

L'ACCÈS AUX SERVICES PÉRINATAUX

Recherche et analyse : Nathalie Rheault, José Massougbedji et Hervé Tchala Vignon Zomahoun, Unité de soutien SRAP du Québec (Université de Sherbrooke)²⁵; Catherine Dea, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Thomas Saïas et Gabrielle Rioux, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Révision : Le comité de révision et les réviseurs externes suivants : Geneviève Roch, Faculté des sciences infirmières, Université Laval; Hervé Tchala Vignon Zomahoun, Unité de soutien SRAP du Québec; Élise Boyer, Fondation Olo*

Quel est l'état de la situation au Québec ?

QU'EST-CE QUE LA « PÉRINATALITÉ » ?

Au Québec, la périnatalité est généralement définie comme la période qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant (ou du moment de la conception si nous parlons d'une grossesse non planifiée), jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an. Les services périnataux incluent donc les services visant à répondre aux préoccupations des femmes et des hommes qui désirent avoir un enfant ou qui en attendent un²⁶.

L'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS QUÉBÉCOIS À LA NAISSANCE

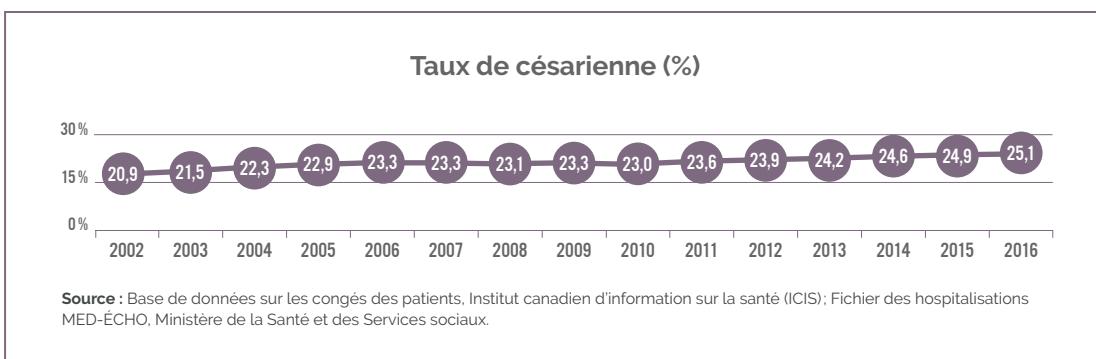
Au Québec, les retards de croissance intra-utérins, les bébés de petit poids et les décès à la naissance sont des phénomènes en diminution depuis la fin des années 1970. La proportion de mères qui allaitent ou qui essaient d'allaiter est également plus élevée qu'au début des années 2000. Cependant, certains éléments demeurent préoccupants.

LE TAUX DE CÉSARIENNE

Le taux de césarienne atteignait au Québec **25,1 %** en 2016, alors que l'Organisation mondiale de la santé recommande que ce taux demeure entre 10 et 15 %²⁷.

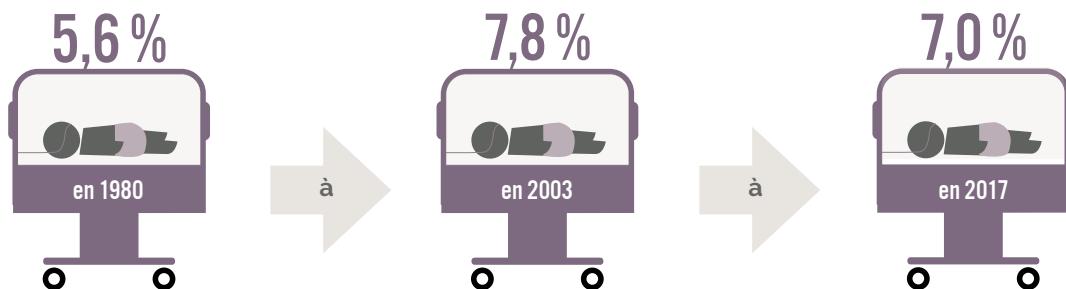


* Les membres du comité de révision sont présentés à la page 2 du Portrait.



LES NAISSANCES PRÉMATUREES

De plus, malgré une légère diminution dans les dernières années, la proportion de naissances prématurées demeure supérieure à celle mesurée au début des années 1980.



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.



LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

6,0 % des bébés qui ont vu le jour en 2017 étaient de faible poids (moins de 2,5 kg ou 5,5 lbs). Cette proportion se situait à 6,5 % en 1980.

L'ALLAITEMENT



Selon les données de 2015-2016, environ **85,1 %** des mères ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant*. Cette proportion était de **72,6 %** en 2000-2001.

* Les données de 2015-2016 ne peuvent pas être comparées avec celles des éditions antérieures de l'enquête (ESCC).

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2013-2014, 2015-2016, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Cependant, en 2015-2016, parmi les mères qui avaient allaité,

63 % seulement allaitaient toujours lorsque leur bébé avait 4 mois.

De plus, 72 % des mères qui ont introduit d'autres liquides ou aliments solides pendant l'allaitement l'avaient fait avant l'âge de 6 mois, ce qui va à l'encontre des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁸.



L'OMS recommande de nourrir les bébés exclusivement avec du lait maternel pendant les 6 premiers mois de leur vie.

LE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT

48,4 % des mères d'enfants de 0 à 5 ans qui ont allaité ou qui prévoyaient le faire n'avaient **jamais utilisé de services de soutien à l'allaitement** (excluant celles ayant mentionné le fait de ne pas avoir allaité comme raison de leur non-utilisation des services de soutien à l'allaitement)²⁹.

La non-fréquentation des cours prénataux ou des services de soutien à l'allaitement peut ne pas être un problème pour certains parents s'ils bénéficient de beaucoup de soutien de la part de leur famille et de leurs amis.

LES SUIVIS DE GROSSESSE MÉDICAUX



En 2008, on estimait que **plus du tiers des femmes enceintes du Québec (36 %)** n'avaient pas bénéficié d'un suivi de grossesse médical dès le premier trimestre³⁰. En 2017, au Québec, cette proportion avait diminué à **23,5 %**. Toutefois, cette proportion variait d'une région à l'autre³¹.

LES COURS PRÉNATAUX

Par ailleurs, en 2015,

40,2 % des parents d'enfants de 0 à 5 ans n'avaient **jamais participé à des cours prénataux**.



L'accessibilité aux soins périnataux chez les femmes migrantes à statut précaire est très limitée comparativement aux femmes nées sur le territoire canadien.

Lors d'une grossesse, une femme migrante à statut précaire devra assumer des frais médicaux beaucoup plus élevés que ce que la RAMQ rembourse normalement pour les mêmes soins, et ce, même si son mari est citoyen canadien ou résident permanent³².

Cela dit, cette réalité peut être variable d'une région du Québec à une autre.

À Montréal, l'offre de service aux migrantes à statut précaire est mieux établie qu'ailleurs au Québec. À Québec, certaines initiatives d'accueil des femmes à statut précaire ont vu le jour, comme à la coopérative de solidarité SABSA.

Quel est le lien entre l'accès aux services périnataux et le développement des tout-petits ?

Le suivi des femmes enceintes pendant la grossesse permet de mettre en place des interventions qui pourront réduire, notamment, les malformations congénitales et les maladies génétiques, la transmission mère-enfant de certaines infections, les retards de croissance intra-utérins et la prématurité^{33, 34, 35, 36, 37, 38}. Ces interventions permettent aussi de réduire les troubles neurodéveloppementaux et certains troubles de développement global de l'enfant³⁹.

Par conséquent, ces interventions peuvent avoir des répercussions à court terme sur les complications de la grossesse et de l'accouchement comme le petit poids de naissance, la prématurité et le risque de réadmission à l'hôpital ou de recours aux services d'urgences. Cela est d'autant plus important que les enfants nés de façon prématurée ou avec un faible poids risquent notamment plus de présenter des retards ou des difficultés au regard du développement de leurs fonctions cognitives (attention, fonctions exécutives, etc.), ce qui entraîne des répercussions négatives sur leur réussite éducative plus tard dans l'enfance⁴⁰.

Par ailleurs, pendant la période prénatale, la femme enceinte et son partenaire sont plus motivés à adopter de saines habitudes de vie puisque cela pourrait protéger la santé du bébé. Les cours prénataux avec des professionnels de la santé sont alors de bonnes occasions de renforcer ces habitudes^{41, 42, 43, 44, 45}. C'est d'ailleurs sur cette prémissse qu'est fondée l'approche Olo.

Après la naissance, les soins offerts dans les premières semaines de vie sont utiles pour déceler les problèmes de santé et les prendre en charge avant qu'ils aient des conséquences pour la mère ou son enfant⁴⁶. En aidant la mère à se remettre rapidement de son accouchement, on lui permet aussi d'être en mesure de répondre aux besoins de son enfant⁴⁷.

De plus, les services de soutien en allaitement, offerts par des professionnels (médecins, sages-femmes, infirmières, consultantes en lactation) ou des bénévoles de groupes d'entraide, peuvent contribuer à soutenir les mères allaitantes⁴⁸. Les bienfaits de l'allaitement sont d'ailleurs bien démontrés : réduction des maladies infectieuses, diminution du risque de mort subite du nourrisson, meilleure performance aux tests neurocognitifs⁴⁹.

Les interventions avant et entourant la naissance ont des répercussions positives sur le développement physique, cognitif, social et émotionnel de l'enfant⁵⁰. À long terme, ces interventions réduisent le risque de développer des maladies chroniques⁵¹. À l'échelle de la société, elles contribuent à réduire les inégalités socioéconomiques, car elles favorisent le bon développement des enfants les plus vulnérables⁵².



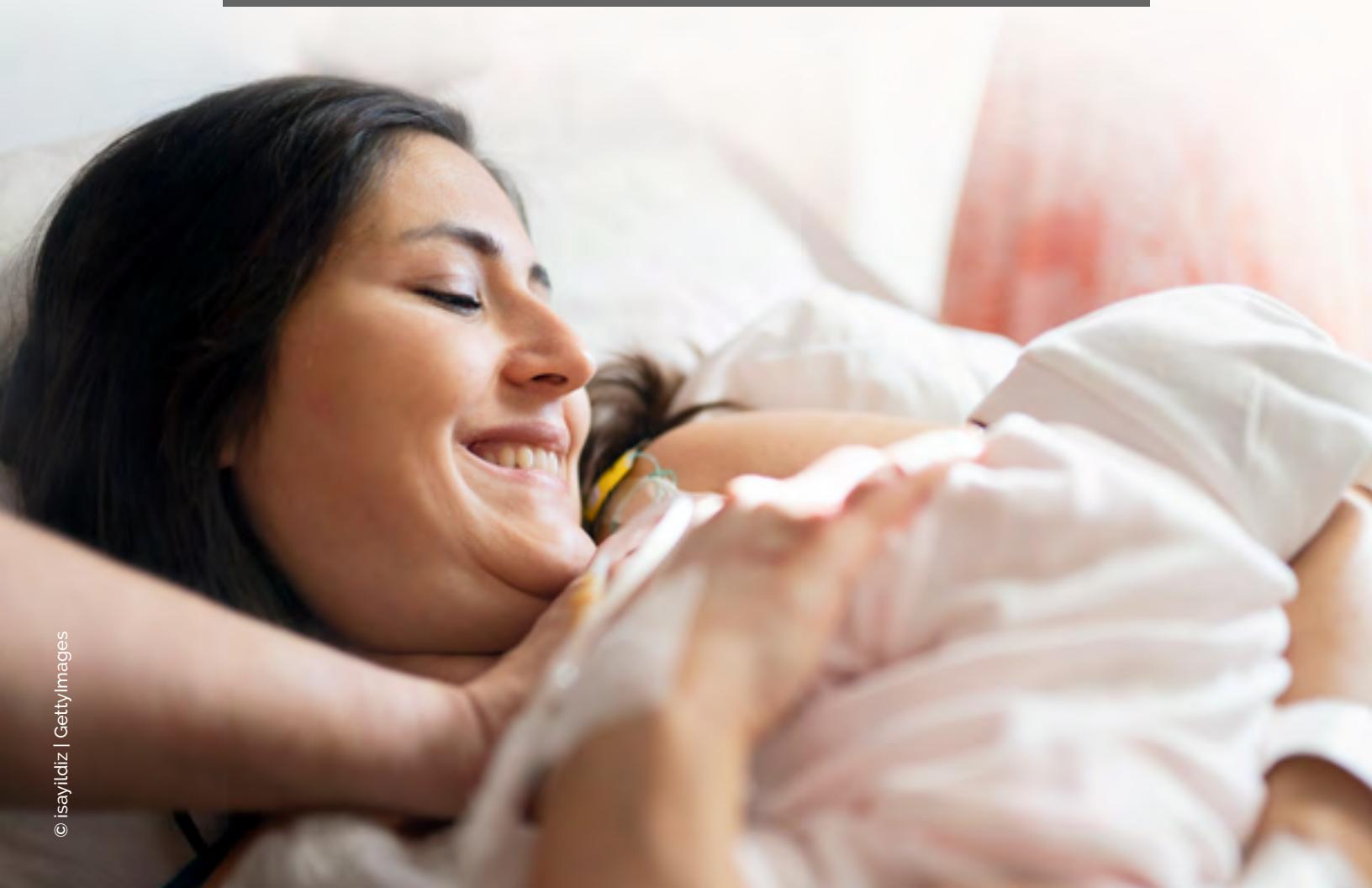


Quelles sont les principales politiques publiques en place au Québec ?

| POLITIQUES | PROGRAMME DE SUIVI SYSTÉMATIQUE POUR LES NOUVEAUX PARENTS ⁵³ | INITIATIVE DES AMIS DES BÉBÉS (IAB) | INTERVENTION NUTRITIONNELLE OLO | BANQUE PUBLIQUE DE LAIT MATERNEL |
|--------------------------|---|--|---|---|
| GOUVERNEMENTS | Programme du gouvernement du Québec. | D'abord sous la responsabilité du Comité canadien pour l'allaitement. Depuis 2008, elle relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ⁵⁴ . | L'intervention Olo est offerte par la Fondation Olo en collaboration avec les intervenants oeuvrant auprès des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité ⁵⁵ . | Québec |
| OBJECTIFS | Réduire la durée du séjour hospitalier lors d'un accouchement sans complication ⁵⁶ . | Assurer à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie en visant la création de milieux de soins où l'allaitement maternel constitue la norme ⁵⁷ . | Donner une chance égale aux familles de mettre au monde des bébés en santé et d'acquérir de saines habitudes alimentaires tôt dans la vie ⁵⁸ . | Fournir du lait humain pasteurisé aux prématurés de 32 semaines ou moins nécessitant des soins médicaux et dont la mère n'est pas en mesure d'allaiter ⁵⁹ . |
| CRÉATION ET MISES À JOUR | Évoqué dans la politique de périnatalité en 2008, le programme est décrit plus en détail dans la Stratégie de mise en œuvre 2009-2012 ⁶⁰ . Toutefois, il n'existe pas de directive nationale pour expliquer les modalités de mise en œuvre ⁶¹ . | Relève du MSSS depuis 2008 ⁶² . En 2008, la politique de périnatalité présente l'IAB comme une stratégie pour que l'allaitement, comme mode d'alimentation exclusif du nourrisson, devienne une norme sociale inscrite dans la culture québécoise ⁶³ . | Projet pilote financé dans les années 1980 par le ministère de la Santé et des Services sociaux ⁶⁴ . Évoqué comme un programme à maintenir dans la <i>Politique de périnatalité 2008-2018</i> ⁶⁵ . Olo est également reconnu par le Programme national de santé publique et dans le Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale. | 2008 : La politique de périnatalité mentionne la possibilité de mettre sur pied des banques de lait au Québec ⁶⁶ . 2013 : Adoption de la <i>Loi modifiant la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance</i> permettant l'ouverture de la Banque publique de lait maternel ⁶⁷ . 2014 : Création de la Banque publique de lait maternel du Québec ⁶⁸ . |
| PORTEE | Tous les parents après le congé postnatal ⁶⁹ . | Dans un établissement «Amis des bébés», tous les parents et leurs bébés profitent de l'Initiative, que l'enfant soit allaité ou non ⁷⁰ . | Le critère pour avoir accès à l'intervention nutritionnelle Olo est de se situer sous le seuil de faible revenu ou près de celui-ci. En tout temps, le jugement clinique de l'intervenante est déterminant ⁷¹ . Cela est d'autant plus vrai dans le contexte de la pandémie. | Bébés prématurés de 32 semaines ou moins nécessitant des soins médicaux et dont la mère ne peut pas allaiter ⁷² . |

| POLE | PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE (PCNP) | SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE) ⁷³ | PROGRAMME POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER | LOI SUR LES SAGES-FEMMES ET CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE SAGE-FEMME AU QUÉBEC |
|--------------------------|--|--|---|---|
| GOVERNEMENTS | Canada | Québec | Québec | Québec |
| OBJECTIFS | Offrir du financement qui contribue à améliorer la santé des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leur bébé, qui sont dans des situations pouvant les rendre plus vulnérables (pauvreté, grossesse adolescente, isolement social et géographique, consommation de substances, violence familiale) ⁷⁴ . | Favoriser le développement global des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité par des services de promotion et de prévention individualisés, précoces, intensifs et de longue durée. Le programme peut débuter dès la douzième semaine de grossesse, et peut être offert aux familles jusqu'à l'entrée à l'école ⁷⁵ . | Garantir le maintien en emploi sans danger de la travailleuse enceinte ou qui allait ⁷⁶ . | Faire en sorte que dans les services périnataux de première ligne, les femmes qui le désirent devraient aussi avoir accès aux services d'une sage-femme ⁷⁷ . |
| CRÉATION ET MISES À JOUR | Le programme a été créé en 1994. | Les SIPPE ont été créés en 2004 sur la base de trois programmes québécois d'intervention préventive : le programme Naître égaux – Grandir en santé, un programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) et un programme de soutien éducatif précoce. Le cadre de référence des SIPPE a été mis à jour en 2019 à la suite de nombreux chantiers pour actualiser ce programme ⁷⁸ . | Le programme a été créé en 1981 ⁷⁹ . | Adoption de la <i>Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes</i> en 1990 puis adoption de la <i>Loi sur les sages-femmes</i> en 1999 ⁸⁰ . |
| PORTEE | Chaque année, l'Agence de la santé publique du Canada finance environ 240 projets qui offrent des services à plus de 45 000 femmes enceintes, parents et fournisseurs de soins, et ce, dans plus de 2 000 communautés au Canada ⁸¹ . | Toute femme enceinte et son partenaire ou encore tout parent ou principal responsable d'un enfant de moins de 12 mois vivant sous le seuil de faible revenu et présentant un des facteurs de risque suivants : sous-scolarisation et isolement social. L'enfant lui-même est aussi ciblé par ce programme. Une équipe interdisciplinaire pourrait également décider d'offrir le service sur la base du jugement clinique ⁸² . | Les femmes enceintes ou qui allaitent et dont les conditions de travail présentent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou qu'elles allaitent ⁸³ . | Les femmes enceintes du Québec (dans les régions où les services sont offerts). |

Au Québec, dans le milieu communautaire, la Ligue La Leche joue un rôle de soutien à l'allaitement. L'organisme s'est donné comme mission d'aider les mères à allaiter leur bébé grâce à un soutien de mère à mère, en donnant de l'encouragement et de l'information. Il vise notamment à faire comprendre que l'allaitement est un élément important du développement sain du bébé et de la mère⁸⁴. Le Mouvement allaitement du Québec (MAQ) vise pour sa part à faire en sorte que les environnements publics soient favorables à l'allaitement, et ce, dans le respect de toutes les femmes et de toutes les familles. Il offre un service d'accompagnement aux organisations qui souhaitent faciliter l'allaitement⁸⁵. Le Dispensaire diététique de Montréal est un autre organisme communautaire qui œuvre auprès des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Il encourage et soutient l'allaitement et offre de l'information et de la formation sur différents sujets liés à la nutrition périnatale, et ce, afin de favoriser la santé optimale des nourrissons⁸⁶. De leur côté, les centres de ressources périnatales ont comme objectif de rendre accessibles à toutes les femmes et à toutes les familles des services continus en périnatalité⁸⁷. La Maison Bleue est un autre organisme qui travaille aussi en ce sens. Au sein de cet organisme œuvrent des médecins, des professionnels et des intervenants qui offrent des services psychosociaux et de santé aux familles en situation de vulnérabilité que le système de santé a de la difficulté à rejoindre⁸⁸.



À quel point ces politiques publiques sont-elles efficaces ?

LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018

Suivi systématique pour les nouveaux parents



La recherche menée sur des programmes semblables au programme du Québec permet de conclure que l'appel téléphonique dans les 24 heures suivant le congé du lieu de naissance et la visite systématique durant les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance sont de bonnes pratiques, qui devraient toutefois être adaptées aux besoins particuliers des familles plus vulnérables, par exemple en intensifiant l'accompagnement pour ces familles⁸⁹. Néanmoins, des écarts entre ce qui était prévu à l'origine dans la politique de périnatalité et les services offerts dans les établissements ont été observés⁹⁰. Par exemple, le suivi est parfois limité à un appel téléphonique et les visites à domicile peuvent être réservées aux parents d'un premier enfant ou aux familles vulnérables.

Initiative des amis des bébés



L'initiative des Amis des bébés est un programme qui a démontré son efficacité pour améliorer les taux d'allaitement à court, à moyen et à long termes. Les femmes qui en bénéficient ont 4,3 fois plus de chance d'allaiter exclusivement durant les 6 premiers mois⁹¹. Cependant, au Québec, en 2016, seulement 9,67% des bébés sont nés dans une maison de naissance ou un hôpital reconnus « Amis des bébés ». Actuellement, 107 établissements du Québec ont cette certification : 8 maisons de naissance, 5 hôpitaux, 93 CLSC et 1 centre de santé (établissement autochtone sous responsabilité fédérale)⁹².

Intervention nutritionnelle Olo



La Fondation Olo estime que jusqu'à 15 000 mères et futures mères par année et qu'au total 250 000 enfants ont pu profiter de ses services depuis 1991⁹³. L'intervention Olo a fait l'objet d'une évaluation⁹⁴. Elle réduit de 1,6 fois le risque qu'un bébé naîsse avec un faible poids. Le suivi Olo a aussi des effets positifs sur la réussite éducative des enfants. La recherche montre également que le coût moyen de l'intervention Olo permet d'économiser des coûts d'hospitalisation. Elle est par ailleurs considérée comme plus efficace que les programmes similaires déployés aux États-Unis⁹⁵.

Malgré tout, la Fondation Olo demeure préoccupée par l'accessibilité à l'intervention et par la nature des services rendus. En effet, la Fondation estime qu'en 2019-2020, deux femmes admissibles sur trois

ont eu accès à un suivi Olo. L'accessibilité est très variable d'une région à une autre. De plus, la moitié des naissances en situation de faible revenu a eu lieu dans des territoires où le taux de femmes bénéficiaires est de moins de 55 %. Par ailleurs, les écarts entre les recommandations et les caractéristiques des services rendus (fréquence et type des rencontres, capacité à réaliser une évaluation nutritionnelle) suscitent aussi des inquiétudes quant à la possibilité de réaliser le plein potentiel de l'intervention. Enfin, il en ressort que beaucoup reste à faire pour que l'accompagnement se poursuive au-delà de la naissance et qu'il s'enrichisse de véritables arrimages avec les organisations présentes dans la communauté.

Banque de lait maternel



En 2018, Héma-Québec se réjouissait d'avoir atteint l'autosuffisance. Elle était en effet en mesure de répondre à 100 % des besoins de la clientèle⁹⁶. En 2018-2019, plus de 2 000 donneuses étaient inscrites à la Banque publique de lait maternel, dont 1 142 étaient actives. De plus, 16 471 bouteilles de lait maternel avaient été distribuées, ce qui représente une augmentation de 40 % par rapport à l'année précédente.

LES SUIVIS AVEC SAGES-FEMMES



En ce qui concerne les suivis avec sages-femmes, le nombre effectué est passé de 1 790 à 2 668 de 2007 à 2011 au Québec. **Toutefois, en 2018, seulement 4,2 % des naissances ont eu lieu sous la supervision d'une sage-femme, c'est-à-dire 3 498 naissances**⁹⁷. À titre de comparaison, cette proportion était de 23 % en Colombie-Britannique et de 18 % en Ontario pour la même année. L'objectif du MSSS était pourtant que les sages-femmes puissent assurer le suivi périnatal de 10 % des femmes enceintes d'ici 2019⁹⁸.

LES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE)

En ce qui concerne les SIPPE, les recherches menées sur des programmes semblables ailleurs dans le monde montrent la pertinence des visites à domicile pour toutes les mères (peu importe leur âge) qui vivent en contexte de vulnérabilité ainsi que pour les familles dont un parent a une problématique particulière (ex. : dépendance, déficience intellectuelle, etc.)⁹⁹.

69 % des femmes admissibles et ayant accouché dans l'année **ont bénéficié de ces services en 2009-2010**. Cela comprend toutes les femmes de moins de 20 ans et un peu plus de la moitié des femmes de 20 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu et n'ayant pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles. La cible fixée était alors de 80 %¹⁰⁰. Selon un document de 2011, certains centres de santé et de services sociaux (CSSS) avaient alors une liste d'attente pour l'accès au programme¹⁰¹.

Par ailleurs, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) n'ont pas encore fait l'objet de recherches évaluatives, mais des travaux ont débuté à cet égard en 2020 au MSSS. Des recherches documentent néanmoins les effets sur deux des programmes québécois à l'origine des SIPPE, Naître égaux – Grandir en santé et le programme de soutien aux jeunes parents. Par exemple, l'évaluation du programme de soutien aux jeunes parents s'est déroulée de 2006 à 2011 dans 18 CSSS de 7 régions du Québec. Ce sont 451 familles qui ont été suivies de la grossesse jusqu'au 24^e mois de la vie du bébé. Les résultats montrent une situation favorable sur les issues de grossesse, la croissance des bébés ainsi que le développement cognitif-langagier, moteur et socioaffectif des enfants à 17 mois. Les auteurs concluaient cependant que des dimensions du programme devaient être optimisées et ils formulaient plusieurs recommandations en ce sens au MSSS¹⁰².



La planification des soins postnataux est promue dans les politiques de santé de plusieurs pays (ou États), dont les États-Unis d'Amérique, l'Australie, la Belgique, l'Écosse et le Pays de Galles. Même si l'évaluation de cette approche est trop rare dans les écrits scientifiques pour qu'on puisse confirmer son efficacité, elle est jugée prometteuse par les chercheurs, car elle tient de plus en plus compte des besoins des mères et des pères selon leurs contextes respectifs¹⁰³.

LE PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE (PCNP)

Une enquête menée en 2007 auprès des femmes qui ont bénéficié du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) montre qu'il atteint les mères plus vulnérables qu'il cible. En effet, parmi elles :

51 % rapportaient un revenu familial inférieur à 15 000 \$;

22 % étaient autochtones;

17 % avaient moins de 19 ans;

31 % rapportaient avoir fumé pendant leur grossesse.

69 % détenaient un diplôme d'études secondaires ou moins;

Comment pourrions-nous faire mieux ?

L'avis de grossesse permet au médecin traitant ou à la sage-femme d'orienter systématiquement une femme enceinte vers l'établissement de santé (CISSS ou CIUSSS) du territoire où elle habite. Après l'obtention du consentement écrit de la femme enceinte, un formulaire comprenant ses principaux indicateurs de santé est transmis au centre local de services communautaires (CLSC) de son CISSS ou CIUSSS. Une infirmière établit dès lors un premier contact téléphonique avec elle afin de lui donner de l'information sur les ressources existantes ou de lui proposer des services qui répondent à ses attentes, à ses besoins ou à sa situation¹⁰⁴.

L'AVIS DE GROSSESSE ET LE SUIVI MÉDICAL



Dans l'État de Victoria en **Australie**, la loi oblige les hôpitaux à aviser les autorités régionales de la naissance d'un enfant. Celles-ci doivent alors s'assurer qu'une infirmière ou une sage-femme contacte la famille du nouveau-né ou lui rend visite. Par la suite, l'enfant a droit à une dizaine de rendez-vous de suivi avec l'infirmière à des moments clés de son développement (2, 4 et 8 semaines; 4, 8, 12 et 18 mois; 2 et 3,5 ans). Au cours de ces rencontres, l'infirmière peut évaluer la santé et le développement de l'enfant de même qu'offrir du soutien et de l'information aux mères et aux pères. Elle peut aussi agir comme un intermédiaire entre la famille et le réseau de la santé et des services sociaux si des ressources spécialisées sont nécessaires¹⁰⁵.



Au **Québec**, le programme de suivi systématique pour les nouveaux parents propose un tel suivi, mais rappelons qu'il existe des différences entre ce qui est prévu dans ce programme et les services réellement offerts dans les établissements¹⁰⁶.



En 2015, certains établissements de santé québécois (CISSS et CIUSSS) ont lancé un projet pilote de services d'éducation prénatale en ligne visant à faciliter l'accès à des informations périnatales de qualité en tout temps¹⁰⁷.



L'**Ontario** propose pour sa part un programme de suivi postnatal pour les familles ontariennes jugées à risque : Bébés en santé, enfants en santé. Le suivi se fait de la naissance jusqu'à l'entrée à l'école, un peu comme ce qui est offert dans les SIPPE au Québec. Toutefois, le repérage des familles à risque ne se limite pas à des critères de revenu et de scolarité, mais se base sur une grille complète d'évaluation des risques physiques et psychosociaux¹⁰⁸.



Le modèle d'organisation des soins de la **Suède** est souvent donné en exemple¹⁰⁹. À partir de la deuxième semaine de vie de l'enfant, le Programme de santé infantile (PSI) propose un service universel et gratuit aux familles jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 6 ans. Parce que le suivi des familles suédoises s'échelonne sur une longue période, cela permet de répondre à leurs besoins, qui peuvent évoluer. De plus, l'universalité du service permet de joindre des familles avec des besoins particuliers qui ne tenteraient pas d'obtenir ces services par eux-mêmes. Selon des études réalisées pour évaluer le Programme de santé infantile (PSI), les soins reçus et les visites à domicile sont très appréciés des parents. Au cours des visites, les mères et les pères peuvent poser des questions et discuter de leurs préoccupations. Certaines mères mentionnent toutefois qu'elles aimeraient que les soins tiennent compte également de leurs besoins, et pas uniquement de ceux de leur enfant.



En ce qui concerne la prise en charge des personnes migrantes à statut précaire, voici ce que les experts recommandent :

- Élargir l'accès au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) à toutes les personnes migrantes à statut précaire;
- Éliminer le délai de carence de 3 mois pour l'accès à la RAMQ pour les personnes migrantes à statut précaire;
- Informer systématiquement toutes les personnes migrantes en âge de procréer des couvertures de soins existantes et des services disponibles pour la périnatalité et le suivi du développement des enfants (ex. : service de traduction linguistique)¹¹⁰.



ET LES PAPAS DANS TOUT ÇA?

Les pères ont besoin de pouvoir jouer un rôle actif durant la période périnatale. Ils ont besoin d'être rassurés et souhaitent recevoir des conseils pratiques pour soutenir la mère durant la grossesse. En explorant le rôle que le père peut jouer lors de la naissance, les intervenants contribuent à l'engagement du père envers la mère et l'enfant¹¹¹.

AU SEIN DES MUNICIPALITÉS

Selon le CISSS de la Montérégie-Centre, les municipalités peuvent agir pour faciliter l'allaitement. Notamment, elles peuvent :

- adopter au conseil municipal une résolution qui protège et encourage l'allaitement dans toutes les installations publiques (parcs, piscines, bibliothèques, musées, arénas, etc.) et qui soutient les employées qui allaitent, puis la faire connaître à tous les gestionnaires et employés municipaux ainsi qu'aux citoyens;
- identifier clairement, à l'aide d'un logo international, les espaces municipaux comme étant des endroits où les femmes qui allaitent sont les bienvenues;
- aménager des espaces (fauteuils ou bancs confortables) dans les édifices publics pour que les femmes qui ont besoin d'un endroit discret puissent allaiter en toute quiétude;
- sensibiliser les employés municipaux à l'importance d'offrir un accueil chaleureux aux femmes qui allaitent;
- valoriser et soutenir les groupes d'entraide en allaitement sur son territoire par différents moyens : prêt de locaux, publicité des activités, ressources, participation et soutien à l'organisation d'événements qui valorisent l'allaitement en public (ex. : Défi allaitement organisé dans le cadre de la Semaine mondiale de l'allaitement qui se déroule la première semaine d'octobre), etc.;
- mettre en place une route du lait où un ensemble de commerçants et d'organismes encouragent et appuient l'allaitement dans les lieux publics afin de normaliser le geste dans la population¹¹².

