

REVENIR À L'ESSENTIEL

PLAN D'ACTION EN PÉRINATALITÉ

ET EN PETITE ENFANCE

2023-2028



ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux professionnels, aux intervenants ainsi qu'aux gestionnaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux ainsi qu'au milieu communautaire, œuvrant en périnatalité et petite enfance. Il n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-97243-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

RÉDACTION

Sophie Roberge, conseillère en périnatalité, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Annie Motard-Bélanger, coordonnatrice en périnatalité et petite enfance, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Collaboration à la rédaction :

Chantal Lacroix, médecin-conseil, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Julie Deschamps, conseillère en prévention et promotion de la santé, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Sylvie Bouvet, directrice nationale pour la santé des femmes, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générales des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

DIRECTION

Sabrina Fortin, Directrice, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Anne-Marie Langlois, directrice, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

RÉVISION

Différentes personnes ont contribué à la révision d'une ou plusieurs sections du Plan d'action en périnatalité et petite enfance :

Andréa Bilodeau, directrice par intérim, Direction de la surveillance de l'état de santé (DSES), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Camille Rochette, conseillère aux dossiers de la pratique sage-femme et de la santé reproductive des femmes, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Catherine Denis, coordonnatrice Jeunesse et vie adulte, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Catherine Dufour, conseillère, Direction de la lutte au tabagisme (DLT), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Dominique Stibre, conseillère aux services sociaux généraux, direction des services sociaux généraux et des activités communautaires (DSSGAC), Direction des services sociaux généraux (DSSG), MSSS

Émilie Dionne, coordonnatrice en planification et en développement de l'action de santé publique, Direction de la gouvernance, de la planification et du développement en santé publique (DGPDSP), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Geneviève Larouche, Pilote d'orientation du registre des événements démographiques du Québec, Direction de la surveillance de l'état de santé (DSES), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Geneviève Pepin, chargée de projet en procréation médicalement assistée, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Guylaine Saint-Pierre, analyste, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Julie Fortier, conseillère en prévention et promotion de la santé (jusqu'en décembre 2023), Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Laura Haiek, médecin-conseil en allaitement, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Mariana De Moraes Pontual, Pilote d'orientation du système d'information de la procréation médicalement assistée (SIPMA), Direction de la surveillance de l'état de santé (DSES), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Marie-Élaine Malo, conseillère au dossier sage-femme, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Marie-Pierre Harvey, conseillère en allaitement et à la prévention de la violence, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Marie-Pier Parent, coordonnatrice, Direction des saines habitudes de vie (DSHV), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Martin Parent, chargé de projet pour l'informatisation du dossier obstétrical et pour les grossesses à risque à domicile et télésanté, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Martine Vézina, conseillère à la trajectoire 1^{ère} ligne en pédiatrie et périnatalité, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Nathan Lévesque, conseiller en allaitement, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale (DDAIS), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Stéphane Groulx, médecin-conseil, Direction de la prévention clinique, de la santé dentaire et des dépistages (DPCSDD), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Pamela Bou Malhab, conseillère en prévention clinique, Direction de la prévention clinique, de la santé dentaire et des dépistages (DPCSDD), Direction générale de la santé publique (DGSP), MSSS

Peggy Bedon, conseillère en obstétrique (jusqu'en janvier 2024), Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Simon Tardif, coordonnateur du réseau d'infirmières de dépannage en obstétrique (RIDDO) et chargé de projet pour les cliniques intégrées pour le suivi des grossesses normales, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

Sylvie Tousignant, conseillère aux dossiers mère-enfant, Direction santé mère-enfant (DSME), Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), MSSS

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-Anne Cotegah, Les Traducteurs Unis

REMERCIEMENTS

L'élaboration d'un plan d'action ministériel est un travail collaboratif important. Nous remercions sincèrement l'ensemble des personnes ayant participé aux différentes consultations qui ont nourri, grâce aux nombreuses recommandations transmises, les travaux en lien avec la rédaction de ce plan d'action.

Nous remercions spécialement les personnes suivantes pour leur soutien et leur implication dans la révision du Plan d'action :

Isabelle Brabant, sage-femme, formatrice et consultante. Conseillère à la Direction santé mère-enfant (jusqu'en mai 2023).

Julie Poissant, professeure, Département d'éducation et formation spécialisées et Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

LISTE DES ACRONYMES

AMPROob : Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux

ASPC : Agence de santé publique du Canada

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLSC : Centre local de services communautaires

CISSS : Centres intégrés de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

DI : Déficience intellectuelle

DMS : Durée moyenne de séjour

DP : Déficience physique

ELDEQ2: Étude longitudinale du développement des enfants au Québec, 2^e édition

EMMIE : Entretien Motivationnel en Maternité pour l'Immunisation des Enfants

EQP : Enquête québécoise sur la parentalité

GESMA : Gestion sécuritaire du mode d'accouchement

IAB : Initiative des amis des bébés

IHAB : Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés

INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

ISS : Inégalités sociales de santé

ISQ : Institut de la statistique du Québec

ITSS : Infections transmises sexuellement et par le sang

IG : Interruption de grossesse

MMS : Morbidité maternelle sévère

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OC : Organismes communautaires

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PPE : Périnatalité et petite enfance

PQDP : Programme québécois de dépistage prénatal

PQDSN : Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RIDDO : Réseau d'infirmière de dépannage en obstétrique

RPG : Rencontres prénatales de groupe

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SHERPA : Équipe financée par les Fonds de recherche du Québec et par le MSSS ayant comme objectifs l'avancement des connaissances et le développement de meilleures pratiques en matière d'intervention de première ligne en contexte de pluriethnicité

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et petite enfance

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

TSAF : Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

TSME : Table sectorielle mère-enfant

UNICEF : United Nations Children's Fund

VOG : Violence obstétricale et gynécologique

Table des matières

Résumé.....	1
Contexte	2
Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018	3
Développement durable.....	5
Présentation du Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028	6
AXE 1 – Renforcer le pouvoir d’agir	7
Objectif 1.1 Centrer les soins et services sur la cellule familiale.....	7
Le père et le coparent.....	9
Des services sécurisants et culturellement pertinents pour les familles des communautés des Premières Nations et Inuit	9
Le soutien des familles en contexte d’immigration et nouvellement arrivées au Québec	11
L’hospitalisation d’un nouveau-né.....	12
La transition entre le milieu de soins et le domicile.....	13
Objectif 1.2 Faire du choix éclairé la norme dans l’ensemble des soins et services	13
Le consentement libre et éclairé.....	13
Les violences obstétricales et gynécologiques	14
Objectif 1.3 Mettre de l’avant des pratiques et des environnements favorables à la parentalité et au développement de l’enfant.....	15
L’adaptation à la parentalité.....	15
L’allaitement	17
La santé mentale des parents.....	18
La violence conjugale.....	19
La consommation de produits du tabac et de vapotage, d’alcool, de cannabis et d’autres substances psychoactives	20
Objectif 1.4 Informer les parents au bon moment et selon leurs besoins.....	24
Les rencontres prénatales de groupes.....	25
L’information transmise lors du séjour hospitalier	26
La sensibilisation et l’information quant au deuil périnatal.....	26
La sécurité des enfants	27
AXE 2 – Innover pour améliorer l’accès aux soins et services	29

Objectif 2.1 Augmenter l'agilité et l'efficience du réseau	34
Le suivi de grossesse.....	35
Le champ d'exercice des sages-femmes	35
Les soins de proximité.....	37
Le suivi de la santé des enfants.....	38
Objectif 2.2 Mettre en place de nouvelles approches	39
L'accès à l'échographie obstétricale.....	39
La prise en charge des fausses couches.....	39
L'importance du soutien lors de l'accouchement.....	40
Objectif 2.3 Offrir une intensité des services dans une perspective d'universalisme proportionné.....	41
Le suivi postnatal.....	42
Les familles vivant en contexte de vulnérabilité.....	43
AXE 3 – Soutenir les professionnels et les intervenants dans leurs interactions auprès des familles.....	46
Objectif 3.1 Actualiser les compétences et les connaissances	46
Intervenir auprès des familles en tenant compte de la santé mentale des parents.....	47
Intervenir auprès des familles en contexte d'immigration et issues de diversités ethnoculturelles	47
Accompagner et soutenir les pratiques en allaitement.....	47
Intervenir en contexte de violence conjugale	48
Accompagner le deuil périnatal	49
Intervenir auprès des femmes enceintes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	49
Objectif 3.2 Miser sur l'expertise de chacun par des pratiques de collaboration.....	49
L'interdisciplinarité au cœur des services en périnatalité et petite enfance	50
La concertation en périnatalité et petite enfance	51
AXE 4 – Développer des outils pour soutenir l'organisation des services.....	53
Objectif 4.1 Développer des indicateurs relatifs au secteur de la périnatalité et de la petite enfance et utiliser les bases de données à leur plein potentiel.....	53
Le jumelage des différentes sources de données	53
Les indicateurs de suivi	54
Documenter la mortalité maternelle.....	54
Objectif 4.2 Soutenir le développement de la recherche en périnatalité et petite enfance	55

La recherche en périnatalité et petite enfance	55
Objectif 4.3 Implanter des programmes de soins structurants basés sur des données probantes.....	55
La prévention des risques obstétricaux	55
Conclusion.....	57
ANNEXE 1 – Bilan de la Politique de périnatalité	58
ANNEXE 2 – Tableaux synoptiques	59
ANNEXE 3 – Niveaux de soins obstétricaux, néonataux et pédiatriques	65
Bibliographie	67

Résumé

Faisant suite à la Politique de périnatalité 2008-2018, le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 repose sur deux principes fondamentaux : la collaboration interdisciplinaire, incluant le volet intersectoriel, et le partenariat avec les familles.

Il comprend quatre axes d'intervention principales :

Axe 1 : Renforcer le pouvoir d'agir

Axe 2 : Innover pour améliorer l'accès aux soins et services

Axe 3 : Soutenir les professionnels et les intervenants dans leurs interactions avec les familles

Axe 4 : Développer des outils pour soutenir l'organisation des services

Le Plan d'action s'appuie également sur les fondements de la Politique de périnatalité 2008-2018, tels que la reconnaissance de la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, du caractère multidimensionnel de la parentalité, de la compétence des parents et de l'importance du lien d'attachement de l'enfant avec ses parents.

Enfin, il vise à assurer une offre globale de soins et services dès le début de la grossesse, jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans en tenant compte de l'évolution constante des besoins des familles au cours de cette période. Il aspire aussi à soutenir les gestionnaires, les professionnels et les intervenants œuvrant en périnatalité et petite enfance.

Contexte

Au cours des dernières décennies, les services en périnatalité au Québec se sont transformés sous l'influence de la science, de la technologie, de l'organisation des services du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ils ont également évolué en fonction des nouvelles réalités sociales et culturelles.

Une première politique québécoise de périnatalité, nommée *La périnatalité. Une politique du ministère des Affaires sociales*, a été diffusée en 1973. Elle avait comme principal objectif de réduire la morbidité et la mortalité périnatale, qui étaient encore particulièrement élevées à cette époque (Valentini, 2004).

En 1993, la deuxième mouture de la politique de périnatalité, intitulée *La politique de périnatalité – Protéger la naissance, soutenir les parents, un engagement collectif*, mettait l'accent sur certains éléments déterminants pour la santé durant la période périnatale, tels que l'importance de la qualité de l'expérience vécue par les familles lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale, la valorisation des compétences parentales et la réduction des écarts sociaux, qui sont à l'origine de plusieurs problèmes de santé. On y précisait que la périnatalité englobait des éléments de nature physique, psychologique, sociale et économique, qui ont tous des répercussions sur la santé des familles (Valentini, 2004).

Une troisième politique de périnatalité a été publiée en 2008, soit *La politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie* (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008). Basée sur le principe fondamental stipulant que la femme enceinte, l'enfant et sa famille sont au cœur des interventions en périnatalité, elle proposait, entre autres, des précisions quant aux services devant être offerts à cette population, et plus particulièrement aux personnes vivant en contexte de vulnérabilité. Elle visait également le rehaussement et l'optimisation des services de santé de première ligne ainsi que le développement d'actions permettant de soutenir les mères et les pères dans leur expérience périnatale. Ces actions, et bien d'autres, s'inscrivaient dans un souci d'assurer une qualité et une efficience des soins, dans le respect de l'autonomie et des droits des familles.

Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018

Dès 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris des travaux pour faire le bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018 (la Politique), par le biais d'une démarche approfondie auprès de nombreux acteurs en périnatalité. L'objectif de ce bilan était de dresser la liste des actions réalisées découlant de la Politique ainsi que de développer une vision commune des enjeux rencontrés et des pistes de solutions à explorer pour l'avenir.

Un Forum sur la périnatalité au Québec a eu lieu en novembre 2019 afin de regrouper des représentants de différents milieux (établissements du RSSS, ordres professionnels, associations professionnelles et organismes communautaires (OC)). Le forum a permis de discuter des opportunités et des enjeux entourant la périnatalité et d'envisager des suites à donner à la Politique. Dans le cadre du bilan, des sondages ont également été réalisés auprès des établissements du RSSS (n=26 établissements), d'OC (n=123 organismes) et de parents d'enfants de 0 à 4 ans (n=434). Ce dernier sondage, réalisé par le Centre de recherche sur l'opinion publique (CROP¹) visait à :

- identifier et évaluer les services reçus par les parents questionnés;
- définir leurs besoins dès le début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année de vie du bébé;
- préciser les pistes d'amélioration pour mieux répondre à leurs besoins.

Trois constats généraux sont ressortis de l'ensemble de la démarche liée au bilan de la Politique (voir l'annexe 1). Le premier constat est que plusieurs actions émanant de la Politique ont été réalisées, notamment :

- L'instauration de l'avis de grossesse provincial informatisé (service *Ma grossesse*).
- Le déploiement des services de sage-femme.
- Le démarrage du programme de services assurés de procréation assistée.
- Le rehaussement des programmes de dépistage prénatal et néonatal.
- La mise en place du programme Agir tôt, visant à identifier les difficultés dans le développement des jeunes enfants afin de les orienter vers les services pertinents.
- L'élaboration des plans d'action et des stratégies en contexte de violence conjugale.

Le deuxième constat est que les objectifs et les orientations soutenues par la Politique demeurent toujours d'actualité. Par exemple, l'offre d'informations aux parents, les actions prises pour favoriser l'accouchement physiologique, le soutien à l'allaitement et l'offre systématique de visites postnatales sont encore considérés comme étant des services essentiels pendant la période périnatale.

Le dernier constat est que le contexte de vie des familles a changé depuis 2008. Parallèlement, les réalités contextuelles et organisationnelles du RSSS ainsi que du milieu communautaire se sont aussi modifiées. Ce faisant, de nouvelles actions sont nécessaires pour poursuivre la mise en œuvre des grandes orientations de la Politique. Cela exige une adaptation des services pour favoriser la transition à la parentalité, réduire l'isolement des familles, réduire les inégalités sociales de santé (ISS) et favoriser le bien-être des parents et futurs parents. Par ailleurs, la pénurie de main-d'œuvre, le contexte postpandémique, les nouvelles réalités technologiques (ex. : offres de services virtuels) et les défis grandissant d'accès aux services forcent les organisations à adapter leurs façons de faire et innover dans leurs pratiques.

1. En raison de la pandémie, les données du sondage n'ont pas été publiées.

En lien avec ces constats, le MSSS a élaboré le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 (le Plan d'action). Il s'appuie sur les convictions soutenant la Politique, telles que la reconnaissance de la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, du caractère multidimensionnel de la parentalité, de la compétence des parents et de l'importance du lien d'attachement de l'enfant avec ses parents. Il partage également les valeurs qui sous-tendent les orientations de la Politique, soit l'humanité, la précocité et la sécurité (MSSS, 2008).

Le Plan d'action vise à assurer une offre globale de soins et services dès le début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans, en sachant que les besoins des familles évoluent constamment et différemment au cours de cette période. Les mesures du Plan d'action aspirent aussi à soutenir les gestionnaires, les professionnels et les intervenants œuvrant en périnatalité et petite enfance (PPE).

Développement durable

Adoptée en 2006, la Loi sur le développement durable du Québec stipule que les ministères et organismes ont des obligations relatives au développement durable, dans un souci de lutte aux changements climatiques. Dans cette optique, le MSSS a mis en place un processus interne afin de tenir compte des principes de développement durable dans l'élaboration des différentes politiques et stratégies ministérielles.

La démarche d'évaluation de la durabilité permet d'apprécier les interventions structurantes au regard de critères et de facteurs de durabilité et de les bonifier, s'il y a lieu. Les actions proposées dans le présent Plan d'action ont été évaluées dans cette optique et il en ressort que leur effet sur la durabilité est généralement nul ou positif. Par exemple, le Plan d'action démontre une volonté de revoir les façons de faire actuelles et d'innover dans les suivis de grossesse et de santé en utilisant la télémédecine, lorsque possible, et en structurant des rencontres informatives de groupes qui permettent d'optimiser les ressources. De plus, le plan encourage le développement et le maintien des compétences des professionnels faisant partie d'équipes interdisciplinaires qui pourront intervenir tout au long du continuum de services liés à la périnatalité et la petite enfance, contribuant ainsi à la création et au maintien d'emplois permanents et de qualité.

Présentation du Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028

La vision globale du Plan d'action repose sur deux principes fondamentaux : la collaboration interdisciplinaire (incluant le volet intersectoriel) et le partenariat avec les familles.

Le travail collaboratif concerne l'ensemble des professionnels et des services du système de la santé ainsi que les OC. Il constitue une des pierres angulaires du Plan d'action puisqu'il permet une offre de services adaptée aux besoins des familles, chaque service étant octroyé par le bon professionnel, au moment opportun. La collaboration interprofessionnelle et intersectorielle permet également de faciliter le travail des professionnels, car ces derniers peuvent partager leur expertise au bénéfice des autres membres et surtout, des familles. Le second principe concerne la nécessité d'établir un partenariat en tout temps entre le système de santé, le milieu communautaire et les familles. Ces dernières doivent être impliquées dans la prise de décisions les concernant, puisqu'elles sont expertes de leur propre situation de santé.

Le Plan d'action comprend quatre axes d'intervention :

- **Axe 1 : Renforcer le pouvoir d'agir**
- **Axe 2 : Innover pour améliorer l'accès aux soins et services**
- **Axe 3 : Soutenir les professionnels et les intervenants dans leurs interactions avec les familles**
- **Axe 4 : Développer des outils pour soutenir l'organisation des services**

Chacun des axes nommés ci-haut a une portée bien précise. L'axe 1 comprend des actions qui concernent la population, principalement les familles, afin de les soutenir dans l'expérience de la périnatalité et de la parentalité. L'axe 2 vise l'optimisation de l'offre de soins et services à la population, par le développement de nouveaux services et l'amélioration de l'accès à ceux déjà en place. L'axe 3 propose des actions qui soutiennent les professionnels et les intervenants dans certains contextes où les interactions avec les familles nécessitent des habiletés particulières. Enfin, l'axe 4 vise la mise en place d'indicateurs et l'optimisation des outils et des données permettant de s'assurer que les services offerts par le système de santé et le milieu communautaire répondent adéquatement aux besoins de la population.

Chaque axe est appuyé par des éléments de contexte issus de la littérature, de rapports statistiques ainsi que de données tirées du bilan de la Politique. Ils se déclinent ensuite en une série d'objectifs et d'actions pour guider l'ensemble des acteurs de la périnatalité et de la petite enfance vers une vision commune. Le résumé des objectifs et des actions est présenté en tableau en annexe 2.

Les objectifs de chacun des axes ciblent l'ensemble de la trajectoire de services en PPE, en passant par la promotion de la santé, la prévention et les services de première, deuxième et troisième ligne. Les actions inscrites dans chaque objectif découlent des besoins exprimés par les établissements, les intervenants et les parents interrogés dans le cadre du bilan de la Politique. La priorisation des actions a été réalisée à la suite d'une consultation auprès des établissements, des ordres professionnels et du milieu communautaire durant l'été 2023.

Le Plan d'action s'appuie sur d'autres politiques, plans d'action ou programmes nationaux. Il tient compte, notamment, des recommandations de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse ainsi que des éléments du Programme national de santé publique 2015-2025, du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, du Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027, du Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024 et de la Politique gouvernementale de prévention en santé 2015-2025.

AXE 1 – Renforcer le pouvoir d’agir

La Politique de 2008 plaçait la parentalité dans une dimension multidimensionnelle en insistant sur l’importance de prendre en compte les croyances, les valeurs ainsi que le contexte dans lequel vivent les parents et futurs parents. Ces facteurs influencent de façon particulière la relation que les parents entretiendront avec leur enfant et leur façon d’être avec lui.

La conciliation des besoins dans un contexte de vécu et d’identités plurielles représente assurément un défi contemporain. En effet, la périnatalité et la petite enfance sont des domaines particuliers où les décisions prises par la mère, le père ou les coparents ont des effets sur la santé d’un autre être humain : l’enfant. La prise en compte de l’intérêt de l’enfant peut amener des dilemmes importants où les décisions des femmes, des pères, des parents ou futurs parents peuvent se retrouver en tension avec des contraintes organisationnelles ou des obligations déontologiques. Les professionnels de la santé et les intervenants peuvent se retrouver en divergence par rapport aux parents ou futurs parents et cela complexifie l’interaction professionnelle.

La mise en place de conditions favorables à la prise en compte des valeurs, des croyances et du contexte des parents et futurs parents par les professionnels exige une transformation dans l’approche et les façons de faire, c’est-à-dire un changement de culture.

La Politique de 2008 reconnaît la nécessité de miser sur la capacité des parents à assumer leur nouveau rôle. Le texte rappelle que :

c’est en leur faisant confiance, en misant sur la qualité des échanges qu’on a avec eux et sur la cohérence du discours qu’on leur tient, en leur offrant enfin la possibilité de faire des choix éclairés, on valorisera leurs aptitudes en tant que parents (MSSS, 2008).

Dès la grossesse, les parents font des choix concernant la santé et le développement de leur enfant. L’accompagnement des parents par les professionnels de la santé et les intervenants implique de respecter leurs valeurs, de reconnaître leur potentiel et de miser sur leurs forces, ce qui favorise l’augmentation du pouvoir d’agir des parents (MSSS, 2016). Tout au long de la période périnatale, les mères, les pères ou les coparents doivent être au cœur des décisions afin qu’ils exercent un plus grand contrôle sur leur vie et les choix qu’ils font pour leur famille. La grossesse représente une opportunité pour la transmission d’informations aux parents et futurs parents, pour la préparation à l’accouchement et pour l’accompagnement dans la transition à la parentalité (Institut national de santé publique [INSPQ], 2023). Les sources d’information en lien avec la PPE sont multiples et les parents qui consultent des sites Web (ex. : réseaux sociaux, blogue) sont parfois confrontés à des messages contradictoires et qui ne sont pas basés sur des données probantes. Cependant, il existe des sources fiables d’information en PPE au Québec et des efforts sont réalisés pour harmoniser les messages de santé destinés aux parents (INSPQ, 2023). Il est parfois difficile pour les parents de prendre des décisions concernant leur propre santé et celle de leur bébé.

Objectif 1.1 Centrer les soins et services sur la cellule familiale

Respecter l’intégrité de la cellule familiale - mère, père ou coparent et bébé - dans tous les soins et services de la trajectoire périnatale.

La famille québécoise se présente sous plusieurs déclinaisons (familles nucléaires, monoparentales, recomposées, homoparentales, transparentales, etc.) et peut appartenir à une multitude de groupes ethnoculturels. La cellule familiale qui entoure le bébé peut être composée de diverses façons. C’est souvent la mère qui en détermine les parties.

Bien qu'elles vivent des situations qui peuvent se ressembler, toutes les familles rencontrent des défis qui leur sont propres. Une approche d'ouverture et de respect auprès de toutes les familles, peu importe leur structure, est essentielle afin de comprendre leurs besoins et d'y répondre adéquatement (Dubé et Meek-Bouchard, 2021). Les interventions en périnatalité doivent être adaptées à l'unicité de chaque famille et à leurs réalités propres afin que la confiance des parents, au regard de leurs propres habiletés, soit encouragée (MSSS, 2016). Il est attendu que les professionnels et intervenants offrent aux parents un espace pour être entendus, soutenus et valorisés dans leur rôle, et ce, en tenant compte des identités et des vécus pluriels.

Selon les lignes directrices nationales de l'Agence de santé publique du Canada (2017), l'offre de soins et de services selon une perspective familiale s'avère la meilleure approche, basée sur les données probantes. Adopter une perspective familiale consiste à répondre aux besoins physiques, affectifs et psychosociaux de la mère, du père ou du coparent, du nouveau-né et de la famille. Elle reconnaît l'importance de la participation et du soutien à la famille afin de favoriser la santé et le bien-être optimal de tous ses membres. L'approche centrée sur la cellule familiale doit s'intégrer dès la conception, puis pendant la grossesse, l'accouchement ainsi qu'après la naissance d'un enfant en bonne santé ou nécessitant des soins spécialisés et tout au long de la petite enfance (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2017). Dès le début de la grossesse, tout devrait être mis en œuvre pour créer et maintenir la cellule familiale (Márquez *et al.*, 2019).

Préserver la cellule familiale en toute circonstance – L'expérience de la COVID-19

Lors de la pandémie de la COVID-19, les femmes enceintes ne pouvaient être accompagnées lors de leurs rendez-vous de suivi et une seule personne pouvait être présente lors de l'accouchement et de la période postnatale immédiate. L'Étude longitudinale du développement des enfants au Québec 2^e édition (ELDEQ2) révèle que 53 % des pères interrogés n'ont pas été autorisés à accompagner la mère lors des rendez-vous de suivi de grossesse (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2023a). Des études françaises et québécoises ont montré que la pandémie de COVID-19 a eu des retombées sur la santé mentale des femmes enceintes : la prévalence de l'anxiété et de la dépression périnatale a augmenté pendant la pandémie (Bottemanne et Joly, 2021; Lopez-Morales *et al.*, 2021, Gagnon *et al.*, 2022). De plus, avec le confinement et la distanciation sociale, les parents se sont retrouvés isolés et ont reçu moins de soutien pendant la période postnatale (Bottemanne et Joly, 2021). L'ELDEQ2 va dans le même sens. Parmi les parents interrogés dans le cadre de cette étude, environ la moitié des mères et plus du tiers des pères ont mentionné que la pandémie avait eu un effet négatif sur leur santé mentale (ISQ, 2023a). Cette même étude a révélé que 29 % des mères et 15 % des pères ont souffert assez ou beaucoup d'isolement pendant la grossesse. L'expérience vécue pendant la pandémie a réitéré l'importance du soutien et de la préservation de la cellule familiale pour favoriser le bien-être des parents et faciliter la transition à la parentalité.

Les professionnels de la santé et les intervenants en périnatalité peuvent agir comme facilitateur dans la préservation de la cellule familiale de diverses façons. Par exemple, impliquer les deux parents lors des rencontres du suivi de grossesse, encourager chacun des parents à faire le peau à peau fréquemment après la naissance et encourager leur participation dans les soins de l'enfant favorisent le développement de la cellule familiale et la transition à la parentalité.

Le père et le coparent

L'implication du père ou du coparent tout au long de la période périnatale et de la petite enfance est primordiale, car elle a un effet sur plusieurs aspects de la vie familiale (St-Arneault, 2021). En effet, lorsque les deux parents sont engagés, cela contribue à une plus grande égalité entre les femmes et les hommes et cela favorise le partage de la charge mentale entre les mères et les pères (Gagné et Villeneuve, 2023). Une recherche conclut que lorsque le père est présent et engagé, cela procure des bénéfices incontestables sur le développement de l'enfant, en ayant un effet positif sur son développement cognitif et social ainsi que sur son bien-être (Baillargeon, 2008).

Déjà en 2008, la Politique soulignait les effets de l'engagement du père sur son sentiment de compétence parentale (MSSS, 2008). L'implication du père ou du coparent dès la période périnatale est importante, puisque les rôles parentaux se construisent très tôt et se consolident au fil des ans (Gagné et Villeneuve, 2023). Le RSSS et le milieu communautaire peuvent aider le père ou le coparent dans l'exercice de son rôle, en l'intégrant formellement dans le suivi de grossesse, dans les cours prénataux, lors de l'accouchement et dans le suivi postnatal, par exemple. Cela peut être facilité par l'ajout, dans la documentation utilisée par les professionnels et intervenants, d'une section permettant d'identifier et d'inscrire de l'information concernant le père ou le coparent.

Les pères ou les coparents apprécient lorsque les intervenants reconnaissent leur présence et s'adressent directement à eux lors des rencontres (Gervais *et al.*, 2017). Plusieurs moyens peuvent être mis en place pour faciliter leur implication. Lorsque possible, il est important de tenir compte de l'horaire de travail du père ou coparent lors de la prise de rendez-vous et de le faire participer lors des rencontres (St-Arneault, 2021). Les pères ou coparents ont leurs propres besoins, et peuvent avoir des attentes ou certaines inquiétudes. En reconnaissant et en valorisant les pères ou coparents à toutes les étapes, les intervenants facilitent leur participation et leur engagement au sein de leur famille, mais aussi au sein des services offerts.

1.1.1 Adapter les environnements et les pratiques pour soutenir et protéger la cellule familiale et pour favoriser la participation de la mère et du père, du coparent ou de la personne significative tout au long de la trajectoire périnatale et de la petite enfance.

1.1.2 Adapter les outils et formulaires pour les rendre plus inclusifs au père ou au coparent.

Des services sécurisants et culturellement pertinents pour les familles des communautés des Premières Nations et Inuit

Au cours des quarante dernières années, le gouvernement canadien et le gouvernement québécois, en fonction de leurs responsabilités respectives, ont déployé différentes mesures visant à contrer la discrimination, l'exclusion et le racisme envers les peuples autochtones. Des enquêtes publiques ont examiné les effets de ces mesures et ont apporté un certain éclairage sur les causes sous-jacentes aux traitements différents qui pourraient être offerts aux Premières Nations et aux Inuit dans le cadre de la dispensation de services publics (MSSS, 2021). Entre autres, l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées a porté sur les causes systémiques des formes de violences perpétrées à l'encontre des femmes et des filles autochtones du Canada et du Québec, notamment (ENFAADA, 2019). En 2019, le rapport de la Commission Viens a démontré que la discrimination envers les Premières Nations et les Inuit est encore présente dans la société québécoise. Ce préjudice, qui prend racine dans le colonialisme, se manifeste dans certains services publics, dont le système de santé (Commission Viens, 2019). Ceci crée des ISS qui se perpétuent au fil des générations (Posca, 2018).

La sécurisation culturelle des soins et services

La mesure 1.1.14 du Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2017-2022 consiste à « *Déployer des stratégies de sécurisation culturelle afin d'améliorer la prestation des services du réseau de la santé et des services sociaux* » (Secrétariat aux affaires autochtones, 2017). La sécurisation culturelle des soins et des services est une avenue reconnue et encouragée par les Premières Nations et Inuit afin de contribuer à leur santé et bien-être. Cette approche reconnaît l'existence d'iniquités vécues par ces communautés et cherche à combler ces écarts par des pratiques sécurisantes. Offrir des soins et des services culturellement sécurisants concerne tous les acteurs du RSSS. Chacun est amené à cheminer en prenant conscience de ses croyances et de ses connaissances à l'égard des Premières Nations et Inuit afin de promouvoir des comportements et des attitudes pertinents pour leur santé et leur bien-être (MSSS, 2021).

Les conditions de vie des populations autochtones sont influencées par plusieurs déterminants de la santé, dont l'accès aux services (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2018). Ce dernier est complexifié par le fait qu'une proportion significative des Premières Nations et Inuit vit en régions éloignées. À l'échelle canadienne, 18 % des femmes vivent dans des collectivités rurales ou éloignées. De ces femmes, 72,5 % sont des filles et des femmes autochtones (Statistiques Canada, 2021). Le manque de services de proximité génère, chez plusieurs communautés éloignées, de multiples déplacements durant la grossesse pour assurer le suivi obstétrical. La centralisation des soins obstétricaux oblige les femmes à s'éloigner de leur famille et de leur réseau de soutien pour accoucher. Il s'ensuit des effets négatifs pour elles ainsi que pour leur famille, tant au niveau financier que psychosocial (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC], 2010).

Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022, le gouvernement du Québec a mandaté la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, pour effectuer une recherche sur l'accès aux services de sages-femmes pour les communautés des Premières Nations et Inuit au Québec.

Un rapport préliminaire de cette recherche (Basile *et al.*, 2023) fait état de plusieurs facteurs affectant l'accessibilité et la qualité des services en périnatalité reçus par les femmes et les familles des Premières Nations et Inuit, tels que :

- le contexte géographique, les réalités sociales et culturelles différentes d'une communauté à l'autre (ex. : la présence de la famille lors de l'accouchement est souvent incomprise dans les centres hospitaliers);
- les barrières linguistiques en lien avec les langues d'usage des populations (langue autochtone et anglaise), limitant d'un côté la formation professionnelle et la pratique des sages-femmes des Premières Nations et Inuit, et de l'autre, l'accès aux services pour les femmes de ces communautés;
- la méconnaissance des services de sages-femmes, alors qu'ils sont disponibles dans plusieurs régions du Québec;
- la méfiance envers le système de santé, certaines femmes préférant ne pas avoir de suivi de grossesse (certaines femmes se présentent pour la première fois à leur médecin au moment de l'accouchement);

- le manque d'accès à des services de proximité (aucune communauté et aucun organisme autochtones n'offre le service d'échographie, les femmes doivent donc se déplacer à chaque fois à l'extérieur de leur communauté).

Permettre aux familles de se réapproprier l'expérience de la naissance est au cœur de la guérison intergénérationnelle pour les familles autochtones.

1.1.3 Offrir des lieux culturellement sécurisants aux familles des Premières Nations et Inuit pour les soins et pour l'hébergement lorsque requis.

Le soutien des familles en contexte d'immigration et nouvellement arrivées au Québec

En 2022, le nombre d'immigrants admis au Québec a atteint un niveau record de plus de 68 000 personnes alors qu'il était d'un peu plus de 50 000 personnes en 2021 (ISQ, 2023b). Selon une estimation réalisée au 1^{er} janvier 2023, le Québec accueille 57 % des demandeurs d'asile présents au Canada, 16 % des travailleurs temporaires et 12 % des étudiants étrangers. Entre 2007 et 2017, le Québec a accueilli en moyenne 4 700 immigrants de 5 ans et moins par année (Observatoire des tout-petits, 2019). Le bilan démographique démontre que les nouveaux arrivants sont surtout présents dans la région de Montréal, mais, de plus en plus, on observe une tendance à la régionalisation (ISQ, 2023b).

L'accès au système de santé et de services sociaux des personnes issues des communautés ethnoculturelles, incluant les personnes immigrantes nouvellement arrivées au Québec, les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile, est essentiel, car plusieurs peuvent présenter des problèmes de santé à leur arrivée, ou tôt après (Street, 2019). Toutefois, plusieurs barrières peuvent en limiter l'accès, comme la méconnaissance des services de santé, la barrière linguistique, la méfiance envers le système étatique, les divergences de conceptions en lien avec la santé et la maladie, ainsi que la précarité du statut migratoire. Ces barrières peuvent générer des disparités en matière de qualité des services et d'efficacité des soins (Chase *et al.*, 2017; Oxman-Martinez *et al.*, 2007).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il est essentiel d'offrir des soins et des services prénataux aux femmes enceintes afin que leur santé et celle du bébé à naître soient optimales (OMS, 2016). Ceux-ci devraient donc être inclusifs et centrés sur les besoins de la famille, peu importe sa culture et ses croyances.

Les professionnels de la santé et les intervenants œuvrant en périnatalité et petite enfance sont des acteurs clés pour faciliter l'inclusion des familles et l'accès au système de santé et de services sociaux, en accompagnant les familles nouvellement arrivées au Québec dans leurs démarches pour obtenir les services dont elles ont besoin. De plus, diverses stratégies peuvent être mises en œuvre pour faciliter la dispensation de services à ces familles : allouer plus de temps pour les rencontres, offrir des modalités de traduction, avoir recours à des organisateurs communautaires, etc.

Une approche privilégiée dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) pour intervenir auprès de ces familles et favoriser leur intégration à la société québécoise se caractérise par cinq stratégies (MSSS, 2007) :

- a) Offrir un espace d'expression aux parents.
- b) Valoriser les pratiques authentiques.
- c) Informer les parents sur les pratiques d'ici.
- d) Favoriser le renforcement du réseau social.
- e) Prendre conscience de sa propre culture, pour mieux s'en distancer.

Certaines de ces stratégies impliquent des arrimages avec le milieu communautaire afin que les familles puissent apprendre le fonctionnement de leur société d'accueil face aux modalités d'emploi ainsi qu'aux divers réseaux existants tels que le réseau de la santé et des services sociaux, le réseau des services de garde éducatifs à l'enfance et le réseau scolaire. Le Conseil supérieur de l'éducation a d'ailleurs émis des recommandations en 2021 afin que tous les ministères et acteurs offrant des services aux familles immigrantes puissent mieux les accompagner dans leur apprentissage de la société québécoise (Conseil supérieur de l'éducation, 2021).

1.1.4 Instaurer et soutenir des services de personnes-ressources en périnatalité et petite enfance au sein des organismes communautaires pour l'accompagnement des personnes immigrantes et nouvellement arrivées au Québec.

1.1.5 Adapter les services offerts aux personnes issues des communautés ethnoculturelles et aux personnes immigrantes et nouvellement arrivées au Québec.

L'hospitalisation d'un nouveau-né

Chaque année au Québec, des milliers de nouveau-nés sont hospitalisés à cause de la prématurité, d'une malformation congénitale ou d'une condition de santé nécessitant des soins spécialisés. En 2021, le taux de prématurité au Québec était de 7,1 % des naissances, soit environ 6 000 bébés, dont plus de 1 200 sont de grands (nés à 28 à 32 semaines de gestation) ou de très grands prématurés (nés avant 28 semaines de grossesse) (MSSS, 2023). Au Canada, on observe des anomalies congénitales chez 3 à 5 % des nouveau-nés et 8 % à 10 % des mortinaissances (ASPC, 2013).

La naissance d'un bébé prématuré ou malade devant être hospitalisé est une expérience stressante pour les parents. Ils sont généralement inquiets, bouleversés et ressentent une foule de sentiments qui vont de la tristesse, à la colère, à la culpabilité et au déni (Mantha et Mercier, 2023).

Tout au long de l'hospitalisation, l'implication des parents comme partenaires de soins et leur présence auprès de leur bébé demeurent essentielles. Ces pratiques apportent de nombreux bénéfices au nouveau-né (gain de poids plus rapide, plus de réussite de l'allaitement, diminution du temps d'hospitalisation, meilleur développement à long terme, etc.) comme aux parents (plus de confiance dans leur rôle de parents, moins de stress et de dépression, meilleure collaboration avec le personnel soignant, etc.) (ASPC, 2022).

En 2023, les unités néonatales de plusieurs hôpitaux sont encore à aire ouverte, abritant plusieurs nourrissons, des membres du personnel ainsi qu'une batterie d'équipements, ce qui laisse peu d'espace pour les parents. De plus, plusieurs centres hospitaliers ne peuvent pas accommoder les parents avec des chambres et des espaces de repos. L'hospitalisation d'un nouveau-né est particulièrement complexe pour les familles habitant loin de l'établissement de santé en matière de conciliation famille-travail, de gestion de la fratrie (si présente), de coûts, de transport, de soutien par les proches, etc.

L'Agence de la santé publique du Canada souligne l'importance que les nouvelles unités de soins intensifs néonataux soient conçues comme une chambre individuelle de soins comportant un espace pour accueillir le ou les parents en tout temps, facilitant ainsi leur participation dans les soins du nouveau-né (ASPC, 2022).

1.1.6 Mettre en place des espaces et des ressources pour favoriser l'implication et la participation des parents dont le nouveau-né est hospitalisé.

La transition entre le milieu de soins et le domicile

Lors du séjour hospitalier à la suite d'un accouchement, ou lors de l'hospitalisation de leur bébé, les parents sont soutenus et accompagnés par les professionnels sur place. Ils ont la possibilité de poser leurs questions et plusieurs soins sont pris en charge par le personnel hospitalier. De retour à la maison, les parents ont l'entière responsabilité des soins à apporter au bébé, parfois sans aide extérieure. Ils peuvent se sentir seuls, démunis et sans ressources.

Le *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, non publié) révèle qu'il y a un besoin d'accompagnement pour faciliter la transition entre le milieu de soins et le domicile. Des ressources dans la communauté offrent des services pour après un accouchement ou l'hospitalisation du bébé, afin de soutenir les parents et les accompagner dans la transition à la parentalité, renforçant ainsi leur implication au sein de la cellule familiale. Les professionnels de la santé peuvent diriger les familles et les encourager à utiliser ces services qui sont à leur disposition.

1.1.7 Faciliter le retour à la maison des familles avant leur sortie du lieu de naissance par des rencontres et de l'information sur les ressources locales et faire les références, lorsqu'indiquées.

Objectif 1.2 Faire du choix éclairé la norme dans l'ensemble des soins et services

Reconnaître les identités et vécus pluriels.

Au cours des années 1980, des colloques intitulés « Accoucher ou se faire accoucher » ont réuni plus de 10 000 personnes (professionnels, intervenants, etc.) de partout au Québec afin de porter une réflexion sur les soins obstétricaux. Plus particulièrement, les participants remettaient en question la médicalisation de l'accouchement et souhaitaient redonner aux femmes la prise de décision reliée à leur corps et leur santé. La politique de périnatalité de 1993 a tenu compte de cette réflexion et a mis un accent sur l'importance de la liberté de choix des femmes et des familles. Plus de trente ans plus tard, ce sont les questions d'identités qui permettent d'apporter un éclairage nouveau à ces débats.

Le consentement libre et éclairé

Toute personne devant recevoir des soins et des services doit donner son consentement et celui-ci doit être libre et éclairé. Un consentement est « libre » lorsqu'il est donné de plein gré, c'est-à-dire sans pression de la part des proches ou d'un professionnel de la santé. Par ailleurs, le consentement est « éclairé » s'il est donné par une personne qui a reçu toute l'information nécessaire et qui la comprend bien. Le droit de consentir aux soins, c'est également le droit de les refuser et il doit être respecté en tout temps (Éducaloi, 2023).

En prenant le temps d'écouter les parents et les futurs parents, d'adapter l'information transmise et le niveau de langage en tenant compte de leur littératie et en confirmant ce qu'ils ont compris, les professionnels de la santé et les intervenants s'assurent que les parents sont adéquatement outillés pour prendre une décision libre et éclairée pour leur santé et celle de leur enfant, en tenant compte de leurs vécus et de leurs identités plurielles.

La littératie en santé se réfère à « la capacité de repérer, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information pour améliorer ou maintenir sa santé » (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008). La littératie en santé est d'ailleurs un déterminant de la santé d'une personne (Lemieux, 2014). Ce déterminant peut être influencé par différents facteurs comme les caractéristiques individuelles (ex. : âge, origine ethnique, capacités physiques et cognitives), les interactions de la personne avec les milieux de vie (ex. : famille, communauté), les interactions de la personne avec le système de santé et des services sociaux (ex. : degré de complexité d'informations transmises ou disponibles, temps accordé pour la consultation) et les

contextes dans lesquels la personne se situe (ex. : normes sociales, technologie, économie) (INSPQ, 2024). L'adaptation du contenu ainsi que du format des outils partagés aux familles selon leur niveau de littératie est importante dans la compréhension des informations

Les programmes de dépistage périnataux

La participation ou non aux programmes suivants doit avoir fait l'objet d'une décision libre et éclairée de la part des parents. Cette décision doit être prise après avoir obtenu l'information complète sur chacun de ces programmes. La participation des parents doit être facilitée et encouragée à chaque étape de ces programmes.

Le [Programme québécois de dépistage prénatal \(PQDP\)](#) vise à rendre accessible aux futurs parents, sur une base volontaire, le dépistage prénatal de la trisomie 21, de la trisomie 18 et la trisomie 13. Le PQDP est déployé dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Il devrait être offert à toutes les femmes enceintes au premier trimestre de leur grossesse. La participation ou non au dépistage prénatal doit être prise après avoir obtenu l'information concernant le programme, incluant les informations concernant le choix de poursuivre ou non la grossesse en cas d'une anomalie chromosomique confirmée (MSSS, 2023).

Le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) permet de détecter précocement la surdité présente à la naissance pour entreprendre les interventions thérapeutiques et la réadaptation nécessaires avant l'âge de 6 mois (MSSS, 2019).

Le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire (PQDNSU) permet de dépister certaines maladies rares telles que l'hypothyroïdie congénitale, la fibrose kystique, certaines erreurs innées du métabolisme (ex : tyrosinémie, phénylcétonurie) et des anomalies de l'hémoglobine (ex. : anémie falciforme). Le rehaussement récent du programme a permis aussi l'ajout du dépistage de l'amyotrophie spinale et du déficit immunitaire combiné sévère. L'objectif du programme est d'offrir aux nouveau-nés, atteints d'une maladie dépistée, une prise en charge précoce avant l'apparition des symptômes, afin d'éviter des séquelles graves et permanentes et d'optimiser leur développement.

1.2.1 Offrir aux parents une information juste et adaptée pour leur permettre de prendre des décisions libres et éclairées tout au long de la trajectoire périnatale.

Les violences obstétricales et gynécologiques

En périnatalité, le non-respect des droits documentés chez plusieurs personnes et dans divers contextes a donné lieu à ce qui est dorénavant reconnu comme le concept de "violences obstétricales et gynécologiques" (VOG). Les VOG se définissent par tout geste, parole, omission ou abstention de soins commis par le personnel de santé, qui sont injustifiés médicalement ou effectués sans le consentement libre et éclairé de la femme, et ce, dans un contexte coercitif (Lévesque *et al.*, 2018; OMS, 2014). Les VOG peuvent se présenter sous diverses formes, comme un acte posé sans consentement éclairé et des comportements ou des gestes qui peuvent s'apparenter à de la violence psychologique, verbale et physique. Cela peut aussi se manifester par l'imposition de protocoles hospitaliers rigides ou des soins faits sans fondement scientifique. Toutes les femmes peuvent être confrontées à des VOG. Toutefois, certaines femmes sont plus susceptibles que d'autres d'en subir (OMS, 2014). Le risque de subir des VOG peut

augmenter en fonction de certaines caractéristiques sociales telles que l'âge, l'origine ethnoculturelle, la présence de handicap et le statut marital. (OMS, 2014; Rozée et Schantz, 2021).

Les VOG portent atteinte à la dignité et à l'autonomie de la personne et constituent une violation de ses droits (OMS, 2014). Elles peuvent créer de la culpabilité chez les femmes qui en sont victimes et même les inciter à refuser des soins médicaux (Rozée et Schantz, 2021). La population ainsi que les professionnels et intervenants doivent être sensibilisés quant à l'existence des VOG, afin de mieux les prévenir.

1.2.2 Mettre en place une culture de soins respectueux, sécurisants, non discriminatoires et non stigmatisants.

Objectif 1.3 Mettre de l'avant des pratiques et des environnements favorables à la parentalité et au développement de l'enfant

Normaliser les aspects physiques et émotionnels de la transition à la parentalité

Devenir parent apporte son lot de changements et de défis, et ce, tant sur le plan physique, psychologique que social (Lacharité *et al.*, 2015). La période de PPE représente un moment de grande intensité que chaque parent vit à sa façon, selon sa réalité. Être parent implique de répondre aux besoins de l'enfant, d'être organisé et disponible physiquement et psychologiquement pour lui. La transition à la parentalité demande une bonne capacité d'adaptation pour faire face aux exigences du rôle de parent (Lavoie et Fontaine, 2016). L'adaptation à la parentalité peut se dérouler sur une période de trois à six mois, mais peut également prendre plus de temps et s'étendre sur une période de deux ans après la naissance de l'enfant (Poissant, 2018).

L'adaptation à la parentalité

Pour la majorité des parents, l'adaptation à la parentalité se déroule bien. D'ailleurs, l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022 (EQP) rapporte que 98 % des parents d'enfants âgés entre 6 mois et 17 ans sont heureux dans leur rôle de parent. Cet item fait partie des sept énoncés qui définissent le niveau de satisfaction parentale. À cet effet, 28 % des parents ont une satisfaction parentale élevée et 53 % en ont une modérée. Pour les parents d'enfants âgés entre 0 à 5 ans, ce niveau est de 31 % pour une satisfaction parentale élevée, 54 % pour une modérée et 15 % pour une faible (Lavoie et Auger, 2023). Le quotidien comporte des hauts et des bas pour tous les parents et la parentalité peut être exigeante en temps, énergie et argent. Cette situation peut créer un stress parental et engendrer des réactions négatives des parents face à l'adaptation nécessaire pour assumer leur rôle parental (Lavoie et Auger, 2023). Selon cette même enquête, 61 % des parents mentionnent que le temps et l'énergie à consacrer pour prendre soin de leurs enfants est parfois supérieur à ce qu'ils peuvent donner. De plus, 35 % des parents mentionnent qu'avoir des enfants leur laisse peu de temps et de flexibilité dans la vie, 17 % confirment que leurs enfants sont un fardeau financier et 16 % mentionnent qu'il est difficile de trouver un équilibre dans les différentes responsabilités parentales (Lavoie et Auger, 2023).

Un niveau de stress parental élevé, quelle qu'en soit la cause, peut avoir des effets négatifs sur la relation parent-enfant et sur le développement de l'enfant (Lavoie et Fontaine, 2016). En 2018, 39 % des mères et 23 % des pères d'enfants de 6 mois à 5 ans se situaient à un niveau élevé de l'indice de stress lié à la conciliation des obligations familiales et extra-familiales (Julien *et al.*, 2019). En complément, les données de l'EQP rapportent que les aspects suivants sont plus fréquents chez les parents vivant un niveau de stress parental élevé : une gestion parentale considérée comme étant difficile (50 %), un rythme de vie considéré comme étant très exigeant (50 %) et le fait que les parents s'imposent très souvent une pression concernant la façon dont ils s'occupent de leurs enfants (40 %) (Lavoie et Auger, 2023).

Les parents en situation de vulnérabilité peuvent vivre la transition à la parentalité comme étant un plus grand défi par rapport aux autres parents (Lacharité *et al.*, 2015). En effet, certains facteurs augmentent le risque de vivre plus difficilement cette période, notamment :

- un statut socioéconomique précaire;
- un tempérament anxieux;
- des problèmes dans la relation conjugale, dont des difficultés de communication ou une perception négative du soutien entre les conjoints;
- un manque de soutien et de l'isolement social;
- des événements imprévus pendant cette période (perte d'emploi, déménagement, maladie d'un des parents, séparation des conjoints, difficultés découlant d'une adoption, etc.) (Poissant, 2018).

Par ailleurs, l'adaptation à la parentalité peut être facilitée par différentes stratégies qui peuvent être mises en place dès la période prénatale, notamment en informant les parents des défis de la parentalité et en les encourageant à établir un réseau de soutien, par le biais des rencontres périnatales (voir objectif 1.4) ou de groupes de parents par exemple. Les professionnels et les intervenants en périnatalité sont, en ce sens, des acteurs clés pour aider les parents à apprivoiser leur rôle et leur nouvelle vie. Il importe alors de mettre en place des éléments facilitateurs et d'assurer qu'ils soient disponibles et accessibles pour les parents, que ce soit pour répondre à leurs questions ou pour soutenir le développement de leurs habiletés parentales.

Les programmes et services en périnatalité offerts par le RSSS ainsi que le milieu communautaire facilitent la transition à la parentalité et soutiennent les pratiques parentales, contribuant ainsi au développement du lien d'attachement parent-enfant.

Le lien d'attachement

Le lien d'attachement parent-enfant se définit comme un lien affectif privilégié qui se développe entre un enfant et une personne qui en prend soin (Société canadienne de pédiatrie [SCP], 2018). Chaque interaction faite avec tendresse et affection peut contribuer à la création de ce lien important pour le développement de l'enfant (SCP, 2018). Le niveau d'attachement de l'enfant témoigne de son assurance ou de son manque d'assurance vis-à-vis des capacités de son parent à le protéger, à le réconforter, à le consoler ou à l'encourager. Selon les expériences vécues lors des soins offerts par le parent, sa sensibilité aux signaux et la réponse à ses besoins, l'enfant développe un attachement sécurisant ou insécurisant. Un attachement sécurisant procure à l'enfant la confiance nécessaire pour explorer son environnement immédiat et se rassurer rapidement dans les situations stressantes. Il trace la voie à des relations positives avec ses parents ainsi qu'avec les autres enfants et adultes. Créer un lien d'attachement est aussi favorable pour une santé psychologique à long terme de l'enfant et le développement cognitif (SCP, 2018; Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2022; MSSS, 2005).

Différents facteurs peuvent influencer la qualité du lien d'attachement parent-enfant, notamment, la santé mentale du parent, la relation conjugale et le soutien social des nouveaux parents (MSSS, 2005). D'autres facteurs socioéconomiques ou environnementaux peuvent également exercer une influence sur la relation parent-enfant, par leur action sur le niveau de stress parental (Lavoie et Auger, 2023).

1.3.1 Mettre en place un programme universel de soutien des pratiques parentales, basé sur les données probantes.

L'allaitement

Les professionnels de la santé et les intervenants en périnatalité ont la responsabilité d'informer les parents des bénéfices de l'allaitement sur la santé du nourrisson et de la mère (Santé Canada, 2023). De plus, ils sont encouragés à discuter avec les parents de leurs objectifs et de leurs préoccupations face à l'allaitement. Les parents doivent pouvoir obtenir tous les renseignements nécessaires pour prendre une décision libre et éclairée en ce qui concerne l'alimentation de leur nourrisson, et ce, avant l'accouchement (ASPC, 2019).

Tout comme l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada, le MSSS recommande l'allaitement exclusif de la naissance à six mois puis, la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus accompagné d'aliments complémentaires appropriés (ASPC, 2019; Santé Canada, 2023).

L'allaitement a des bénéfices à court et à long terme pour la santé des enfants et des mères. En effet, l'allaitement améliore, entre autres, la protection du nourrisson contre les infections gastro-intestinales, les infections respiratoires ainsi que les otites moyennes aiguës. Il influence positivement son développement cognitif et est associé à une réduction du syndrome de mort subite du nourrisson (ASPC, 2019). La santé de la mère bénéficie aussi de l'allaitement par une diminution du risque de développer un cancer du sein, un cancer de l'ovaire ainsi que d'être atteinte de certaines maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires (ASPC, 2019). Sur un autre plan, l'allaitement permet de réduire les dépenses des familles, en réduisant l'achat de biberon et de préparation commerciale pour nourrissons (PCN). L'allaitement a également des bienfaits sur le plan économique global, par la diminution des problèmes de santé des mères et des enfants, ainsi que sur le plan environnemental, par la réduction des déchets liés à la production et à l'utilisation des PCN (MSSS, 2022; ASPC, 2019).

Selon les plus récentes données diffusées par Statistique Canada, en 2021, 92,2 % des mères québécoises ont amorcé l'allaitement, et 34,1 % des bébés ont été allaités exclusivement pendant six mois ou plus (Statistique Canada, 2023). La diminution du taux d'allaitement était la plus marquée au cours du premier mois, soit 17,5 %. Une production insuffisante de lait maternel et la difficulté à allaiter sont les raisons d'abandon les plus souvent évoquées par les femmes ayant cessé d'allaiter avant six mois (ASPC, 2022a).

Afin de protéger, soutenir et encourager l'allaitement, le MSSS mise sur l'Initiative des amis des bébés (IAB). Reconnue à travers le monde, l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) est un programme de qualité des soins reposant sur des preuves d'efficacité. Plusieurs études ont en effet démontré les effets positifs de la mise en œuvre des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'IHAB sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel ainsi que sur la santé des bébés (OMS et UNICEF, 2019). Afin de refléter le continuum de soins et services du système de santé et de services sociaux québécois, l'IHAB a été renommée Initiative des amis des bébés au Québec. Dans un établissement certifié, toutes les mères profitent de l'IAB, qu'elles allaitent ou non. La femme enceinte ou la nouvelle maman reçoit l'information nécessaire pour prendre une décision éclairée quant à la manière de nourrir son bébé. Après la naissance, tout sera mis en œuvre pour laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24 et pour favoriser le contact peau à peau. Le personnel a été formé pour soutenir la mère, quel que soit le choix du mode d'alimentation de son bébé. En effet, les mères qui n'allaitent pas ou qui combinent avec l'utilisation des PCN sont informées sur la façon de les préparer, de les donner et de les conserver de façon sécuritaire.

En 2019 et 2020, l'OMS et l'UNICEF ont publié un document visant à redynamiser et pérenniser l'IHAB à l'échelle internationale. La portée du programme a été élargie aux soins des bébés prématurés et malades admis dans une unité de néonatalogie et ne concerne plus seulement les bébés nés à terme et en bonne santé (OMS et UNICEF, 2019). De plus, la reconnaissance du processus menant à la certification y est

encouragée afin que l'amélioration des pratiques soit entamée par tous et que chaque réussite soit reconnue.

À la suite de cette révision, le MSSS a diffusé un document contenant les normes du programme IAB adaptées pour le Québec (MSSS, 2021a). En cohérence avec ces normes, un outil destiné aux gestionnaires a été conçu afin de les soutenir dans l'amélioration des pratiques en allaitement (MSSS, 2021b). De plus, l'élaboration d'un processus de reconnaissance par étape de la mise en œuvre de l'IAB a été amorcée afin de répondre aux nouvelles orientations internationales et de favoriser son implantation dans l'ensemble des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.

En complémentarité, la mise en place d'environnements favorables à l'allaitement influence positivement les femmes dans leur décision d'allaiter, soutient les premiers pas et la poursuite de l'allaitement tout en enrichissant l'expérience vécue par les familles. Leur mise en place relève d'une responsabilité sociétale impliquant différentes actions indépendantes de la dyade mère-enfant, notamment l'aménagement des lieux publics et la prestation des soins dans les établissements de santé (MSSS, 2022; Mouvement allaitement Québec, 2023).

- 1.3.2 Favoriser le déploiement des pratiques optimales en allaitement pour soutenir les femmes et leur famille dans la prise de décisions quant au mode d'alimentation du nourrisson ainsi que dans la préparation, l'amorce et la poursuite de l'allaitement.**
- 1.3.3 Poursuivre la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés dans l'ensemble des services du réseau, incluant le développement et la diffusion d'un processus de reconnaissance par étape et un système de monitoring des pratiques tant dans les unités de naissance et de néonatalogie que dans les services de sage-femme et les CLSC.**
- 1.3.4 Mettre en place, dans chaque région, un accompagnement des établissements pour la mise en œuvre des pratiques recommandées en allaitement.**

La santé mentale des parents

L'annonce d'une grossesse, qu'elle soit planifiée ou non, occasionne toujours de grands changements (INSPQ, 2023). Pour la femme, la grossesse et la parentalité peuvent impliquer des changements importants au niveau de son corps, son identité, son couple, son rôle social ou ses finances. Les fluctuations hormonales engendrées par la grossesse peuvent influencer l'humeur de la femme enceinte, ce qui peut lui faire vivre des émotions positives et négatives, et parfois même contradictoires. Il est donc normal, par exemple, que la joie d'être enceinte puisse cohabiter avec une peur des responsabilités entourant la maternité ainsi qu'un stress de l'accouchement (ASPC, 2022b). La périnatalité amène aussi des changements importants pour le père ou le coparent, qui éprouve souvent les mêmes craintes ou inquiétudes que la mère (Baldwin *et al.*, 2019).

La santé mentale d'une personne ne peut être déterminée que par l'absence de troubles mentaux. Une santé mentale positive, qui est l'atteinte d'un état de bien-être mental, est aussi à considérer lors de l'évaluation de la santé mentale. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, la santé mentale positive est :

« la capacité de chaque individu à ressentir, penser et agir afin d'améliorer son aptitude à jouir de la vie et à relever les défis qui surviennent. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle » (Orpana, 2016).

La santé mentale positive des parents ne repose pas uniquement sur leurs épaules et n'implique pas que des actions individuelles. La communauté et la société jouent aussi un rôle et ont des responsabilités quant à la mise en place d'environnements favorables (ex. : conciliation travail-famille, organismes de proximités

offrant des services à la famille, communauté accueillante et inclusive, soins de santé accessibles) (Orpana, 2016). Les professionnels de la santé et les intervenants en périnatalité peuvent aussi aider à construire et à consolider des facteurs de protection pour les parents et les futurs parents. Par exemple, ils peuvent intégrer dans leurs interventions les aspects émotifs normaux associés à la période périnatale ainsi que leurs effets possibles sur la santé mentale. Ils peuvent également mettre en place des activités et des services favorisant la création d'un réseau social autour de la famille.

Pour certains parents, la grossesse et la transition vers la parentalité provoqueront des émotions négatives et un stress qui persistent, lesquels pourront entraîner de la détresse psychologique. Cette détresse peut entraîner l'émergence de troubles mentaux (Tremblay et Côté, 2019). Les problèmes de santé mentale peuvent affecter jusqu'à 20 % des femmes durant la période périnatale, soit pendant la grossesse et jusqu'à un an après la naissance de l'enfant (Schwart *et al.*, 2020). Les troubles les plus fréquemment diagnostiqués en période périnatale sont l'anxiété et la dépression (Association américaine de psychiatrie, 2013, cité dans Schwartz *et al.*, 2021). Selon la Société canadienne de pédiatrie, une femme sur dix est atteinte de dépression durant la grossesse (Société canadienne de pédiatrie [SCP], 2020). Les pères, les coparents et les parents adoptifs sont aussi à risque de développer des troubles mentaux. Selon une étude réalisée au Québec, jusqu'à 14 % des pères peuvent être affectés par une dépression périnatale (Da Costa *et al.*, 2019).

En plus de la grossesse et la transition à la parentalité, il existe plusieurs facteurs augmentant le risque de développer des problèmes de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété, pendant la période périnatale. Parmi ceux-ci, notons les antécédents de troubles mentaux, l'isolement social, le manque de soutien du réseau familial, la monoparentalité, un stress parental élevé, des expériences de vie et un environnement inadéquat (Schwart *et al.*, 2020; ASPC, 2023). L'Enquête québécoise sur la parentalité 2022 fait un portrait de certains de ces aspects et réitère l'ampleur du stress parental (Lavoie et Auger, 2023). Par exemple, 62 % des parents d'enfants de 6 mois à 17 ans se demandent parfois s'ils en font assez pour leurs enfants, et 17 % des parents affirment que leurs enfants sont la principale source de stress dans leur vie. Les parents qui vivent le plus de stress parental ont au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans (26 %) et on remarque aussi que ce niveau élevé de stress parental est plus fréquent chez les mères (25 %) que chez les pères (21 %). Le manque de soutien de l'entourage est nommé par 29 % des parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans et le quart des parents d'enfants de ce groupe d'âge disent ne pas être soutenus par leur entourage lorsqu'ils n'en peuvent plus et un autre quart le sont parfois (Lavoie et Auger, 2023). Des ressources d'aide et de soutien en santé mentale existent, mais les parents ne les connaissent pas toujours. Certains d'entre eux pourraient en bénéficier.

1.3.5 Diffuser des outils pour favoriser le bien-être des parents et la promotion d'une santé mentale positive en période périnatale.

1.3.6 Faire connaître aux parents les ressources d'aide et de soutien en matière de santé mentale.

La violence conjugale

Un contexte de violence conjugale est néfaste pour l'environnement familial et les membres de la famille à différents niveaux. En effet, la violence conjugale vécue durant la période périnatale entraîne des conséquences négatives non seulement sur la santé mentale des femmes (ex. : dépression et anxiété), mais également sur leur santé physique (ex. : traumatismes crânio-cérébraux, blessures et troubles gastro-intestinaux) (MSSS, 2023a). La violence conjugale peut également entraîner des répercussions tout aussi négatives sur l'enfant à naître (ex. : accouchement prématuré, faible poids à la naissance, décès néonatal) ainsi que sur les enfants en bas âge (ex. : traumatismes et blessures, troubles intériorisés et extériorisés, plaintes somatiques) et sur le développement des enfants à long terme (ex. : troubles de santé mentale) (Laforest *et al.*, 2018, cités dans MSSS, 2023a).

La violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent selon une courbe ascendante. Elle se présente sous différentes formes et comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de coercition financière. La violence conjugale est un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie (Secrétariat à la condition féminine, 2022). Dans plus de 75 % des cas de violence conjugale rapportés à la police, les victimes sont des femmes (ministère de la Sécurité publique, 2023).

Il est reconnu que le risque de violence conjugale croît durant la période périnatale (MSSS, 2023a). Selon l'Institut de la statistique du Québec, environ 11 % des mères biologiques ont été victimes de violence conjugale en période périnatale (Julien *et al.*, 2019). Par ailleurs, 9 % des mères québécoises ont été victimes de violence psychologique et verbale, 5 % ont vécu de la violence de contrôle (ex : surveillance des communications ou des déplacements), 3,7 %, de la violence physique, 1,2 %, de la violence sexuelle et 1,3 %, de la violence financière. Le phénomène de la violence conjugale est probablement sous-estimé puisque seulement un peu plus du tiers des agressions entre conjoints serait rapporté (MSSS, 2023a; Lévesque *et al.*, 2020)

La prévention de la violence conjugale et l'intervention précoce en contexte périnatal sont nécessaires pour favoriser le bien-être des familles et le développement des enfants. La période de la périnatalité est propice au repérage de la violence conjugale et à la mise en place d'interventions ciblées, car celle-ci est ponctuée par plusieurs rencontres avec des professionnels de la santé et des intervenants du RSSS ainsi que du milieu communautaire. Le suivi obstétrical, les rencontres prénatales, les cliniques d'allaitement et les cliniques de vaccination sont des exemples de moments où des actions peuvent être posées (ISQ, 2018).

1.3.7 Faire connaître auprès de la population les ressources d'aide et de soutien en violence conjugale et sensibiliser la population aux risques plus élevés de violence conjugale en période périnatale.

La consommation de produits du tabac et de vapotage, d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives²

Vivre dans un environnement familial où la consommation de produits du tabac et de vapotage, d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives exerce un effet sur le développement de l'enfant à court et long terme. En effet, pendant la grossesse, toutes ces substances ont la capacité de traverser le placenta et d'affecter négativement le fœtus sur différents aspects de son développement. L'impact négatif de ces substances peut aussi se poursuivre pendant la période postnatale, que ce soit durant l'allaitement ou lors d'interactions avec l'enfant.

Produits de tabac et de vapotage de nicotine

Selon des données de 2020-2021, moins d'une femme québécoise sur dix (8 %) déclare avoir fumé pendant sa grossesse (ISQ, 2023). La consommation de tabac durant la grossesse augmente les risques de vivre un avortement spontané, d'avoir une grossesse ectopique, de présenter un placenta praevia, d'avoir un décollement placentaire, d'avoir une rupture prématurée des membranes, d'accoucher de façon prématurée, d'avoir un bébé présentant un retard de croissance intra-utérine, de vivre une mortinaissance ou une mortalité néonatale ainsi qu'avoir un bébé qui succombe au syndrome de mort subite du nourrisson (Lévesque et Tremblay, 2019)). La consommation maternelle de tabac pendant la grossesse pourrait aussi exercer une influence à plus long terme sur l'enfant. Ainsi, l'enfant dont la mère a fumé

2. Il existe trois grandes catégories de substances psychoactives, classées selon leurs effets sur le système nerveux central : les perturbateurs (p. ex. : cannabis, ecstasy), les déprimeurs (p. ex. : alcool, opioïdes) et les stimulants (p. ex. : cocaïne, amphétamine) (Gouvernement du Québec, 2017)

durant la grossesse serait plus susceptible de présenter un tempérament difficile, des difficultés d'apprentissage et des troubles du langage, un trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH), de l'asthme, des infections des voies respiratoires inférieures, un surpoids ou de l'obésité et une consommation de produits du tabac plus tard dans la vie (Lévesque et Tremblay, 2019).

Pour la santé de la femme enceinte et celle de l'enfant à naître, il est recommandé de ne pas exposer la femme enceinte à la fumée de tabac. Il en va de même pour l'enfant après sa naissance (Lévesque et Tremblay, 2019). Chez les femmes enceintes comme dans l'ensemble de la population, la fumée de tabac dans l'environnement augmente les risques de présenter des problèmes respiratoires, des problèmes cardiovasculaires et différents types de cancers. Les effets de la fumée de tabac dans l'environnement sont plus nocifs chez les enfants que chez les adultes puisque leurs poumons ne sont pas complètement formés. Les jeunes enfants respirent plus rapidement et inhalent davantage de substances chimiques nocives proportionnellement à leur poids corporel que les adultes (Santé Canada, 2021).

L'allaitement est recommandé même si la mère allaitante consomme du tabac, car, bien que les substances chimiques de la fumée de tabac passent dans le lait maternel, l'effet protecteur de l'allaitement surpasse les méfaits du tabagisme (Lévesque et Tremblay, 2019). Pour diminuer l'exposition du nourrisson à la fumée de tabac, il est toutefois recommandé de fumer à l'extérieur et de ne pas fumer pendant la tétée.

Quant à l'usage de produits de vapotage, il est connu que l'aérosol des cigarettes électroniques contient des composantes potentiellement néfastes pour la santé, dont certaines se retrouvent dans la cigarette de tabac, d'autres non (INSPQ, 2022). Les effets sur la santé des composantes qui ne se retrouvent pas dans la cigarette sont mal connus et préoccupants. De plus, il n'y a pas suffisamment d'études sérieuses pour qu'il soit possible de recommander l'utilisation de la cigarette électronique chez les femmes enceintes qui souhaitent cesser de fumer. Il est recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de vapoter (MSSS, 2019).

Alcool

Les données 2020-2021 de l'ELDEQ2 révèlent que 12 % des mères biologiques ont consommé de l'alcool durant leur grossesse (ISQ 2023).

L'alcool consommé pendant la grossesse passe directement du sang de la mère au sang du bébé, à travers le placenta en concentration presque égale (Heller et Burd, 2014). Les études démontrent qu'il n'y a pas de seuil sécuritaire de consommation d'alcool durant la grossesse (MSSS, 2016a; Graves *et al.*, 2020). L'alcool est reconnu comme étant tératogène et il est la première cause évitable des anomalies congénitales, des troubles de développement et de la déficience intellectuelle chez l'enfant (Nord, 2021). Le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) est une des conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool. La prévalence du TSAF est inconnue au Québec, mais des études sur la population d'enfants canadiens estiment qu'entre 0,1 % à 3 % des enfants en seraient atteints (Popova *et al.*, 2018; Palmeter *et al.*, 2021). Un sondage Léger réalisé en 2020 (ASPQ, 2021) met en lumière certains faits préoccupants :

- Plusieurs futures mères ont une idée des effets de l'alcool sur le fœtus, mais leurs connaissances restent floues et elles ne savent pas à quel point l'alcool peut être toxique pour le bébé.
- Un Québécois sur deux et plus du quart des femmes enceintes ne connaissent pas le TSAF.
- Dans environ la moitié des rencontres de suivis de grossesse, les professionnels de la santé et intervenants (médecin, sage-femme ou accompagnante à la naissance) n'abordent pas ou peu la question de la consommation d'alcool.

Un rapport de l'ASPQ analysant des entretiens individuels sur la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du TSAF mentionne que les professionnels ne semblent pas à l'aise d'aborder le sujet avec la femme enceinte par peur de briser leur lien de confiance avec celle-ci (Masella et Létourneau, 2021).

Comme pour la grossesse, l'alcool se rend au bébé allaité en concentration similaire à celle présente dans le sang de la mère et le lait maternel agit comme intermédiaire. La consommation d'alcool n'est pas contre-indiquée chez les femmes allaitantes qui veulent en consommer de façon occasionnelle ou légère. Des précautions sont toutefois à prendre afin que l'alcool présent dans le sang de la mère soit éliminé (MSSS, 2023b).

Cannabis

La légalisation du cannabis et le fait qu'il s'agisse d'une plante contribuent à la croyance que la consommation de cannabis est sans danger et qu'il peut même soulager certains symptômes de la grossesse, comme les nausées, les vomissements, l'anxiété et les troubles du sommeil (Renard et Konefal, 2022). Au contraire, consommer du cannabis peut augmenter les nausées vécues pendant la grossesse, les risques d'accouchement prématuré ainsi que provoquer de l'anxiété et de la détresse psychologique chez la mère. La consommation de cannabis par la mère peut aussi affecter négativement le bébé à plusieurs niveaux, tels qu'avoir un faible poids de naissance, un trouble du sommeil, des mouvements plus lents ou des tremblements ainsi qu'un problème de développement du cerveau (ex. : autisme) (CHU Ste-Justine, 2020).

Selon l'Enquête canadienne sur le cannabis de 2022, 4 % des femmes de 16 à 50 ans qui avaient accouché dans les cinq années précédentes ont déclaré avoir consommé du cannabis pendant leur grossesse (Gouvernement du Canada, 2022). On rapporte également que 6 % des mères allaitantes ont consommé du cannabis pendant l'allaitement (Gouvernement du Canada, 2022). La plupart des femmes enceintes ont rapporté un manque d'information ou de recommandations de la part des professionnels quant aux effets sur la santé de l'usage de cannabis en période prénatale. Cela peut venir renforcer l'idée que cette substance est sans danger pendant la grossesse (Renard et Konefal, 2022).

Comme pour les autres substances psychoactives, le cannabis passe dans le lait maternel, ce qui expose le nourrisson aux effets nocifs de celui-ci. De plus, contrairement à l'alcool qui se métabolise en quelques heures, le cannabis est présent longtemps dans l'organisme. Ce dernier peut influencer l'état d'éveil du bébé et diminuer ainsi sa capacité de succion, ce qui peut donc entraîner des difficultés à allaiter. Il est alors recommandé de ne pas consommer de cannabis pendant l'allaitement. Toutefois, si la mère choisit d'en consommer, il est possible d'allaiter en étant préférablement accompagnée par un professionnel de la santé pour limiter les effets du cannabis sur le bébé (CHU Ste-Justine, 2020; Lavandier *et al.*, 2019).

Les enfants et les jeunes adultes ayant été exposés au cannabis pendant la grossesse semblent plus à risque de présenter des troubles de l'attention, des troubles émotionnels, de l'hyperactivité, de l'impulsivité, des troubles du sommeil et un risque accru d'usage de substances (Renard et Konefal, 2022).

Autres substances psychoactives

En raison du stigma social associé à la consommation de substances psychoactives (légales ou non), il est difficile de statuer sur la justesse des données recueillies sur la prévalence de la consommation de ces produits pendant la grossesse et l'allaitement. Or, la consommation de substances psychoactives autres que le cannabis (ex. : cocaïne, opioïdes, amphétamines) pendant la grossesse peut entraîner diverses complications sur le déroulement de la grossesse, sur le fœtus, le nouveau-né et le développement neurocognitif à long terme de l'enfant (Centre canadien de lutte contre la toxicomanie, 2013; Lavandier *et*

al., 2019). Ainsi, aucune quantité de substances psychoactives n'est sécuritaire pendant la grossesse. Les risques liés à l'exposition aux substances psychoactives chez l'enfant à naître pendant la grossesse demeurent souvent méconnus de la population.

1.3.8 Sensibiliser et informer les parents et futurs parents sur les répercussions de leur consommation de produits du tabac et de vapotage, d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives pendant la période périnatale et de la petite enfance et soutenir les parents vivant des difficultés liées à leur consommation.

Les bonnes pratiques en prévention clinique

Selon la Politique gouvernementale de prévention en santé publiée en 2016 par le MSSS :

La prévention représente un choix rentable pour assurer le développement optimal des personnes, des communautés et de la société dans son ensemble. Elle permet de maintenir la population en santé et active, d'une part, et d'éviter que des problèmes physiques, mentaux et psychosociaux se manifestent, d'autre part. La prévention contribue à l'essor social et économique du Québec. En ce sens, elle ne représente pas une dépense, mais bien un investissement au profit des générations actuelles et futures (MSSS, 2016b).

Les mesures de prévention clinique renvoient à un ensemble d'interventions préventives (counseling, dépistage, immunisation et chimioprophylaxie) offertes individuellement par un professionnel de la santé. Ces mesures visent à accroître le nombre d'années de vie en bonne santé en agissant le plus tôt possible avant la période symptomatique d'un problème de santé. Il est important de souligner que le counseling en prévention par un professionnel de la santé dans un contexte de soins de première ligne est efficace (Jacobson *et al.*, 1999, cité dans Lemieux *et al.*, 2019). Malgré le fait que les professionnels de la santé connaissent l'importance de la prévention clinique, celle-ci n'est pas toujours intégrée à leur pratique. Par exemple, au Québec, les médecins abordent les habitudes de vie avec leurs patients, en moyenne, une visite sur quatre (Lemieux *et al.*, 2019).

Lancé en 2017, le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (GBPPC) s'adresse aux professionnels de la santé. Il présente les mesures de prévention clinique recommandées par le Directeur national de santé publique du Québec. Basé sur des données probantes publiées et principalement de sources québécoises et canadiennes, le Guide présente des mesures de prévention clinique tout au long de la vie, de la période périnatale à l'âge adulte. Les cliniciens sont invités à intégrer ces mesures, lorsque la consultation s'y prête. Il importe que le MSSS, les directeurs de santé publique ainsi que les établissements offrant des services de première ligne, notamment, favorisent et soutiennent les interventions en prévention clinique faites par les professionnels de la santé. Le GBPPC porte sur les mesures préventives en périnatalité ainsi que pour les enfants touchant :

- le tabagisme durant la grossesse et l'allaitement;
- l'allaitement;
- la consommation d'alcool et troubles de l'usage de l'alcool durant la grossesse et l'allaitement;
- les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) durant la grossesse.

Objectif 1.4 Informer les parents au bon moment et selon leurs besoins

Dans un contexte où une abondance d'informations sur la périnatalité sont accessibles, il importe de bien guider les parents vers les sources fiables et adaptées.

L'éducation offerte aux parents et futurs parents en période périnatale visent à les accompagner et à leur fournir de l'information afin de les aider à développer des compétences et à prendre des décisions éclairées au sujet de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité. (ASPC, 2017). Il est reconnu que la transition à la parentalité peut être facilitée lorsque les parents sont préparés adéquatement et ont reçu suffisamment d'informations (Barimani *et al.*, 2017, cité dans Poissant, 2018).

Pendant la période périnatale et de la petite enfance, les professionnels de la santé et les intervenants ont de multiples occasions de rencontrer les parents et futurs parents. Ces occasions représentent des opportunités pour répondre à leurs questions et les diriger vers des ressources crédibles.

Depuis mars 2022, le service de soutien *Ma grossesse* permet aux femmes enceintes et à leur famille qui vivent au Québec d'accéder à l'information et aux professionnels de la santé dont elles ont besoin durant leur grossesse. Ce service aide celles-ci à trouver un professionnel pour le suivi de leur grossesse, à obtenir de l'aide si elles vivent une situation difficile et à accéder aux services requis selon leurs besoins (ex. : suivi Olo, SIPPE), ou à obtenir de l'information sur les services offerts gratuitement près de chez elles. Le service *Ma grossesse* permet également aux établissements de la santé et des services sociaux de mieux planifier les services nécessaires pour l'ensemble des femmes enceintes, des futurs pères ou coparents et des nouveau-nés du Québec.

Les données de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans (EQEPE) de 2015 montrent que plus de 80 % des parents ont un besoin général en information considéré comme élevé ou modéré. Les sujets qui questionnent le plus les parents sont la grossesse et l'accouchement (34 %), l'allaitement (33 %), l'alimentation (31 %), les maladies et les soins (36 %) ainsi que le développement physique et la croissance (28 %) de leur enfant (ISQ, 2016).

Selon l'EQEPE, le fait d'être nés à l'extérieur du Canada, de parler uniquement une langue autre que le français et l'anglais à la maison ou de vivre avec un faible revenu seraient associées à des besoins en information non comblés (ISQ, 2016). Il est à noter que 75 % des parents savent généralement où trouver l'information qu'ils recherchent. C'est également ce que le *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, non publié) a mis en évidence. Les sources d'informations consultées par les parents de l'EQEPE sont principalement les sites Web spécialisés (39 %), leur famille (38 %) ainsi que les livres, brochures et revues (30 %). Les parents ont parfois ou souvent consulté les réseaux sociaux ou les forums de discussion en ligne (24 %) ainsi que les lignes d'aide téléphonique (36 %) pour répondre à leurs questions (ISQ, 2016). Par ailleurs, un sondage réalisé par la firme CROP en 2019 (n=434, données non publiées) révèle que le Guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans est utilisé et considéré utile par 87 % des parents québécois (CROP, 2019).

L'EQEPE met en lumière que les parents, dont les besoins d'information générale sont considérés comme élevés, sont proportionnellement plus nombreux à avoir un plus faible sentiment d'efficacité parentale et de satisfaction parentale (ISQ, 2016). L'accès à des informations de qualité et à des réponses aux questions en temps opportun est donc important pour les parents et les futurs parents afin de favoriser leur confiance en soi pendant la période de PPE.

Le programme EMMIE

Le [Programme de promotion de la vaccination basé sur l'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants](#) (EMMIE) a pour objectif d'encourager les attitudes positives des parents à l'égard de la vaccination afin d'obtenir un meilleur respect du calendrier de vaccination recommandé chez les enfants. Il vise à offrir à tous les nouveaux parents, lors du séjour en maternité, un échange ouvert sur la vaccination, ce qui permet de les soutenir dans leur décision de faire vacciner leur enfant. Il vise aussi à réduire le phénomène de l'hésitation à la vaccination, qui est de plus en plus documenté chez les parents (MSSS, 2019). Le programme vise une amélioration de la couverture vaccinale chez les enfants.

1.4.1 Offrir un service de soutien téléphonique et par clavardage 24/7 via le service Info-Santé pour répondre aux questions en lien avec la périnatalité.

1.4.2 Bonifier l'information transmise aux parents via le service *Ma grossesse*.

Les rencontres prénatales de groupes

L'utilité et la pertinence des rencontres prénatales de groupe (RPG) sont reconnues dans la littérature scientifique (Tu et Poissant, 2015). Elles permettent notamment de renforcer le sentiment de confiance des parents, en plus de leur transmettre de l'information et de répondre à leurs questions.

Pour favoriser des effets positifs sur les parents, certaines conditions de succès dans la mise en œuvre des RPG ont été identifiées, notamment :

- un contenu adapté selon les besoins de la clientèle;
- l'offre de plusieurs rencontres;
- la mise en place d'actions visant à réduire les barrières à la participation;
- le choix de thématiques spécifiques;
- une approche andragogique (Tu et Poissant, 2015).

Des consultations auprès des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, réalisées dans le cadre du *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, non publié), ont permis de tirer les constats suivants quant à l'offre de RPG au Québec :

- l'offre de RPG est hétérogène d'une région à l'autre en matière de gratuité, des contenus abordés et leur mise à jour, du nombre de rencontres offertes, de la formation des intervenants ainsi que de l'évaluation;
- le format des rencontres gagnerait à être optimisé afin de les rendre plus accessibles et inclusives;
- l'émergence des RPG en ligne et la difficulté à rejoindre les clientèles vivant en contexte de vulnérabilité devraient être analysées et considérées;
- l'approche des RPG devrait être optimisée pour rendre les rencontres interactives, pratiques et concrètes.

Une harmonisation et une diversité de l'offre de rencontres de groupe pendant la période de périnatalité sont nécessaires afin d'assurer à tous les parents et futurs parents un service adapté à leurs besoins.

1.4.3 Diffuser et implanter un cadre de référence et des outils complémentaires pour soutenir l'organisation et l'animation de rencontres pré et post natales.

L'information transmise lors du séjour hospitalier

La durée du séjour hospitalier comprend le travail, l'accouchement et le séjour postnatal. En 2005, la durée moyenne de séjour (DMS) était de 2,53 jours pour les accouchements par voie vaginale, et 4,39 jours pour les accouchements par césarienne. Un peu plus de 15 ans plus tard, la DMS avait diminué pour atteindre 2,0 jours pour les accouchements par voie vaginale, et 2,9 jours pour les accouchements par césarienne (MSSS, données internes).

La possibilité d'un congé précoce dépend de plusieurs facteurs : grossesse et accouchement sans complication; nouveau-né à terme et en santé; parents en bonne santé physique et psychologique; expérience avec un premier enfant; soutien prévu lors du retour à la maison et accès à des soins de suivi. De nombreuses dyades mère-nouveau-né seront prêtes à rentrer à la maison 24 heures après la naissance (Lemyre *et al.*, 2018).

Il n'existe pas de définition précise du congé précoce dans la littérature. Celui-ci peut varier de moins de 24 heures à moins de 48 heures (SCP, 2018; MSSS, 2022). La durée du séjour hospitalier nécessite une évaluation de l'état de santé de la mère et de son nouveau-né par l'équipe soignante. Elle implique aussi un processus de décision partagée, adapté aux besoins des familles et de leur capacité à fournir les soins à leur nouveau-né. Le jugement clinique du professionnel a toujours préséance sur les contraintes administratives (ASPC, 2020a).

Un congé précoce implique beaucoup d'informations et de compétences à intégrer pour les parents pendant le séjour hospitalier. Il nécessite la mise en place d'une gamme de services postnatals qui permettent d'offrir du soutien aux familles dans leur période d'adaptation avec leur nouveau-né. L'organisation des soins infirmiers, pendant et après le séjour hospitalier, doit être revue afin de permettre les surveillances requises tout en procédant aux dépistages, aux soins et aux conseils requis aux moments opportuns.

1.4.4 Identifier les activités prioritaires à réaliser sur le lieu de naissance et après le retour au domicile ainsi que les conditions essentielles pour l'obtention du congé précoce.

La sensibilisation et l'information quant au deuil périnatal

La majorité des grossesses se déroulent bien et se terminent avec la naissance d'un bébé en santé. Cependant, des décès périnataux peuvent survenir en cours de grossesse ou peu après la naissance (Belleau, 2019).

Le décès périnatal comprend les événements suivants :

- l'avortement spontané (fausse couche), c'est-à-dire le décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient avant 20 semaines de grossesse;
- la mortinaissance, c'est-à-dire le décès d'un fœtus pesant 500 grammes ou plus, ou ayant atteint un âge gestationnel d'au moins 20 semaines;
- la mortalité néonatale, c'est-à-dire le décès d'un bébé né vivant, qui survient à moins de 28 jours de vie;
- l'interruption de grossesse (IG), c'est-à-dire un acte médical pratiqué pour mettre terme à une grossesse.

La mortalité périnatale inclut les mortinaissances et les décès de bébés nés vivants survenus moins de 7 jours après la naissance (ISQ, 2023).

Chaque année au Québec, c'est plus de 42 000 familles qui vivent un deuil périnatal à la suite d'une fausse couche, d'une mortalité périnatale ou d'une IG.

Fausse couche

On estime que chaque année, plus de 20 000 Québécoises font une fausse couche. (ASPC, 2020b).

Les mythes au sujet des fausses couches sont nombreux et alimentent la culpabilité des femmes. Il est fréquent que les grossesses qui évoluent anormalement soient faussement attribuées à l'activité, à un effort physique ou aux relations sexuelles. Ces mythes expliquent, entre autres, pourquoi certaines femmes gardent sous silence leur fausse couche, de peur d'être jugées ou marginalisées (Quenby *et al.*, 2021). On estime que 15 à 25 % des grossesses se terminent en fausse couche (ASPC, 2020b). De plus, dans la majorité des cas, la cause est inconnue (SOGC, 2017).

Les pères ou coparents ne sont pas en reste lorsqu'il arrive une fausse couche. Lors d'une présentation dans le cadre de la Journée sur la santé mentale des nouveaux parents, il a été évoqué que les hommes avaient des réactions de deuil aussi intense que les femmes. Ceux-ci étant souvent relégués au rôle de soutien, ils avaient moins l'occasion de l'exprimer (de Montigny, 2023).

Mortalité périnatale

Au Québec, le taux de mortinaissances était de 7,0 pour 1 000 naissances et mortinaissances en 2022 (ISQ, 2023). Pour ce qui est de la mortalité périnatale, le taux était de 10,2 pour 1 000 naissances et mortinaissances en 2020 (ISQ, 2023).

Interruption de grossesse

Les femmes sont exposées à des risques de grossesse non planifiée pendant 30 à 40 ans de leur vie, et il est estimé qu'environ 40 % des grossesses ne sont pas planifiées (Black *et al.*, cités dans Lévesque *et al.*, 2017). Au Québec, en 2022, près de 22 000 IG, médicales et chirurgicales, ont été effectuées (données provisoires, MSSS, 2023). Ces IG peuvent engendrer des émotions difficiles s'apparentant au deuil périnatal.

Le **deuil périnatal** constitue une expérience difficile pour les parents et leur entourage. La durée de la grossesse et la raison de la perte ne sont pas des indicateurs de l'ampleur du deuil vécu. La perte d'un fœtus in utero est un deuil réel pour les parents même s'ils n'ont pas connu leur enfant vivant, car le lien affectif avec celui-ci s'établit souvent bien avant la naissance. La famille et l'entourage ne mesurent souvent pas l'intensité du deuil vécu par les parents, particulièrement en cas de fausse couche ou d'IG (de Montigny, 2023) et n'offrent possiblement pas le soutien et l'accompagnement dont les parents auraient besoin.

1.4.5 Développer et diffuser un outil permettant de sensibiliser la population au deuil périnatal et à la prévalence des fausses couches et à leurs effets sur les parents et leur entourage.

La sécurité des enfants

Le domicile fait partie des principaux lieux où surviennent les traumatismes non intentionnels (TNI), particulièrement pour les enfants. Les TNI sont causés par des événements involontaires tels qu'une chute, une collision impliquant un véhicule motorisé, une suffocation, un incendie, une noyade ainsi qu'une intoxication médicamenteuse ou de produits chimiques (INSPQ, 2020).

Les TNI sont la 4^e cause d'hospitalisation chez les enfants âgés de 1 à 4 ans. Ils sont la 8^e cause d'hospitalisation chez les enfants de moins d'un an et la 3^e cause de décès chez ce même groupe d'âge. Il

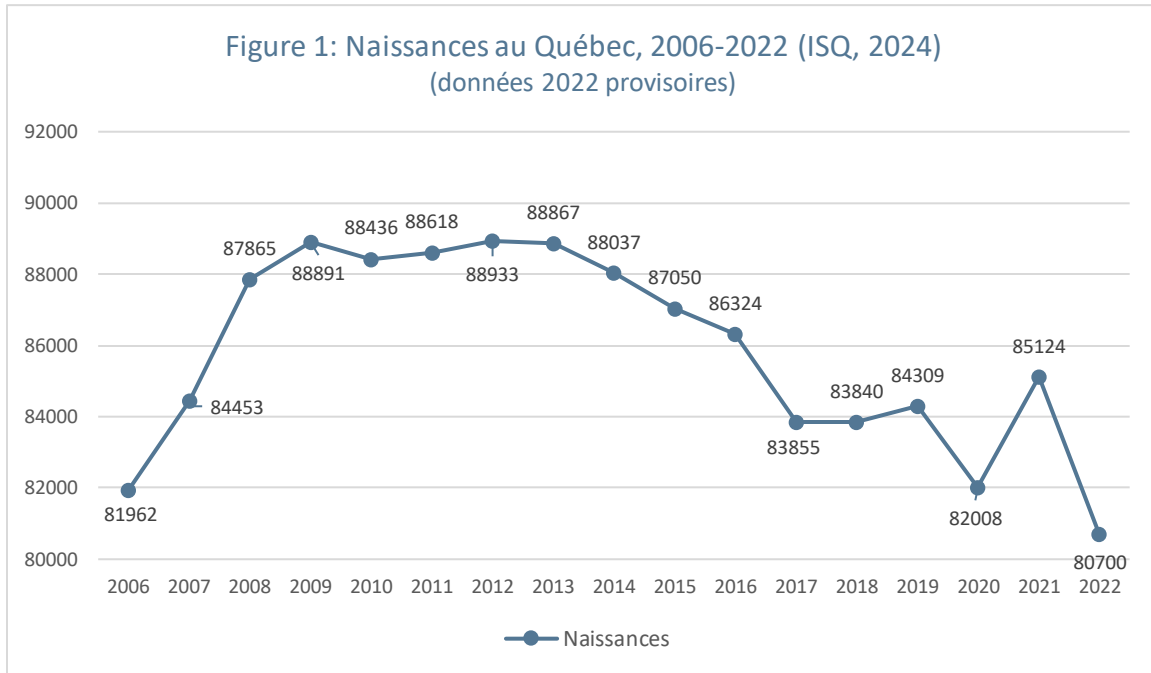
est à noter que les taux de décès et d'hospitalisation à la suite d'un TNI sont plus élevés chez les enfants de moins d'un an que chez les 1 à 17 ans (INSPQ, 2022).

Les parents doivent être bien informés des mesures à mettre en place pour assurer la sécurité des enfants dans leur domicile, lors de leurs sorties et leurs déplacements.

1.4.6 Prévenir les traumatismes non intentionnels (TNI) chez les nourrissons et les jeunes enfants.

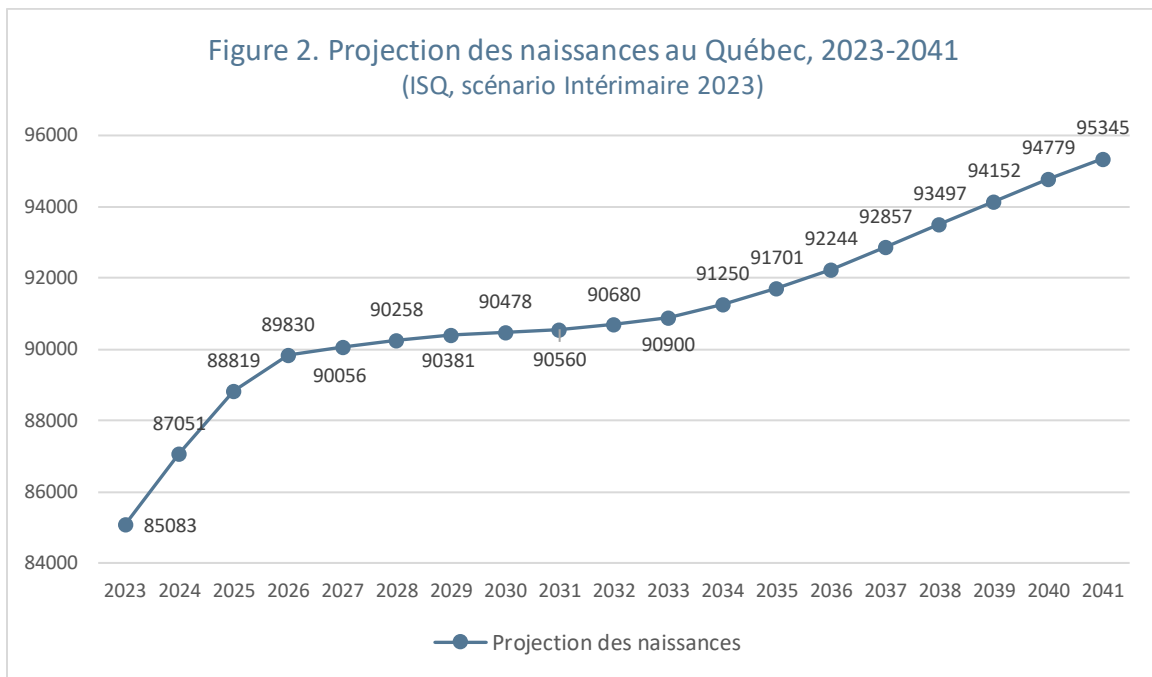
AXE 2 – Innover pour améliorer l'accès aux soins et services

Lorsqu'on observe l'historique des naissances depuis 2006, on peut voir une variation à la hausse jusqu'en 2013 et une baisse assez constante par la suite (figure 1). On observe également des répercussions de la pandémie en 2020, où une baisse importante des naissances a été observée, mais celle-ci s'est résorbée dès l'année suivante. La diminution enregistrée en 2022 porte les naissances à leur plus bas niveau depuis 2005 (ISQ, 2024).



L'organisation des services actuelle est fondée sur un volume annuel d'un peu plus de 80 000 naissances réparties à travers les régions du Québec. Or, selon les projections de l'ISQ (figure 2), une croissance des naissances est attendue pour les prochaines années. Cette croissance serait attribuable en grande partie aux effets directs et indirects de l'immigration. Un volume projeté de 95 000 naissances serait ainsi attendu en 2041. Toujours selon les projections de l'ISQ, ce sont pratiquement toutes les régions du Québec qui seraient touchées par cette augmentation. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'il demeure une part d'incertitude dans ces projections, liée à l'évolution future de l'immigration et de la fécondité.

Une telle augmentation des naissances aurait un effet important sur la planification des services et le besoin de ressources humaines à venir. En effet, la pandémie a grandement contribué au manque de ressources professionnelles que connaissent toutes les régions du Québec. L'ampleur de la situation est inédite et, à ce jour, non résolue. La hausse attendue de la natalité au Québec, combinée à une pénurie de main-d'œuvre, exigera du RSSS de repenser à l'organisation des services périnataux et de petite enfance.



Des lieux et des professionnels multiples

Les services en périnatalité et petite enfance au Québec sont offerts par divers types de professionnels, principalement des infirmières, des médecins de famille, des gynécologues obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres et divers professionnels et intervenants impliqués auprès des familles (ex. orthophonistes, nutritionnistes, éducateurs spécialisés, etc.).

Les différents points de service en périnatalité et petite enfance s'organisent et se répartissent selon les ressources disponibles dans chaque région. Le partage s'effectue entre les hôpitaux, les Centre local de services communautaires (CLSC), les maisons des naissances, les cabinets de médecins (groupes de médecine de famille, cabinets de gynéco-obstétrique, cabinets de pédiatres, cliniques de pédiatrie sociale), les OC et le domicile. Dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, le maintien des services de proximité dans toute cette diversité de lieux rend complexe l'organisation des services. La communication entre ces divers intervenants afin d'assurer la continuité des soins représente aussi un défi, particulièrement lorsque les systèmes informatiques qui soutiennent la compilation des données ne sont pas interopérables.

Des enjeux de main-d'œuvre

L'année 2019 a été marquée par une problématique de ruptures de services en obstétrique dans de nombreuses installations hospitalières, et ce, dans plusieurs régions du Québec.

Dans les années qui ont suivi et jusqu'à ce jour, la situation ne s'est pas améliorée en ce qui concerne le manque d'infirmières et de médecins pour couvrir les soins en obstétrique. Les ruptures de services d'obstétrique se sont accentuées au cours des dernières années, réduisant ainsi l'accès aux services d'obstétrique de proximité. Pour l'année 2022-2023, dans l'ensemble du Québec, ce sont 410 jours de découverte avérés se divisant en 341 jours en obstétrique, 44 jours au bloc opératoire (césariennes), 22 jours en néonatalité et 3 jours en pédiatrie. Parmi ces 410 jours, 296 sont liés aux soins infirmiers et 83 aux effectifs médicaux.

En matière d'obstétrique, il faut être en mesure de répondre aux urgences obstétricales en tout temps et dans un délai très court. C'est cette réponse qui fait la différence pour l'issue de santé de l'enfant en cas

de complications. La couverture des services avec une garde en disponibilité 24h/24h et 7 jours sur 7 est exigeante en ce qui concerne les effectifs, qu'ils soient spécialisés ou de première ligne, médicaux ou non.

Dans plusieurs installations à petits volumes, les services de césariennes sont assurés par les chirurgiens généraux. Lors de remplacement ou de dépannage, certains chirurgiens seront limités dans la pratique de la césarienne, et ce même si elle fait partie des activités chirurgicales de base. Cet enjeu de formation a amené certaines découvertures de services au cours des dernières années.

De plus, lorsque l'assistance à l'accouchement est effectué par un gynécologue-obstétricien, des pédiatres ou des médecins de famille seront requis pour assurer une évaluation adéquate de l'enfant à la naissance et avant le congé hospitalier. La limite du champ de pratique de chaque professionnel met une pression sur le nombre d'effectifs requis pour maintenir une organisation de service complète.

Pour répondre aux découvertures de services, qu'elles soient dues à des manques de médecins ou d'infirmières, divers mécanismes de dépannage ont été organisés pour permettre de maintenir les services médicaux, principalement en région. Des lettres d'entente encadrent le déploiement des effectifs médicaux spécialisés et des mécanismes existent également pour les médecins de famille.

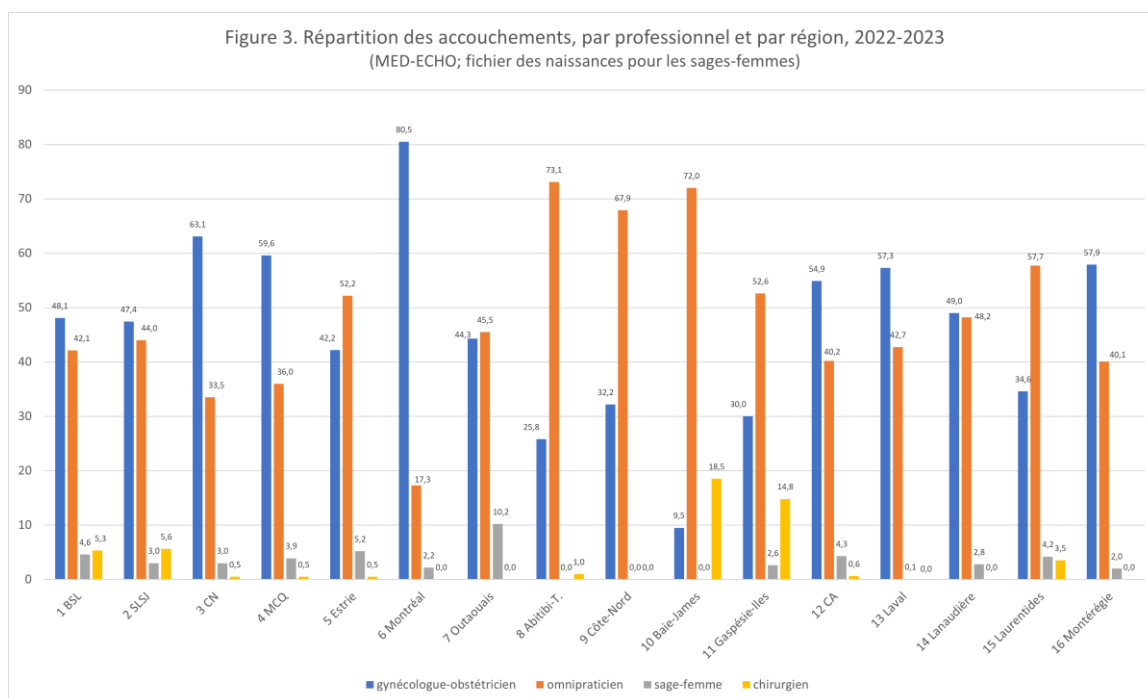
En 2021, à la suite de découvertures répétées en raison de manques d'infirmières spécialisées en obstétriques, le programme RIDDO a été mis sur pied pour soutenir les équipes et le RSSS (voir encadré).

Réseau d'infirmière de dépannage en obstétrique (RIDDO)

Le principe du projet RIDDO est celui d'une équipe volante, spécialisée en obstétrique, provenant des 5 CHU du Québec (Hôpital Ste-Justine, Centre-Universitaire de Santé McGill (CUSM), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec – UL) et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS). Les volontaires sont déployées dans les régions éloignées où une découverte de ressources spécialisées en obstétrique est prévue. Des stages d'exposition dans les CHU participants sont également prévus pour maintenir les compétences des professionnels de la santé et de permettre une plus grande exposition aux nouveaux employés.

Cette initiative novatrice a été déployée en novembre 2021 et a permis de maintenir plusieurs services en fonction, en plus de favoriser un partage d'expertise et d'expérience très riche entre les infirmières des centres universitaires et des centres régionaux. En 2022-2023, 216 jours et 276 quarts de travail (8h) de découverte furent évités grâce au projet RIDDO (données internes, MSSS).

Considérant que ce sont 70 à 80 % des grossesses qui sont considérées à faible risque de complication, une augmentation de l'offre de services de première ligne était projetée dès la Politique de 2008. Or, depuis 2018, il est observé que la répartition totale des accouchements (incluant les césariennes) au Québec se détaillait ainsi : environ 60 % par les gynécologues-obstétriciens, 35 % par des omnipraticiens et 4 % par des sages-femmes (figure 3). Cette répartition implique également les chirurgiens pour les césariennes réalisées dans les installations de certaines régions.



Autre fait important à mettre en évidence, depuis 2018, on observe une baisse du nombre d'omnipraticiens réalisant des soins lors de l'accouchement (tableau 1). Les omnipraticiens sont des professionnels essentiels au maintien des services dans plusieurs régions, notamment par leur polyvalence, pour soutenir l'ensemble du continuum de soins périnataux, en incluant l'accouchement et la prise en charge des nouveau-nés, ainsi que de la prise en charge de l'ensemble des besoins médicaux de la famille.

Tableau 1. Répartition des professionnels effectuant des accouchements (MED-ECHO et fichier des naissances pour les sages-femmes)

Années / projections	Gynécologues-obstétriciens		Omnipraticiens		Sages-femmes	
	Nombre	Variation	Nombre	Variation	Nombre	Variation
2018-2019	441	---	1 171	---	191	---
2022-2023	434	↓ 1,6 %	1 060	↓ 9,5 %	231	↑ 20,9 %

Afin d'assurer aux femmes enceintes et à leur famille l'accès à des soins performants et sécuritaires, et conformément aux orientations sur la hiérarchisation des services de la Politique de 2008-2018, la Table sectorielle mère-enfant (TSME, 2018), dans son document *Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025*, propose la mise en place de certaines mesures, telles que :

- optimiser la collaboration entre les différents professionnels de la santé et les intervenants impliqués auprès des femmes enceintes et leurs bébés;
- favoriser la prise en charge de la grossesse normale par les professionnels de première ligne (sages-femmes, infirmières praticiennes spécialisées, médecins de famille);

- encourager les obstétriciens-gynécologues à prioriser le suivi des grossesses à risque et offrir un soutien-conseil aux professionnels de première ligne, et ce, dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les centres hospitaliers universitaires (CHU);
- favoriser la prestation de services périnataux près du domicile.

Si ces objectifs ont fait l'objet d'un large consensus, leur application dans un contexte organisationnel en perpétuel changement et de rareté de main-d'œuvre demeure un défi.

Le défi des régions

La densité de la population de certaines régions a changé depuis la diffusion de la Politique de 2008. Certaines régions ont connu une croissance importante. Par exemple, la région des Laurentides a vu sa démographie croître de plus de 18 %, alors que la population de Lanaudière a augmenté de près de 17 %. Au cours de la même période, d'autres régions ont assisté à la décroissance de plusieurs de leurs municipalités, telles que la Côte-Nord (perte de 5,6 % de sa population) et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (diminution de plus de 2 % de sa population) (ISQ, 2023).

Le nombre et la taille des installations où se déroulent les accouchements varient dans les différentes régions sociosanitaires en fonction de la taille de la population, entre autres. Les accouchements étant la première cause d'hospitalisation au Canada et au Québec (Institut canadien d'information sur la santé, 2023), l'organisation des services locaux est déterminante dans le maintien de services hospitaliers régionaux.

Divers modèles d'organisation de services prévalent au Québec. Par exemple, au Bas-Saint-Laurent, six centres accoucheurs sont répartis sur le territoire, avec un nombre très variable de naissances par année, soit entre 66 et 655 en 2022-2023, alors que sur la Côte-Nord, deux centres accoucheurs ont eu respectivement 435 et 271 naissances au cours de la même période (données MED-ECHO). Côté effectifs, faute de volumétrie suffisante, il devient parfois impossible de pourvoir toutes les installations d'un territoire.

Chaque modèle a ses avantages et ses inconvénients. Une organisation sur deux sites comme la Côte-Nord est favorable à l'organisation des services spécialisés, mais se fait au détriment des familles qui doivent se déplacer sur de longues distances et parfois plusieurs semaines avant l'accouchement. Quant au Bas-Saint-Laurent, le défi de maintenir les services complets dans plusieurs installations exige de faire appel à plus d'effectifs médicaux et infirmiers. Du côté du Nunavik et dans les Territoires Cris, les services d'obstétrique de proximité sont maintenus par les sages-femmes. Toutes les femmes ayant été identifiées avec une grossesse à faible risque ont la possibilité d'accoucher dans leur milieu avec une sage-femme, et ce, sans accès à une césarienne sur place. Toutefois, si elles ont besoin d'une césarienne d'urgence, elles devront être transférées dans un centre hospitalier par avion.

Le territoire du Québec est vaste. Offrir des services spécialisés et équivalents dans toutes les localités n'est pas envisageable, mais obtenir des services pour donner naissance dans un contexte sécuritaire partout au Québec est possible. Il faut trouver des façons efficaces d'organiser les services en utilisant au mieux les outils à notre disposition pour la planification ou pour l'échange d'information. En faisant appel à toutes les expertises en place, il est possible de tisser un réseau solide de services.

Objectif 2.1 Augmenter l'agilité et l'efficacité du réseau

Revoir l'offre de première ligne pour répondre à l'augmentation des besoins

En 2008, au moment de la sortie de la Politique, le réseau était appelé à se moderniser et à mettre en place la « responsabilité populationnelle » afin de répondre au « manque de coordination » qui se traduit par « des difficultés d'accès et par l'interruption de certains services » (MSSS, 2008). Quinze ans plus tard, les difficultés d'accès ne cessent de croître et les découvertes de services sont fréquentes dans plusieurs secteurs. Le présent plan d'action s'inscrit dans une vague de changements au RSSS avec l'adoption de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Les opportunités apportées en matière de gouvernance et d'orientations en faveur de l'accessibilité et de la proximité seront l'occasion d'engager une discussion avec les populations locales afin de voir quelle est la meilleure façon d'organiser les services de périnatalité et de petite enfance pour la région. Sachant que plus les ressources sont spécialisées, plus elles sont limitées, l'objectif est de se doter de la meilleure organisation possible de service pour répondre aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire.

Si des changements sont à venir dans la gouvernance, l'organisation des services peut compter sur une organisation claire des services spécialisés, où le niveau de soins de chaque installation offrant des services d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie a été bien établi (voir annexe 3) et où les installations sont reliées entre elles par des corridors de services pour assurer la prise en charge de toutes les conditions complexes.

En matière d'organisation de services, la Politique de périnatalité de 2008 annonçait plusieurs cibles, notamment :

- d'un suivi de grossesse mis en place rapidement pour **toutes** les femmes enceintes;
- d'un accès aux services sage-femme pour au moins **10 %** de la population;
- d'un suivi postnatal systématique pour **toutes** les familles.

Bien que des avancées notables aient été effectuées dans ces domaines, et que des efforts ainsi que des investissements importants aient été réalisés, force est d'admettre que certaines des cibles fixées en 2008 ne sont toujours pas atteintes. Les enjeux de coordination, d'accès et d'interruption de services sont malheureusement encore d'actualité.

Une étude réalisée à partir des données issues de la facturation des médecins à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour l'année 2017 et basée sur un échantillon composé de 25 000 femmes âgées de 14 à 49 ans ayant accouché pendant cette période a permis de constater qu'environ le quart des femmes enceintes québécoises n'avaient pas débuté leur suivi obstétrical au premier trimestre (12 % au Bas-Saint-Laurent et jusqu'à 31 % à Montréal) (Borgès Da Silva et Benigeri, 2020).

Au Québec, en 2006, le nombre de naissances assistées par une sage-femme était de 1 279, soit 1,6 %, comparativement à 0,5 % en 1994. La Politique visait, à son terme, une offre de suivi par sage-femme pour au moins 10 % de la population, mais ce but n'a pas été atteint. En 2022-2023, ce sont 7,9 % des suivis de grossesse qui ont été réalisés sous les soins de sages-femmes et 4,6 % des femmes qui ont débuté leur accouchement ou ont accouché sous les soins d'une sage-femme (données AS-471).

Enfin, selon un sondage effectué en 2020 auprès de l'ensemble des établissements du Québec, seulement 85 % des familles avaient bénéficié d'un appel dans les 24 heures ou d'une visite dans les 24 à 72 heures suivant leur congé du lieu de naissance (MSSS, données internes). Dans le cadre de ce sondage, certains CIUSSS/CIUSSS ont mentionné n'avoir rejoint que 50 % des familles de leur territoire, que ce soit par un appel téléphonique ou une visite à domicile. Dans un contexte où les séjours hospitaliers sont de plus en

plus courts et que les enseignements sur les soins de la mère ou du bébé ne peuvent plus être tous réalisés à ce moment, les services de suivi postnatal offerts en proximité prennent un sens nouveau dans la transition vers la parentalité et doivent être renforcés.

Une offre de soins et services accessibles et adaptés aux besoins des familles favorise la santé globale des parents et de l'enfant, mais représente souvent un défi pour le RSSS, caractérisé par sa complexité et ses enjeux de main-d'œuvre.

Le suivi de grossesse

Bon an mal an, ce sont environ 125 000 femmes enceintes auxquelles les services de périnatalité doivent répondre. Une partie de ces grossesses ne seront pas menées à terme en raison des fausses couches et des IG (voir section 1.4). De manière générale, ce sont 10 à 15 rendez-vous qui seront planifiés dans le suivi de grossesse régulier. À ceux-ci s'ajoutent des rendez-vous supplémentaires pour des examens et des prélèvements, ainsi que certains services spécialisés si des complications ou des besoins de consultation supplémentaire sont requis. Il s'agit d'un volume d'activité considérable et qui se présente chaque année.

L'importance de la prise en charge précoce du suivi de grossesse par le bon intervenant est reconnue par les experts en périnatalité comme un moment privilégié pour mettre en place des mesures préventives et favoriser une grossesse en santé. Le premier trimestre représente le moment le plus approprié pour agir précocement sur plusieurs facteurs de risque et en diminuer les conséquences pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant à naître (Dowswell *et al.*, 2015, cités dans ASPC, 2023).

- 2.1.1 Revoir la norme de prise en charge populationnelle des effectifs médicaux pour la périnatalité et la petite enfance.**
- 2.1.2 Optimiser l'offre de services de première ligne, notamment par le suivi conjoint et la collaboration interprofessionnelle, afin de prendre en charge un plus grand nombre de femmes enceintes.**
- 2.1.3 Utiliser les différentes modalités de groupe ou la télésanté pour augmenter la capacité d'offrir un suivi de grossesse dès le premier trimestre à toutes les femmes enceintes.**

Le champ d'exercice des sages-femmes

En date du 31 mars 2023, 296 sages-femmes étaient inscrites au Tableau de l'Ordre des sages-femmes du Québec (Ordre des sages-femmes du Québec, 2023). De ce nombre, 262 détenaient un contrat avec un CISSS/CIUSSS. Ces sages-femmes sont actives dans le cadre de 349 contrats de service avec les établissements du réseau, représentant 190 équivalents temps complets. Comme indiqué précédemment, il s'agit d'une augmentation de plus de 20 % depuis 2018.

Néanmoins, le Québec n'a pas réussi à atteindre le niveau de croissance de la main-d'œuvre de sage-femme ainsi que le taux de femmes rejointes par ces services qui s'observent pourtant dans d'autres provinces canadiennes.

La pratique sage-femme au Canada en 2021 (Association canadienne des sages-femmes, 2021) (Au sein des cinq provinces ayant la plus grande population)		
Provinces	Nb de sages-femmes	Taux d'assistance à la naissance
Colombie-Britannique	320	25,3 %
Ontario	1 021	20 %
Alberta	160	10,6 %
Manitoba	69	8,8 %
Québec	264	4,3 %

Depuis la légalisation de la pratique en 1999, la profession sage-femme au Québec s'est déployée principalement autour du modèle des maisons de naissance, lieux destinés à l'accouchement physiologique et dont les services d'obstétrique sont assurés exclusivement par les sages-femmes. Le petit nombre d'effectifs de sages-femmes n'a pas permis d'atteindre le plein potentiel de ces installations, associées à la mission CLSC des établissements. De plus, plusieurs régions à faible densité ne bénéficient pas de maison de naissance, comme prévu au Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec (MSSS, 2015).

Bien que le modèle contribue à la satisfaction élevée de la clientèle, il ne permet pas de répondre à la demande des femmes qui souhaitent obtenir ce service.

L'exigence de continuité des soins et ne pouvant compter que sur leur seule capacité entre elles, les sages-femmes ont un taux de rétention de la main-d'œuvre après 2 ans inférieure à la moyenne du RSSS (57 % comparativement à 66 %) selon des données 2021-2022. Le besoin de diversification de la pratique et l'exigence de la garde sont souvent cités comme les facteurs déterminants dans le changement de carrière.

Le cadre d'exercice des sages-femmes est très limité. Actuellement, ces professionnelles de la santé sont les seules dont les compétences sont restreintes à une clientèle (femmes enceintes) et sont limitées à un épisode de soins défini (grossesse et six semaines postnatales). La limitation du champ de pratique des sages-femmes entraîne de nombreux transferts de patientes vers des médecins en cours de grossesse ou d'accouchement. En 2022, le taux de transfert en cours d'accouchement était de 25 % (données I-CLSC). Les raisons principales de ces transferts ont été la demande de péridurale, l'arrêt de progression du travail et le besoin d'induction. Pourtant, la période pandémique a su démontrer à quel point les sages-femmes peuvent soutenir la capacité des services obstétricaux hospitaliers lorsqu'elles sont intégrées aux services périnataux (MSSS, 2021).

Pour mieux répondre à l'ensemble des besoins des femmes et des familles, il est essentiel de revoir l'encadrement et l'organisation des services sages-femmes afin de les rendre plus accessibles.

2.1.4 Modifier le cadre législatif et réglementaire régissant la profession de sage-femme.

2.1.5 Élargir les services offerts dans les maisons de naissance pour répondre au besoin d'accès aux services de périnatalité et de petite enfance.

2.1.6 Développer les services de sages-femmes dans les régions à faible densité.

Les soins de proximité

Une offre de services et de soins de proximité permet d'améliorer la santé d'une population et d'améliorer l'expérience vécue par les familles en diminuant les enjeux liés à l'accès en cas d'urgence, à la continuité des suivis, à l'organisation des déplacements, à la perte du soutien familial, à l'isolement par rapport à la communauté, aux coûts et aux barrières linguistiques (SOGC, 2017).

La présence, dans un milieu de soins, de l'expertise et de plateaux techniques permettant de faire des césariennes influe sur la possibilité de ce milieu d'offrir des services d'obstétrique et conséquemment, sur l'offre de services d'obstétrique de proximité. La majorité des installations ayant une faible volumétrie en obstétrique est desservie par les médecins de famille œuvrant en périnatalité et les chirurgiens pour la couverture des césariennes, auxquels se greffent le personnel infirmier formé aux soins périnataux dans les unités de soins multiservices. Les obstétriciens gynécologues, formés exclusivement aux soins périnataux de la femme, se retrouvent essentiellement dans les centres de plus haut débit obstétrical (données internes, MSSS, 2024). Certains exercent dans quelques rares installations des régions éloignées pour offrir une expertise de proximité. Le maintien des services dans les centres à faible volumétrie repose sur la disponibilité de médecins dépanneurs pour éviter la rupture de services. Bien que permettant de répondre à des besoins ponctuels de manque de ressources humaines, les initiatives de dépannage ne peuvent à elles seules suffire pour maintenir les services. De plus, elles sont associées à des issues défavorables et une augmentation des interventions obstétricales (Groupe de travail sur l'organisation des services d'obstétrique en région, 2020). Lorsque ce service n'est pas disponible, il n'y a d'autre choix que de fermer le service d'obstétrique, même en présence du personnel infirmier et des médecins accoucheurs. Les femmes enceintes doivent alors se diriger vers un autre centre hospitalier, plus loin de leur domicile.

Le maintien des services d'obstétrique, même en l'absence des services de césarienne, est essentiel afin de pouvoir offrir des soins de proximité à la clientèle périnatale. Selon la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada :

Les nouvelles données probantes au Canada et à l'international ont démontré que l'absence de soins de maternité locaux en milieu rural entraîne une augmentation des issues défavorables et que l'éloignement de ces services se caractérise par une corrélation positive avec la gravité des issues (Stirk et Kornelsen, 2019).

Dans les centres hospitaliers à très faible volume de naissances (moins de 200 naissances/année), le nombre d'accouchements n'est souvent pas suffisant pour dédier des ressources humaines à l'obstétrique. Il sera notamment demandé aux infirmières hospitalières de développer de la polyvalence et de travailler dans des unités multicientèles ou fusionnées. On retrouve dans ces unités différentes combinaisons de soins dont de la médecine, de la chirurgie, des soins de fin de vie, de la pédiatrie, de la gériatrie. Le maintien des compétences dans tous ces domaines d'activités ainsi que la grande variabilité des situations cliniques qui peuvent se présenter sont très exigeants et représentent des enjeux de taille pour les infirmières qui y travaillent ainsi que pour la sécurité des soins.

Pouvoir se concentrer sur une clientèle en particulier et avoir l'occasion d'offrir une continuité de soins à une famille peuvent être des facteurs de rétention dans la pratique. Par exemple, le fait d'attirer les infirmières exclusivement aux soins périnataux (périodes pré, per et postnatale) leur permettrait de maintenir leurs compétences et leur expertise auprès de cette clientèle grâce à une exposition prolongée.

2.1.7 Engager une réflexion citoyenne locale sur l'offre de services adéquate en périnatalité et petite enfance en tenant compte des contraintes de ressources humaines et matérielles.

2.1.8 Valoriser les services de périnatalité et de petite enfance offerts en CLSC pour y concentrer les services de proximité.

2.1.9 Élaborer les conditions au maintien des services d'obstétrique où le service de césarienne ne peut être effectué sur place.

2.1.10 Intégrer une organisation du travail « en continuum » autour de la clientèle périnatale afin de favoriser l'exposition et la rétention du personnel dans les régions à faible densité.

Le suivi de la santé des enfants

Au Québec en 2021, on comptait 515 725 enfants entre 0 et 5 ans (Statistique Canada, 2023). On estime à 80 700 bébés le nombre de bébés nés au Québec en 2022. Même si une baisse historique de 5 % a été observée par rapport à 2021 (84 900), c'est un peu plus de 80 000 enfants qui s'ajoutent chaque année à la population québécoise.

Conformément aux meilleures pratiques en vigueur, chaque enfant pourra bénéficier de rendez-vous de suivi régulier afin de s'assurer de son bon développement à différents âges, selon les pratiques recommandées. Ces rendez-vous sont généralement pris en charge en première ligne par les infirmières, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ou les médecins de famille. Les pédiatres sont mis à contribution lorsque des inquiétudes ou des problématiques de santé sont observées.

À ces rendez-vous de suivi s'ajoutent des besoins de consultation périodique pour des besoins ponctuels et aigus, notamment en lien avec les infections respiratoires courantes chez le jeune enfant. Dans les cinq premières années de vie, ce sont souvent plusieurs consultations par an que les parents devront demander afin d'obtenir des soins pour leur enfant (Régie de l'assurance-maladie du Québec [RAMQ], 2024).

L'accès à des soins de santé pour les enfants présente certaines difficultés pour les parents. En effet, près d'un parent sur 10 (9 %) déclare ne pas avoir de médecin pour ses enfants de 0 à 5 ans. Un plus grand nombre de parents vivent cette situation lorsqu'ils sont nés à l'extérieur du Canada (17 %), vivent dans un ménage à faible revenu (16 %), n'ont aucun diplôme (12 %) ou résident en zone urbaine (10 %) (ISQ, 2016).

En 2022-2023, 69 % des enfants âgés entre 0 et 23 mois étaient inscrits auprès d'un médecin de famille (données internes, MSSS, 2023). La proportion des enfants inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille, soit en attente de prise en charge, est en augmentation depuis 2019, passant de 63 289 enfants à 110 401 pour l'exercice 2022-2023.

Par ailleurs, lorsque les enfants de 0 à 5 ans sont malades :

- près de 44 % sont vus par le médecin de famille ou le pédiatre, en clinique;
- 29 % sont vus dans une clinique sans rendez-vous;
- 16 % des parents se rendent à l'urgence d'un hôpital;
- 7 % vont dans un groupe de médecine de famille;
- près de 5 % consultent dans un CLSC (ISQ, 2016).

Trouver un professionnel de la santé pour assurer un suivi ou répondre à des besoins ponctuels aigus des enfants représente souvent un défi de taille pour les parents qui doivent souvent multiplier les appels et les démarches pour obtenir un rendez-vous dans de courts délais (ISQ, 2016; données internes MSSS, 2023). En cohérence avec le Programme Agir tôt, les établissements du RSSS ont élaboré, dès le début de 2022, une trajectoire pédiatrique de première ligne afin de répondre aux besoins des enfants qui n'ont pas de professionnel pour leur suivi de santé. Néanmoins, les trajectoires de première ligne sont à renforcer pour permettre de répondre aux besoins de consultation et simplifier l'accès aux services.

2.1.11 Optimiser et simplifier l'offre de services de première ligne afin de prendre en charge un plus grand nombre d'enfants.

2.1.12 Dès la grossesse, identifier le lieu où la famille pourra s'adresser pour les besoins de santé de l'enfant après sa naissance.

Objectif 2.2 Mettre en place de nouvelles approches

Se renouveler

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de croissance des besoins, il apparaît nécessaire de se questionner sur les façons de faire actuelles et de mettre en place de nouvelles façons d'offrir les soins et services périnataux afin de répondre aux besoins des parents et futurs parents en temps opportun.

L'accès à l'échographie obstétricale

L'échographie obstétricale a énormément évolué au cours des 20 dernières années et elle joue un rôle important pour chaque trimestre de grossesse. Dès le premier trimestre, l'échographie morphologique standardisée offre des avantages cliniques démontrés (SOGC, 2019), car elle

- permet de déterminer l'âge gestationnel (datation) et de prédire la date d'accouchement à cinq jours près, ce qui assure des soins et services adaptés à l'âge gestationnel, et évite ainsi des interventions ou des traitements inappropriés;
- permet de déterminer précocement le nombre de fœtus et le nombre de placentas, ce qui a un effet majeur sur le suivi de la grossesse;
- joue un rôle important dans l'évaluation de la croissance fœtale et dans le dépistage précoce de certaines anomalies fœtales;
- améliore l'efficacité du Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP).

L'accès à l'échographie du premier trimestre est actuellement restreint dans le réseau public. Différentes raisons peuvent expliquer cette situation. Tout d'abord, il y a un manque de professionnels (technologues ou médecins) formés pour offrir cet examen et certains d'entre ceux qui sont formés ont choisi d'aller travailler dans le secteur privé. Ensuite, on observe un manque de priorisation pour des plages horaires dans les départements d'imagerie médicale ou d'obstétrique pour ce service, limitant ainsi son accès.

Les besoins en échographie ont connu une croissance extrêmement rapide et le réseau privé a étendu son offre de service dans plusieurs régions. Par exemple, dans le 70 % des femmes qui participent au PQDP et qui obtiennent une clarté nucale, plusieurs d'entre elles l'obtiennent au privé (données internes MSSS, 2023).

L'accès à l'échographie obstétricale du premier trimestre n'est pas le même dans toutes les régions du Québec. Les femmes enceintes, en régions éloignées particulièrement, doivent souvent parcourir de longues distances pour obtenir cet examen, qui peut être requis à plusieurs reprises au cours d'une grossesse. L'accès à l'échographie obstétricale fait partie du panier de services de base et est essentiel à la pratique. Elle doit être reconnue comme telle et être disponible partout à proximité en tant que service assuré afin de répondre aux besoins de près de 85 000 femmes par année au Québec actuellement et plus encore à venir dans les prochaines années (TSME, 2021).

2.2.1 Rendre l'échographie accessible et gratuite pour les femmes du Québec, notamment par la télémédecine.

La prise en charge des fausses couches

La plupart des femmes vivant une fausse couche, soit la perte du fœtus avant la vingtième semaine de grossesse, sont prises en charge à l'urgence (Arbour, 2021). Dès le premier contact avec un professionnel de la santé, du triage en salle d'urgence jusqu'à la fin de la prise en charge de la fausse couche, les femmes sont souvent laissées à elles-mêmes pour gérer leurs saignements, leur stress et leur peine (Arbour, 2021). Lorsqu'elles sont vues par un professionnel de la santé, plusieurs femmes soulignent le manque d'empathie, l'absence d'explication et de conseil lors de la fausse couche (Quenby *et al.*, 2021).

Une formation adressée à tous les professionnels pourrait permettre de les sensibiliser afin qu'ils puissent offrir un soutien plus adapté aux familles en deuil (voir l'objectif 3.1). Ensuite, la mise en place d'une trajectoire de soins pour une prise en charge rapide et complète, autant sur le plan physique que psychologique, des femmes vivant une fausse couche est recommandée (Arbour, 2021; Quenby *et al.*, 2021). Une organisation des services adéquate pour prendre en charge les fausses couches pourrait permettre de diminuer la pression sur les services d'urgence et améliorer l'expérience vécue par les familles.

2.2.2 Instaurer une trajectoire de soins pour les femmes vivant une fausse couche.

L'importance du soutien lors de l'accouchement

Dans son avis publié en 2012, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) affirme que pour les femmes à faible risque obstétrical, l'accouchement physiologique est souhaitable. L'accouchement physiologique est un accouchement « sans anesthésie, qui n'a pas été altéré par des interventions de routine et qui se termine par un accouchement vaginal spontané » (Gagnon *et al.*, 2014). Il facilite le rétablissement de la mère, l'initiation de l'allaitement, le développement du lien d'attachement mère-enfant et augmente le sentiment d'accomplissement de la mère.

Certaines conditions favorisent l'accouchement physiologique. Pendant la période prénatale, une préparation adéquate de la femme et de la personne significative qui sera à ses côtés est primordiale pour construire leur confiance. Il est aussi reconnu que le soutien continu pendant le travail augmente le taux d'accouchement vaginal spontané naturel, en diminuant le risque de déclencher la cascade d'interventions obstétricales (Hodnett *et al.*, 2012, cités dans Gagnon *et al.*, 2014).

Un des principaux rôles des professionnels de la santé en obstétrique est de soutenir la femme qui accouche et de veiller à son bien-être ainsi qu'à celui de l'enfant à naître. Le concept de soutien adéquat et continu se doit d'être intégré dans la planification et la gestion administratives des unités de soins. Objectivement, l'application rigoureuse d'un rapport de soins 1 :1 entre la parturiente en travail actif et le professionnel de l'équipe obstétricale met en place l'accompagnement nécessaire aux femmes pour un accouchement physiologique.

La pénurie de main-d'œuvre, particulièrement chez les infirmières, peut limiter la possibilité d'offrir un tel soutien aux femmes pendant l'accouchement. Certaines initiatives ont été mises en place pour permettre aux femmes de bénéficier d'un accompagnement en période prénatale ainsi que pendant les premières heures qui suivent la naissance. Impliquer le co-parent ou les personnes qui accompagnent la femme, par exemple, fait partie du rôle des professionnels de la salle d'accouchement et augmente le soutien offert aux femmes en travail. De plus, en collaboration avec le personnel de la salle d'accouchement, des accompagnantes à la naissance ainsi que des aides-natales ont été introduites dans plusieurs milieux cliniques. Le soutien non médical qu'elles apportent contribue grandement à diminuer l'anxiété de la femme et à lui donner confiance en ses capacités, en plus de diminuer les risques d'avoir recours à des interventions obstétricales évitables (Falconi *et al.*, 2022; Sobczak *et al.*, 2023).

Rossignol *et al.* ont défini le concept d'intervention obstétricale évitable comme étant une « *intervention obstétricale pour laquelle il existe une alternative moins invasive, incluant l'absence d'intervention, et équivalente en termes de qualité des soins et de santé maternelle et périnatale* ». (INESSS, 2012). Parmi les interventions obstétricales évitables, les plus fréquentes sont l'analgésie péridurale, la surveillance fœtale électronique en continu, le déclenchement et l'accélération du travail ainsi que la césarienne. Toute intervention non médicalement requise présente des risques de complications (ex. : cascades

d'interventions), nécessite du personnel supplémentaire, souvent spécialisé, et engendre des coûts importants dont il faut tenir compte.

L'exemple de la césarienne

Au Québec, en 2022-2023, 27 % des accouchements en centre hospitalier se sont faits par césarienne, le taux variant de 15 à 39 % selon les établissements et les régions (données MED-ECHO, 2023). Selon l'OMS (2014), le taux optimal de césarienne permettant de réduire au maximum les risques de mortalité maternelle et infantile est de 10 %. Au-delà de ce taux, il n'existe pas de preuve de diminution des risques accrue pour la mère et son enfant. De plus, la césarienne présente des risques de complications, tels que des infections de la plaie et de l'utérus ainsi que des traumatismes à la vessie et aux intestins (Langlois, 2014). Les services de césarienne entraînent des répercussions sur l'organisation des services. Ils mobilisent du personnel et des plateaux techniques des hôpitaux en plus de l'épisode de soins hospitaliers qui s'en suit.

Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne réduit considérablement la mortalité et la morbidité maternelles et fœtales. Dans le cas contraire, il n'y a pas d'avantages reconnus et le risque d'issues défavorables est augmenté.

2.2.3 S'assurer que les femmes reçoivent du soutien en continu lors de l'accouchement.

2.2.4 Déployer graduellement les services d'accompagnantes à la naissance.

2.2.5 Réduire les interventions obstétricales évitables.

Objectif 2.3 Offrir une intensité des services dans une perspective d'universalisme proportionné

S'adapter

Les interventions les plus pertinentes en matière de réduction des ISS sont basées sur le principe de l'universalisme proportionné, c'est-à-dire qu'elles sont offertes à l'ensemble de la population, avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins des différents groupes. Ceci permet de réduire les barrières de différentes natures qui pourraient limiter l'accès à ces interventions et services. Selon ce dernier principe, il est souhaité d'offrir des services adaptés aux besoins des familles, en portant une attention particulière aux besoins de celles qui sont en situation de vulnérabilité, et ce, afin de réduire les écarts de santé dans la population (Poissant, 2014).

Agir tôt – un programme qui vise le développement optimal des enfants

Les enfants ont besoin de soutien pour se développer à leur plein potentiel. Ce soutien peut provenir des parents ou, lorsque nécessaire, du système de soins de santé et de services sociaux ou du milieu communautaire.

La plupart des enfants qui présentent des défis dans leur développement nécessitent un besoin de soutien complémentaire à ce qu'offrent les services de première ligne.

Le programme Agir tôt s'adresse aux enfants âgés de 0 à 5 ans et à leur famille. Il vise à identifier le plus rapidement possible les indices de difficultés dans le développement d'un enfant afin de l'orienter vers les bons services rapidement. L'objectif du programme est donc de soutenir le développement du plein potentiel des enfants et de faciliter leur entrée à la maternelle.

Les services du programme Agir tôt sont gratuits et offerts sur une base volontaire. Le programme est accessible dans l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec.

Le suivi postnatal

On constate actuellement une tendance à la baisse des DMS dans les unités mère-enfant. Pour l'ensemble des accouchements, la DMS au Québec est passée de 2,4 jours en 2018-2019 à 2,2 jours en 2022-2023. Pour les césariennes, la DMS était de 3,2 jours en 2018-2019 comparativement à 2,9 jours en 2022-2023 (données internes, MSSS). Considérant que la durée du séjour hospitalier lors de l'accouchement est de plus en plus courte, plusieurs enseignements ne peuvent être réalisés ou consolidés au centre hospitalier. Si les établissements de santé et de services sociaux ont déjà l'obligation de mettre en place une organisation de soins permettant d'offrir un suivi postnatal à tous les parents suite au congé du lieu de naissance, la modification de l'offre de services hospitalière déplace la responsabilité du soutien vers les services de proximité. Ainsi, le suivi postnatal permet d'assurer une continuité de soins essentielle pour toutes les familles.

Comme prescrit par la Politique de 2008, il est reconnu que le suivi doit comprendre un appel téléphonique dans les 24 heures et une visite à domicile dans les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance (Gamache et Poissant, 2016). On observe déjà une variabilité d'une région à l'autre dans la mise en œuvre du suivi postnatal systématique. Dans certaines régions, seule une faible proportion des parents sont visités à domicile (ex. : primipare ou clientèle vulnérable) et la clientèle immigrante est peu rejointe (données internes, MSSS).

Le but du suivi postnatal est de s'assurer de la santé et du bien-être de la mère, du nouveau-né et de la famille. Les visites à domicile par un professionnel de la santé sont associées à une meilleure santé mentale parentale, de meilleurs taux d'allaitement et une diminution des coûts de santé (Gamache et Poissant, 2016). De même, en cas de reconnaissance d'une situation problématique tant pour la mère, la famille que pour le nouveau-né, les professionnels effectuant le suivi postnatal sont en mesure de poser les actions pour résoudre certaines difficultés ou encore connaître les différentes ressources où orienter les parents pour une prise en charge. Bien que le suivi postnatal doit être offert à l'ensemble des nouveaux parents, certaines clientèles nécessitent un suivi plus intensif. Les familles vivant en contexte de vulnérabilité, en situation d'isolement social, ayant des problèmes de santé ou psychosociaux, des difficultés d'allaitement ou vivant un deuil périnatal ont généralement besoin d'un suivi plus soutenu. Au Québec, en 2022, plus de 430 familles ont vécu un deuil périnatal, soit le décès d'un fœtus de 28 semaines de grossesse ou plus ou d'un enfant âgé de moins d'une semaine (Statistique Canada, 2023). Il est reconnu

qu'un soutien insuffisant lors d'une situation de deuil périnatal peut entraîner des conséquences importantes à moyen et long terme chez les familles éprouvées (de Montigny, 2023).

2.3.1 Prioriser le soutien postnatal comme un service de base essentiel dès les premiers jours suivant le congé du lieu de naissance puis de façon modulée aux besoins de chaque famille, incluant celles ayant vécu un deuil périnatal.

Les familles vivant en contexte de vulnérabilité

Selon le Programme national de santé publique 2015-2025, la notion de « population en situation de vulnérabilité » renvoie aux personnes qui, en raison de leurs caractéristiques communes et selon les contextes, ont une probabilité plus élevée de développer des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux ou de subir des traumatismes (MSSS, 2015). Cette vulnérabilité est le résultat d'un ensemble de facteurs, incluant des conditions ou des circonstances sociales et économiques (ex. : accès à des ressources et à des services), ainsi que des caractéristiques individuelles particulières (ex. : âge, sexe, genre, origines ethnoculturelles, conditions de santé préexistantes, conditions de vie, statut socioéconomique, scolarité). Selon la problématique considérée, une même personne peut cumuler plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Les enfants ne naissent et ne grandissent pas tous dans des environnements favorables à leur développement optimal. L'édition 2022 de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle révèle d'ailleurs que plus du quart des enfants de la maternelle âgés de 5 ans est considéré comme étant vulnérable dans au moins un domaine de développement. Cette proportion est en augmentation depuis les dix dernières années, passant de 25,6 % en 2012 à 27,7 % en 2017, puis à 28,7 % en 2022 (Ducharme *et al.*, 2023).

Comme le démontre l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants à la maternelle 2022, les caractéristiques et les conditions de vie augmentent le risque qu'un enfant présente des vulnérabilités quant à son développement. Par exemple, vivre dans une famille à faible revenu, avoir des parents qui ont un faible niveau de scolarité, vivre dans une famille monoparentale ou recomposée, ne pas faire ou occasionnellement faire de l'activité physique pendant ses temps libres, passer plus de deux heures par jour à regarder ou à utiliser un écran, et ne pas avoir été exposé aux livres avant 12 mois (Groleau et Auger, 2023).

Au Québec, en 2022, près de 18 % des tout-petits âgés de 0 à 5 ans vivaient dans une famille à faible revenu (Lavoie et Auger, 2023). Ces familles sont plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire³. En effet, une étude canadienne montre que les familles vivant sous le seuil de la pauvreté, selon la mesure du panier de consommation (MPC)⁴, étaient au moins deux fois plus susceptibles de déclarer une situation d'insécurité alimentaire que celles vivant au-dessus du seuil de la pauvreté (35 % par rapport à 16 %) (Uppal, 2023). En 2022, 21 % des enfants québécois de moins de 18 ans vivaient dans une famille en

3. Selon Santé Canada (2020), « l'insécurité alimentaire est l'incapacité de se procurer ou de consommer des aliments de qualité, ou en quantité suffisante, de façon socialement acceptable, ou encore l'incertitude d'être en mesure de le faire ».

4. Définition de la MPC selon Statistique Canada (2022) : « La mesure du panier de consommation (MPC), élaborée par Emploi et Développement social Canada, désigne la mesure officielle de la pauvreté au Canada. Elle est fondée sur le coût d'un panier de biens et de services précis correspondant à un niveau de vie modeste et de base. Les seuils de la MPC représentent, selon des qualités et des quantités déterminées, le coût de la nourriture, des vêtements, du logement, du transport et des autres nécessités pour une famille de référence composée de deux adultes et deux enfants. »

contexte d'insécurité alimentaire (Li *et al.*, 2023). Grandir dans cet environnement n'est pas favorable au développement des tout-petits, particulièrement pendant les premières années de vie de ceux-ci.

Chaque année, le suivi Olo, offert dans tous les CLSC du Québec, soutient environ 7 000 nouvelles femmes enceintes en situation de pauvreté et leur famille (Fondation Olo, 2023). Ce suivi se fait via un accompagnement personnalisé par une intervenante qui intègre la remise de coupons donnant accès gratuitement à des aliments et le partage d'outils éducatifs pour bien manger, cuisiner et manger en famille pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant. Les arrimages entre le RSSS et les OC sont également un aspect mis de l'avant par le suivi.

Le programme SIPPE

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) font partie du service 1.2 du [Programme national de santé publique 2015-2025](#). Ils sont offerts aux familles avec de jeunes enfants vivant en contexte de vulnérabilité socio-économique. Ils sont offerts dès la douzième semaine de grossesse et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant. Les SIPPE ont pour objectif de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants et l'amélioration des conditions de vie des parents. Chaque année, environ 8 000 familles reçoivent des services dans le cadre des SIPPE.

L'apport essentiel des OC à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population est reconnu, et ce, particulièrement chez les personnes qui vivent en contexte de vulnérabilité. Cependant, les OC font face à des problèmes de sous-financement, de conditions de travail précaires et de difficultés de rétention de la main-d'œuvre (ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2022).

Les centres de pédiatrie sociale existent depuis 1997 au Québec. Ils ont pour but d'offrir aux enfants en situation de vulnérabilité les soins et services dont ils ont besoin pour se développer à leur plein potentiel. Intégrant service de santé et services sociaux, la pédiatrie sociale en communauté est une approche personnalisée, assurant des soins et services adaptés à chacun. En 2022-2023, près de 12 000 enfants en situation de grande vulnérabilité ainsi que leur famille étaient suivis dans un des 45 Centres de pédiatrie sociale du Québec (Fondation Dr Julien, 2023).

Dans un même ordre d'idées, la périnatalité sociale existe au Québec depuis quelques années. Offrant des soins et services adaptés aux besoins des femmes enceintes en situation de vulnérabilité, elle vise la création d'un environnement sain et sécuritaire pour les enfants, de la grossesse jusqu'à ce qu'ils aient cinq ans. En 2021-2022, plus de 275 familles en situation de vulnérabilité ont bénéficié de l'un ou l'autre des projets de périnatalité sociale financés par le MSSS, et près de 1 100 familles ont été suivies par l'une des Maisons bleues (données internes, MSSS).

Le programme P3CN

Le programme provincial de préparation commerciale pour nourrissons de mère vivant avec le VIH vise à permettre aux femmes québécoises qui vivent avec le VIH d'offrir une alimentation sécuritaire et appropriée à leurs nouveau-nés en assumant pour elles les coûts de la préparation commerciale pour nourrissons (PCN) au cours de la première année de vie du bébé (0-12 mois).

2.3.2 Augmenter et pérenniser le financement des organismes communautaires en périnatalité.

- 2.3.3 Compléter la mise en œuvre du suivi Olo, dans les 1 000 premiers jours, selon le cadre de référence actualisé en 2022.**
- 2.3.4 Soutenir le développement d'initiatives de périnatalité et pédiatrie sociales.**

AXE 3 – Soutenir les professionnels et les intervenants dans leurs interactions avec les familles

L'interaction avec les familles pendant la période périnatale et de la petite enfance implique de considérer les dimensions physiques, psychologiques, spirituelles, culturelles et sociales. Elle fait appel à diverses connaissances et compétences des professionnels de la santé et des intervenants impliqués, notamment :

- la prévention et promotion de la santé;
- la transformation des modèles de parentalité;
- les communautés ethnoculturelles;
- les enjeux psychosociaux (MSSS, 2008).

Chaque rencontre avec les familles est un moment où les intervenants peuvent en apprendre plus sur celles-ci et leurs besoins, tout en ayant l'occasion de repérer des situations à risque et d'intervenir au bénéfice de la famille. Pour ce faire, les professionnels et intervenants doivent se sentir suffisamment outillés et formés pour intervenir rapidement et efficacement auprès des familles ou pour les référer vers les ressources appropriées lorsque requis.

Le *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, non publié) a révélé qu'une offre de formations et d'outils était souhaitée par les professionnels et les intervenants en PPE, particulièrement sur les thématiques suivantes :

- la santé mentale des nouveaux parents;
- l'intervention auprès des clientèles ethnoculturelles;
- la violence conjugale;
- le deuil périnatal.

Étant donné leurs formations et leurs approches différentes face aux soins de santé en périnatalité, et en particulier face aux thématiques physiologiques, sociales et ethnoculturelles, le travail en collaboration des infirmières, des médecins et des sages-femmes pour les suivis de grossesse, par exemple, pourrait offrir un éventail qualitatif plus grand aux diverses problématiques des familles. De plus, l'instauration de cette alliance favoriserait probablement une plus grande cohésion de soins et un meilleur soutien entre les différents professionnels.

Objectif 3.1 Actualiser les compétences et les connaissances

Soutenir les professionnels, c'est soutenir les familles

La formation continue des professionnels de la santé et des intervenants en PPE aide à développer ou à maintenir les connaissances, compétences et habiletés, qui permettront d'offrir des soins et services adaptés aux différentes réalités (Archer *et al.*, 2020). Les difficultés d'accès à de la formation continue sont un enjeu pour plusieurs professionnels et peuvent influencer la qualité des soins donnés (Hakvoort *et al.*, 2022). De plus, les modalités de l'offre de formation continue doivent être variées et correspondre aux besoins des professionnels de la santé et des intervenants (Hakvoort *et al.*, 2022).

Il est important de reconnaître l'importance et la nécessité de la formation continue et d'en favoriser l'accès, afin de maintenir les compétences et la qualité des soins dans toutes les installations. L'accès à la formation continue pour tous les professionnels de la santé et les intervenants œuvrant en périnatalité doit être facilité par différentes mesures telles que des crédits de formation, du temps de formation rémunéré, de l'accompagnement clinique, du mentorat, des rencontres d'équipe régulières, etc.

Intervenir auprès des familles en tenant compte de la santé mentale des parents

La grossesse et la transition vers la parentalité sont des périodes charnières qui peuvent causer des émotions positives, mais aussi négatives ou même un stress persistant, qui pourront entraîner de la détresse psychologique chez les parents et futurs parents (Tremblay et Côté, 2019).

Compte tenu de l'importance de la santé mentale sur la vie des parents et des enfants, l'évaluation de la santé mentale devrait faire partie de toutes les interventions auprès des familles (Samson, 2023). Les notions liées à la santé mentale positive, qui est l'atteinte d'un état de bien-être mental, doivent également être bien comprises pour que les professionnels et intervenants soient en mesure de les intégrer dans leurs interventions auprès des familles. On rapporte toutefois que certains professionnels de la santé et intervenants en périnatalité rencontrent des difficultés à questionner les parents et les futurs parents quant à leur santé mentale, en raison d'un manque de connaissances et d'un malaise à aborder ce sujet (Higgins *et al.*, 2018; Samson, 2023). En février 2023 s'est tenue une journée de réflexion sur la santé mentale des nouveaux parents sous le thème « Prendre soin plutôt que soigner ». Cette journée a notamment réitéré le malaise des professionnels de la santé et a mis en lumière l'importance de soutenir la formation continue des professionnels et intervenants issus du RSSS et des organismes œuvrant en périnatalité pour favoriser la santé mentale chez les parents en contexte de périnatalité.

3.1.1 Diffuser de la formation et des outils en lien avec la santé mentale pour soutenir les professionnels de la santé et les intervenants qui œuvrent auprès des parents et futurs parents.

Intervenir auprès des familles en contexte d'immigration et issues de diversités ethnoculturelles

Comme décrit dans la section « Le soutien des familles en contexte d'immigration et nouvellement arrivées au Québec » de l'objectif 1.1, plusieurs barrières peuvent réduire l'inclusion et l'accès des familles immigrantes et issues de diversités ethnoculturelles au système de santé et de services sociaux. Les professionnels de la santé et les intervenants peuvent jouer un rôle dans la diminution de certaines barrières par leur accompagnement de ces familles. Toutefois, l'intervention en contexte interculturel peut susciter des interrogations et soulever des défis chez plusieurs intervenants. Le *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, non publié) rapporte le besoin des intervenants à être formés et outillés sur ce type d'intervention et un rapport du collectif de partenaires Immigration petite enfance Capitale Nationale corrobore cet élément. Il précise que la majorité des acteurs sondés dans leur région ne se sentent pas outillés pour intervenir avec des familles immigrantes et la majorité mentionnent aussi qu'ils ont peu ou pas du tout de connaissances en ce qui a trait à l'intervention interculturelle (Bationo *et al.*, 2018).

La formation « Intervenir en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle », réalisée par l'Institut universitaire SHERPA et l'équipe de Formation continue partagée du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, a pour objectif de soutenir les intervenants afin qu'ils développent une meilleure connaissance des enjeux reliés à l'immigration et à la diversité ethnoculturelle.

3.1.2 Offrir aux professionnels et intervenants de la formation et des outils afin de les sensibiliser aux diverses réalités vécues par les clientèles en contexte d'immigration et issues de diversités ethnoculturelles.

Accompagner et soutenir les pratiques en allaitement

La constante évolution des recommandations entourant l'allaitement nécessite une mise à jour régulière des connaissances des intervenants qui œuvrent auprès des familles. L'une des conditions pour le succès

de l'allaitement est de s'assurer que les professionnels et intervenants en périnatalité possèdent les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour assurer un soutien à l'allaitement. La formation nationale en allaitement vise le développement des compétences des professionnels et intervenants nécessaires pour soutenir les mères, les pères ou les coparents dans la prise de décisions quant au mode d'alimentation et aux soins du bébé ainsi que dans la préparation, l'amorce et la poursuite de l'allaitement (MSSS, 2022). Elle s'adresse principalement aux personnes qui dispensent des soins pré, per et/ou postnataux dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Cette formation répond également aux besoins de formation d'autres personnes impliquées dans le continuum de soins et de services de soutien en allaitement, tels que les OC.

La mise en place d'environnements favorables à l'allaitement et la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés (tels que décrits à l'objectif 1.3) sont des éléments essentiels au soutien à l'allaitement. Ces éléments doivent être intégrés dans le fonctionnement des équipes en périnatalité des établissements et être actualisés de façon continue.

L'accompagnement clinique en allaitement permet de soutenir les membres de l'équipe dans leur prestation des services en allaitement. L'accompagnatrice clinique a pour rôle de mettre en place les conditions favorisant le transfert de connaissances et de compétences par ses actions quotidiennes et son soutien auprès des intervenants en allaitement. Cet accompagnement permet de renforcer le pouvoir d'agir des intervenants qui contribuent, à leur tour, à renforcer le pouvoir d'agir des femmes et des familles qu'elles accompagnent (MSSS, 2017). Cet accompagnement permet également de soutenir la mise en œuvre de l'IAB.

3.1.3 Mettre à jour la Formation nationale en allaitement afin de soutenir le développement des compétences nécessaires à la mise en œuvre des pratiques cliniques efficaces en allaitement.

3.1.4 Offrir aux membres des équipes qui dispensent des soins pré, per ou postnataux un accès à des accompagnatrices cliniques en allaitement pour les soutenir dans la mise en œuvre des pratiques cliniques optimales en allaitement.

Intervenir en contexte de violence conjugale

La période périnatale est un moment où les femmes sont plus à risque de subir de la violence conjugale, étant donné de nombreux changements qui surviennent sur les plans physique, émotionnel et social ainsi que la présence d'un contexte d'adaptation entre le couple, la gestion familiale et la parentalité (Laforest *et al.*, 2018). Comme les services de périnatalité permettent d'avoir des contacts répétés pendant la grossesse et la période postnatale, qui constituent des occasions pour repérer et intervenir précocement auprès des victimes, ils représentent un moment privilégié pour l'inclusion d'activités de prévention de la violence conjugale. (Laforest *et al.*, 2023). L'amélioration des connaissances, des habiletés et des pratiques des professionnels et des intervenants au sujet de la violence conjugale peut permettre de réduire la prévalence et la reproduction de cette problématique. Une bonne connaissance des ressources venant en aide aux victimes permet également d'orienter les femmes qui en sont victimes vers les ressources appropriées.

En ce sens, le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et faite aux femmes, INSPQ et le MSSS ont conçu la formation en ligne « Violence conjugale : connaître, détecter, intervenir ». Elle est offerte gratuitement sur l'Environnement numérique d'apprentissage et a pour objectif de permettre aux professionnels de la santé et aux intervenants hors réseau d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'identification précoce de la violence en contexte conjugal, ainsi qu'à l'intervention auprès des femmes, des hommes et des enfants.

3.1.5 Promouvoir la formation provinciale « Violence conjugale : connaître, détecter, intervenir » ainsi que la fiche synthèse « Violence conjugale périnatale » auprès des professionnels et intervenants.

Accompagner le deuil périnatal

Peu importe la nature et la raison de la perte périnatale, la femme, le père ou le coparent peuvent ressentir des émotions reliées au deuil (Belleau, 2019). Selon le cas, les professionnels de la santé peuvent se sentir inefficaces dans leurs interventions auprès des familles endeuillées (de Montigny, 2023). Ces interventions en contexte de deuil demandent du temps ainsi que de l'ouverture et de l'empathie de la part des intervenants.

Au Québec, en 2023, il n'existe pas d'orientations provinciales ni de protocoles officiels pour accompagner les familles qui vivent un deuil périnatal. L'offre de services est inégale et les pratiques, souvent basées sur des croyances et des expériences personnelles, sont variables selon les régions (Belleau, 2019; de Montigny, 2023). En ce sens, les services entourant le deuil périnatal doivent être uniformisés selon les meilleures pratiques basées sur les données probantes, afin d'améliorer l'expérience vécue par les parents et de diminuer les effets négatifs, notamment sur la santé mentale des parents.

3.1.6 Diffuser des orientations et des outils pour les professionnels de la santé sur le deuil périnatal.

Intervenir auprès des femmes enceintes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Les femmes enceintes vivant avec une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) font face à de nombreux défis, particulièrement lors de la période périnatale (MSSS, 2020). La méconnaissance des besoins et de la réalité que vivent ces femmes par les professionnels de la santé peut donner lieu à des préjugés influençant les soins qui leur sont offerts. Parmi les obstacles rencontrés par ces femmes, notons la difficulté d'accès à de l'information juste et adaptée et une plus faible propension des professionnels de la santé à travailler en interdisciplinarité. Ce faisant, les femmes vivant avec une DP, une DI ou un TSA ne se sentent pas suffisamment préparées, soutenues et aptes à prendre des décisions éclairées tout au long de la trajectoire périnatale (INESSS, 2023).

Dans un souci d'équité, d'inclusion et de respect de la personne, les professionnels de la santé doivent être en mesure de répondre adéquatement aux besoins des femmes vivant avec ces problématiques et leur famille.

3.1.7 Diffuser de la formation et des outils pour les professionnels de la santé et les intervenants œuvrant auprès des femmes enceintes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et leur famille.

Objectif 3.2 Miser sur l'expertise de chacun par des pratiques de collaboration

Se faire confiance

De nombreux professionnels de la santé et intervenants sont appelés à interagir auprès des familles au cours de la période périnatale et la petite enfance, et ce, autant des intervenants du RSSS que du milieu communautaire. La réalité des milieux, des trajectoires de soins et des besoins variés des parents nécessite un échange continu d'informations et la mise en commun des expertises de chacun des professionnels impliqués dans les services aux familles. La collaboration interprofessionnelle est essentielle pour offrir

des soins de qualité, accessibles et sécuritaires aux familles, favorisant ainsi une bonne santé maternelle et infantile (MSSS, 2018; Schulz et Wirtz, 2023).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la collaboration interprofessionnelle permet l'optimisation et le renforcement des systèmes de santé ainsi que l'amélioration des résultats de santé (OMS, 2010). La collaboration entre professionnels de la santé et intervenants permet une pratique plus proactive et motivante ainsi qu'un renforcement du sentiment de satisfaction au travail, une meilleure efficacité, une diminution de l'épuisement professionnel et une meilleure rétention des employés (Champagne et Gaudreault, 2019). Il est démontré que la collaboration interprofessionnelle permet une réduction des admissions à l'hôpital et réduit le temps de séjour et les réadmissions, ce qui est associé à une diminution des coûts liés aux soins de santé (Champagne et Gaudreault, 2019).

La mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle devrait impliquer les éléments suivants :

- L'identification des objectifs communs et des enjeux.
- La mise en place d'un bon système de communication.
- La présence d'un leadership fort des gestionnaires et des professionnels qui croît au bénéfice de la collaboration.
- La création du sentiment d'appartenance des professionnels impliqués et le besoin de bâtir la confiance entre eux.
- L'accès aux ressources logistiques, financières, matérielles et ainsi qu'aux systèmes de gestion et de gouvernance nécessaires pour concrétiser la collaboration (Champagne et Gaudreault, 2019).

Favoriser la création et le maintien de liens entre les centres hospitaliers, les CISSS et CIUSSS et les OC facilite la continuité des soins, entre autres par le partage d'informations entre les différents intervenants. Afin que cette collaboration puisse se faire de façon efficiente, l'utilisation d'outils de communication informatisés, uniformisés ou compatibles et performants est essentielle pour éviter la perte d'information et de temps, le dédoublement ou une erreur de services. Les outils existants doivent être utilisés à leur plein potentiel, et de nouveaux moyens de communication peuvent être développés pour favoriser la collaboration entre les instances. Le partage d'informations de façon rapide et fluide entre les intervenants et professionnels de la santé est une condition essentielle pour offrir des services et soins de santé sécuritaires, pertinents et en temps opportun à l'ensemble de la population.

L'interdisciplinarité au cœur des services en périnatalité et petite enfance

L'interdisciplinarité se définit comme « une modalité de l'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines » (Payette, 2001). L'interdisciplinarité en périnatalité et petite enfance implique la collaboration de plusieurs intervenants qui ont des professions, des compétences et des expériences variées, dans le but d'atteindre des objectifs communs pour la santé et le bien-être des familles (Bordeleau, 2024).

L'interdisciplinarité implique la prise d'une décision partagée entre les professionnels de la santé et la famille sur les objectifs à atteindre et sur les moyens à mettre en œuvre. Dans le processus décisionnel, les parents doivent être considérés comme un membre à part entière de l'équipe interdisciplinaire puisque leurs besoins orientent les actions des membres de l'équipe (Bordeleau, 2024).

Actuellement, les suivis de grossesse et les suivis de santé des enfants impliquent en général un seul type de professionnel, excepté dans les cas où une problématique particulière exige la contribution d'un autre professionnel. Toutefois, un sondage (CROP 2019, non diffusé), où plus de 400 parents québécois ont été interrogés, a révélé que plus de 20 % des répondants auraient souhaité avoir un suivi de grossesse

impliquant deux ou trois professionnels différents. Le déploiement d'équipes de travail interdisciplinaires est une avenue des plus intéressantes pour améliorer l'offre de services aux familles.

- 3.2.1 Mettre en place et soutenir des équipes de travail interdisciplinaires en périnatalité et petite enfance.**
- 3.2.2 Favoriser une connaissance des services, une confiance et une collaboration mutuelle entre le RSSS et le milieu communautaire.**
- 3.2.3 Optimiser et développer des mécanismes de liaison entre les professionnels de la santé et les intervenants impliqués en périnatalité et petite enfance.**

La concertation en périnatalité et petite enfance

En 2017, le MSSS a publié la stratégie ministérielle : *Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé* qui soutient la pertinence de travailler en concertation et incite un ensemble d'acteurs gouvernementaux et de la collectivité à se mobiliser pour agir en faveur de la santé. Une collaboration intersectorielle entre différents réseaux, secteurs, paliers, professionnels de la santé et intervenants permet d'agir sur un ensemble de facteurs qui peuvent influencer le développement des enfants de manière souvent complémentaire.

Les cinq objectifs suivants sont tirés de la première orientation de la stratégie ministérielle et s'appliquent à la mise sur pied ainsi qu'à la poursuite de concertations en périnatalité et petite enfance :

1. S'investir dans les structures de concertation intersectorielle existantes.
2. Sensibiliser les acteurs des différents secteurs à l'égard de la santé des tout-petits et de ses déterminants.
3. Partager les connaissances sur les problématiques communes entre les secteurs.
4. Développer les compétences des acteurs des différents secteurs.
5. Recourir à des démarches et à des outils pratiques pour soutenir la collaboration intersectorielle et les actions favorables à la santé des tout-petits.

Plus récemment, le MSSS a publié le cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*, qui appuie les objectifs cités précédemment (MSSS, 2023). Ce document réitère l'importance de s'assurer que les services soient visibles et connus par l'ensemble des partenaires et la population et de s'assurer une gouvernance collaborative et intégrée avec les partenaires internes et externes en tout temps.

En complément, le bilan de dix ans d'action collective publié par *Avenir d'enfants* met de l'avant des recommandations pour poursuivre les efforts nationaux, régionaux et locaux pour favoriser le développement des tout-petits (Clément *et al.*, 2019). Une de celles-ci précise qu'une condition de succès pour atteindre cet objectif est de réunir des partenaires qui agissent collectivement avec des priorités communes en faisant des actions concertées, tout en évaluant celles-ci afin de s'améliorer continuellement.

Les objectifs et conditions de succès nommés ci-haut pour favoriser une collaboration intersectorielle et concertée peuvent aussi s'appliquer à d'autres populations, comme les personnes en contexte d'immigration et issues des diversités ethnoculturelles ainsi que les communautés des Premières Nations et Inuit, afin d'adapter les soins et les services à leurs réalités en considérant les barrières d'accès existantes. D'ailleurs, le Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027 réaffirme la nécessité d'une action concertée et adaptée aux réalités propres aux Premières Nations et aux Inuit (Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit, 2022).

- 3.2.4 Mettre en place des modalités de concertation nationale, régionale et locale en périnatalité et petite enfance pour favoriser la collaboration intersectorielle.**

- 3.2.5 Établir et renforcer des liens entre le RSSS et les organisations impliquées dans l'accueil des personnes immigrantes nouvellement arrivées au Québec, visant à les informer notamment des services offerts en périnatalité et petite enfance.**
- 3.2.6 Développer et maintenir des canaux de communication reconnus et efficaces entre le RSSS, le milieu communautaire et les organismes partenaires des Premières Nations et Inuit qui offrent différents services aux communautés.**

AXE 4 – Développer des outils pour soutenir l'organisation des services

Pour être performants et satisfaisants, les services de santé et sociaux en périnatalité et petite enfance doivent s'appuyer sur des données cliniques et socio-sanitaires. Cependant, l'accès aux données grâce à la mise en place de solutions informatiques et au partage des renseignements est un enjeu de taille.

Les bénéfices de l'accès à l'information sont considérables, notamment pour :

- améliorer la qualité, l'efficacité et la rentabilité de l'offre des soins;
- améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé et des intervenants;
- mesurer les effets des politiques de santé publique et des campagnes de prévention;
- faire progresser la recherche et l'innovation.

L'organisation des services doit s'appuyer sur des données justes. Elle doit s'adapter en fonction des variations démographiques et des besoins de la population. Afin d'avoir une connaissance pointue de l'état de santé de la population, des pratiques cliniques en place et des pratiques organisationnelles, les systèmes d'information en place doivent être optimisés (MSSS, 2008).

Pour ce faire, les différents lieux où sont offerts des services ainsi que les professionnels qui les offrent doivent être en mesure de compiler les données adéquates concernant leurs interventions et pouvoir partager celles-ci aux autres intervenants concernés. D'un point de vue plus macro, ces données doivent également être accessibles pour mesurer l'implantation des services, leurs utilisations et soutenir le système dans une perspective d'amélioration continue.

Le développement d'indicateurs et l'analyse des données qui en ressortent sont des moyens à privilégier pour obtenir des informations précises et actualisées sur notre système de santé.

La recherche en périnatalité et petite enfance, quant à elle, est requise afin de générer de l'innovation, de favoriser l'utilisation et l'application des données probantes dans la pratique en santé et services sociaux.

Objectif 4.1 Développer des indicateurs relatifs au secteur de la périnatalité et de la petite enfance et utiliser les bases de données à leur plein potentiel

Mesurer pour s'améliorer

Le jumelage des différentes sources de données

Les systèmes de collecte de données sont multiples, complexes et ne permettent pas de connecter les différents professionnels et les différentes installations. Certaines installations sont dotées de système informatisé (ex. dossiers médicaux électroniques, dossiers cliniques informatisés), alors que d'autres n'ont pas accès à des outils informatiques. De plus, même si des systèmes sont en place, ils ne sont pas nécessairement compatibles entre eux et l'échange de renseignements pour la continuité des soins et services peut s'avérer un défi substantiel.

L'amélioration des processus d'accès et les arrimages entre les différentes sources de données, telles que le Registre des événements démographiques, MedEcho et ICLSC, peuvent permettre de suivre le continuum de soins et de services de la population visée par le Plan d'action et encourage la collaboration entre les professionnels de la santé. La Loi 5, adoptée en mars 2023, constitue une étape importante de ce changement de paradigme en lien avec les renseignements de santé et de services sociaux. Elle vise à

augmenter la fluidité et la sécurité de ces renseignements, afin de faciliter le travail des professionnels de la santé et de simplifier les démarches des usagers.

4.1.1 Développer un dossier obstétrical informatisé.

4.1.2 Produire des indicateurs relatifs à la périnatalité et la petite enfance à partir du jumelage des bases de données existantes.

Les indicateurs de suivi

L'évaluation de l'atteinte des objectifs du Plan d'action peut se faire en mesurant la portée de ses actions. Pour ce faire, le développement d'indicateurs mesurables et spécifiques est nécessaire pour chaque action, permettant ainsi de préciser des cibles à atteindre pour ceux-ci. Le suivi des indicateurs en continu permet de dégager des constats et de formuler des recommandations pour soutenir la réalisation des actions.

Les outils existants et les bases de données clinico-administratives sont à exploiter pour suivre les indicateurs. Certaines collectes de données et redditions de compte auprès des parties prenantes peuvent aussi être nécessaires pour compléter les renseignements qui ne sont pas disponibles autrement. Ainsi, l'ensemble des partenaires, tant du RSSS que du milieu communautaire, sont appelés à contribuer au suivi des actions, afin de s'assurer que le Plan d'action réponde adéquatement aux besoins de la population, tout en restant sensible aux enjeux rencontrés. Le partage des données et des résultats favorise le dialogue et la collaboration entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

4.1.3 Suivre les indicateurs spécifiques définis pour des thématiques liées à la périnatalité et la petite enfance (ex. : interventions obstétricales, allaitement, etc.).

4.1.4 Développer et diffuser des indicateurs prospectifs pour mieux planifier et optimiser les services en périnatalité et petite enfance sur le territoire.

Documenter la mortalité maternelle

La mortalité maternelle est l'indicateur le plus utilisé à l'échelle mondiale afin d'évaluer l'accessibilité des soins périnataux et l'état de santé des mères. Le Québec a réalisé des progrès importants en matière de santé maternelle au cours des dernières décennies, entre autres, grâce aux avancées médicales et à l'organisation des soins et des services périnataux. La mortalité maternelle est un événement rare au Québec (MSSS, 2018). Toutefois, il existe toujours un risque d'une issue défavorable, ce qui nécessite une vigilance accrue et constante quant aux facteurs de risque et à la qualité des soins (MSSS, 2018). Le 1^{er} novembre 2022, le Bureau du coroner mettait en vigueur des changements à la Loi sur les coroners rendant obligatoire la déclaration des décès maternels. La surveillance des décès maternels et la recension des cas de décès qui auraient pu être évités demeurent malgré cela complexes. Un simple recensement des cas ne peut donner un portrait clair de la situation.

Le décès d'une mère est une tragédie qui entraîne des conséquences dévastatrices pour les familles et elle pose des enjeux importants pour les fournisseurs de soins. Malgré leur rareté, une amélioration est encore possible, car plus de la moitié des décès maternels sont considérés comme probablement ou possiblement évitables.

Dans le respect de la confidentialité de ces données sensibles, il est primordial de tout mettre en œuvre pour comprendre et pour recommander les actions qui permettront de mieux outiller les professionnels et les équipes de soins afin de réduire la mortalité maternelle. Comme nommé précédemment, les décès maternels sont des événements, heureusement, extrêmement rares dans les pays à niveau de ressources élevé et, dans ce contexte, l'étude de la morbidité maternelle sévère (MMS) pourrait apparaître comme un indicateur plus intéressant des performances d'un système de

soins. À l'inverse de la mortalité maternelle, il n'existe pas encore de définition consensuelle de la MMS, ce qui rend le recueil de données encore plus difficile que celui de la mortalité maternelle. Il est néanmoins estimé que pour chaque décès maternel il existe une centaine de femmes qui seront aux prises avec des complications obstétricales menant à une morbidité sévère. En travaillant sur les causes évitables de la mortalité maternelle, on peut aussi espérer avoir un effet majeur pour réduire de façon importante la morbidité sévère.

4.1.5 Mettre en place un comité de suivi sur la mortalité maternelle incluant différents partenaires (ex : Collège des médecins du Québec, coroner, Santé publique, etc.).

Objectif 4.2 Soutenir le développement de la recherche en périnatalité et petite enfance

Soutenir les décideurs à partir des données probantes

La recherche en périnatalité et petite enfance

Par le développement de connaissances et de données probantes, la recherche met en lumière des pratiques émergentes et soutient l'offre de soins et de services. Le transfert et l'utilisation de ces connaissances sont incontournables afin de consolider les façons de faire et de développer des pratiques innovantes en matière de soins et services. La recherche contribue ainsi à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies efficaces et efficientes au bénéfice des familles, en apportant des données probantes pour éclairer la prise de décision des pouvoirs publics.

4.2.1 Soutenir la recherche en périnatalité et petite enfance et mettre en place des mesures pour favoriser le transfert et l'utilisation des connaissances.

Objectif 4.3 Implanter des programmes de soins structurants basés sur des données probantes

Maximiser la qualité et la sécurité des soins en agissant sur l'organisation des services

La prévention des risques obstétricaux

La pratique obstétricale implique une collaboration interprofessionnelle qui se doit d'être optimale pour prévenir les risques obstétricaux, particulièrement lors des situations d'urgence. Depuis de nombreuses années, des programmes de formation exhaustifs et pratiques sur la prise en charge du travail, de l'accouchement et des risques associés ont été mis en place au Canada pour les équipes travaillant en obstétrique (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPROob), Gestion sécuritaire du mode d'accouchement (GESMA)). Ces formations sont basées sur les meilleures données probantes mises à jour annuellement et visent notamment :

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins;
- la diminution des interventions obstétricales évitables et des risques d'événements défavorables;
- l'amélioration de la communication entre les intervenants;
- l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Parmi les améliorations qu'a permis le programme canadien AMPROob, on note la durée de la ventilation s'avérant nécessaire chez les nouveau-nés, la baisse de la morbidité infantile grave, la diminution du nombre de déchirures ou lacérations chez les mères et la réduction de l'hospitalisation. Les hôpitaux ont

été, entre autres, à même de réduire le nombre d'admissions à l'unité néonatale de soins intensifs et de déclenchements du travail par convenance tout en améliorant la satisfaction des patientes et la satisfaction au travail des professionnels.

Il est à noter que la Politique de périnatalité 2008-2018 préconisait « d'assurer dans un contexte d'interdisciplinarité, l'accès à un programme de formation continue sur l'amélioration de la qualité des soins périnataux et la gestion des risques obstétricaux », favorisant ainsi les interventions obstétricales pertinentes, sécuritaires et humaines (MSSS, 2008).

4.3.1 Renforcer la gestion interdisciplinaire de prévention des risques obstétricaux.

Conclusion

Fort des orientations consensuelles qui ont été énoncées dans la Politique de périnatalité 2008-2018, la population du Québec peut compter sur des services inclusifs et centrés sur la famille offerts tant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans les organismes communautaires. Les services de santé et les services sociaux en périnatalité et petite enfance offerts au Québec permettent de répondre tant aux besoins d'information et de soutien qu'aux soins des femmes, des enfants et de leur famille. Ils visent également à préserver la cellule familiale le plus possible en redonnant le pouvoir d'agir aux familles sur leur santé.

Le bilan de la Politique a permis de mettre en évidence la nécessité de poursuivre les efforts pour améliorer les services. Ainsi, plusieurs cibles déjà présentes dans la Politique de 2008, restent à atteindre. Le présent Plan d'action vise à identifier les objectifs et les actions qui devraient guider l'ensemble des gestionnaires, des professionnels et des intervenants qui œuvrent en périnatalité et petite enfance dans l'atteinte de ces cibles.

Plus particulièrement, le Plan vise à renforcer l'importance du travail collaboratif et interprofessionnel. Pour répondre aux besoins en croissance des prochaines années et augmenter la capacité des services, la mise en commun des actions du RSSS, du secteur communautaire ainsi que des partenaires de la communauté est incontournable. Les liens qui unissent les différents lieux où sont offerts les services et les professionnels qui y exercent sont à renforcer pour simplifier le travail et augmenter l'efficacité, l'organisation et l'accès aux services.

Les actions en prévention doivent être mises de l'avant pour réduire le recours aux services et la pression sur le système de santé et de services sociaux. Miser sur le soutien des pratiques parentales dès la grossesse et accompagner les parents dans la période périnatale sont la clé d'une bonne transition à la parentalité. Les parents et futurs parents doivent être au cœur de toutes les décisions en matière de périnatalité et de petite enfance. Les mères et les pères doivent être considérés comme des partenaires dans les services. L'offre de services qui leur est proposée devrait toujours être orientée vers le renforcement de leur pouvoir d'agir et vers le développement optimal de leur enfant.

ANNEXE 1 – Bilan de la Politique de périnatalité

Recommandations issues du bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018 – périnatalité, prénatal, perinatal, post-natal

Prévention-promotion - 42 % des parents auraient aimé être mieux préparés pour la première année de vie de leur enfant. - L'information transmise aux parents par les intervenants doit être harmonisée. - Accompagnement au rôle parental et soutien psychologique. Recommandations : - Poursuivre la publication et la distribution gratuite du Guide Mieux Vivre. - Développer un programme de soutien des pratiques parentales universel. - Investir les sommes nécessaires pour la poursuite des interventions de prévention et de promotion.	Consommation d'alcool et de substances - 48 % de femmes disent ne pas avoir parlé de consommation d'alcool avec leur professionnel de la santé. Recommandations : - Reconduire toutes les orientations énoncées en 2008. - Inclure le financement de projets sur l'impact de la consommation de cannabis pendant la grossesse sur le développement des enfants.	Services sage-femmes - La demande des parents qui souhaitent les services de sage-femme est 2 fois plus élevée que la capacité du réseau à y répondre. - Problème de rétention des sage-femmes et faible nombre de graduées/an. Recommandations : - Augmenter le nombre de sage-femmes. - Élargir les collaborations et le champ de pratiques des sage-femmes dans le RS55.	Interventions obstétricales • 23 % des établissements manquent de ressources pour offrir un accompagnement tout au long du travail et de l'accouchement (exclut les services sage-femme). • Formation du personnel sur l'approche physiologique du travail et de l'accouchement Recommandations : • Faciliter l'accès aux stages en obstétrique pour les infirmières • Formation des intervenants sur la pertinence des interventions obstétricales, la stimulation et l'induction du travail.
Défis régionaux et régions nordiques - Les équipes de moins de 5 pédiatres ne permettent pas d'assurer des services 24/7 (Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik). - Découvertes de services en obstétrique. Recommandations : - Maintenir des services de proximité dans les communautés. - Améliorer l'accès à Internet dans les régions. - Soutenir le développement, la formation et le savoir des intervenants inuits.	Santé mentale - 30 % parents ont consulté un psychologue, psychothérapeute ou travailleur social pendant la grossesse. - 24 % des parents aimeraient un soutien psychologique pendant la grossesse jusqu'à un an après l'accouchement. Recommandations : - Faire de la promotion de la santé mentale positive auprès de la clientèle et des intervenants en périnatalité. - Assurer une offre de services de soutien clinique et communautaire à tous les parents qui en ont besoin. - Améliorer la formation (initiale et continue) des intervenants.	Information prénatale - 40 % des parents auraient aimé être mieux préparés pour l'accouchement. - Rendre plus accessibles les rencontres prénatales et promouvoir les services disponibles auprès des parents. - Revoir l'approche des rencontres prénatales pour les rendre plus interactives, pratiques et concrètes. Recommandations : - Actualiser l'offre d'information prénatale, notamment les rencontres de groupe.	Suivi pédiatrique - Accès aux services médicaux pour tous les enfants. - Augmenter les services aux parents pendant les premiers mois avec bébé : augmenter le nombre de visites à domicile (14 %) et l'accès à des rendez-vous avec un professionnel de la santé (6 %). Recommandations : - Améliorer les liens entre professionnels de première ligne et pédiatre. - Formation pour l'utilisation de l'ABCdair par les professionnels qui peuvent faire le suivi des enfants de 0 à 5 ans. - Faciliter la formation des IPS pour la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans.
Réalité ethnoculturelle - Plus de 1/2 des établissements n'ont pas accès à de la formation ou des outils adaptés aux groupes ethnoculturels. - Longs délais d'accès aux services d'interprètes. Recommandation : - Adapter les services de périnatalité aux divers groupes ethnoculturels.	Violence conjugale - Besoins de balises claires sur : les outils et les interventions à privilégier par les intervenants, une trajectoire de référencement des femmes enceintes en cas de violence conjugale. - Nécessité d'avoir un intervenant pivot entre les services. - Formation des intervenants et des professionnels. Recommandations : - Mettre en place les conditions organisationnelles pour favoriser la détection, la référence et la prise en charge. - Intégrer une intervention préventive lors du suivi de grossesse et le suivi à long terme du développement de l'enfant.	Suivi de grossesse - 23,5 % des grossesses ne sont pas prises en charge au 1er trimestre. - Plusieurs parents souhaitent donner naissance en maison de naissance (10 %) ou à la maison (6 %). Recommandations : - Renforcer la hiérarchisation pour maximiser la disponibilité des spécialistes et favoriser leur répartition dans la province. - Renforcer les mécanismes de prise en charge dès le premier trimestre pour toutes les femmes.	Soins de fin de vie et deuil - Offrir du soutien psychologique lors d'une fausse couche. - Augmenter les services et le soutien en situation de deuil. Recommandations : - Développer des lignes directrices nationales sur l'accompagnement au deuil périnatal. - Offrir une formation de base aux intervenants. - Promouvoir la fiche « Décès et deuil périnatal » du Portail. - Optimiser les services dans toutes les régions.
Allaitement - 53 % des mères primipares trouvent qu'elles n'ont pas été assez préparées à l'allaitement par les professionnels qui ont suivi leur grossesse. - 41 % des femmes trouvent que l'information communiquée sur le lieu de naissance n'était pas uniforme entre les intervenants. - Formation des intervenants en allaitement. Recommandations : - Mieux soutenir la demande des femmes et des familles. - Soutenir les établissements dans le processus pour devenir IAB. - Améliorer la formation des professionnels de la santé.	Adoption - Soutien approprié pour les familles pour les aider à faire des choix éclairés et par la suite, si les enfants ont des besoins particuliers. Recommandation : - Organiser et diffuser une offre de services provinciale et consolider le soutien aux familles.	Procréation assistée - 15 % de la population canadienne présentait des problèmes de fertilité (2015). - Les demandes pour ces services ont connu une forte progression. Recommandations : - Offrir des services assurés en procréation médicalement assistée. - Assurer une offre de services équitables en région. - Suivre les données pour ajuster l'offre de service.	Prématurité et anomalies congénitales - Améliorer les liens entre les services spécialisés et de proximité. - Améliorer l'accès aux services de stimulation et de réadaptation. Recommandations : - Assurer le soutien de la famille par un intervenant-pivot. - Faire connaître le programme Agir tôt aux parents. - Optimiser l'offre de services pour assurer un accès aux services dans les délais optimaux.
Parents en contexte de vulnérabilité - Plus de temps est nécessaire pour accompagner les parents qui présentent de grands besoins. - Plusieurs parents présentent des besoins en santé mentale et dépendance, mais ne reçoivent pas les services précocement. Recommandations : - Poursuivre les travaux visant à améliorer les SIPPE. - Offrir rapidement aux parents les services nécessaires en santé mentale/dépendance. - Soutenir la Fondation Olo et le RS55 pour l'implantation du nouveau cadre de référence.	Avis de grossesse - Rejoindre les clientèles vivant en contexte de vulnérabilité. - Répondre aux besoins des femmes enceintes en temps opportun. Recommandations : - Poursuivre les travaux d'implantation du service Ma grossesse et s'assurer de rejoindre la clientèle en contexte de vulnérabilité.	Congé postnatal - Faible proportion de parents visités en postnatal dans certaines régions plus peuplées. - Obstacles organisationnels dans la réalisation des visites postnatales (pénurie de main d'œuvre, communication entre lieu de naissance et CLSC). Recommandations : - Accompagner les familles pour les soutenir dans la transition à la parentalité. - Offrir une intensité de services en postnatal selon les besoins des parents. - Poursuivre les efforts pour améliorer l'inclusion des pères.	Dépistage de la surdité Recommandations : - Soutenir le déploiement du programme québécois de dépistage de la surdité dans tous les établissements. - Soutenir l'arrimage des systèmes d'information et la disponibilité des ressources humaines.

ANNEXE 2 – Tableaux synoptiques

Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028	
Axe 1 – Renforcer le pouvoir d'agir	
1.1 Centrer les soins et services sur la cellule familiale	
1.1.1	Adapter les environnements et les pratiques pour soutenir et protéger la cellule familiale et pour favoriser la participation de la mère et du père, du coparent ou de la personne significative tout au long de la trajectoire périnatale et de la petite enfance
1.1.2	Adapter les outils et formulaires pour les rendre plus inclusifs au père ou au coparent
1.1.3	Offrir des lieux culturellement sécurisants aux familles des Premières Nations et Inuit pour les soins et pour l'hébergement lorsque requis
1.1.4	Instaurer et soutenir des services de personne-ressource en périnatalité et petite enfance au sein des organismes communautaires pour l'accompagnement des personnes immigrantes et nouvellement arrivées au Québec
1.1.5	Adapter les services offerts aux personnes issues des communautés ethnoculturelles et aux personnes immigrantes et nouvellement arrivées au Québec
1.1.6	Mettre en place des espaces et des ressources pour favoriser l'implication et la participation des parents dont le nouveau-né est hospitalisé
1.1.7	Faciliter le retour à la maison des familles avant leur sortie du lieu de naissance par des rencontres et de l'information sur les ressources locales et faire les références, lorsqu'indiquées
1.2 Faire du choix éclairé la norme dans l'ensemble des soins et services	
1.2.1	Offrir aux parents une information juste et adaptée pour leur permettre de prendre des décisions libres et éclairées tout au long de la trajectoire périnatale
1.2.2	Mettre en place une culture de soins respectueux, sécurisants, non discriminatoires et non stigmatisants
1.3 Mettre de l'avant des pratiques et des environnements favorables à la parentalité et au développement de l'enfant	
1.3.1	Mettre en place un programme universel de soutien des pratiques parentales, basé sur les données probantes

1.3.2	Favoriser le déploiement des pratiques optimales en allaitement pour soutenir les femmes et leur famille dans la prise de décision quant au mode d'alimentation du nourrisson ainsi que dans la préparation, l'amorce et la poursuite de l'allaitement.
1.3.3	Poursuivre la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés dans l'ensemble des services du réseau, incluant le développement et la diffusion d'un processus de reconnaissance par étape et un système de monitoring des pratiques tant dans les unités de naissance et de néonatalogie que dans les services de sage-femme et les CLSC
1.3.4	Mettre en place, dans chaque région, un accompagnement des établissements pour la mise en œuvre des pratiques recommandées en allaitement
1.3.5	Diffuser des outils pour favoriser le bien-être des parents et la promotion d'une santé mentale positive en période périnatale
1.3.6	Faire connaître aux parents les ressources d'aide et de soutien en santé mentale
1.3.7	Faire connaître auprès de la population les ressources d'aide et de soutien en violence conjugale et sensibiliser la population aux risques plus élevés de violence conjugale en période périnatale
1.3.8	Sensibiliser et informer les parents et futurs parents sur les répercussions de leur consommation de produits du tabac et de vapotage, d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives pendant la période périnatale et de la petite enfance et soutenir les parents vivant des difficultés liées à leur consommation
1.4 Informer les parents au bon moment et selon leurs besoins	
1.4.1	Offrir un service de soutien téléphonique et par clavardage 24/7 via le service Info-Santé pour répondre aux questions en lien avec la périnatalité
1.4.2	Bonifier l'information transmise aux familles via le service <i>Ma grossesse</i>
1.4.3	Diffuser et implanter un cadre de référence et des outils complémentaires pour soutenir l'organisation et l'animation de rencontres pré et post natales
1.4.4	Identifier les activités prioritaires à réaliser sur le lieu de naissance et après le retour au domicile ainsi que les conditions essentielles pour l'obtention du congé précoce
1.4.5	Développer et diffuser un outil permettant de sensibiliser la population au deuil périnatal et à la prévalence des fausses couches et à leurs effets sur les parents et leur entourage
1.4.6	Prévenir les traumatismes non intentionnels chez les nourrissons et les jeunes enfants

Axe 2 – Innover pour améliorer l'accès aux soins et services**2.1 Augmenter l'agilité et l'efficience du réseau**

- 2.1.1 Revoir la norme de prise en charge populationnelle des effectifs médicaux pour la périnatalité et la petite enfance
- 2.1.2 Optimiser l'offre de services de première ligne, notamment par le suivi conjoint et la collaboration interprofessionnelle, afin de prendre en charge un plus grand nombre de femmes enceintes
- 2.1.3 Utiliser les différentes modalités de groupe ou la télésanté pour augmenter la capacité d'offrir un suivi de grossesse dès le premier trimestre à toutes les femmes enceintes
- 2.1.4 Modifier le cadre législatif et réglementaire régissant la profession sage-femme
- 2.1.5 Élargir les services offerts dans les maisons de naissance pour répondre au besoin d'accès aux services de périnatalité et de petite enfance
- 2.1.6 Développer les services de sages-femmes dans les régions à faible densité
- 2.1.7 Engager une réflexion citoyenne locale sur l'offre de services adéquate en périnatalité et petite enfance en tenant compte des contraintes de ressources humaines et matérielles
- 2.1.8 Valoriser les services de périnatalité et petite enfance offerts en CLSC pour y concentrer les services de proximité
- 2.1.9 Élaborer les conditions au maintien des services d'obstétrique où le service de césarienne ne peut être effectué sur place
- 2.1.10 Intégrer une organisation du travail « en continuum » autour de la clientèle périnatale afin de favoriser l'exposition et la rétention du personnel dans les régions à faible densité
- 2.1.11 Optimiser et simplifier l'offre de services de première ligne afin de prendre en charge un plus grand nombre d'enfants
- 2.1.12 Dès la grossesse, identifier le lieu où la famille pourra s'adresser pour les besoins de santé de l'enfant après sa naissance

2.2 Mettre en place de nouvelles approches

- 2.2.1 Rendre l'échographie accessible et gratuite pour les femmes du Québec, notamment par la télémédecine
- 2.2.2 Instaurer une trajectoire de soins pour les femmes vivant une fausse couche

2.2.3	S'assurer que les femmes reçoivent du soutien en continu lors de l'accouchement
2.2.4	Déployer graduellement les services d'accompagnantes à la naissance
2.2.5	Réduire les interventions obstétricales évitables
2.3 Offrir une intensité de services dans une perspective d'universalisme proportionné	
2.3.1	Prioriser le soutien postnatal comme un service de base essentiel dès les premiers jours suivant le congé du lieu de naissance puis de façon modulée aux besoins de chaque famille, incluant celles ayant vécu un deuil périnatal
2.3.2	Augmenter et pérenniser le financement des organismes communautaires en périnatalité
2.3.3	Compléter la mise en œuvre du suivi Olo, dans les 1 000 premiers jours, selon le cadre de référence actualisé en 2022
2.3.4	Soutenir le développement d'initiatives de périnatalité et pédiatrie sociales
Axe 3 – Soutenir les professionnels et les intervenants dans leurs interactions avec les familles	
3.1 Actualiser les compétences et les connaissances	
3.1.1	Diffuser de la formation et des outils en lien avec la santé mentale pour soutenir les professionnels de la santé et les intervenants qui œuvrent auprès des parents et futurs parents
3.1.2	Offrir aux professionnels et intervenants de la formation et des outils afin de les sensibiliser aux diverses réalités vécues par les clientèles en contexte d'immigration et issues de diversités ethnoculturelles
3.1.3	Mettre à jour la Formation nationale en allaitement afin de soutenir le développement des compétences nécessaires à la mise en œuvre des pratiques cliniques efficaces en allaitement
3.1.4	Offrir aux membres des équipes qui dispensent des soins pré, per ou postnataux un accès à des accompagnatrices cliniques en allaitement pour les soutenir dans la mise en œuvre des pratiques clinique optimales en allaitement
3.1.5	Promouvoir la formation provinciale « Violence conjugale : connaître, détecter, intervenir » ainsi que la fiche synthèse « Violence conjugale périnatale » auprès des professionnels et intervenants
3.1.6	Diffuser des orientations et des outils pour les professionnels de la santé sur le deuil périnatal

3.1.7 Diffuser de la formation et des outils pour les professionnels et les intervenants œuvrant auprès des femmes enceintes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et leur famille

3.2 Miser sur l'expertise de chacun par des pratiques de collaboration

3.2.1 Mettre en place et soutenir des équipes de travail interdisciplinaires en périnatalité et petite enfance

3.2.2 Favoriser une connaissance des services, une confiance et une collaboration mutuelle entre le RSSS et le milieu communautaire

3.2.3 Optimiser et développer des mécanismes de liaison entre les professionnels de la santé et les intervenants impliqués en périnatalité et petite enfance

3.2.4 Mettre en place des modalités de concertation nationale, régionale et locale en périnatalité et petite enfance pour favoriser la collaboration intersectorielle

3.2.5 Établir et renforcer les liens entre le RSSS et les organisations impliquées dans l'accueil des personnes immigrantes nouvellement arrivées au Québec, visant à les informer notamment des services offerts en périnatalité et petite enfance

3.2.6 Développer et maintenir des canaux de communication reconnus et efficaces entre le RSSS, le milieu communautaire et les organismes partenaires des Premières Nations et Inuit qui offrent différents services aux communautés

Axe 4 – Développer des outils pour soutenir l'organisation des services

4.1 Développer des indicateurs relatifs aux secteurs de la périnatalité et de la petite enfance et utiliser les bases de données à leur plein potentiel

4.1.1 Développer un dossier obstétrical informatisé

4.1.2 Produire des indicateurs relatifs à la périnatalité et la petite enfance à partir du jumelage des bases de données existantes

4.1.3 Suivre les indicateurs spécifiques définis pour des thématiques liées à la périnatalité et la petite enfance (ex : interventions obstétricales, allaitement, etc.)

4.1.4 Développer et diffuser des indicateurs prospectifs pour mieux planifier et optimiser les services en périnatalité et petite enfance sur le territoire

4.1.5 Mettre en place un comité de suivi sur la mortalité maternelle incluant différents partenaires (ex : Collège des médecins du Québec, coroner, Santé publique, etc.)

4.2 Soutenir le développement de la recherche en périnatalité et petite enfance

4.2.1 Soutenir la recherche en périnatalité et petite enfance et mettre en place des mesures pour favoriser le transfert et l'utilisation des connaissances

4.3 Implanter des programmes de soins structurants basés sur des données probantes

4.3.1 Renforcer la gestion interdisciplinaire de prévention des risques obstétricaux

ANNEXE 3 – Niveaux de soins obstétricaux, néonataux et pédiatriques

(tiré de *L'organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025, Niveaux de soins en néonatalogie, Niveaux de soins en pédiatrie-Document de travail, Table sectorielle mère-enfant, 2018*)

Niveaux de soins obstétricaux

Déclaration de principes :

- La classification des établissements doit tenir compte des soins obstétricaux (OB) et des soins néonataux (N).
- Tous les niveaux de soins doivent offrir le panier minimal de services
- Les soins doivent être organisés selon le meilleur intérêt de la mère et de l'enfant
- Chaque cas doit être apprécié selon le jugement clinique et en fonction des variations du volume de naissances dans l'établissement, de la distance entre les établissements, des conditions de transport et de l'expertise disponible.

Niveau OB IA en maison de naissance et dispensaire :

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins hospitalier en situation d'urgence
3. Clientèle visée : Grossesse unique de 36 semaines et plus chez des femmes en santé, dont la grossesse se déroule normalement et dont la condition ne fait pas l'objet d'une exclusion selon le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin
4. Pas de salle d'opération sur place
5. Niveau 1A en néonatalogie

Niveau OB IA en centre hospitalier:

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins hospitalier en situation d'urgence
3. Clientèle visée : Grossesse unique de 36 semaines et plus chez des femmes en santé, dont la grossesse se déroule normalement
4. Salle d'opération sur place
5. Niveau 1A en néonatalogie

Niveau OB IB :

1. Soins obstétricaux et néonataux de base
2. Accès à des soins chirurgicaux en situation d'urgence
3. Clientèle visée
 - a. Grossesse unique de 34 semaines⁵ et plus sans complication maternelle ou fœtale anticipée pouvant nécessiter des soins particuliers ou spécialisés dans la période périnatale

⁵ La décision de transférer ou non une femme enceinte de 34 ou 35 semaines de grossesse doit être prise au cas par cas selon les critères de modulation cités plus haut.

- b. Possibilité dans certaines régions de gérer certains facteurs de risque ou complications maternelles/fœtales légères et jugés sécuritaires par une équipe de consultants en obstétrique-gynécologie ou MFM au préalable
- 4. Salle d'opération sur place
- 5. Niveau 1B ou 2A en néonatalogie

Niveau OB IIA :

- 1. Soins obstétricaux de première et deuxième ligne
- 2. Accès à des soins chirurgicaux obstétricaux en situation d'urgence
- 3. Clientèle visée
 - a. Grossesses normales et à risque élevé de 34 semaines et plus
 - b. Grossesses avec risque de complications maternelles obstétricales anticipées et niveau de soins adultes adapté
- 4. Salle d'opération et soins intensifs adultes sur place
- 5. Exclusion des risques maternels et néonataux anticipés de niveau tertiaire
- 6. Niveau 2A en néonatalogie

Niveau OB IIB :

- 1. Soins obstétricaux de première et deuxième ligne
- 2. Accès à des soins chirurgicaux obstétricaux en situation d'urgence
- 3. Clientèle visée
 - a. Grossesses à bas risque et à risque élevé de 32 semaines et plus
 - b. Grossesses avec risque de complications maternelles obstétricales anticipées et niveau de soins adultes adapté
- 4. Salle d'opération et soins intensifs adultes sur place
- 5. Exclusion des risques maternels et néonataux anticipés de niveau tertiaire
- 6. Niveau 2B en néonatalogie

Niveau OB III :

- 1. Soins obstétricaux de première, deuxième et troisième ligne (mais avec priorité pour les soins tertiaires)
- 2. Accès aux autres services spécialisés en soins adultes
- 3. Clientèle visée
 - a. Toute grossesse à bas risque, à risque élevé et à risque très élevé
 - b. Grossesses nécessitant des spécialistes et équipement de pointe
- 4. Salle d'opération et soins intensifs adultes sur place
- 5. Équipe chirurgicale obstétricale incluant l'anesthésiologie sur place en tout temps
- 6. Niveau 3A, 3B ou 3C en néonatalogie

Bibliographie

Contexte

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (s.d.) *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018*, Document interne non publié.

Valentini, H. (2004). « Notre force de changement » – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003. *Santé, Société et Solidarité*, 1, pp. 49-55.

Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018

Centre de recherche sur l'opinion publique [CROP] (2019). Études sur les soins en périnatalité au Québec. Non diffusé.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Développement durable

Loi sur le développement durable. RLRQ, c. d-8.1.1. Consulté le 14 novembre 2023 de <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/D-8.1.1>

Axe 1

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2023). À propos du Portail d'information périnatale. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/es/node/2275>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). Guide de pratiques pour accompagner les familles : à l'intention des intervenants des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Gouvernement du Québec. Consulté le 19 décembre 2023 à l'adresse <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001670/>

Objectif 1.1

Agence de santé publique du Canada [ASPC] (2013). Les anomalies congénitales au Canada 2013 : rapport de surveillance sur la santé périnatale. Gouvernement du Canada. Consulté à l'adresse : <https://publications.gc.ca/site/fra/443925/publication.html>

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2017). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 1. Gouvernement de Canada. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-1.html>

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2022). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 8. Gouvernement de Canada. Récupéré de : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-8.html>

- Baillargeon, D. (2008). L'engagement des pères : Le Rapport 2007-2008 sur la situation et les besoins des familles et des enfants. Conseil de la famille et de l'enfance. Récupéré à l'adresse : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe_rapp_engagement-peres_web5.pdf
- Basile, S., Cornellier, F. et Comat, I. (2023). *Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec* [Rapport de recherche]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Consulté à l'adresse : <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1521/>.
- Bottemanne, H., et Joly, L. (2021). Santé mentale périnatale et période de pandémie COVID-19 : protéger, dépister, accompagner. *La Presse médicale Formation*, 2(3), pp. 282-290.
- Chase, L., Cleveland, J., Beatson, J. et Rousseau, C. (2017). The gap between entitlement and access to healthcare: an analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. *Social Science and Medicine*, 182, p. 52-59.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018). La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée. Consulté à l'adresse : <https://files.cssspnql.com/index.php/s/29zsJIBpaszZ8KM>
- Commission Viens (2019). Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=2>
- Conseil supérieur de l'éducation (2021). L'inclusion des familles immigrantes : pour une synergie accrue en éducation des adultes. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.cse.gouv.qc.ca/publications/inclusion-familles-immigrantes-50-0542/>
- Dubé, V., et Meek-Bouchard, C. (2021). Des parents du même genre, pourquoi pas? Éducofamille. Récupéré de <https://educofamille.com/homoparentalite/>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [ENFAADA] (2019). Réclamer notre pouvoir et notre place. Rapport final. Récupéré à l'adresse <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>
- Gagné, M. et Villeneuve, R. (2023). Comité de travail national sur les pères et la périnatalité. Récupéré à l'adresse : https://www.semainedelapaternite.org/wp-content/uploads/2023/06/RVP_Plateforme_PeresPerinatalites_050623.pdf
- Gagnon, Raymonde et al. (2022). Donner naissance en contexte de pandémie : le cas du COVID-19 au Québec. Rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec.
- Gervais, C., de Montigny, F., et Garneau, J. (2017). Périnatalité et petite enfance : des services aux pères. *Perspective infirmière*, 14(2), pp. 52-54.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2023a). Naître en pleine pandémie au Québec. Gouvernement du Québec. Consulté le 29 janvier 2024 à l'adresse: <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naitre-pandemie-quebec>
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2023b). Le bilan démographique du Québec. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse <https://statistique.quebec.ca/fr/document/le-bilan-demographique-du-quebec>
- López-Morales, H., del Valle, M.V., Canet-Juric, L., Andrés, M.L., Galli, J.I., Poó, F., et Urquijo, S. (2021). Mental health of pregnant woman during the COVID-19 pandemic : A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 295.
- Mantha, G., et Mercier, J.-P. (2023). Support psychosocial à la prématurité. Présentation faite dans le cadre de la Journée sur la santé mentale des nouveaux parents. Récupéré le 30 octobre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/journee-sante-mentale-nouveaux-parents-2023/>
- Márquez, F., Lucchini, C., Bertolozzi, M.R., Bustamante, C., Strain, H., Alcayaga, C., Garay, N., et al. (2019). Being a first-time father. Their experiences and meanings: a qualitative systematic review. *Revista chilena de pediatría*, 90(1), pp. 78-87.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2007). Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente - Naitre ici et venir d'ailleurs (SIPPE). Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001007/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2016). Guide de pratiques pour accompagner les familles : à l'intention des intervenants des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Gouvernement du Québec. Consulté le 19 décembre 2023 à l'adresse <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001670/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2021). La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux – Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2023). Proportion de naissances vivantes prématurées, Québec. Infocentre de santé publique. Institut national de santé publique. Consulté le 29 janvier 2024.
- Observatoire des tout-petits. (2019). Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes. Montréal, Québec. Consulté à l'adresse : <https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-de-sante-migrants/>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2016). Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment. Communiqué. Consulté à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Oxman-Martinez, J., Jimenez, E., Hanley, J. et Bohard, I. (2007). La dynamique triangulaire dans le processus d'incorporation des demandeurs d'asile, les politiques migratoires et le rôle des organismes communautaires. *Refuge : Canada's Journal on Refugees*, 24(2), p. 76-85. Consulté à l'adresse : <https://refuge.journals.yorku.ca/index.php/refuge/article/view/21386>
- Posca, J. (2018). Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.deslibris.ca/ID/10095226>.
- Secrétariat aux affaires autochtones (2017). Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/secretariat-premieres-nations-inuit/publications#c76324>
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC] (2010). Retour sur l'accouchement dans les communautés autochtones, rurales et éloignées – Déclaration de principe de la SOGC. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(12), pp. 1189-1191.
- St-Arneault, K. (2021). Portail d'information périnatale – Fiche Paternité (fiche pour les intervenants). Institut national de santé publique. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/paternite>
- Statistiques Canada (2021). Portrait des femmes selon l'éloignement relatif de leurs collectivités, série 1 : Profil sociodémographique. Études sur le genre et les identités croisées. Récupéré le 26 octobre de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0002/452000022021001-fra.htm>
- Street, M.-C. (2019). État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec : que nous disent les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008 et de 2014-2015. Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse <https://statistique.quebec.ca/fr/document/etat-de-sante-habitudes-de-vie-et-comportements-preventifs-chez-les-immigrants-au-quebec-en-2008-et-en-2014-2015>

Objectif 1.2

Éducaloi (2023). Consentir à des soins de santé ou les refuser. Consulté le 1^{er} novembre 2023 de <https://educaloi.qc.ca/capsules/consentir-a-des-soins-de-sante-ou-les-refuser/>

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2024). Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé. Gouvernement du Québec. Consulté le 14 février 2024 à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/mettre-en-oeuvre-suivre-projet-l-adapter/quels-sont-facteurs-influençant-degré-littératie-en-santé>

Lemieux, V. (2014). Pour qu'on se comprenne. Guide de littératie en santé. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Gouvernement du Québec. Consulté le 14 février à l'adresse : <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/pour-quon-se-comprenne-guide-de-littératie-en-santé/>

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Pédagogies féministes et pédagogies des féminismes*, 31(1), pp.219-238.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2019). Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés – Cadre de référence. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000483/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2023). Programme québécois de dépistage prénatal – Élargissement de l'offre. Guide informationnel destiné aux professionnels de la santé. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/programme-quebecois-de-depistage-prenatal/#outils>

Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2014). La prévention et l'élimination du manque de respect des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Déclaration. Récupéré le 17 octobre 2023 de l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Rozée, V., et Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé publique*, 33(5), pp. 629-634.

Rootman I., et Gordon-El-Bihbety D. (2008). Synthèse. Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé. Association canadienne de santé publique. Consulté le 14 février 2024 à l'adresse : <https://www.cpha.ca/fr/vision-dune-culture-de-la-sante-au-canada-rapport-du-groupe-dexperts-sur-la-littératie-en-matiere-0>

Objectif 1.3

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2019). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 6. Gouvernement du Canada. Récupéré le 30 octobre de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-6.html>

Agence pour la santé publique du Canada [ASPC] (2022a). Rapport d'avancement sur l'allaitement maternel au Canada 2022. Gouvernement du Canada. Consulté au <https://sante-infobase.canada.ca/allaitement/>

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2022b). Votre guide pour une grossesse en santé. Gouvernement du Canada. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/grossesse-sante/guide-grossesse-sante.html>

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2023). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale – Lignes directrices nationales. Chapitre 3. Gouvernement du Québec. Récupéré à

l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-3.html>

Association pour la santé publique du Québec [AS PQ] (2021). Consommation d'alcool, grossesse et TSAF. Sondage auprès de femmes enceintes ou ayant récemment accouché, d'adolescent.e.s et de Québécois.e.s. Récupéré à l'adresse : https://aspq.org/app/uploads/2021/09/tsaf_infographie-2pages_septembre2021.pdf

Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., et Bick, D. (2019). A qualitative exploratory study of UK first-time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *British Medical Journal Open*, 9(9);e030792.

Centre canadien de lutte contre la toxicomanie (2013). Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile – Rapport en bref. Gouvernement du Canada. Récupéré le 23 novembre 2023 de <https://www.ccsa.ca/fr/consommation-de-drogues-licites-et-illicites-pendant-la-grossesse-repercussions-sur-la-sante-0>

Centre d'excellence sur le développement des jeunes enfants (2022). Coup d'œil sur l'attachement parent-enfant. Un lien qui prend forme dans la confiance. Consulté à l'adresse : <https://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/2022-06/attachement-parent-enfant-info.pdf>

CHU Sainte-Justine (2020). Cannabis, grossesse et allaitement. Consulté à l'adresse : <https://www.chusi.org/getmedia/0c334882-9b53-49bf-8d10-a2229a0b398e/Fiche-thematique-Cannabis-Grossesse-Allaitement.pdf.aspx?ext=.pdf>

Da Costa, D., Danieli, C., Abrahamowicz, M., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., et Zekowitz, P. (2019). A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *Journal of affective disorders*, 249, pp.371-377.

Gouvernement du Canada (2022). Enquête canadienne sur le cannabis de 2022 : Sommaire. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2022-sommaire.html>

Graves, L., Carson, G., Poole, N., Bigalky, J., Green, C.R., and Cook, J.L. (2020). Directive clinique⁰ 405 : Dépistage et conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(9), pp. 1174-1192

Heller, M., et Burd, L. (2014). Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment. *Birth Defects Research Part A : Clinical and Molecular Teratology*, 100(4); pp.277-283.

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2018). La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-violence-conjugale-en-periode-perinatale-au-quebec-en-2018.pdf>

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2023). Portrait des enfants du Québec: de la grossesse aux premiers mois de la vie. Gouvernement du Québec. Consulté le 29 janvier 2024 à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/portrait-enfants-quebec/publication/portrait-enfants-quebec-grossesse-premiers-mois-vie>

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2022). Vapotage de nicotine et de cannabis : identifier et comprendre les risques pour la santé. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/vapotage>

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2023). Guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>

Julien, D., Clément, M.-E., et Lévesque, S. (2019). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Institut de la statistique du Québec. Récupéré à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-2018>

Lacharité, C., Pierce, T., Caillé, S., Baker, M. et Pronovost, M. (2015). Penser la parentalité au Québec : Un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents. Trois-Rivières, Les Cahiers du CEIDF, vol. 3.

Lavandier, K.-A., D'Aoust, L.-X., et Ben Amar, M. (2019). Portail d'information périnatale – Fiche Substances psychoactives (fiche pour les intervenants). Institut national de santé publique. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/drogues>

Lavoie, A., et Auger, A. (2023). Être parent au Québec en 2022. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022. Institut de la statistique du Québec. Récupéré à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/etre-parent-au-quebec-2022> .

Lavoie, A., et Fontaine, C. (2016). Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015. Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/mieux-connaître-la-parentalite-quebec>

Lemieux, D., Valderrama, A., et Cousineau, D. (2019). Le suivi des tout-petits – Plus pertinent que jamais! *Le Médecin du Québec*, 54(12). Consulté à l'adresse : <https://lemedecinduquebec.org/archives/2019/12/>

Lévesque, S., Boulebsol, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Fernet, M., Lavergne, C., Poissant, J., et al. (2020). Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir. Rapport de recherche présenté au FRQSC-MSSS. Montréal, UQAM.

Lévesque, S. et Tremblay, M. (2019). Portail d'information périnatale – Fiche Tabac (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/tabac>

Masella, M.-A., et Létourneau, I. (2021). Entretiens individuels sur la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Association pour la santé publique du Québec. Consulté à l'adresse : https://aspq.org/app/uploads/2021/02/rapport_entrevues-tsaf_vf8_web.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2005). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an (SIPPE). Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000989/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2016a). Avis de santé publique sur la non-consommation d'alcool durant la grossesse. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001763/?&txt=16-avis-sp-alcool&msss_valpub&date=DESC

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2016b). Politique gouvernementale de prévention en santé. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2019). Mise en garde contre les produits de vapotage avec ou sans nicotine. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/tabagisme-et-vapotage/vapotage/mise-en-garde-contre-les-produits-de-vapotage-avec-ou-sans-nicotine/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2021a). L'Initiative des amis des bébés – Orientations pour la mise en œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003166>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2021b). Optimisation des services en allaitement – Outils à l'intention des gestionnaires. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003192>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2022). Politique gouvernementale de prévention en santé. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2023a). Violence conjugale en contexte périnatale – Fiche synthèse. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003603/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2023b). Guide des bonnes pratiques en prévention clinique. Fiche Consommation d'alcool et trouble de l'usage de l'alcool durant la grossesse et l'allaitement. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision-app/conclusion.php?situation=pc-adulte>

Ministère de la Sécurité publique (2023). Criminalité au Québec – Infractions commises dans un contexte conjugal en 2021. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/police/statistiques-criminalite/violence-conjugale/stats_violence_conjugale_2021.pdf

Mouvement allaitement du Québec. Définition des environnements favorables à l'allaitement. Consulté le 1er décembre 2023 à l'adresse : <https://mouvementallaitement.org/environnements-favorables/definition/>

Nord, E. (2021). Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale – Pandémie, consommation d'alcool et grossesse. *Médecin du Québec*, 56(5), pp. 8-10.

Organisation mondiale de la Santé [OMS] et Fonds des Nations unies pour l'enfance [UNICEF] (2019). Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés: révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018. Orientations de mise en œuvre. Genève, Suisse. Consulté à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241513807>

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., et Jayaraman, G. (2016). Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada – Recherche, politiques et pratiques*, 36(1).

Palmer, S., Probert, A., et Lagacé, C. (2021). Prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques*, 41(9), pp.300-304.

Poissant, J. (2018). Portail d'information périnatale – Fiche Adaptation à la parentalité (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 11 octobre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/adaptation-a-la-parentalite>

Popova, S., Lange, S., Chudley, A.E., Reynolds, J.N., et Rehm, J. (2018). Étude internationale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) : volet canadien. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consulté à l'adresse : <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---reports-and-books---research/who-fasd-report-french-april2018-pdf.pdf>

Renard, J., et Konefal, S. (2022). Dissiper la fumée entourant le cannabis. Usage de cannabis pendant la grossesse et l'allaitement. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Consulté à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/fr/dissiper-la-fumee-entourant-le-cannabis-usage-de-cannabis-pendant-la-grossesse-et-lallaitement>

Santé Canada (2021). Faites de votre maison et de votre voiture des environnements sans fumée. Gouvernement du Canada. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante->

[canada/services/publications/vie-saine/faites-votre-maison-et-votre-voiture-environnements-sans-fumee.html](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/faites-votre-maison-et-votre-voiture-environnements-sans-fumee.html)

Santé Canada (2023). Allaiter votre bébé. Gouvernement du Canada. Consulté le 30 octobre 2023 de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-enfant-nourissons/allaitement-nutrition-nourrisson.html>

Schwartz, H., McCusker, J., Law, S., Zelkowitz, P., Somera, J. & Singh, S. (2020). Perinatal mental healthcare needs among women at a community hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 43(3), pp.322-328.

Secrétariat à la condition féminine (2022). Contrer la violence sexuelle, la violence conjugale et rebâtir la confiance. Stratégie gouvernementale intégrée 2022-2027. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/secretariat-condition-feminine/publications>

Société canadienne de pédiatrie [SCP] (2018). L'attachement : un lien pour la vie. Récupéré de <https://soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/attachment>

Société canadienne de pédiatrie [SCP] (2020). La dépression chez les femmes enceintes et chez les mères : ses effets sur vous et votre enfant. Gouvernement du Canada. Consulté à l'adresse : https://soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/mentalhealth/depression_in_pregnant_women_and_mothers

Statistique Canada. (2023). Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. Gouvernement du Canada. Consulté le 29 janvier à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310009601>

Tremblay, P., et Côté, É. (2019). Portail d'information périnatale – Fiche Santé mentale et troubles mentaux en contexte périnatal (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 28 septembre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/sante-mentale>

Objectif 1.4

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2017). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 1. Gouvernement de Canada. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-1.html>

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2020a). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 5. Gouvernement de Canada. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2020b). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 7. Gouvernement de Canada. Récupéré le 30 octobre de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-7.html>

Belleau, J. (2019). Portail d'information périnatale – Fiche Décès et deuil périnatal (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 31 octobre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/deces-et-deuil-perinatal>

Centre de recherche sur l'opinion publique [CROP] (2019). Études sur les soins en périnatalité au Québec. Non diffusé.

de Montigny, F. (2023). Lors d'un décès périnatal : prendre soin des familles plutôt que soigner. Présentation faite dans le cadre de la Journée sur la santé mentale des nouveaux parents. Récupéré le 31 octobre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/journee-sante-mentale-nouveaux-parents-2023/>

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2016). Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfant de 0 à 5 ans 2015. Gouvernement du

Québec. Récupéré le 27 octobre 2023 de <https://statistique.quebec.ca/fr/document/mieux-connaître-la-parentalite-quebec>

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2023). Taux de mortinatalité, de mortalité périnatale, néonatale et infantile, Québec 1976-2022. Gouvernement du Québec. Consulté le 31 octobre 2023 de <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-de-mortinatalite-de-mortalite-perinatale-neonatale-et-infantile-quebec>

Institut national de santé publique [INSPQ] (2020). Prévention des traumatismes non intentionnels. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/securite-et-prevention-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels>

Institut national de santé publique [INSPQ] (2022). Enfants et jeunes. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/groupes-d-age/enfants-et-jeunes>

Lemyre, B., Jefferies, A.L., et O'Flaherty, P. (2018). Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé. Document de principes. Société canadienne de pédiatrie. Récupéré le 30 octobre 2023 de <https://cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nouveau-ne-a-terme-et-en-sante>

Lévesque, S. et al. (2017). Connaissances et utilisation des méthodes contraceptives et de la contraception d'urgence par les étudiantes québécoises de niveau collégial et universitaire : résultats de deux enquêtes complémentaires. *Service social*, 63(2), pp.50-70.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (s.d.) *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018*, Document interne non publié.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2019). Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE). Gouvernement du Québec. Récupéré le 12 octobre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/programme-d-entretien-motivationnel-en-maternite-pour-l-immunisation-des-enfants-emmie/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2022). Congé précoce du nouveau-né à terme et en santé – Document de soutien. Gouvernement du Québec. Récupéré le 29 octobre 2023 de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003457/>

Poissant, J. (2018). Portail d'information périnatale – Fiche Adaptation à la parentalité (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 11 octobre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/adaptation-a-la-parentalite>

Quenby, S., et al. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397, pp.1658-1667.

Société canadienne de pédiatrie [SCP] (2018). Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé. Document de principe. Récupéré le 29 octobre 2023 de <https://cps.ca/fr/documents/position/faciliter-le-conge-du-nouveau-ne-a-terme-et-en-sante>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC] (2017). Fausse couche. Récupéré le 27 novembre 2023 de <https://www.pregnancyinfo.ca/fr/your-pregnancy/special-consideration/miscarriage/>

Tu, M.T & Poissant, J. (2015). Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe. Institut national de santé publique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2060>

Axe 2

Institut canadien d'information sur la santé (2023). Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveau-nés et indicateurs d'accouchement, 2021-2022. Consulté le 12 janvier 2024 à l'adresse : <https://www.cih.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-2021-2022>

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2023). Estimations de la population des régions administratives, Québec, 1^{er} juillet 1986 à 2022. Gouvernement du Québec. Consulté le 12 janvier 2024 à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/estimations-population-regions-administratives>

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2024). Naissances, décès et mariages par mois et trimestre, Québec, 1995-2023. Gouvernement du Québec. Consulté le 12 janvier 2024 à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec>

Table sectorielle mère-enfant [TSME] (2018). Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025. Volet 1 : Hiérarchisation des services et complémentarité des rôles des intervenants. Non publié

Objectif 2.1

Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2023). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - Lignes directrices nationales. Chapitre 3. Gouvernement de Canada. Récupéré le 14 décembre 2023 de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-3.html>

Association canadienne des sages-femmes (2021). La pratique sage-femme au Canada. Consulté à l'adresse : <https://canadianmidwives.org/fr/pratique-sage-femme/>

Borgès Da Silva, R., et Benigeri, M. (2020). Analyse du délai du premier suivi médical de grossesse dans le cadre du projet de conception et d'implantation d'un système d'Avis de grossesse à Montréal. Rapport de projet. Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO). Récupéré le 27 octobre 2023 de <https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RP-14>

Groupe de travail sur l'organisation des services d'obstétrique en région (2020). Rapport. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Non publié.

Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2016). Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015. Gouvernement du Québec. Récupéré le 31 octobre 2023 de <https://statistique.quebec.ca/fr/document/mieux-connaître-la-parentalite-quebec>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2015). Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001045/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2021). Contribution des sages-femmes aux services de périnatalité en contexte d'urgence sanitaire. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002957/>

Ordre des sages-femmes du Québec (2020). Rapport annuel 2022-2023. Consulté le 23 janvier 2024 à l'adresse : <https://www.osfq.org/fr/documentation>

Régie de l'assurance-maladie du Québec [RAMQ] (2024) Rapport d'études et statistiques. Consulté à l'adresse : [RAMQ - St-et-Recherche avec ORIS \(gouv.qc.ca\)](https://ramq.gouv.qc.ca/ramq-St-et-Recherche-avec-ORIS)

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC] (2017). Rural maternity care. SOGC reaffirmed guideline no. 282. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(12); pp. E558-E565.

Statistique Canada (2023). Nombre d'enfants au Canada. Gouvernement du Canada. Consulté à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4210001201>

Stirk, L., et Kornelsen, J. (2019). Assistance et ressources en matière de prestation de soins de maternité optimaux. Énoncé de consensus de la SOGC. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(5), pp.697-707.

Objectif 2.2

Arbour, A.S. (2021). Une fausse couche toutes les 44 secondes. Québec Science, juin 2021. Consulté à l'adresse : <https://www.quebecscience.qc.ca/carnet-sante/fausse-couche-toutes-les-44-secondes/>

Falconi, A.M., Bromfield, S.G., Tang, T., Malloy, D., Blanco, D., Disciglio, S., et Chi, W. (2022). Doula care across the maternity care continuum and impact on maternal health : evaluation of doula programs across three states using propensity score matching. *The Lancet*, 50. Récupéré à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35812994/>

Gagnon, R., Hébert, E., et Langlois, H. (2014). Portail d'information périnatale – Fiche Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 24 octobre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/travail-et-accouchement>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] (2012). Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. Avis préparé par Michel Rossignol, Faiza Boughrassa et Jean-Marie Moutquin. *ETMIS* ;8(14):1-134

Langlois, H. (2014). Portail d'information périnatale – Fiche La césarienne (fiche pour les intervenants). Institut national de santé publique du Québec. Récupéré le 24 octobre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/cesarienne>

Quenby, S., et al. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397, pp.1658-1667.

Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2014). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Récupéré le 24 octobre 2023 de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

Sobczak, A. et al. (2023). The effect of doulas on maternal and birth outcomes : a scoping review. *Cureus*, 15(5), e39451. Récupéré à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37378162/>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC] (2019). Directive clinique sur l'utilisation de l'échographie au premier trimestre. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(3), pp.396-404

Table sectorielle mère-enfant [TSME] (2021). Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025. Volet 2 : Offre de service en échographie obstétricale auprès des grossesses normales. Non publié

Objectif 2.3

de Montigny, F. (2023). Lors d'un décès périnatal : prendre soin des familles plutôt que soigner. Présentation faite dans le cadre de la Journée sur la santé mentale des nouveaux parents. Récupéré le 31 octobre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/journee-sante-mentale-nouveaux-parents-2023/>

Ducharme, A., Paquette, J., et Daly, S. (2023). Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives. Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/developpement-enfants-maternelle-2022>

Fondation Olo (2023). Soutenir les pratiques et porter la voix des familles pour des tout-petits en santé. Rapport annuel 2022-2023. Consulté à l'adresse : <https://fondationolo.ca/qui-sommes-nous/rapport-annuel/>

Fondation Dr Julien (2023). Tous les enfants ont le droit de grandir en santé. Bilan annuel 2022-2023. Consulté à l'adresse : <https://fondationdrjulien.org/bilan-annuel-2022-2023/>

Gamache, L., et Poissant, J. (2016). Avis scientifique sur les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal à la suite du congé hospitalier. Institut national de santé publique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2189>

Groleau, A., et Auger, A. (2023). Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2022. Rapport statistique. Tome 2 – Mieux comprendre la vulnérabilité des enfants de maternelle 5 ans : les facteurs associés. Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/parcours-prescolaire-enfants-maternelle-2021-2022>

Lavoie, A., et Auger, A. (2023). Être parent au Québec en 2022. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022. Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/etre-parent-au-quebec-2022>

Li, T., Fafard St-Germain, A.-A., et Tarasuk, V. (2023) Household food insecurity in Canada, 2022. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). Récupéré de l'adresse : <https://proof.utoronto.ca/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Gouvernement du Québec. Récupéré le 27 octobre de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MTESS] (2022). Engagés pour nos collectivités – Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire 2022-2027. Gouvernement du Québec. Récupéré le 1^{er} novembre 2023 de <https://www.mtess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/plan-action.asp>

Poissant, J. (2014). Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants – État des connaissances. Institut national de santé publique. Récupéré de <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2327234>

Statistique Canada (2023). Mortalité périnatale (morts fœtales tardives et décès néonataux précoces). Gouvernement du Canada. Consulté le 13 janvier 2024 à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310071401>

Uppal, S. (2023). L'insécurité alimentaire chez les familles canadiennes. Statistique Canada. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00013-fra.htm>

Axe 3

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (s.d.) *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018*, Document interne non publié.

Objectif 3.1

Archer, A., Berry, I., Bajwa, U., Kalda, R., & Di Ruggiero, E. (2020). Evidence synthesis – Preferred modalities for delivering continuing education to the public health workforce : a scoping review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 40(4); pp.116-125.

Battono, N. J.-C., Choquette, M., Souissi, S., et Duhaime, G. (2018). Cadre de référence en intervention interculturelle. Consulté à l'adresse : <https://agirtot.org/thematiques/l-intervention-interculturelle-1de2/>

Belleau, J. (2019). Portail d'information périnatale – Fiche Décès et deuil périnatal (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 31 octobre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/deces-et-deuil-perinatal>

de Montigny, F. (2023). Lors d'un décès périnatal : prendre soin des familles plutôt que soigner. Présentation faite dans le cadre de la Journée sur la santé mentale des nouveaux parents. Récupéré le 31 octobre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/journee-sante-mentale-nouveaux-parents-2023/>

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Molendijk-van Nieuwenhuyzen, K., van der chaaf, M., & Schuurmans, M. (2022). Factors that influence continuing professional development over a nursing career : a scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65; 103481.

Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S.S., et Carroll, M. (2018). Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period : the Mind Mothers study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), pp. 1872-1883.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] (2023). Obstacles et facilitateurs rencontrés par les femmes vivant avec une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) lorsqu'elles ont recours à des services périnataux. État des connaissances. Récupéré le 26 octobre 2023 de <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/obstacles-et-faciliteurs-rencontres-par-les-femmes-vivant-avec-une-deficience-physique-dp-une-deficience-intellectuelle-di-ou-un-trouble-du-spectre-de-lautisme-tsa-lorsquelles-ont-recours-a-des-services-perinataux.html>

Laforest, J., Brodeur, N., Gagné, D., et Bergeron, O. (2023). Violence conjugale en contexte périnatal. Fiche synthèse. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003603/>

Laforest, J., Gamache, L., et Poissant, J. (2018). L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2468>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (s.d.) *Bilan de la Politique de périnatalité 2008-2018*, Document interne non publié.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2017). Guide des pratiques à l'accompagnement clinique : à l'intention des accompagnateurs cliniques des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001804/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). Plan d'action Santé et bien-être des femmes 2020-2024. Gouvernement du Québec. Récupéré le 26 octobre 2023 de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002826/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2022). Formation nationale en allaitement. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/allaitement-et-alimentation/>

Samson, V. (2023). Dépister et soutenir les troubles de santé mentale durant la période périnatale. Présentation faite dans le cadre de la Journée sur la santé mentale des nouveaux parents. Récupéré le 28 novembre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/journee-sante-mentale-nouveaux-parents-2023/>

Tremblay, P., et Côté, É. (2019). Portail d'information périnatale – Fiche Santé mentale et troubles mentaux en contexte périnatal (fiche pour les intervenants). Gouvernement du Québec. Récupéré le 28 septembre 2023 de <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/sante-mentale>

Objectif 3.2

Bordeleau, L. (2024). Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : travail en interdisciplinarité : Fiche synthèse. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Centre de recherche sur l'opinion publique [CROP] (2019). Études sur les soins en périnatalité au Québec. Non diffusé.

Champagne, E., et Gaudreault, F. (2019). Étude sur la collaboration interprofessionnelle et interordre au Québec. *Cahiers de recherche du Centre d'études en gouvernance*, No. 01/19/FR

Clément, M., Cloutier, M.-H., Daly, S., Dubois, I., et Poirier, M. (2019). Le récit d'un projet collectif en petite enfance au Québec – Bilan d'Avenir d'enfants. Consulté à l'adresse :

<https://agirtot.org/thematiques/10ans/bilan-d-avenir-d-enfants/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2018). Surveillance de la santé maternelle et foeto-infantile. Soins et services en santé périnatale. Gouvernement du Québec. Consulté le 1^{er} décembre 2023 au <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/surveillance-de-la-sante-maternelle-et-foeto-infantile/soins-et-services-en-sante-perinatale/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2017). Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/programme-national-de-sante-publique-pnsp/programme-national-de-sante-publique/strategie-ministerielle-de-soutien-a-l-action-intersectorielle-favorable-a-la-sante/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence. Gouvernement du Québec. Consulté le 30 janvier 2024 à l'adresse <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003586/?&date=DESC>

Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Récupéré de <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Payette, M. (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*, 5(1), pp.19-35.

Schulz, A.A., & Wirtz, M.A. (2023). Assessment of interprofessional obstetric and midwifery care from the midwives' perspective using the Interprofessional Collaboration Scale (ICS). *Frontiers in Psychology*, 22.

Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit (2022). Ensemble pour les prochaines générations. Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027. Gouvernement du Québec. Consulté à l'adresse :

<https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/secretariat-premieres-nations-inuit/publications#c76324> –

Axe 4

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Objectif 4.1

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2018). Surveillance de la santé maternelle et foeto-maternelle – Santé maternelle. Consulté le 2 novembre 2023 de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/surveillance-de-la-sante-maternelle-et-foeto-infantile/sante-maternelle/>

Objectif 4.3

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. Consulté au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

