de protection est passé de 1,5 % à 2 %.
- Entre les années 1994 et 2007, le nombre des signalements traités annuellement pour les 0-17 ans est passé de 50 000 à 70 000, et de 25 000 à 31 000 par année pour les signalements retenus.
- Chez les 0-4 ans, le taux de signalements retenus passait de 1,5 % à 2,1 % entre 1999 et 2007.

Cela signifie une augmentation de 50 % des signalements retenus pour négligence (de 4 000 à 6 000 annuellement), et de 47 % pour l'ensemble des signalements chez ce groupe d'âge. En outre, entre les années 2004 et 2010, le nombre de 0-4 ans pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse est passé de 6 000 à 7 200. Les données publiées fin septembre par l'Association des centres jeunesse du Québec font état d'une nouvelle augmentation de 9 % des signalements retenus entre 2010 et 2012.

Lorsque confrontés à de telles hausses, la plupart des analystes réagissent en affirmant que cela pourrait être dû à une sensibilité plus grande du public à l'égard des mauvais traitements infligés aux enfants. Cette sensibilité se traduirait par de plus nombreux signalements et témoignerait donc d'une protection accrue des



enfants. À l'appui de cette explication, on souligne que la proportion de signalements retenus après évaluation diminue dans le temps. Cela viendrait indiquer que les signalements portent sur des situations moins accablantes, ce qui témoignerait d'une sensibilité plus grande de la population à l'égard de la violence ou de la négligence envers les enfants.

On peut cependant s'interroger quant à la validité conceptuelle de cette seule hypothèse. Premièrement, il est vrai que la proportion de cas retenus sur les cas traités diminue, ce qui pourrait signifier que les signalements portent sur des cas plus légers. Cependant, il n'en demeure pas moins que le nombre de cas retenus a augmenté de 30 % depuis 1994. Deuxièmement, il se peut, concertation entre les services aidant, qu'il soit devenu plus facile pour les intervenants des Centres jeunesse de trouver des ressources immédiates assurant la sécurité et le bien-être de l'enfant. Dans ces cas, le signalement n'est pas retenu. Enfin, a contrario, il se pourrait que devant le manque de ressources et l'augmentation des signalements, les critères de rétention des plaintes aient été resserrés.

Par ailleurs, conceptuellement, il ferait plus de sens qu'une sensibilité accrue de la population à l'égard des mauvais traitements infligés aux enfants se traduise par une bouffée momentanée dans l'accroissement des signalements, suite, par exemple, à une campagne de sensibilisation ou à un ou des événements particulièrement percutants. Pourtant, on n'observe aucun patron du genre dans les données. Entre les années 1999 et 2007, une seule rupture dans l'accroissement régulier de la courbe

se manifeste, il s'agit d'une baisse notable de la négligence en 2001-2002, années de redressement spectaculaire de l'économie québécoise.

Augmentation des mauvais traitements envers les enfants : quelques hypothèses

Alors, comment expliquer autrement cette augmentation constante et importante des mauvais traitements envers les enfants durant toutes ces années ?

Le cas de la diminution du taux de pauvreté est intéressant à cet égard puisqu'il ne nous apprend rien quant aux gains réels du revenu des familles. Il se pourrait fort bien que bon nombre de ces familles soient sorties de la pauvreté, mais à peine, et qu'elles demeurent en réalité coincées tout près du seuil de pauvreté, vivant encore ainsi des situations de stress, d'insécurité et de précarité économique qui continuent à représenter un risque pour les enfants. Les augmentations de taux de signalements les plus importantes apparaissent d'ailleurs dans les régions aux prises avec des restructurations économiques importantes (ex : industrie forestière) qui engendrent pertes et précarité d'emploi de même qu'insécurité chez les familles touchées et en quête de nouveaux emplois.

Pour ce qui est des services de garde éducatifs à tarifs réduits, les données indiquent clairement que les enfants de milieux défavorisés y sont sous-représentés. En fait, la proportion des besoins couverts en services de garde est moins grande dans les quartiers défavorisés de Montréal que dans les autres. Elles indiquent

aussi que les services de meilleure qualité sont plus souvent implantés dans les milieux les mieux nantis. L'effet protecteur de ces services auprès des jeunes enfants de familles à risques s'en trouve ainsi diminué.

Autre exemple, l'implantation des SIPPE. Dans le rapport portant sur l'optimisation de ces services (MSSS 2011), on indique que l'intervenante pivot, qui devrait être une infirmière selon le devis original, est souvent remplacée par une autre professionnelle. On découvre aussi que moins de la moitié des visites prescrites à domicile durant la période prénatale sont effectuées, ce qui est aussi le cas pour nombre de visites en postnatal. On y apprend également que les services sont offerts à des clientèles qui ne sont pas à risques, mais qui présentent plutôt des problèmes sévères pour lesquels le programme n'est pas conçu. Cela vient drainer les ressources du programme et diluer l'intensité de l'intervention auprès de familles qui pourraient en profiter davantage.

La seule création de programmes ou le seul déploiement de politiques ne peuvent, en soi, garantir un impact positif sur le bien-être des enfants. Il faut maintenant y regarder de plus près et examiner comment ces politiques et programmes ont été implantés et comment ils arrivent à faire une différence significative dans la vie des enfants et des familles.

CONFÉRENCE ANNUELLE DE L'ASPQ

REGARD CRITIQUE SUR LES PRATIQUES ET LES CONSÉQUENCES DU MARKETING COMMERCIAL

L'ASPQ tiendra le 26 novembre prochain sa 10^e conférence annuelle dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP). Il s'agit d'un événement de formation destiné aux intervenants des réseaux institutionnel et communautaire de la santé. Cette année, l'Association aborde une thématique qui soulève des enjeux liés à plusieurs de ses principaux dossiers, soit les pratiques et les conséquences du marketing commercial sur la santé publique, dans un contexte où, chaque jour, la population est exposée à une multitude de messages commerciaux.

Cette journée de formation sera donc une occasion de démystifier et d'analyser plus en profondeur les stratégies déployées par les industries des **préparations commerciales pour nourrisson**, du tabac, des boissons sucrées ainsi que des produits, services et moyens amaigrissants.

**Évitez de payer le plein tarif,
inscrivez-vous avant le 23 novembre !**



CONFÉRENCIERS INVITÉS

- **Gerard Hastings**, Ph. D., directeur, Institute for Social Marketing, Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling et the Open University, Écosse
 - **François Lagarde**, M.A., vice-président, Communications, Fondation Lucie et André Chagnon
 - **Jean-Charles Chebat**, MBA, Ph. D., M.S.R.C., professeur titulaire, HEC Montréal
 - **Claude Giroux**, M.A., coordonnateur de la recherche, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux
 - **Monique Lalonde**, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique
 - **Nathalie Ratté**, B. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique
-
- **Chantal Bayard**, M.A., chargée de projet, Association pour la santé publique du Québec
 - **Catherine Chouinard**, B.A., chargée de dossiers, Association pour la santé publique du Québec
 - **Émilie Dansereau-Trahan**, M.A., chargée de dossiers, Association pour la santé publique du Québec
 - **Flory Doucas**, D.E.S.S., codirectrice et porte-parole, Coalition québécoise pour le contrôle du tabac
 - **Suzie Pellerin**, Directrice, Coalition québécoise sur la problématique du poids

Cette conférence se tiendra le **26 novembre 2012** à l'hôtel Reine-Élizabeth de Montréal dans le cadre des 16^{es} Journées annuelles de santé publique (JASP). Consultez le programme de l'événement pour en apprendre davantage. Pour vous inscrire, **cliquez sur ce lien !**

<http://www.aspq.org/fr/evenements-et-conferences>



POUR ASSURER AUX ENFANTS LE MEILLEUR DÉPART POSSIBLE

Investir **collectivement** dans l'enfance

ALAIN POIRIER | médecin de santé publique, directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint, de 2003 à 2012

La périnatalité : est-ce une priorité de santé publique ?

Le développement sain des enfants est une priorité pour la santé publique et pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les programmes de prévention mis en place s'appuient notamment sur des interventions éducatives précoces et sur des activités de soutien parental. Il est démontré que, lorsque ces programmes sont déployés dès la petite enfance, ils peuvent modifier la trajectoire du développement de l'enfant et améliorer, de façon globale et à long terme, sa santé, son bien-être et sa qualité de vie^{1,2}. Leur rentabilité au plan économique est aussi reconnue.

Des travaux sont actuellement menés par le MSSS pour améliorer la cohérence, la complémentarité et la continuité des services. Des recommandations en ce sens sont d'ailleurs apportées dans le récent Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux (2011) du Commissaire à la santé et au bien-être, qui porte sur les soins et services en périnatalité et en petite enfance. Ce rapport souligne également l'importance de renforcer les mesures universelles

PROGRAMMES QUÉBÉCOIS GUIDANT LA MISE EN PLACE DE SERVICES EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

- Politique de périnatalité 2008-2018: un projet porteur de vie
- Programme national de santé publique 2003-2012 – mis à jour en 2008 et prolongé jusqu'en 2015
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - cadre de référence publié en 2004
- Programmes-services définis par le MSSS (services sociaux généraux, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale, déficience intellectuelle et déficience physique)

et spécifiques de promotion de la santé et de prévention auprès des jeunes enfants et de leurs parents.

Le MSSS, et qui d'autre ?

Le MSSS n'est pas le seul ministère à se soucier du bien-être des tout-petits. Le ministère de la Famille et des Aînés a la responsabilité d'assurer la mise en place de services éducatifs à l'enfance de qualité ainsi que leur accès. Les effets bénéfiques de ces services sur le développement des enfants sont reconnus, particulièrement pour ceux vivant en contexte de vulnérabilité^{3,4}. Les centres de santé et de services sociaux apportent un soutien aux services de garde. Des plans d'action du gouvernement (dont le Plan de

lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale) ainsi que des Fonds issus d'un partenariat entre le gouvernement et le milieu philanthropique (et plus particulièrement le Fonds Avenir d'enfants pour le développement des jeunes enfants en situation de pauvreté et le Fonds Réunir-Réussir (R2) – Agir ensemble pour la réussite éducative) se veulent également contributifs au développement optimal de l'enfant et à la réussite des jeunes.

En outre, le MSSS est l'instigateur d'une Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE) 2011-2014. Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Famille

1 Schweinhart, L. (2005). The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40 – Summary, Conclusions and Frequently Asked Questions.

2 Ontario Prevention Clearinghouse. (2006). The Case for Prevention – Moving Upstream to Improve Health for All Ontarians.

3 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009 - Les services intégrés en périnatalité et petite enfance - Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales.

4 Zoritch, B., I. Roberts and A. Oakley (2004). Day care for pre-school children. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. no. CD000564, 1-30.

5 Doherty, G. (1997). Zero to six, the basis for school readiness. Ottawa: Applied research branch strategic policy, Human Resources Development Canada.



et des Aînés, de même que l'organisme Avenir d'enfants et l'Institut de la statistique du Québec en sont partenaires. La finalité de cette initiative est de mettre en réseau divers acteurs clés de la communauté afin qu'ils mènent une action intersectorielle et offrent l'assurance d'un continuum optimal dans la réponse aux besoins des enfants et de leur famille, et ce, dans leurs divers milieux de vie (famille, école, communauté). Cette action sera alimentée par des données d'enquête sur l'état de développement des enfants québécois de la maternelle. La collecte de données du premier cycle de cette enquête est déjà complétée. La publication des portraits locaux et régionaux et du rapport national est prévue pour l'automne 2013 et, suite à leur diffusion et à leur appropriation, les parents, les communautés locales et les instances des secteurs public et privé de tous les paliers qui interviennent en petite enfance seront mobilisés autour de projets d'intervention.



Le verre est-il à moitié plein ou à moitié vide ?

Le Québec a fait des avancées notables en matière de réduction des taux de pauvreté et d'investissement dans la petite enfance avec des politiques publiques qui font souvent envie à l'étranger. Il n'en demeure pas moins qu'encore trop de nos enfants se trouvent en situation de vulnérabilité. Malgré les efforts déployés à ce jour, les inégalités sociales de santé observées entre les enfants des familles les plus pauvres et ceux des familles les plus riches demeurent très grandes, elles sont socialement inacceptables et elles ne diminuent pas avec le temps.

Le troisième rapport du directeur national de santé publique portant sur L'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans rappelle les écarts observés dans diverses enquêtes entre les enfants issus de milieux défavorisés et ceux de milieux favorisés. Les inégalités sociales de santé s'installent souvent dès la petite enfance, voire avant la naissance, et affectent le développement de plusieurs jeunes enfants et possiblement leur bien-être à l'âge adulte. Elles peuvent se manifester sur plus d'une génération et comportent des

conséquences économiques majeures, non seulement pour les individus, mais pour l'ensemble de la société.

Afin d'assurer aux enfants le meilleur départ possible et favoriser leur apprentissage scolaire et leur réussite, une action plus soutenue sur la réduction des inégalités sociales de santé s'avère un incontournable. À cette fin, et pour obtenir un effet durable, il importe de poursuivre les investissements, tant au plan des politiques publiques axées sur la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales de santé que des actions qui misent sur l'engagement et la solidarité de tous les ministères et organismes publics et sur la collaboration des parents et des acteurs économiques et sociaux concernés aux plans national, régional et local.

Les bilans et les évaluations des mesures ministérielles, tout comme les résultats de l'enquête menée dans le cadre de l'ICIDJE et de diverses recherches, serviront à alimenter les orientations et les activités destinées aux enfants et à leurs parents dans le cadre du prochain Programme national de santé publique 2015-2020. Ce sera alors une occasion de promouvoir des mesures universelles en soutien au développement de tous les enfants, d'assurer pour les familles à risque un meilleur accès à des services préventifs de qualité, modulés en fonction de leurs besoins, et de réitérer l'importance de mesures de protection de la santé publique comme la vaccination.

Celui qui ne voit pas d'abord ses enfants ne voit pas loin !



ITINÉRAIRE D'UNE SAGE-FEMME AU SEIN DE L'ASPQ

Des questions et surtout **un cheminement**

CÉLINE LEMAY | sage-femme, membre du conseil d'administration de l'ASPQ

De grandes rencontres

J'y étais! Où? Aux colloques
Accoucher ou se faire accoucher.

En tant que femme, mère de famille de trois jeunes enfants et jeune sage-femme, j'ai été interpellée par l'immense et fabuleuse question posée en 1980 par l'ASPQ: *Accoucher ou se faire accoucher?* Les constats de l'époque, à savoir la fragmentation des soins et des services, la médicalisation de l'accouchement et le peu de pouvoir des femmes dans les soins de maternité, étaient préoccupants. Ces journées, qui s'étaient déroulées dans toutes les régions du Québec, avaient permis des prises de conscience, des prises de parole et de grandes pistes d'action: l'instauration des chambres de naissance dans les hôpitaux, la mise sur pied des maisons de naissance, la légalisation de la pratique des sages-femmes et l'affirmation du droit des femmes de faire des choix et d'exprimer leurs besoins à l'égard de leur maternité.

Cet événement a marqué non seulement ma vie de femme qui accouchait mais, surtout, ma vie de sage-femme. Je n'ai jamais accouché de femmes. J'ai seulement aidé des femmes à accoucher.

Mon contact avec l'ASPQ confirmait l'importance du regard porté sur les femmes et la mise au monde et, aussi, l'importance de poser des questions. Cet aspect crucial constituera



d'ailleurs l'un des éléments de la mission fascinante et essentielle que s'était donnée l'Association: questionner, mobiliser et influencer. La périnatalité était importante à cette époque et elle a gardé une place spéciale parmi les thèmes de santé publique que l'ASPQ a choisi de porter dans l'espace social québécois.

Vingt ans après cet événement majeur, en 2000, des professionnels, des citoyennes et des personnes du réseau institutionnel se sont rencontrés à nouveau, mais cette fois

d'une façon plus informelle, afin de faire l'état des lieux sur la situation de la périnatalité. Émerge alors un constat important et dérangeant: malgré les nombreux changements dans les lieux de naissance au Québec, il semble que nous ayons assisté à l'humanisation de la médicalisation de l'accouchement plutôt qu'à sa dé-médicalisation. Certes, les sages-femmes ont été légalisées et plusieurs maisons de naissance ont vu le jour, mais les soins de maternité, même pour des femmes en santé, demeurent grandement médicalisés, de



sorte que plusieurs interventions au moment de l'accouchement sont en constante progression : induction, stimulation, césarienne, etc.

L'ASPQ ouvre la voie... à plusieurs voix

Comment orienter la suite ? Eh bien, je crois que je me suis sentie interpellée par ce défi. J'ai découvert que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹ – sur laquelle l'ASPQ s'appuie pour définir le concept de promotion de la santé – proposait quelque chose de fort qui contrastait avec le discours ambiant : « la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie (...) La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. » Ainsi, j'ai non seulement fait partie du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'Association², mais je suis également devenue membre de son conseil d'administration en 2002. Je crois sincèrement que la périnatalité est un aspect important de notre santé collective. Comme nous sommes tous nés un jour, la naissance nous concerne tous.

En organisant la conférence annuelle de l'ASPQ *Obstétrique et santé publique – Élargir les perspectives sur les réalités de la naissance* en 2004, nous avons la volonté claire de faire appel à plusieurs savoirs disciplinaires pour mieux comprendre les enjeux de l'enfantement. Le savoir biomédical,

bien que très important, n'est plus suffisant pour comprendre la complexité de la mise au monde et une réalité complexe ne peut être approchée par un seul regard. Nous souhaitons croiser les pensées et les cœurs. À ce moment, nous avons été amenés à un autre constat, magnifiquement énoncé par ma collègue médecin de famille Vania Jimenez : nous vivons dans une culture du risque et de la peur qui mène à intervenir sur un processus pourtant reconnu comme physiologique. Nous avons aussi entendu un obstétricien-gynécologue, le Dr Guy-Paul Gagné, proposer de gérer la vie et non pas les risques. Nous avons entendu une autre médecin de famille, mon amie Hélène Rousseau, parler de « protéger le sacré de la naissance ». Les interventions durant l'accouchement ne mènent pas seulement à des résultats, elles ont des conséquences. Ainsi, l'expérience de l'enfantement peut renforcer ou miner la confiance qu'une femme a en elle-même et en ses capacités, ce qui a des effets à plusieurs niveaux de sa vie, à moyen et à long terme.

Il est temps d'accompagner les femmes plutôt que de les surveiller, il est temps de les reconnaître comme partenaires. Une autonomie et une confiance à nourrir...

Une politique publique au diapason de nos préoccupations

De 2003 à 2008, le travail du Comité national en périnatalité autour de l'élaboration de la nouvelle politique

de périnatalité du gouvernement du Québec³ a permis à l'ASPQ de réaffirmer ses convictions puissantes : la grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques normaux ; la parentalité constitue une réalité multidimensionnelle ; les mères et les pères sont compétents ; devenir et être parent fait appel à une solidarité et une responsabilité collective.

En tant que sage-femme, comme je comprenais ces affirmations ! Cette politique réaffirme l'importance de la première ligne et place les sages-femmes, tout comme les médecins de famille, comme porte d'entrée du système de santé pour les femmes enceintes. Les sages-femmes se trouvent à être pleinement intégrées dans la partie préventive et communautaire de notre système de santé, plutôt que dans la partie curative et hospitalière. La présidente sortante de la Confédération internationale des sages-femmes, madame Bridget Lynch, considère que cette situation est exceptionnelle et parle du Québec comme d'un modèle à suivre dans le monde ! Le développement des maisons de naissance est aussi une prise de position du gouvernement sur l'importance d'offrir des choix aux femmes quant au lieu de naissance. Ces infrastructures légères de première ligne appartiennent à la communauté. Elles sont dédiées à l'accouchement normal, faisant ainsi autant un travail de promotion, qu'un travail de protection de la santé. Les maisons de naissance sont un appel à la solidarité

1 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS 1986). <http://www.aspq.org/documents/file/charte-d-ottawa.pdf>

2 Le Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ s'est réuni de 2001 à 2010. Il rassemblait, trois fois par année, une vingtaine d'intervenantes des milieux de la santé, de la recherche, communautaire et de la fonction publique. Son mandat était de réfléchir, questionner, analyser et développer un regard critique sur la culture dominante de la période périnatale dans la perspective d'influencer cette culture.

3 Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie (MSSS 2008). <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>



et à la tendresse collectives autant qu'à une organisation des services qui vise à assurer la sécurité et le bien-être des mères et des bébés.

L'interdisciplinarité pour mieux comprendre la beauté, la complexité et la profondeur de la période périnatale

Enfanter le monde - Congrès interdisciplinaire sur les pratiques optimales en périnatalité, en 2010, a aussi été une innovation sans précédent dans les rencontres proposées par l'ASPQ. Il s'agissait d'un questionnement et d'une réflexion interdisciplinaire sur les premiers temps de la vie auquel plus de 700 professionnels et intervenants de tous les réseaux de la périnatalité ont participé. Nous avons un comité scientifique multidisciplinaire composé de sage-femme, médecin de famille, obstétricien-gynécologue, infirmière, pédopsychiatre, chercheur, intervenante communautaire, psychologue, gestionnaire, consultante en lactation. Nous nous étions lancés le défi de miser sur des savoirs de différentes disciplines pour mieux comprendre la beauté, la complexité et la profondeur de la période périnatale. Il était question de dépasser, ou de traverser l'épidémiologie et les comportements de santé pour que la période périnatale soit considérée pour ce qu'elle est : le temps d'accueillir la vie. Le court texte du début de ce congrès révélait un changement profond de la façon d'articuler le langage sur la naissance : « **Chaque naissance est unique, mystique, historique. Intensément intime, elle appartient aussi à la communauté, dans la longue marche de l'évolution humaine.** » Ce sont des termes qui nous amènent à penser

autrement et, pourquoi pas, qui nous interpellent à agir autrement. Le contexte compte. Le processus est aussi important que le résultat.

Je me suis rendue compte que l'interdisciplinarité porte en elle la possibilité de sortir des termes binaires et souvent mis en opposition durant les dernières décennies : l'accouchement naturel vs l'accouchement médicalisé. Ces termes se définissent souvent l'un par rapport à l'autre et cela finit plutôt par nourrir le statu quo. L'interdisciplinarité peut faire envisager la complexité, ouvrir une voie nouvelle d'exploration de la pensée, de transformation du regard et de l'agir.

La physiologie, un but à atteindre ?

Nous parlons actuellement beaucoup de l'accouchement normal physiologique et de l'importance de le favoriser et de le protéger. C'est magnifique mais, en même temps, je trouve qu'il y a quelque chose d'un peu triste d'en être arrivé à faire de la physiologie une sorte d'objectif à atteindre. Après tout, la physiologie, c'est l'ensemble des processus biologiques fondamentaux qui nous maintient en vie et qui assure la reproduction de l'espèce humaine. Le caractère fondamentalement physiologique du continuum grossesse, accouchement et allaitement est le résultat d'une évolution optimale de millions d'années ! Vouloir « atteindre » plus de physiologie apparaît sous cet angle un peu paradoxal. Ce qui distingue l'être humain des espèces animales, ce n'est pas sa physiologie, mais plutôt sa capacité à faire du sens, à s'insérer dans un ordre symbolique. À mon sens, là se trouvait davantage

l'invitation d'Enfanter le monde. Pour moi, cela demeure une invitation à demeurer éveillée et consciente dans mon « être là » autour de la naissance.

Il est temps de faire confiance aux femmes et de les soutenir pour qu'elles-mêmes se fassent confiance dans leur capacité d'enfanter. Il est aussi temps que, comme société, comme collectivité, nous renforçons notre « confiance dans notre capacité à nourrir nos enfants physiquement, psychologiquement et spirituellement, » tel que l'énonçait l'objectif d'Enfanter le monde. L'attention et le soutien aux familles autour des premiers moments de la vie touchent aux relations entre les êtres et portent ceux qui vont nous suivre. Peut-être est-ce parce que la maternité n'est plus collective que le collectif n'est plus maternel. L'ASPQ propose plus que jamais de considérer la périnatalité d'un point de vue de santé publique. Puisse-t-il y avoir d'autres Enfanter le monde pour favoriser l'engagement des milieux de la santé esquissé lors de la première édition. Ce n'est pas quelque chose d'« utile », c'est nécessaire.

L'ASPQ et les sages-femmes

Les sages-femmes sont reconnues mondialement comme une stratégie de santé publique par les grands organismes de santé (OMS, UNICEF, etc.). Au Québec, l'ASPQ a logiquement soutenu la légalisation de leur pratique et la mise sur pied de maisons de naissance dans le réseau de la santé. Parmi d'autres, les sages-femmes ont été proches des activités de l'association depuis 30 ans, participant à une communauté de pensée et de valeurs autour de la maternité et de la périnatalité. Dans sa mission d'association



pour la santé publique, l'ASPQ a continuellement considéré la périnatalité à partir d'une vision holistique du continuum et d'une vision globale et sociale de la santé. La communauté s'agrandit, mais surtout elle provient de tous les horizons de pratique et de savoirs disciplinaires. L'expérience et l'expertise des sages-femmes par rapport à l'accouchement normal physiologique sont des atouts précieux pour les échanges et les démarches interdisciplinaires actuelles et futures.

Chaque pas compte et je suis toujours en marche. Je ne suis pas seule, ni isolée. Je rencontre régulièrement des « participants » aux naissances, dont les yeux brillent aussi quand nous parlons du privilège d'« être là ».

Enfanter le monde est l'affaire de tous. Notre culture de la naissance est en pleine transformation et le souhait majoritaire de plus de 700 personnes

d'avoir une autre occasion de rencontre, afin d'apprendre et de réfléchir ensemble sur les premiers moments de la vie, en est la confirmation.

« Une vision sans action n'est qu'un rêve.
Une action sans vision est une corvée.
Une vision en action, c'est l'espoir du monde. »

C. Castaneda

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



ALLAITEMENT MATERNEL :

des ressources disponibles pour vous si des difficultés surviennent



LES LAITS DE TRANSITION POUR TOUT-PETITS, NÉCESSAIRES OU NON ?



GROSSESSE, RÉGIME ET PRISE DE POIDS



RÉCENTES AVENUES EN PÉRINATALITÉ POUR L'ASSOCIATION Nouveau projet, nouvelles collaborations

CATHERINE CHOUINARD | ASPQ

Mieux informer pour améliorer la santé maternelle et néonatale en Afrique francophone - Un partenariat entre l'ASPQ, les associations de santé publique du Burkina Faso et du Niger et l'Association canadienne de santé publique

Chaque année, au Burkina Faso, au Niger et partout en Afrique subsaharienne, des milliers de femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Il s'agit de la région du monde la plus affectée par cette difficile réalité. Ces mères laissent derrière elles un mari, des orphelins, une famille. Quant aux nouveau-nés, ils sont encore plus nombreux à ne pas survivre plus de 28 jours après leur naissance. Depuis la fin de l'année 2011, l'ASPQ travaille en collaboration avec les associations de santé publique du Burkina Faso, du Niger et du Canada à un projet qui vise la réduction du nombre de ces décès, conformément aux visées des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) mis de l'avant par les Nations-Unies. Le but de ce projet est de rendre accessible, via un portail web, de l'information, du matériel éducatif ainsi que des références pertinentes portant sur la santé maternelle et néonatale. Le rôle de l'Association dans ce partenariat est de superviser le développement de contenus crédibles, utiles et accessibles.

Afin d'être en mesure de mener à bien ce mandat, je me suis rendue en



janvier dernier au Burkina Faso pour assister à la conférence *Intelligence collective en santé publique : Comment tisser des dynamiques collectives entre les différents corps professionnels pour améliorer la santé maternelle et néonatale ?* Organisée par le Réseau des associations de santé publique d'Afrique francophone, cette conférence rassemblait une cinquantaine de participants venus de cinq pays. Son but était de

jeter les bases d'une véritable mise en harmonisation des expertises des différents acteurs nationaux en vue d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire 4 et 5. À cette occasion, j'ai également pu visiter des maternités situées dans la capitale, Ouagadougou.

Un reportage photo de cette mission est disponible sur notre site Internet.



Dans sa forme actuelle, deux sections distinguent plus particulièrement ce site sur la santé maternelle et néonatale.

- **La section Bonnes pratiques locales**, qui vise à mettre en valeur différentes initiatives qui ont actuellement cours au Burkina Faso et au Niger et qui obtiennent des résultats probants. Elles ont en commun de permettre d'améliorer de façon significative la santé des mères et des nouveau-nés. Elles sont diffusées dans l'objectif d'inspirer le développement de projets novateurs similaires en Afrique francophone.
- **La section Récits et pratiques**, qui a pour objectif d'exposer les principales causes de décès maternels dans un langage simple, en les intégrant dans des récits de vie racontés sous forme d'histoires, de sorte qu'elles puissent être expliquées aux familles et à leur entourage. Des éléments du récit sont ensuite répétés en tentant de reconnaître les signes de complication ainsi que des pistes de solutions qui pourraient être envisagées afin de prévenir ces complications et les décès.

Le site Internet sera en ligne prochainement, nous vous en informerons aussitôt!

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) - Banff International Conference on Behavioural Science

En mars dernier, en compagnie de madame Karine-Alexandra Lavandier, travailleuse sociale au CHUM, et



de madame Catherine Odermatt, psychologue au Centre jeunesse de Montréal, j'ai assisté à la *XLIV Banff International Conference on Behavioural Science*. Le thème cette année était l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Trois journées de formation bien remplies qui ont permis de développer nos connaissances sur ce sujet important et de mesurer l'écart en ce domaine entre le Québec et le reste du Canada.

Le Réseau ETCAF-Québec

Le Québec n'est pourtant pas en reste puisque depuis 2009, un groupe réunissant de nombreux professionnels et experts de leur domaine a décidé de constituer le Réseau ETCAF - Québec, auquel l'ASPQ s'est joint

en 2011. Il s'agit d'un regroupement multidisciplinaire et interorganisationnel œuvrant au développement des connaissances sur l'ETCAF afin de prévenir l'alcoolisation fœtale et ses conséquences et de soutenir les personnes atteintes et leurs familles.

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lucie Thibodeau, présidente
Marc-Antoine St-Pierre, vice-président
Jacinthe Arel, secrétaire
Lilianne Bertrand, trésorière
Yv Bonnier Viger, administrateur
Jacques Brodeur, administrateur
Céline Lemay, administratrice
Micheline Séguin Bernier, administratrice

ASPQ

Lucie Granger
Directrice générale
Chantale Bayard
Chargée de dossiers
Catherine Chouinard
Chargée de dossiers et responsable des communications
Louise Courchesne
Comptabilité
Émilie Dansereau
Chargée de dossiers
Martine Gagnon
Secrétaire-réceptionniste
Julie Paquette
Agente de bureau
Yannick Prévost
Adjoint finances, comptabilité, administration

COALITION POIDS

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

CQCT

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

SERVICE D'INFORMATION SUR LES PROCÈS TABAC (SIPT)

Cynthia Callard
Directrice
Pierre Croteau
Agent d'information



Nom et prénom :

Organisme :

Adresse : Code postal :

Ville :

Tél. : Fax :

Courriel :

Profession :

Champ(s) d'intérêt :

Nouveau membre :

Renouvellement :

MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier :

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

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

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

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

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

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

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale, sous-régionale ou provinciale :

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

Institution à vocation locale :

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

Organisme sans but lucratif :

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

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

NOTRE MISSION

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

NOTRE VISION

L'ASPQ sera reconnue :

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

NOS VALEURS

Équité, justice, solidarité

NOTRE PHILOSOPHIE D'ACTION

L'ASPQ :

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

NOUS VOUS INVITONS À CONSULTER
RÉGULIÈREMENT NOTRE SITE INTERNET :

WWW.ASPQ.ORG