



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2014-2015**

Agir en amont des problèmes de santé :
regard sur un service en périnatalité sur le territoire
de l'Est de l'île de Montréal

Elisabeth SOUVIRON

Le 26 Août 2015

Remerciements

Je voudrais tout d'abord exprimer mes remerciements à ma responsable de stage, Madame Nathalie Rochon, qui a su m'adresser sa confiance et m'a offert ses conseils pour la réussite de ce stage et de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Madame Johanne Fradette pour sa disponibilité, pour ses relectures avisées, pour ses conseils lors de la réalisation de mon stage et de ce mémoire.

J'adresse encore un remerciement tout particulier à Monsieur François Lamy pour son accueil chaleureux, son accompagnement bienveillant tout au long de ce stage, pour ses conseils enrichissants, pour sa gentillesse à mon égard.

Je remercie encore Madame Karina Legros pour son aide précieuse dans la mise en forme de cet écrit ; Madame Dominique Ollivier, Véronique, Pierre et Jeanne Souviron pour leurs relectures attentives.

Je voudrais également exprimer toute ma reconnaissance à l'ensemble des personnes qui se sont rendues disponibles pour mes entretiens. En accueillant de telle manière mon projet et en m'offrant des informations d'une véritable richesse, ces personnes ont totalement contribué à ma motivation pour la réussite de ce stage.

Enfin, j'exprime mes remerciements à Monsieur François-Xavier Schweyer, responsable du master, pour son aide indéfectible dans la recherche de stage ainsi qu'à Monsieur le Professeur Claude Sicotte pour sa contribution dans cette démarche.

Sommaire

Introduction	1
PARTIE 1 : MISE EN CONTEXTE	3
1.1 État de santé de la population québécoise	3
1.2 Le système de santé et des services sociaux Québécois	4
1.3 La gouvernance en santé avant la mise en place de la loi 10	5
1.4 La mise en place de la réforme Barrette : la Loi 10	8
1.4.1 Restructuration du réseau : passage à deux niveaux de gouvernance	8
1.4.2 Une réorganisation s’inspirant du modèle de Kaiser Permanente.....	11
1.4.3 Loi 10 : enjeu pour les réseaux locaux de services ?	12
1.5 Présentation du CIUSSS de l’Est-de-l’Ile-de-Montréal	13
1.5.1 Territoire d’intervention	14
1.5.2 Missions	15
1.5.3 Structures et installations	15
1.5.4 Ressources humaines et financières	15
1.5.5 Organigramme.....	16
PARTIE 2 : RAPPORT DE MISSIONS	17
2.1 Immersion au cœur du système de santé de l’Est Montréalais : compte-rendu de la mission d’observation.....	17
2.1.1 Les défis et enjeux des maladies chroniques au Québec.....	18
2.1.2 Les maladies chroniques : état de la situation à Montréal.....	21
2.1.3 La Pointe de l’île et l’enjeu des maladies chroniques	24
Les résultats de l’enquête TOPO 2012 ont révélé une distribution inégale du fardeau des maladies chroniques parmi les territoires de Montréal (cf figure 8).	24
2.1.3.1 Un environnement moins propice à la santé.....	25
2.1.3.2 Les habitudes de vie: déterminants majeurs des maladies chroniques.....	29
2.1.3.3 Des inégalités sociales	30
2.1.4 Les services et programmes locaux en maladies chroniques	31

2.2	Agir en amont de l'apparition des maladies chroniques : compte-rendu de la mission professionnelle.....	35
2.2.1	Définition de l'allaitement	36
2.2.2	Les facteurs favorables à l'allaitement.....	37
2.2.2.1	Bienfaits pour le nourrisson.....	37
2.2.2.2	Les effets positifs sur la santé maternelle.....	39
2.2.2.3	Des contre-indications à l'allaitement maternel ?	40
2.2.3	Les déterminants de l'allaitement	41
2.2.4	Les bonnes pratiques en matière d'allaitement maternel	43
2.2.5	Soutien à l'allaitement maternel au Québec.....	44
2.2.6	Allaitement, état de la situation.....	46
2.2.6.1	A Montréal.....	46
2.2.6.2	Sur la Pointe-de-l'île :	47
2.2.7	Le continuum des ressources en allaitement accessibles sur la Pointe-de-l'île	48
2.2.7.1	Méthodologie.....	48
2.2.7.2	Les services et ressources en allaitement sur la Pointe-de-l'île.....	50
2.2.7.3	Analyse du continuum de l'offre de services en allaitement sur la Pointe de l'île :	55
2.2.8	Évaluation de l'offre de service « Cours prénataux ».....	57
2.2.8.1	Présentation du processus « cours prénataux »	57
2.2.8.2	Méthodologie.....	57
2.2.8.3	Analyse des résultats quantitatifs	59
2.2.8.4	Analyse des données qualitatives (entretiens) :.....	69
2.2.8.5	Discussion.....	71
2.2.8.6	Limites	72
PARTIE 3 : ANALYSE REFLEXIVE DES MISSIONS		76
3.1	Quelques comparaisons Québec/France.....	76
3.2	Les infirmières au Québec	87
3.3	Missions de stage et réforme :	90
3.4	Apports professionnels	91
3.5	Apports personnels	93
Conclusion :		95
Bibliographie :		97
Liste des annexes		101

Liste des sigles utilisés

AQC : Association québécoise des consultantes en lactation
ASSS: Agence de santé et de services sociaux
CAMC : Centre d'action sur les maladies chroniques
CAT : Centre d'abandon du tabac
CES : Centre d'éducation à la santé
CH: Centre Hospitalier
CHSLD: Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC : Centre local de services communautaires
CRP : Centre de ressources périnatales
CSSS: Centre de santé et de services sociaux
DSP : Direction de la santé publique
GMF: Groupement de médecins de famille
IAB : Initiative Ami des bébés
IBCLC : Internation Board Certified Lactation Consultant
INSPQ : Institut national de santé publique au Québec
IPS: Infirmière praticienne spécialisée
KP: Kaiser Permanente
MSSS: Ministère de santé et des services sociaux
NNN: Nourrir notre nourrisson
OC: Organisme communautaire
OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS : Organisation mondiale de la Santé
OPQD : Ordre professionnel des diététistes du Québec
PAL: Plan d'action local
PCN : Préparation commerciale pour nourrisson
PNSP: Plan national de Santé Publique
PRSP: Plan régional de Santé Publique
RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS : Réseau local de services
RTS: Réseau territorial de services
SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SWOT: strengths, weaknesses, opportunities and threats
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

Dans le cadre du master 2 « Pilotage des Politiques et actions en Santé Publique », j'ai eu l'opportunité de réaliser mon stage de fin d'études au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (Québec, Canada) durant la période de Mai à Août 2015.

J'ai choisi d'effectuer mon stage au Canada car c'est un pays pionnier dans plusieurs aspects de la santé publique notamment la promotion de la santé et la création d'environnements favorables. En effet, il a été le premier pays industrialisé à mettre en lumière les limites de la médecine et des soins comme moyens d'améliorer la santé, et à introduire la notion des habitudes de vie dans sa politique de santé. Le Canada a été l'hôte de la première conférence internationale en promotion de la santé, et la charte d'Ottawa (1986) demeure toujours un guide phare des actions visant à améliorer la santé des populations.

Depuis, promouvoir la santé veut dire élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, réorienter les services de santé et favoriser les habitudes de vie saines. Cela représente donc une formidable occasion pour améliorer mes connaissances en santé publique et me confronter à leur expertise et savoir-faire dans le domaine.

Ma mission de stage, qui s'inscrit dans la continuité du master, a constitué l'aboutissement de mon parcours universitaire. Elle fut pour moi la première dans le domaine de la Santé Publique mais s'est aussi révélée être une expérience très positive au sein du milieu professionnel québécois.

Mon stage s'est déroulé durant une période charnière pour le Québec; elle coïncide avec la mise en place de la réforme du ministre libéral Gaëtan Barrette correspondant à une restructuration majeure de l'organisation des services de santé de toute la province (Loi 10). J'ai eu connaissance avant mon départ de France de la fusion de plusieurs structures dont mon lieu de stage initial (le Centre de Soins et Services Sociaux de la Pointe de l'île), de la création d'une nouvelle gouvernance et organigramme entraînant de nombreux transferts de personnels gestionnaires et de suppressions de postes.

Ainsi, M. François Lamy qui devait assurer l'encadrement de mon stage a quitté ses fonctions peu de temps avant mon arrivée. La supervision de mon stage a donc été assurée par Madame Nathalie Rochon, conseillère cadre en prévention et promotion de la santé.

Afin de faciliter la consultation de ce mémoire, l'information sera présentée de la manière suivante:

Une première partie rappellera le contexte du réseau de la santé québécois. Il sera proposé un bref rappel sur le système de santé au Québec et sa gouvernance. La loi 10 et ses grands changements seront abordés ainsi que la présentation de ma structure d'accueil: le CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal.

Une deuxième section comportera mes missions de stage : une mission d'observation sur le territoire de l'Est de l'île de Montréal et une mission professionnelle portant sur l'analyse et l'évaluation d'un service en santé publique. Ces missions traitent du continuum d'intervention des maladies chroniques et porte un regard sur l'importance d'agir en amont grâce à des approches collectives de promotion de la santé dès le plus jeune âge. Les démarches, les résultats ainsi que les recommandations seront présentés.

J'achèverai ce travail par une analyse réflexive de la mission effectuée avec ses points forts, ses limites. Je développerai également les apports professionnels mais aussi personnels que m'a procurés ce stage.

1.1 État de santé de la population québécoise

En 2012, au Québec, l'espérance de vie à la naissance s'établissait à 81,8 ans, soit 79,8 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes¹; elle se situait légèrement en dessous des moyennes françaises mais restait parmi les plus élevées au monde.

L'état de santé de la population s'est amélioré depuis les années 2000 concernant la survie des patients atteints de pathologie cardiaques et cancéreuses. On observe toutefois un accroissement de l'obésité, qui touche aujourd'hui 1 adulte sur 6 (1 sur 8 pour la France). Bien que le Québec présente une prévalence de l'obésité légèrement sous la moyenne canadienne, elle demeure supérieure à celle de plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Au Québec, comme dans la majorité des pays industrialisés, les maladies chroniques et les incapacités exercent des pressions importantes sur le système de santé. La moitié de la population âgée de 12 ans et plus aurait au moins un problème de santé chronique en 2010-2011, et le quart en aurait au moins deux².

La prévalence des maladies cardiaques et du cancer est en augmentation. Plus de la moitié des nouveaux cas de cancer sont des cancers de la prostate, du poumon, du sein ou colorectal. De même, la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence progressent.

Depuis l'an 2000, les tumeurs sont à l'origine du plus grand nombre de décès. Elles occasionnent 36% des décès chez les hommes et 32% chez les femmes en 2012. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire qui génèrent près du quart des décès masculins et féminins. À eux seuls, ces deux grands groupes de causes sont responsables de plus de 57% des décès en 2012.

Par ailleurs, le Québec se caractérise par un vieillissement accéléré de sa population. La proportion des personnes de 65 ans et plus, qui se situait entre 12 et 13 % à la fin des

¹ Institut de la statistique du Québec, coup d'œil sociodémographique, La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2012, Frédéric Payeur, mai 2013, n°26.

² *ibid*

années 1990, doublera pour passer à 25 % en 2031. À titre comparatif, il faudra 51 ans au Canada, 59 ans en France et 67 ans en Suède pour atteindre le même résultat.

Enfin, malgré les gains enregistrés au cours des dernières années, les inégalités sociales de santé persistent. Ces inégalités, liées à la pauvreté, se traduisent notamment par une espérance de vie réduite ainsi que par des taux plus élevés au regard des maladies chroniques, de la dépendance à l'alcool ou aux drogues et de la prise en charge par la Protection de la jeunesse.

1.2 Le système de santé et des services sociaux Québécois

Institué par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) adoptée en décembre 1971, le système québécois de santé et de services sociaux a pour but le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux.

Cinq grands principes issus de la loi canadienne sur la santé (1984) sont considérés comme les lignes fondatrices qui guident l'évolution du système socio-sanitaire depuis ses débuts :

- la gestion publique
- l'intégralité
- l'universalité
- l'accessibilité
- La transférabilité (protection de toutes les personnes assurées lorsqu'elles se déplacent d'un territoire à l'autre au Canada ou à l'étranger)

Le système québécois est public, l'État agissant comme principal assureur et administrateur.

L'architecture juridique du système de santé québécois repose sur quatre textes législatifs principaux.

La loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ) est relative à l'organisation et au fonctionnement des activités exercées par les établissements qui y sont assujettis.

Les trois autres lois vont permettre à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État, à savoir :

- le régime d'assurance hospitalisation instauré en 1961,
- le régime d'assurance maladie créé en 1971.
- le régime général d'assurance médicaments qui est venu compléter la couverture publique de la population québécoise dans le secteur de la santé en 1997.

Il s'agit d'un régime mixte universel, fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés. Certains soins sont délivrés gratuitement à des groupes en particulier selon des critères précis. Enfin, des régimes privés peuvent couvrir les services non assurés par les régimes publics en offrant une assurance complémentaire.

Le financement des services de santé et des services sociaux repose essentiellement sur la fiscalité générale. Les revenus proviennent principalement des impôts et des taxes prélevés par le gouvernement du Québec puis versés dans le Fonds consolidé du revenu, des transferts du gouvernement fédéral ainsi que des cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé.

1.3 La gouvernance en santé avant la mise en place de la loi 10

La loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) de 2005 proposait un modèle d'organisation qui reposait sur **trois paliers de gouvernance** et sur la complémentarité d'établissements regroupés en réseaux (cf figure 1) :

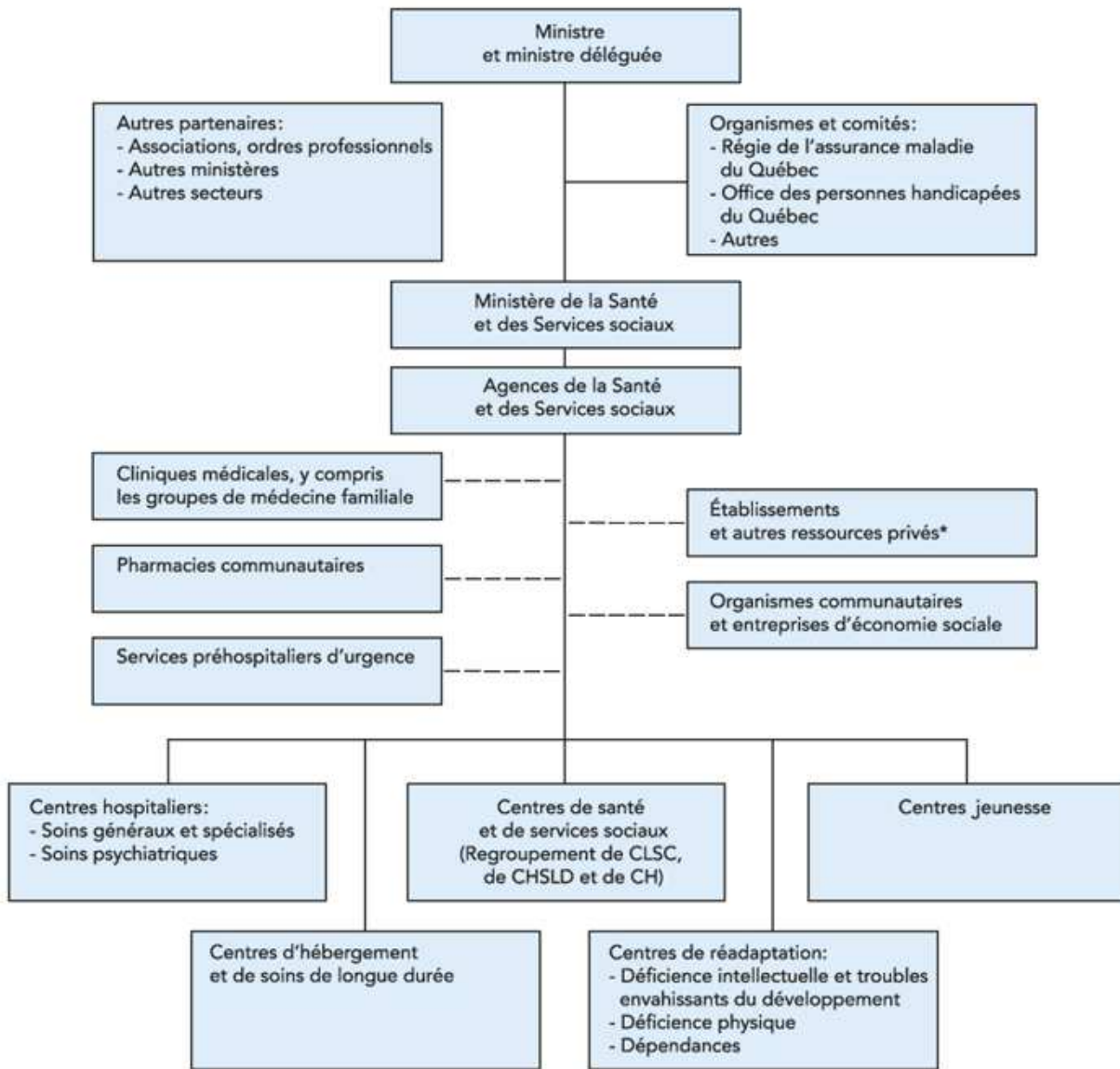


Figure 1 : Le système de santé et de services sociaux³

➤ **Au niveau national**, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) établit les orientations en matière de politiques socio-sanitaires et évalue, pour l'ensemble du réseau de santé et des services sociaux, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

En conséquence, le MSSS centre ses actions autour de ses responsabilités fondamentales qui sont la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation, selon une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et de la qualité des services rendus.

³ St-Pierre M.A et al, Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec, MSSS du Québec, Avril 2009, 193p.

➤ **Au niveau régional**, les Agences de la Santé et des Services Sociaux (ASSS) sont responsables de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif. Elles doivent notamment élaborer les orientations et les priorités régionales, exercer les fonctions régionales de la santé publique, faciliter le déploiement et la gestion des réseaux locaux de services, et assurer l'allocation des budgets aux établissements et des subventions aux organismes communautaires.

➤ **Au niveau local**, les Réseaux Locaux de services de Santé et de services sociaux (RLS) regroupent l'ensemble des partenaires (cf figure 2), dont font partie les médecins de famille (équivalent de nos médecins généralistes), afin de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire. Au cœur du réseau local de services, le Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) est l'assise d'une offre de service intégrée et il assure l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à cette population. Le modèle repose sur l'offre, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne, incluant les services de santé publique, et sur la mise en place de mécanismes d'orientation et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (services spécialisés et surspécialisés). Ainsi, les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à cette population, sont en mesure de répondre à l'ensemble de ses besoins et de faciliter son cheminement dans le système, plus particulièrement celui des personnes vulnérables.

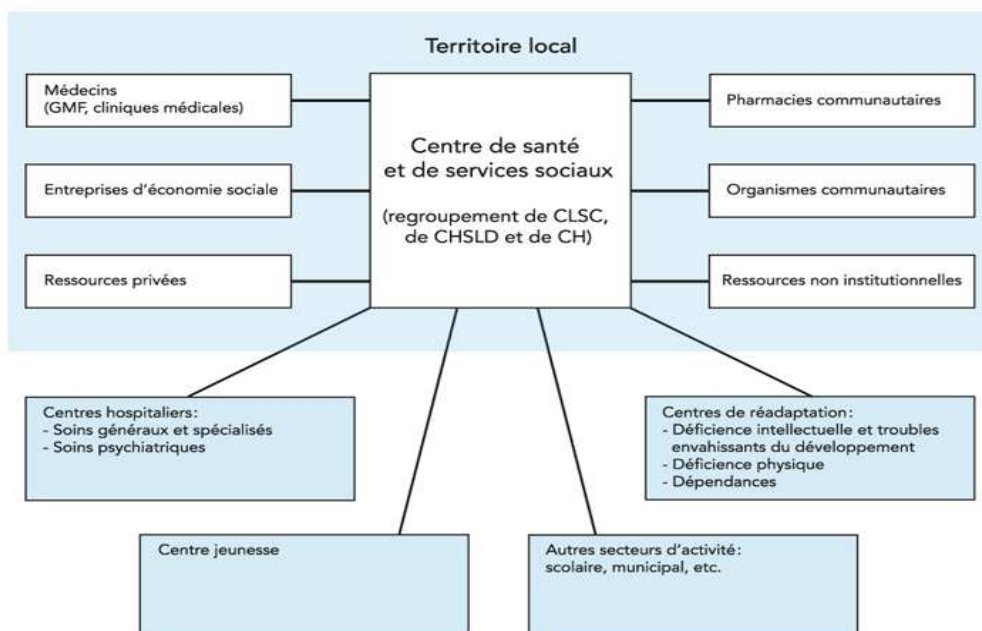


Figure 2 : Réseau local de services de santé et de services sociaux⁴

⁴ St-Pierre M.A et al, Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec, MSSS du Québec, Avril 2009, 193p.

Au Québec, un établissement peut assumer plus d'une mission. Ainsi, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) exploitent, sous un même conseil d'administration :

- un Centre Local de Santé Communautaire (CLSC) : « offre en première ligne des services de santé et sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion »⁵,
- un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : « offre de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, et de surveillance ainsi que des services de réadaptation psychosociaux, infirmiers, médicaux...aux adultes [...] en perte d'autonomie »⁶.
- et, le cas échéant, un Centre Hospitalier (CH) : « offre des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés »⁷.

Ces regroupements de missions visent une meilleure intégration des services.

1.4 La mise en place de la réforme Barrette : la Loi 10

1.4.1 Restructuration du réseau : passage à deux niveaux de gouvernance

L'Assemblée nationale a adopté le 7 février 2015 dernier, la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Cela représente une étape importante pour le réseau de la santé et des services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Cette loi a pour but de consolider et de poursuivre les efforts déjà consentis pour améliorer et maintenir le système de santé et de services sociaux. Cette réorganisation s'inscrit en continuité avec celle initiée en 2004-2005, qui visait notamment à créer des réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région socio-sanitaire et à fusionner des établissements en centre de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de ces RLS en leur conférant une responsabilité populationnelle.

La réorganisation du système de santé découlant de l'adoption du projet de loi 10 va maintenant plus loin. Elle prévoit la réduction de plus de 80% du nombre d'établissements appartenant au réseau de santé québécois avec la création de Centres Intégrés de Santé et

⁵ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Glossaire, définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2015, 13p.

⁶ idem

⁷ idem

de Services Sociaux (CISSS) et des Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS).

Le schéma ci-dessous (figure 3) représente la nouvelle organisation du réseau :

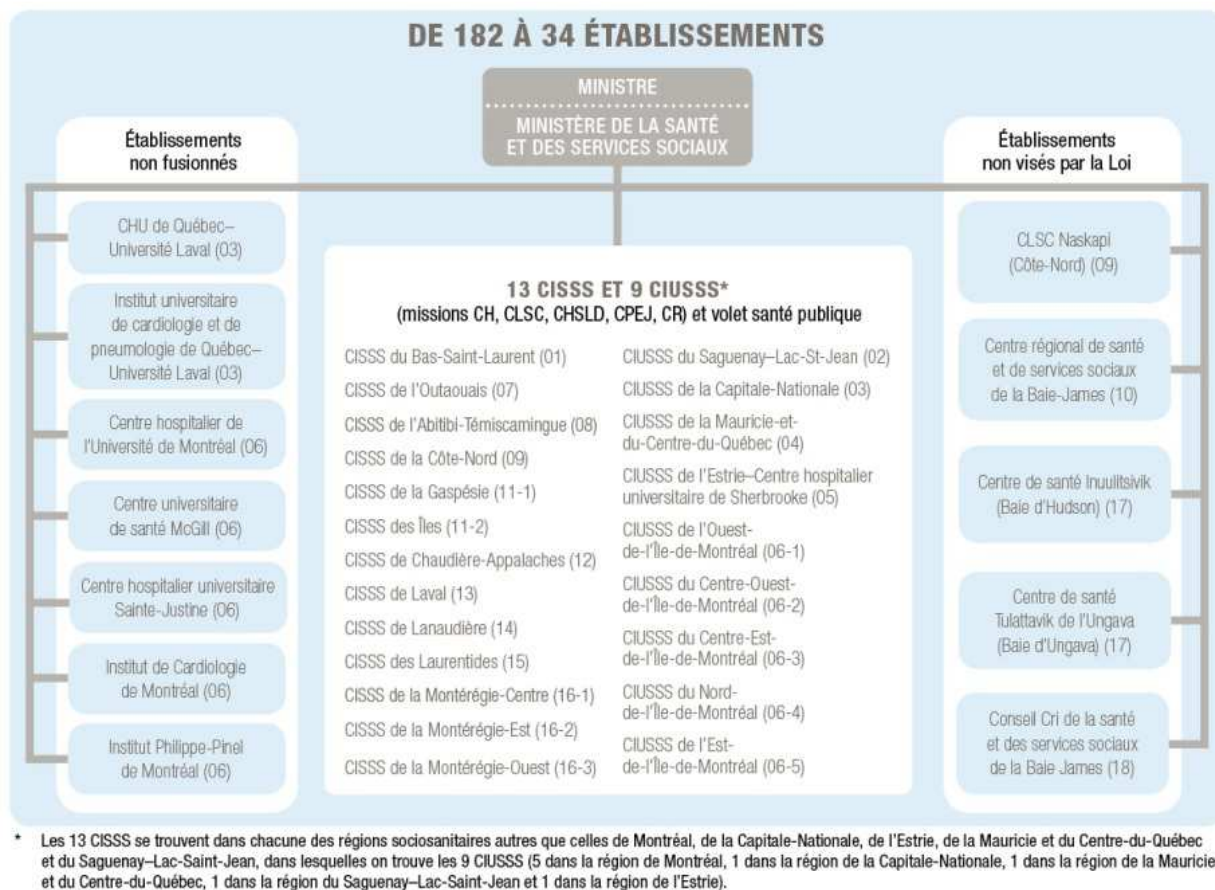


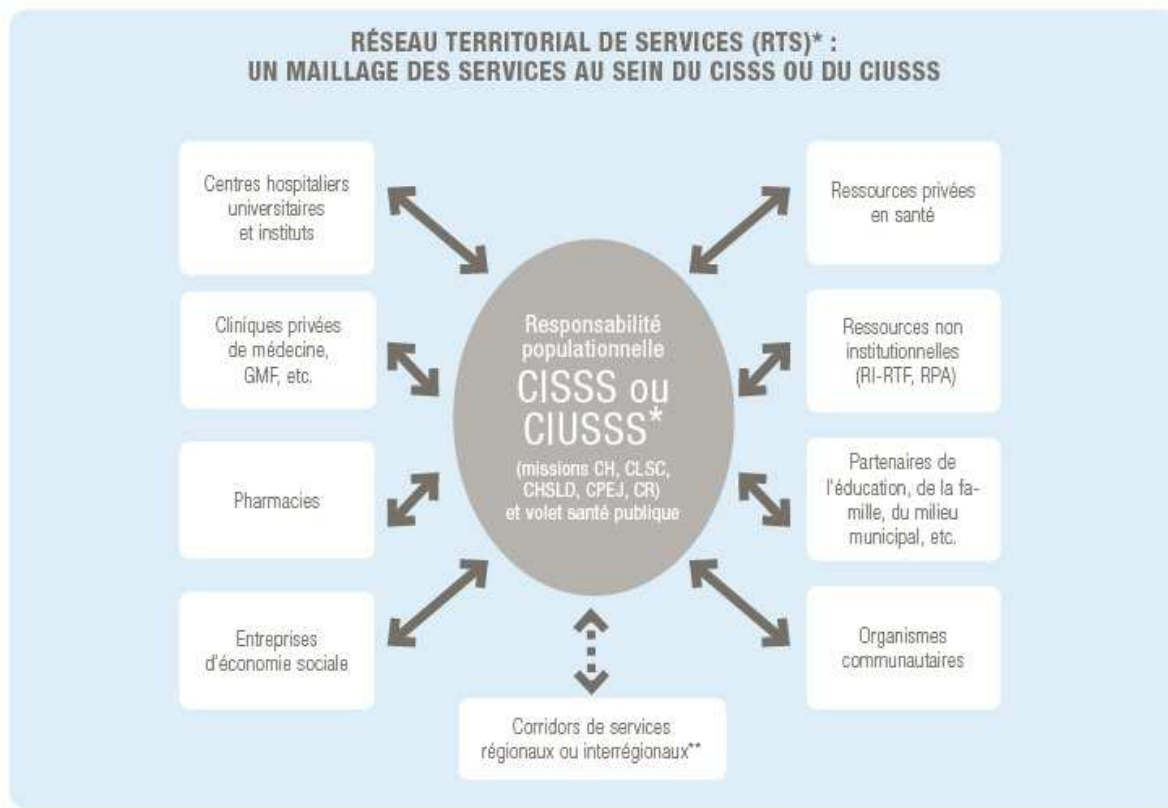
Figure 3 : Organisation du réseau au 1^{er} avril 2015⁸

Sous la supervision du ministre de la santé et des services sociaux, ces centres assumeront à la fois le rôle d'une agence régionale et celui de dispenser l'ensemble des services à la population de leur région, toutes missions confondues. En effet, pour la première fois dans l'histoire du système de santé québécois, une seule organisation est responsable des différentes missions de sa région : les soins de courte durée et de longue durée, les services de réadaptation pour les personnes ayant un handicap physique et mental, la protection de la jeunesse et les hôpitaux psychiatriques. Cela devrait permettre une meilleure intégration des services et du continuum de soins pour les usagers, une gestion et une communication améliorées, moins de bureaucratie et un allègement de la gouvernance.

Le but serait de générer à terme une économie financière de plusieurs millions de dollars.

⁸ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>, consulté le 06/05/2015

L'évolution vers un système à deux paliers dans lequel les CISSS et CUISSS a aussi pour but de faciliter la mise en place de programmes régionaux et assurer une meilleure fluidité des services.



* Les réseaux locaux de services (RLS) issus de la réforme du réseau de 2005 sont maintenus et intégrés dans les RTS.

**Le CISSS ou le CUISSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

Figure 4 : Acteurs du réseau territorial de services⁹

Selon le ministère de la santé et des services sociaux, chaque CISSS et chaque CUISSS doivent pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population :

- être au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- avoir la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire socio-sanitaire, incluant le volet santé publique;
- assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire socio-sanitaire;
- veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ, CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de

⁹ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>, consulté le 06/05/2015

médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

1.4.2 Une réorganisation s'inspirant du modèle de Kaiser Permanente

Dans ce cadre de centralisation administrative, la loi 10 confère au ministre de la Santé et des Services Sociaux les fonctions et pouvoirs de nomination et de révocation des administrateurs et hauts dirigeants des établissements, de modification et de création de « corridors de services », ainsi que de la coordination des activités entre les établissements et ceux d'allocation de ressources.

De plus, cette loi attribue au ministre le droit de prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements, de mettre en place des programmes et de permettre une réorganisation et une gestion différentes de la prestation des services aux usagers.

Le ministre Barrette souhaite, en effet, s'inspirer du modèle de « **Kaiser Permanente** » (KP), un des vingt meilleurs plans d'assurance santé aux Etats-Unis. Ce modèle remonte à 1933, durant la période de la Grande dépression en Californie. Un médecin offrait ses services à un important chantier de construction de barrage. Il proposait de limiter le nombre des accidents de travail et d'assurer la santé des travailleurs en étant payé sous forme de capitation.

Pour limiter le recours aux soins de santé et rendre l'opération rentable, il mettait l'accent sur la prévention et l'éducation à la santé, à la maison comme au travail. Il développa son modèle sur d'autres chantiers de construction, il créa ainsi le premier « Prepaid group practice » aux Etats Unis.

Durant la seconde guerre mondiale, ce docteur s'associait à un industriel Henry J. Kaiser. Ce dernier cherchait à maximiser la productivité des travailleurs de ses chantiers. Tous deux fondèrent alors le premier « Health Maintenance Organization » qui desservait une population de 30 000 travailleurs. Ce nombre n'a cessé d'augmenter : aujourd'hui, le « Kaiser Permanente » dessert une population de plus de 9 millions d'assurés.

Ce modèle repose sur une intégration des fonctions d'assureur, d'acheteur et de prestataire de soins. C'est aussi une intégration stratégique, clinique et budgétaire complète.

L'objectif de ce modèle est de bien identifier les besoins des patients pour déterminer la cible prioritaire permettant un maximum d'impact et ainsi de donner les soins les mieux adaptés. Des investissements dans le bas de la pyramide (cf figure 5) vers le renforcement des ressources de première ligne constituent une voie privilégiée pour assurer la survie du

système de santé. Il s'agit donc d'une approche proactive et préventive plutôt que réactive et non planifiée selon les épisodes de soins aigus nécessités par l'exacerbation de la maladie.

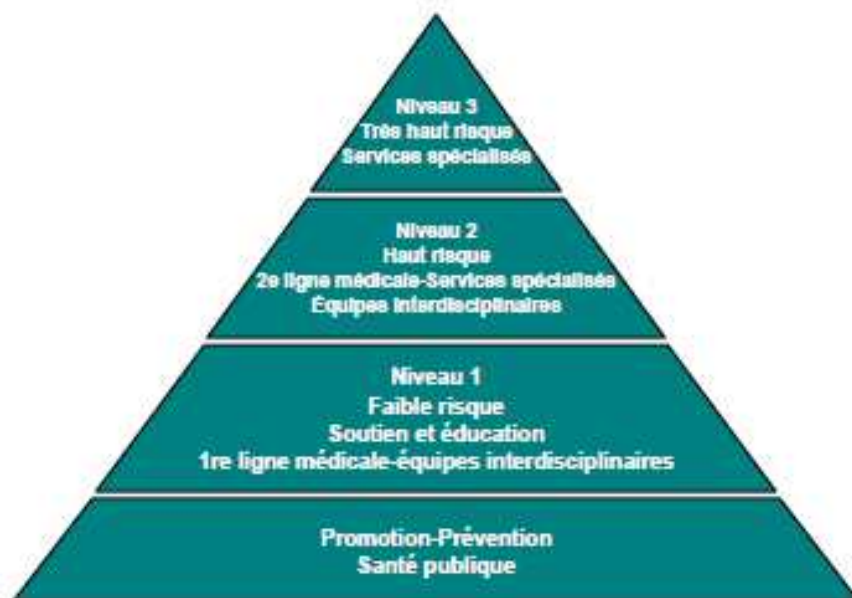


Figure 5 : La pyramide de Kaiser Permanente

Le ministre centre donc ses efforts sur les deux premières assises de la pyramide qui sont la prévention-promotion de la santé et les services de première ligne. Or, ces deux composantes étaient alors intégrées à l'ensemble des services offerts par les réseaux locaux de service et plus particulièrement les CSSS de chaque territoire.

1.4.3 Loi 10 : enjeu pour les réseaux locaux de services ?

La mise en œuvre de la réforme (Loi 10) engendre donc des changements majeurs dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec et constitue un défi de taille pour les réseaux d'établissements locaux et régionaux.

Cependant, ces changements ne modifient pas la **mission du réseau public** qui demeure :
« le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

Cette mission fait directement référence à la **définition de la santé** contenue dans la Charte d'Ottawa qui la précise comme étant un «*processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*».

Comme le spécifie le dernier Programme national de santé publique, l'activité du système de santé est fondée sur deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Actuellement dévolue aux CSSS, la responsabilité populationnelle sera transférée en vertu de la Loi 10 aux CISSS/CIUSSS et implique de :

1. accroître la prévention et la promotion de la santé;
2. agir sur les déterminants sociaux de la santé;
3. soutenir le développement des communautés;
4. assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services

La responsabilité de maintenir les réseaux locaux de services et d'animer un milieu local comme l'exige la Loi 10, soulève des défis pour les CISSS/CIUSSS. Ces responsabilités appellent une expertise de terrain, une connaissance fine des communautés et des dynamiques de milieux, un savoir-faire dans les processus d'animation complexes de l'intersectorialité.

C'est pourquoi la mise en place d'une telle réforme soulève de nombreuses interrogations notamment celles de l'organisation et de la dispensation de services de proximité modulés selon les caractéristiques et les besoins des communautés locales.

1.5 Présentation du CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal

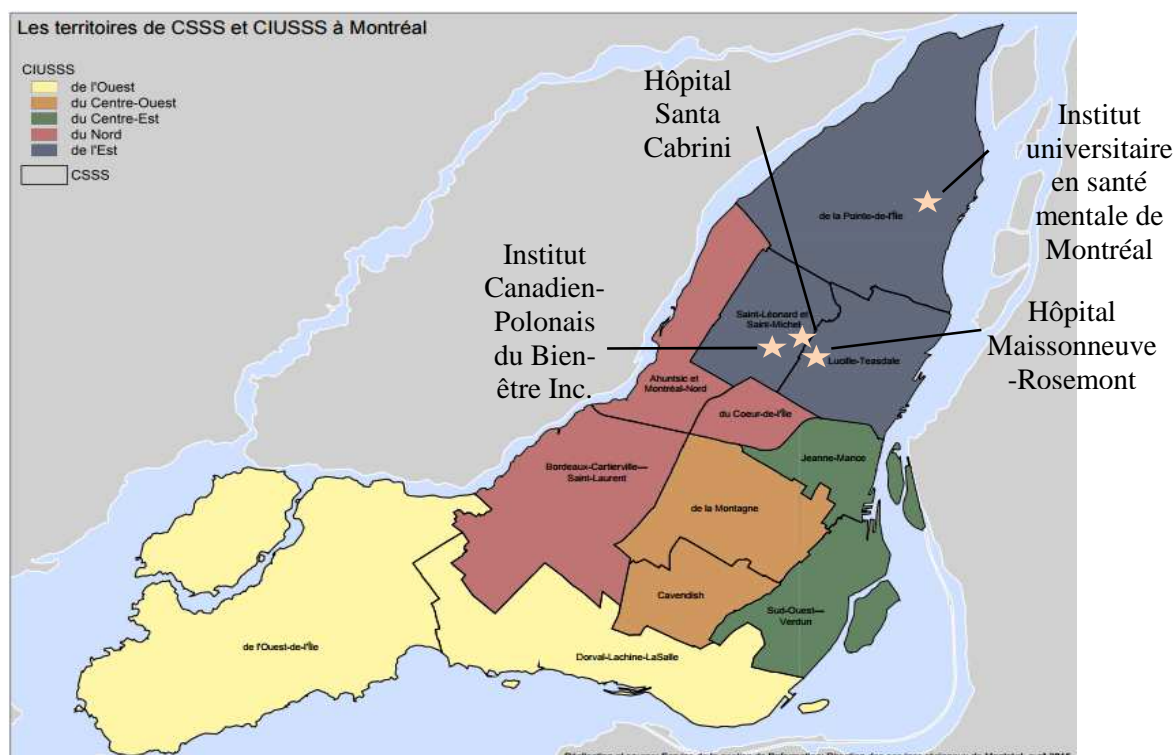
La nouvelle réforme provoque une modification de l'organisation des structures du territoire de l'Est de Montréal : le tableau ci-dessous vient résumer les principales modifications engendrées par la Loi 10 :

Organisation avant le 1 ^{er} avril 2015		Organisation après le 1 ^{er} avril 2015	
Agence de la Santé et des Services Sociaux	1	Agence de la Santé et des Services Sociaux	0
Région socio-sanitaire	1	Région socio-sanitaire	1
Etablissements	42	Etablissements	1 CIUSSS 5 établissements non fusionnés et 11 établissements regroupés
Conseil d'administration	43	Conseil d'administration	10
Points de services	261	Points de services	261
Equipes de direction	43	Equipes de direction	10
Rapports annuels de gestion	43	Rapports annuels de gestion	10

1.5.1 Territoire d'intervention

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal fait partie des 5 CIUSSS de l'île de Montréal. Son territoire couvre une superficie de 127 km² et comprend 499000 personnes.

Il regroupe plusieurs structures dont 3 CSSS et plusieurs hôpitaux et instituts (cf schémas ci-dessous) :



1.5.2 Missions

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal a pour mission de :

- ✓ planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers.
- ✓ garantir une planification régionale des ressources humaines
- ✓ réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes
- ✓ assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables
- ✓ assurer une gestion visant la simplification de l'accès aux différents services
- ✓ établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services comme les médecins, les organismes communautaires, les pharmacies, les autres établissements du réseau...
- ✓ intégrer les réseaux locaux de services établis au profit du RTS.

1.5.3 Structures et installations

Sur son territoire, le CIUSSS exploite des lits de courte durée, des lits d'hébergement de longue durée, des places RNI (ressources non institutionnelles) pour les personnes âgées et des places d'hébergement en santé mentale (cf annexe 1).

En première ligne, on trouve sur le territoire du CIUSSS, 65 cliniques médicales dont 11 groupes de médecine familiale (GMF).

1.5.4 Ressources humaines et financières

Le CIUSSS de l'Est emploie 14125 personnes, soit 24,9% de l'ensemble des effectifs des CIUSSS de Montréal (cf annexe 2).

En 2013-2014, les revenus d'exploitation du CIUSSS atteignaient 1 116 millions de dollars.

1.5.5 Organigramme

Les nominations des cadres supérieurs puis intermédiaires sont en cours depuis le mois de Mai 2015 et se finaliseront en automne 2015. Elles sont dirigées par le président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Monsieur Yvan Gendron. (cf annexe 3).

PARTIE 2 : RAPPORT DE MISSIONS

2.1 Immersion au cœur du système de santé de l'Est Montréalais : compte-rendu de la mission d'observation

Cette première mission porte sur la prévention et la gestion des maladies chroniques ; approche des soins de santé qui vise à aider les personnes à conserver leur indépendance et à être le plus en santé possible grâce à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic précoce et à la gestion des maladies chroniques.

Le système de prévention et de gestion des maladies chroniques est peut-être plus facile à comprendre dans un contexte de continuum d'interventions (cf figure 6) :

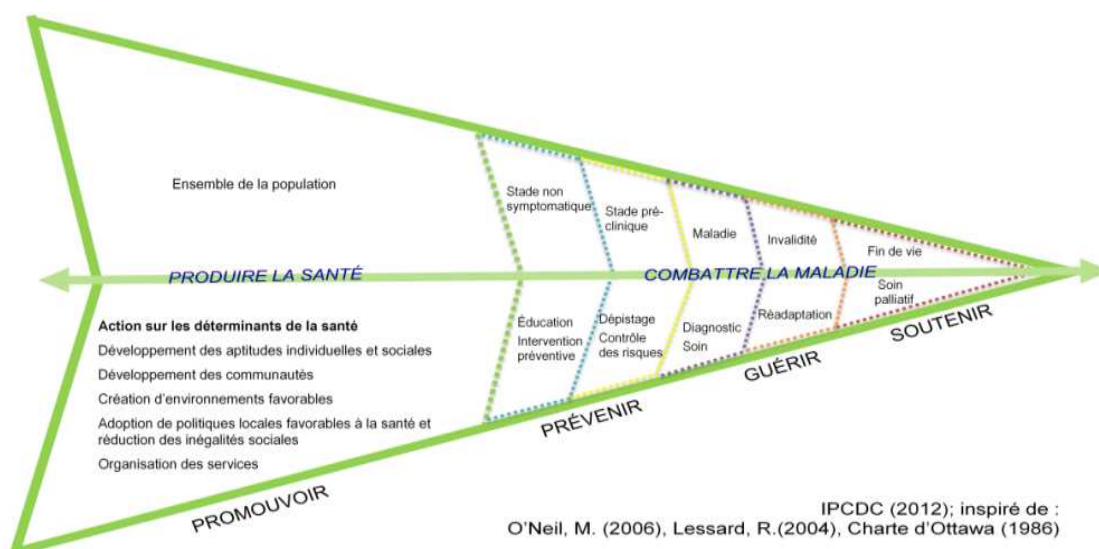


Figure 6 : Continuum de santé, de services et d'interventions¹⁰

Ce continuum comprend des stratégies de promotion de saines habitudes de vie et de prévention visant à minimiser ou à éliminer les maladies chroniques futures. Ces stratégies incluent deux approches : d'une part, des actions collectives qui ont pour objectifs la mise en place d'environnements et de politiques publiques favorables à la santé. Ces actions ciblent les facteurs qui influencent les décisions individuelles (disponibilité des produits, structures physiques, structures sociales et politiques, messages culturels et médiatiques).

¹⁰ IPCDC, « Analyser les services et les interventions en vue d'établir une priorité d'action », nov 2012, 1p.

D'autre part, des interventions à l'échelle individuelle visent plus directement à changer les comportements, en agissant sur les connaissances, les croyances, les habiletés et les attitudes. Elles incluent les campagnes d'éducation grand public, ou encore les pratiques cliniques préventives réalisées en milieu clinique.

Cette mission m'a permis d'aller à la rencontre d'un grand nombre d'acteurs comme des organisateurs communautaires, des infirmières, des gestionnaires, etc. au sein de leurs propres lieux d'exercice.

Toutes les observations issues de ces rencontres et visites ainsi que la documentation effectuée en parallèle m'ont permis finalement de :

- saisir le fonctionnement du système de santé et l'organisation des soins à l'échelle provinciale, régional et local
- réaliser un portrait de la population de l'Est de Montréal en faisant émerger les besoins et enjeux en santé.
- identifier la politique de lutte contre les maladies chroniques sur Montréal et sur l'Est du territoire.
- découvrir des programmes et services locaux ayant des actions sur tous les niveaux du continuum d'interventions: de la promotion à la prise en charge des maladies chroniques.

Je présenterai les informations/observations obtenues en partant d'un échelon provincial (Québec), puis régional (Montréal) et enfin local (la Pointe de l'île de Montréal).

2.1.1 Les défis et enjeux des maladies chroniques au Québec

Les changements dans les modes de vie ainsi que l'accroissement de l'espérance de vie modifient la morbidité dans les pays occidentaux où une proportion importante souffre de maladies chroniques¹¹. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les maladies chroniques sont « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement » (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...)¹². L'organisation ajoute que « la prise en charge des maladies

¹¹ Les maladies chroniques décrivent un ensemble de problèmes de santé qui inclut entre autres les maladies cardiaques et vasculaires, les maladies respiratoires chroniques et les cancers

¹² http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ consulté le 8/05/2015

chroniques est l'un des plus grands défis pour tous les systèmes de santé du monde »¹³, et exige alors une adaptation de l'organisation des services.

La prévalence des maladies chroniques progresse de façon importante au Canada et au Québec : à ce jour, plus de la moitié de la population québécoise âgée de 12 ans et plus est atteinte d'au moins une maladie chronique.

Le système de santé et de services sociaux québécois confronté à cette problématique fait actuellement face à une ère de transformations considérables. Au fil du temps, réformes et réorganisations se sont imposées afin de mieux répondre aux besoins de santé des populations et aux capacités d'interventions des personnes y œuvrant. Ainsi, en 1985, la Commission Rochon a remis le citoyen au centre du système, recommandant une approche populationnelle pour l'allocation des ressources et la prestation des services.

En 2001, s'appuyant sur la responsabilité collective envers la santé, la Commission Clair a soutenu que le système devait se concentrer sur les phases importantes de la vie des individus et qu'ainsi, ses finalités se devaient d'être Prévenir, guérir, soigner.

Enfin, en 2004, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a encadré la dernière réorganisation du système de santé et de services sociaux québécois, dont les finalités étaient *Prévenir, guérir et soutenir*. Elle sous-tendait une vision d'approche populationnelle, de responsabilité collective de la santé et de mise en réseau local des soins et services. Cette loi posait les bases d'une réorganisation propice à la prise en charge des maladies chroniques.

La réforme de 2015 ne modifie pas cette vision ; elle s'inscrit en continuité avec cette dernière et confie au CISSS et CIUSSS la majorité des services de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS).

Malgré ces réformes le système de santé québécois peine à s'adapter de manière à répondre aux exigences propres à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. D'autant plus que la complexité et l'envergure des enjeux pour transformer les modes de prestation de soins dans ce domaine demandent une action concertée à tous les niveaux du système de santé. En effet, la complexification des besoins des usagers, souvent liée à l'incidence des maladies chroniques et à la comorbidité, ainsi que la spécialisation des champs de pratique imposent un travail en interdisciplinarité. Par conséquent, les champs de pratique impliquent une forte complémentarité autant entre les différentes disciplines du domaine

¹³ http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ consulté le 08/05/2015

de la santé et des services sociaux qu'entre les intervenants de première ligne et ceux offrant des services spécialisés.

On peut résumer dans le tableau ci-dessous les différents enjeux et défis auquel le système de santé québécois a/aura à faire face afin de gérer et prévenir au mieux les maladies chroniques :



Besoins aigus	Besoins chroniques de longue durée
Une seule maladie	Multimorbidité
Relation patient/médecin	Interdisciplinarité
Spécialisation clinique	Polyvalence clinique
Patient passif	Patient actif, patient-partenaire, autogestion

Face à ce constat, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) a fait de la prévention et de la gestion des maladies chroniques une de ses priorités d'intervention. Selon le « cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne » (2012) le MSSS souligne l'importance d'organiser les actions selon un continuum de soins en maladies chroniques. Il mise sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des soins afin d'améliorer la coordination et la continuité des services et activités. Deux grands principes énoncés dans le Programme national de santé publique 2003-2012 dans lequel le Ministère réitère l'importance d'agir en amont, et d'établir un « modèle d'intervention privilégié » comprenant les approches individuelles et environnementales. Les deux objectifs du plan en lien avec les maladies chroniques étaient : « d'augmenter la proportion de la population qui a de saines habitudes de vie » et « réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité de certaines maladies chroniques ».

À noter que la version préliminaire du Plan National de Santé Publique 2015-2025 maintient aussi dans ses « défis prioritaires » la volonté de réduire les maladies chroniques et de lutter contre les écarts de santé entre les différents sous-groupes de la population.

Venant appuyer les lignes directrices du MSSS du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) cible l'aménagement d'environnements et l'adoption de politiques publiques favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie afin de prévenir l'incidence, la morbidité et la mortalité associées aux maladies chroniques.

L'INSPQ centre ses travaux notamment sur le tabagisme, la nutrition et l'activité physique et vise à soutenir la mise en œuvre de plusieurs plans comme par exemple le Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT).

2.1.2 Les maladies chroniques : état de la situation à Montréal

À Montréal, le fléau des maladies chroniques est bien présent : elles sont responsables de **70 %** des décès prématurés parmi la population de 20 ans et en plus d'être une des principales sources d'incapacité¹⁴.

La Direction de santé publique (DSP) et l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal ont donc inclus la prévention des maladies chroniques et la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les orientations du Plan régional de santé publique (PRSP) 2010-2015. Le PRSP comprend un plan d'actions avec les résultats attendus et les stratégies envisagées pour les atteindre (cf annexe 5)¹⁵. Il s'inscrit dans le cadre de la planification stratégique 2010-2015 de l'ASSS de Montréal et s'appuie sur le Programme national de santé publique 2003-2012. Il constitue la dernière étape d'une planification régionale amorcée en 2009 par l'adoption d'un tronc commun d'activités de promotion, prévention et protection par les membres de la Table régionale de santé publique, qui regroupait les directeurs locaux de santé publique des 12 CSSS ainsi que l'équipe de direction de la DSP.

En 2012, les résultats d'une enquête (TOPO) réalisée par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal sont publiés. L'enquête fournit des données sur les maladies chroniques à Montréal et révèle qu'**un Montréalais âgé de 15 ans et plus sur trois** est atteint d'au moins une maladie chronique, ce qui représenterait 570 700 individus. Environ le quart (23 %) des Montréalais souffrent d'une seule maladie chronique, 9 % cumulent deux maladies et 3 % cumulent trois pathologies ou plus. Selon l'enquête les problèmes de santé chroniques les plus importants sont l'hypertension, l'asthme et les maladies cardiaques¹⁶.

Les résultats de TOPO démontre qu'une large part des Montréalais, de par leurs conditions démographiques et sociales, évoluent dans des milieux non propices à l'adoption

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès 2005-2009

¹⁵ Belanger A et al, La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015, ASSS Montréal, 2012, 53p.

¹⁶ <http://www.santemontreal.qc.ca/topo/#ToutSavoirTopo> consulté le 11/05/2015

d'habitudes de vie saines et courent ainsi un risque plus élevé de développer une ou plusieurs maladies chroniques.

Au regard de ces résultats la Direction de santé publique (DSP) et la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'ASSS de Montréal ont présenté en 2012 leur « *Modèle montréalais et Plan d'action 2011-2015 en prévention et gestion des maladies chroniques* ».

Ce plan convie les acteurs de la santé et des services sociaux impliqués en maladies chroniques et leurs partenaires à unir leurs efforts, en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques. Il présente une vision commune du continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques et souhaite orienter les activités régionales et locales, afin d'actualiser cette vision sur l'ensemble du territoire montréalais. La figure 7 ci-dessous présente une partie de ce continuum :

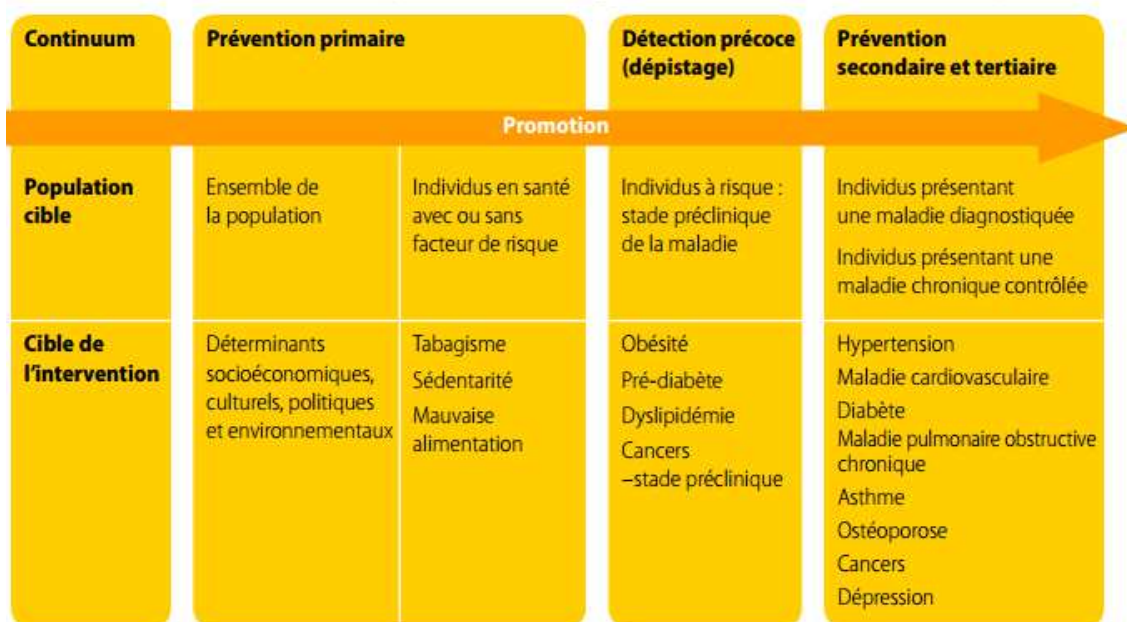


Figure 7 : Continuum de services en prévention et gestion des maladies chroniques¹⁷

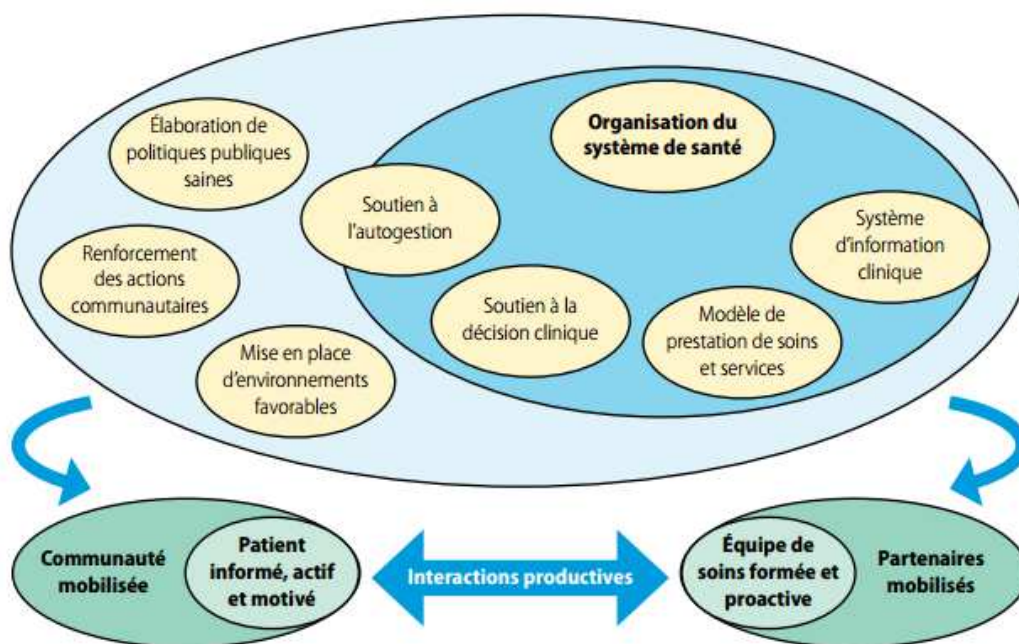
À une extrémité du continuum se retrouvent un ensemble d'actions préventives axées sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, etc.) et la création d'environnements favorables, le tout arrimé à une gamme de services de gestion et de soutien à l'autogestion de la maladie chronique. Ces services sont axés sur l'intégration et l'uniformisation des trajectoires de soins et la consolidation des liens entre la première et deuxième ligne médicale.

¹⁷ Drouin L et al., Plan régional de santé publique 2010-2015 Garder notre monde en sante, ASSS de Montréal, Direction de la Santé Publique, 2011, p18.

Ce continuum met en relief les rôles et finalités de tous ces acteurs, en fonction des besoins de chaque groupe de population. À travers ce continuum, l'action intersectorielle pour la création de conditions favorables à la santé occupe une place importante.

Le développement d'un tel continuum implique une hiérarchisation des services (modèle de Kaiser) et une organisation à la fois structurée et harmonisée des services, impliquant des partenaires intersectoriels. En effet, afin d'asseoir son action sur des bases conceptuelles solides et de se conformer aux orientations ministérielles, l'ASSS de Montréal a choisi d'organiser ses programmes cliniques selon le modèle de soins des maladies chroniques, le *Chronic Care Model Etendu* (CCM-E) qui est une adaptation canadienne du modèle original développé par Edward Wagner et ses collaborateurs.

Le CCM-E (cf figure 8) met en synergie le système de santé et les actions collectives de santé publique (politiques publiques, environnements favorables, action communautaire) dans la prévention et la gestion des maladies chroniques à l'échelle populationnelle afin d'avoir un impact plus grand sur les déterminants de la santé.



Adapté de : Barr, VJ. et al. 2003

Figure 8: Le Extended Chronic Care Model (CCM-E)¹⁸

¹⁸ Belanger A et al, La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015, ASSS Montréal, 2012, 53p.

Le CCM-E met l'accent sur trois composantes écosystémiques: la création de politiques publiques saines, le développement de milieux propices à la santé et le renforcement de l'action communautaire. Il vise globalement à générer des équipes de soins proactives et intégrées, qui interagissent avec des patients informés et actifs, cela en y associant les services de la communauté.

Ce modèle intégré donne un rôle important aux instances locales (les CIUSSS), ces dernières constituent la pierre angulaire du réseau de santé et de services sociaux. Il leur revient la responsabilité de développer des liens avec les milieux cliniques de première ligne et les établissements de deuxième et troisième lignes afin d'offrir une gamme complète de services généraux, spécialisés et surspécialisés. Les CIUSSS doivent en outre assurer le suivi des clientèles vulnérables, dont les personnes atteintes de maladies chroniques et ont aussi la responsabilité de coordonner une action intersectorielle et d'interpeller les décideurs municipaux locaux pour créer des environnements favorables à la santé.

2.1.3 La Pointe de l'île et l'enjeu des maladies chroniques

Les résultats de l'enquête TOPO 2012 ont révélé une distribution inégale du fardeau des maladies chroniques parmi les territoires de Montréal (cf figure 9).

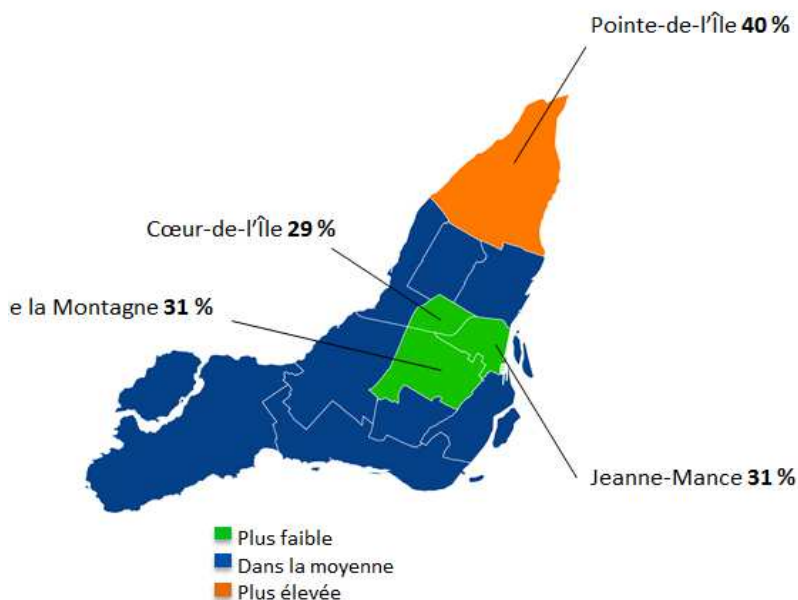


Figure 9 : Maladies chroniques par territoire de CSSS¹⁹

¹⁹<http://www.santemontreal.qc.ca/topo/#ToutSavoirTopo>

La proportion de la population atteinte d’au moins une maladie chronique est plus importante dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l’Île alors qu’elle est inférieure au reste de l’Île dans les territoires centraux des CSSS du Coeur-de-l’Île, de la Montagne et de Jeanne-Mance.

La Pointe de l’île était le territoire d’intervention du CSSS, il est désormais englobé dans celui du CIUSSS de l’Est-de-l’Île de Montréal depuis l’application de la loi 10. J’ai souhaité dans le cadre de ce travail continuer à étudier le territoire de la Pointe-de-l’île malgré le redécoupage territorial car ses enjeux sont particuliers et ne se retrouvent pas forcément dans celui du CIUSSS.

Ma maître de stage m’a proposé durant ma première semaine de stage une visite guidée de la Pointe-de-l’île. J’ai donc pu faire le lien entre les observations faites durant ma visite et la problématique des maladies chroniques sur le secteur. Des photographies du territoire ont été incluses dans la description et sont pour la plupart d’entre elles issues de la base de données du CSSS de la Pointe-de-l’île (actuellement CIUSSS de l’Est-de-l’Île de Montréal).

2.1.3.1 Un environnement moins propice à la santé

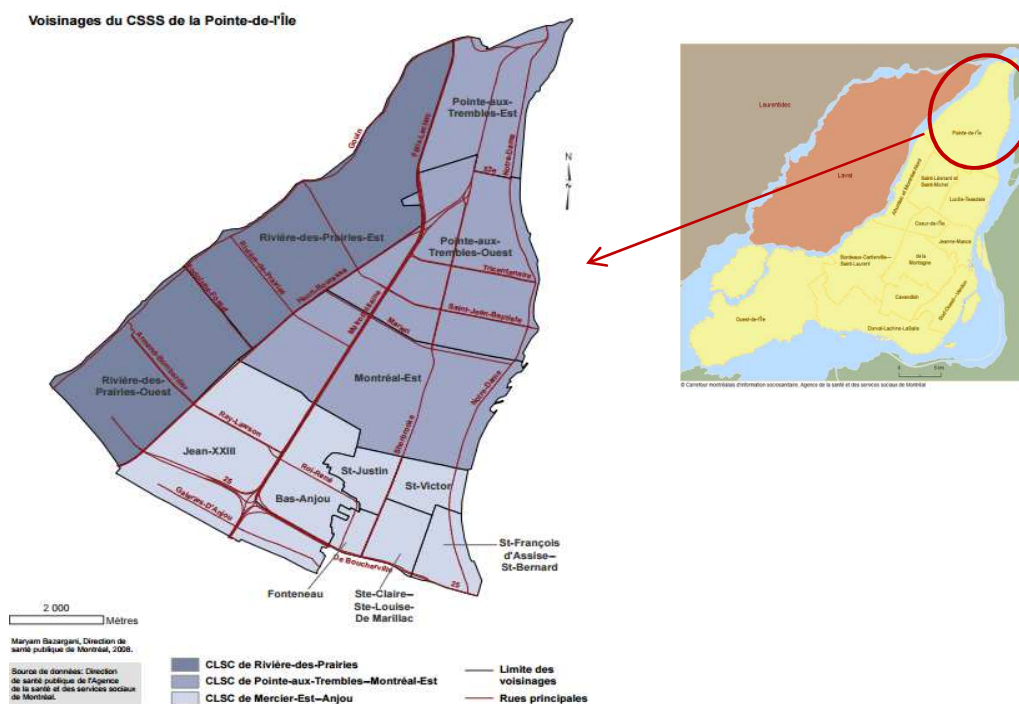


Figure 10 : Territoire du CSSS de la Pointe-de-l’île de Montréal²⁰

²⁰http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Atlas/carte_pdf/decoupages/Voisinages_par_CSSS/Pointe_deIle_111Voisinage_01.pdf

Le territoire de la Pointe-de-l'île (figure 10) compte plus de 19 400 personnes en 2011 soit plus de 10% de la population montréalaise.

Lors de la visite, j'ai été particulièrement frappée par l'occupation des sols sur ce secteur : les zones résidentielles, majoritairement à faible densité à l'extrême est de l'île, sont à proximité des zones industrielles (cf photographie 1).



Photographie 1 : secteur industriel de la ville de Montréal Est

Selon la carte ci-après (figure 11) les industries se situent davantage au centre du territoire, et les habitations se retrouvent majoritairement le long des côtes. Entre, on peut constater des espaces vacants tant du côté résidentiel qu'industriel (zones blanches sur la carte).



Figure 11 : carte du CSSS de la Pointe de l'île présentant les secteurs résidentiels/industriels

La Pointe de l'île comporte de grands axes routiers qui traversent le territoire (est/ouest) et passent à proximité des industries (photographie 2) :



Photographie 2 : Vue sur l'autoroute 25

Le territoire détient le port industriel qui se trouve à proximité des parcs et plages bordant le fleuve Saint-Laurent (cf photographie 3 et 4):



Photographie 3 : Vue aérienne du port industriel de Montréal²¹

²¹ Photographie issue du site de l'Association maritime du Québec : http://www.nautismequebec.com/afficher_nouvelle.php?afficher_nouvelle=404



Photographie 4 : parc de la Promenade-Bellerive

Cet environnement, peu propice à la santé a été l'objet de plusieurs études. Une d'entre elles réalisée en 2009 par la DSP de Montréal démontre que l'exposition aux émissions industrielles de polluants comme le SO₂ (dioxyde de soufre) est associée aux épisodes d'asthme chez l'enfant habitant sur le territoire de l'Est de Montréal²².

Or, l'asthme est la deuxième maladie chronique la plus répandue sur cette partie du territoire : 10% des habitants en souffrent (Montréal 8%).

Le taux de prévalence de maladies respiratoires, en particulier de l'asthme chez les enfants de 6 mois à 5 ans est élevé (le taux de prévalence le plus élevé de l'île) surtout pour les territoires des CLSC de Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est et de Mercier-Est-Anjou²³. Ce constat s'ajoute aux résultats d'études antérieures qui ont montré que ce territoire possède le taux d'hospitalisation pour asthme chez les enfants le plus élevé de l'île de Montréal²⁴.

L'environnement (pollution de l'air) peut donc avoir un impact majeur sur la santé de la population du territoire, mais ce n'est pas le seul facteur de risque à considérer : l'adoption d'habitudes de vie nuisibles à la santé en est un exemple.

²² Smargiassi, A. et al. "Risk of asthmatic episodes in children exposed to sulphur dioxide stack emissions from a refinery point source in Montréal, Canada", *Environmental Health Perspectives*, 2009, 653-659p.

²³ Jacques L et al. Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, *Portrait du territoire du CSSS de la Pointe-de-l'île, ASSS de Montréal*, 2011, 50p.

²⁴ Kosatsky T. et al. Évaluation de l'excès de maladies respiratoires dans les secteurs de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est et Mercier-Est-Anjou. Une analyse des données sanitaires et environnementales (1995- 2000). Direction de santé publique, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. 2004, 101p.

2.1.3.2 *Les habitudes de vie: déterminants majeurs des maladies chroniques*

Selon l'enquête TOPO 2012, 39% de la population de la Pointe-de-l'Île cumule au moins deux habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques. (Montréal 35%)

La proportion de la population qui atteint les recommandations quotidiennes d'activité physique par le biais du transport (exemple : faire les courses à pied, aller au travail en vélo...) est parmi les plus faibles de la région : plus d'un résident sur quatre du territoire a un faible niveau d'activités physiques

De même que le tabagisme qui est la principale cause modifiable de morbidité et de décès prématurés touche une personne sur cinq (20%) ce qui représente 34300 fumeurs. Un jeune sur trois de 15 à 24 ans fume la cigarette et huit fumeurs sur dix âgés de 25 à 34 ans sont des fumeurs quotidiens. Parmi les non-fumeurs âgés de 15 ans et plus, les 15-24 ans sont les plus exposés (une personne sur quatre).

De plus, 13% des résidents consomment de l'alcool de manière excessive (5 consommations d'alcool au cours d'une même occasion 12 fois ou plus au cours des 12 derniers mois).

Lors de la visite, j'ai pu relever l'absence de commerce alimentaire de proximité dans certains quartiers : en effet un grand nombre de secteurs résidentiels sont mal approvisionnés en fruits et légumes frais. 67 % de la population du territoire sont dans des zones de disponibilité nulle ou de vente faible²⁵. Près de 60% de la population du territoire n'atteindrait pas la recommandation minimale (consommation quotidienne de cinq fruits et légumes).

Plus d'un adulte sur cinq est obèse (21%), c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 (valeur pour Montréal: 16%).

On estime qu'un peu plus d'une personne sur trois est atteinte d'au moins une maladie chronique sur le territoire de la Pointe-de-l'île.

Il est important de noter que le territoire compte plus de 33 000 personnes de 65 ans et plus (17%) soit une proportion plus importante que l'île de Montréal. Or, plus la proportion de personnes âgées parmi la population d'un territoire augmente plus la fréquence de maladies

²⁵ Bertrand lise et al. Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal Le CSSS de la Pointe-de-l'île, ASSS de Montréal, 2007, 2p.

chroniques risque d'y être élevée. L'âge est en effet un facteur important à considérer car il est un facteur de risque non modifiable de maladies chroniques.

Selon l'enquête TOPO les maladies chroniques les plus répandues sont (figure 12):

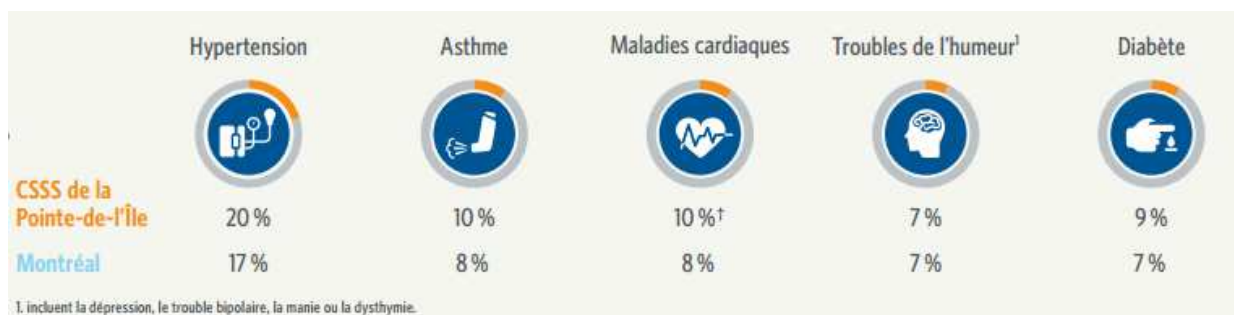


Figure 12 : Répartition des différentes maladies chroniques à Montréal et sur le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'île.

75% des décès prématurés sur le territoire, chez les personnes de 20 ans et plus, sont attribuables aux maladies chroniques (Montréal 70%).

Le taux important de maladies chroniques est en lien avec l'âge de la population du territoire. Or on compte plus de 33 000 personnes de 65 ans et plus (17%) soit une proportion plus importante que l'île de Montréal.

2.1.3.3 Des inégalités sociales

Selon l'enquête TOPO, l'accessibilité aux soins et à un médecin de famille est également un enjeu sur le territoire comme pour le reste de Montréal. 33% des résidents n'ont pas de médecin de famille.

L'utilisation des services de santé préventifs notamment les tests de dépistage du cancer colorectal est inégale : 13% de la population y ont bénéficié contrairement à 21% sur tout Montréal.

Le territoire de la Pointe-de-l'île est proportionnellement moins scolarisée que le reste de Montréal. Presque le tiers des enfants de la maternelle du territoire sont vulnérables dans au moins un domaine de développement. Environ 21% des élèves sortant du secondaire n'ont obtenu ni diplôme, ni qualification.

L'espérance de vie à la naissance tant chez les hommes (78,3 ans) que chez les femmes (83 ans) est significativement inférieur à celle du reste de Montréal (79,3 pour les hommes et 83,7 ans pour les femmes). Le taux de mortalité évitable est également supérieur à celui du reste de Montréal.

Les inégalités sociales ont un impact bien réel sur la santé de la population montréalaise et de surcroît pour celle de la Pointe de l'île. Elles influencent la durée de vie tout autant que la qualité de vie, l'adoption de comportements favorables à la santé, le développement et le bien-être des jeunes ainsi que le recours aux professionnels et aux services de santé.

Afin de lutter contre la persistance d'écarts considérables de santé chez certains groupes de la population et l'augmentation marquée des maladies chroniques à l'échelon local, le CSSS de la Pointe de l'île (fusionné avec le CIUSSS de l'Est depuis l'application de la loi 10) avait effectivement bâti dans son plan d'action plusieurs objectifs visant à améliorer la santé de la population du territoire comme diminuer l'incidence des maladies chroniques ou améliorer l'environnement physique. Pour atteindre ces objectifs, le CSSS peut s'appuyer sur la présence d'un réseau d'organismes communautaires très mobilisés et engagés qui travaillent en faveur du mieux-être de la population.

2.1.4 Les services et programmes locaux en maladies chroniques

Au cours des dernières années, tant au niveau régional que local, de nombreux projets plus ou moins importants ont vu le jour pour pallier certaines lacunes: celles liées à l'accès, à la continuité et à l'intégration des services, celles liées à la prévention, la promotion de la santé et gestion des maladies chroniques.

Lors de cette mission d'observation j'ai pu aller à la rencontre de plusieurs professionnels qui exercent au sein de tels programmes ou services. Je présenterai, sous la forme d'un tableau, une brève description de chacun d'entre eux.

Services ou programmes	Objectifs	Cibles	Activités	Intervenants	Référencement et caractéristiques
Le centre d'éducation à la santé (CES)	Renforcer les activités de prévention en regard de trois habitudes de vie qui sont : une alimentation équilibrée, la pratique régulière d'activités physiques et respirer sans fumée.	Personnes sans problème de santé diagnostiqué pour lesquels l'objectif est de retarder ou éviter l'apparition de maladies non transmissibles grâce à l'amélioration des habitudes de vie; Personnes avec un problème de santé diagnostiqué dont la faible motivation nuit à l'adoption de saines habitudes.	Les rendez-vous (individuels ou de groupe) au CES permet de : - faire le point sur l'alimentation, le niveau d'activité physique et d'exposition à la fumée de tabac grâce à un logiciel informatique qui se présente sous la forme d'un questionnaire. - fixer des objectifs d'amélioration - identifier des stratégies pour contourner les obstacles au changement - consulter différentes sources d'informations.	Infirmières cliniciennes en prévention clinique	Le CES n'offre pas de prise en charge des maladies chroniques. Il s'inscrit en complémentarité des services grâce à son approche motivationnelle. Référencement par un professionnel de première ligne non obligatoire pour bénéficier des services du CES.
Le centre d'abandon tabagique (CAT)	Accompagner et soutenir les personnes dans leur démarche de cessation tabagique	Personnes ayant une consommation de tabac.	Rendez-vous individuel avec information sur le tabagisme, de la pharmacothérapie, une évaluation de la consommation, du soutien intensif et des conseils.	Infirmières cliniciennes	Les personnes peuvent être référées par leur médecin de famille ou bien de leur propre initiative en appelant le CLSC.
Le centre d'action des maladies chroniques (CAMC)	Vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en : diminuant les symptômes, en retardant l'évolution de la maladie, en réduisant ou évitant les hospitalisations ou visite à l'urgence, en renforçant le pouvoir d'agir de la	Personnes atteintes de diabète, d'hypertension artérielle ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques.	Les interventions individuelles ou de groupes se déroulent selon une séquence préétablie qui va permettre d'augmenter l'adhésion des personnes inscrites aux activités de groupe et favoriser l'intégration d'activités physiques dans le quotidien des participants. (suivi médical, enseignement de groupe, suivi individuel, suivi de	infirmière, nutritionniste, kinésithérapeute, agents administratifs sexologue, pharmacien	Pour obtenir les services du CAMC les personnes doivent être référées par un médecin traitant qui doit remplir un formulaire de référence. Depuis 2014, un service de télédépistage de la rétinopathie diabétique est proposé à tous les usagers

	personne.		données cliniques...).		diabétiques inscrits au centre.
Télésoins	A pour but d'aider les patients à mieux comprendre leur maladie et à autogérer leurs symptômes en demeurant à domicile afin de diminuer les consultations médicales, les visites d'urgence et les hospitalisations. Permet grâce à un système de télésurveillance de renseigner de façon continue l'équipe de Télésoins sur l'état de santé des patients : symptômes, signes vitaux...	Personnes du territoire atteintes d'une maladie chronique (hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, maladies respiratoires) pouvant transmettre des données justes et véritables sur son état de santé, ayant une ligne téléphonique et un accès internet.	Sur une période de quatre à six mois, réalisation du suivi de santé du patient soit à l'aide d'une tablette électronique, soit à partir de l'ordinateur personnel du patient en se connectant sur le programme de télésoins. Chaque jour ou selon fréquence convenue, les patients répondent aux questions affichées à l'écran. Selon les réponses, des conseils, enseignements, informations leurs sont fournis. L'infirmière analyse les données, établit des bilans de santé évolutifs et détermine les activités à mettre en place.	Infirmière, agent technique	Créé en 2009 pour faire face à l'émergence des maladies chroniques et au manque de ressources sur le territoire. Référencement par un professionnel du CIUSSS ou par un médecin traitant (formulaire de référence).
Maillage	Visé à revoir la prise en charge clinique d'un groupe d'usagers ayant une consommation répétée à l'urgence et plusieurs hospitalisations faute d'alternatives efficaces (exemple : les personnes atteintes de maladies chroniques ou de multi-pathologies, ...).	Tous les patients du territoire faisant plus de six visites aux urgences ou hospitalisés plus de trois fois sur une année sont automatiquement référés au programme maillage.	Rencontre de l'infirmière avec chaque patient à domicile ou en CLSC pour évaluer leur situation et mettre en place des suivis ou dispositifs grâce à l'utilisation de corridors de services afin d'éviter le recours au système hospitalier.	Infirmières	Programme mis en place en 2011 grâce à un partenariat entre 2 CSSS et un hôpital du territoire.

Le fait de rencontrer divers professionnels exerçant au sein de ces services et programmes du territoire m'a permis d'identifier les similitudes et différences, leurs points forts et au contraire les difficultés qu'ils rencontrent :

L'ensemble de ces programmes et services agissent à différents niveaux dans le continuum d'interventions des maladies (cf figure 13).

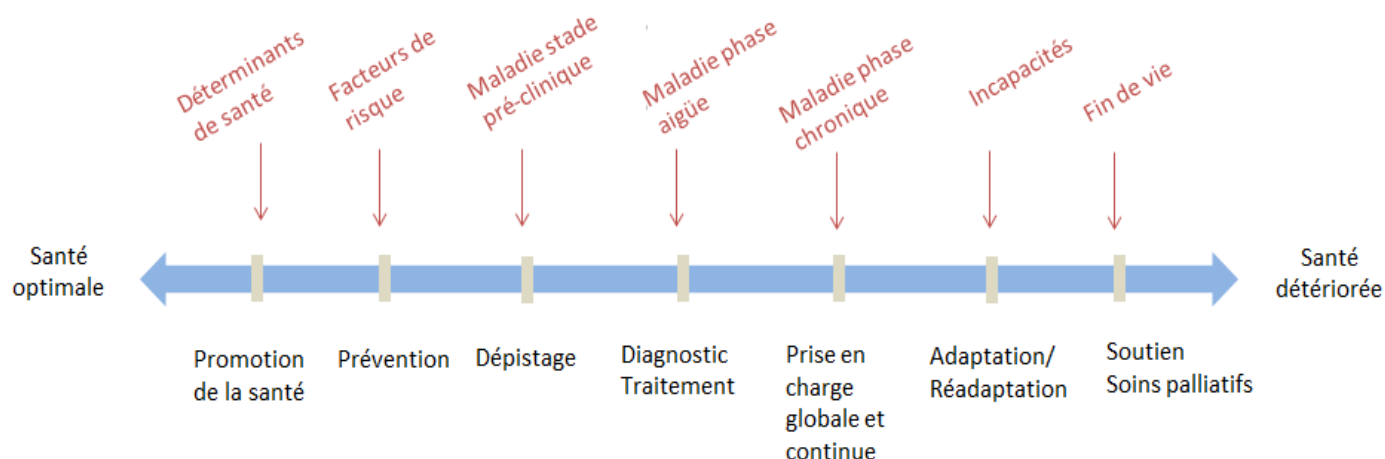


Figure 13 : continuum d'interventions des maladies

Certains ont des actions visant à agir sur les facteurs de risque : on se situe donc au début du continuum. D'autres sont présents pour dépister les maladies et assurer une prise en charge optimale, en proposant un accompagnement et un soutien intégrant toutes les dimensions (physiques, mentales, sociales...) de la personne. Ces services peuvent agir à différent moment mais ils intègrent tous des actions de promotion/prévention de la santé.

Certains comme le programme Télésoins répond à des besoins en santé parfois nouveaux (prise en charge à domicile) ou à des enjeux économique forts : désengorger les urgences pour limiter les coûts en santé, supporter la prévention et la promotion la santé pour limiter le coût engendré par les maladies chroniques, responsabiliser les patients pour éviter la surconsommation des soins...

Pour chacun de ces services, la collaboration interdisciplinaire se révèle être un aspect incontournable du travail des intervenants ou encore l'importance d'établir un partenariat privilégié entre le patient et les professionnels afin de soutenir la personne dans le développement de ses capacités d'autogestion. Certains d'entre eux (Maillage, Télésoins)

ont adopté dès leur création une culture d'amélioration continue afin de démontrer la performance et l'efficacité de leurs actions.

Pourtant, quelques un de ces services connaissent des difficultés : il est parfois difficile de mobiliser les professionnels de première ligne or ce sont les principaux acteurs qui permettent le référencement des patients aux services ; les pratiques d'évaluation de la performance et de la qualité sont parfois à consolider ou absente, il est noté un manque de participation chez certains patients dans la prise en charge de leur santé ou de leur maladie...

L'ensemble des intervenants rencontrés affirment qu'une continuité dans la relation patient-prestataire de soins, une adaptation des soins aux besoins du patient, un travail en collaboration et une coordination des soins sont les clés pour rendre efficace le service.

2.2 Agir en amont de l'apparition des maladies chroniques : compte-rendu de la mission professionnelle

Lors de la réalisation du portrait de santé de la population du territoire de la Pointe-de-l'île, j'ai constaté des enjeux majeurs liés au bien-être et à la santé des enfants.

En effet, le taux de prévalence de maladies respiratoires chez les enfants est élevé²⁶, 42 % des enfants sont vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire²⁷ et les taux d'hospitalisation chez les 0-5 ans et de victimisation (0-4ans) sont les plus élevés sur la Pointe de l'île²⁸. Le pourcentage d'enfants ayant été allaités à la sortie de l'hôpital ou de façon prolongée est significativement moindre pour tout le territoire de la Pointe-de-l'île en comparaison au reste de Montréal.

Par ailleurs, on a vu dans la partie précédente que le secteur de la Pointe-de-l'île est particulièrement touché par les maladies chroniques chez les 15 ans et plus comparé au reste de l'île de Montréal.

²⁶ Jacques, L et al. Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais, Rapport synthèse régional, Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal 2011, 36p.

²⁷ Goulet N et al. Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Rapport régional 2008. 2008, 135 pages

²⁸ Rochon N et al., Plan d'Action Local de la Pointe-de-l'île 2010-2015, CSSS de la Pointe-de-l'île, 2010, 141p.

Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé²⁹ (OMS) afin de protéger la santé actuelle et future des enfants il est admis que l'allaitement maternel pendant les six premiers mois de vie serait un facteur de protection pour la santé de l'enfant. De surcroît, l'INSPQ³⁰ informe que les bénéfices de l'allaitement sont nombreux pour l'enfant : la prévention des allergies, la prévention des infections, des pathologies malignes, de l'obésité....

Par conséquent, augmenter le taux d'allaitement maternel sur le territoire devrait donc protéger la santé des enfants et limiter l'apparition de maladies chroniques par la diminution de facteurs de risque comme l'obésité par exemple. Cet objectif répond à l'enjeu actuel qui est celui **d'agir en amont des problèmes et d'offrir aux enfants des conditions de vie qui leur permettront de naître et grandir en santé.**

Au regard de toutes ces informations la finalité de ce projet est d'identifier **des moyens pour favoriser l'augmentation du taux d'allaitement sur le territoire de la Pointe-de-l'Île et d'émettre des recommandations en lien.**

Pour y parvenir, je décrirai dans un premier temps, les avantages de l'allaitement maternel et les bonnes pratiques selon la littérature mais aussi le soutien en allaitement proposé par le gouvernement québécois. Je développerai en suivant l'état des lieux concernant l'allaitement sur la ville de Montréal et plus particulièrement sur le territoire de la Pointe-de-l'île. Je présenterai le continuum de services en allaitement disponibles sur le territoire. Puis, j'analyserai la portée d'une offre de service en particulier, celle des « rencontres/cours prénatales » déployée en complémentarité par le réseau de santé territorial et un organisme communautaire. J'énoncerai des recommandations et pistes de réflexion visant à soutenir une planification concertée optimale de cette offre de service. Pour finir, j'aborderai une discussion de cette analyse.

2.2.1 Définition de l'allaitement

Actuellement, il n'existe pas une définition consensuelle de l'allaitement.

Le MSSS du Québec propose les définitions suivantes³¹ :

²⁹ <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/>

³⁰ <https://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/accueil>

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices, 2001, 119p.

Allaitement exclusif ¹	Signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également accepté).
Allaitement prédominant ²	Signifie que le lait maternel est la principale source de nourriture, ce qui inclut le lait exprimé ; il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits, de même que les médicaments et les gouttes de vitamines ou de sels minéraux, mais n'inclut pas les préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) ou les liquides à base d'aliments.
Allaitement mixte	Signifie que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments.
Alimentation au biberon ³	Signifie que l'on nourrit l'enfant au biberon, mais que celui-ci peut contenir différents aliments liquides, y compris du lait maternel exprimé.
Alimentation artificielle	Signifie que l'enfant est nourri avec des préparations commerciales pour nourrissons ou du lait de vache sans être du tout allaité au sein ou recevoir de lait humain.
Préparation commerciale pour nourrissons	Désigne le lait artificiel ou le lait industriel (l'expression « lait maternisé » est à éviter).
Substitut du lait maternel ⁴	Désigne tout aliment commercialisé ou présenté d'une quelconque manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.
1.	Définition inspirée de celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1991).
2.	<i>Idem.</i>
3.	<i>Idem.</i>
4.	Définition inspirée du <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> (OMS, 1981).

2.2.2 Les facteurs favorables à l'allaitement

La littérature compte de nombreuses études qui démontrent les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé des mères et sur la santé, la croissance et le développement des enfants. Après avoir mené une étude de littérature sur ce sujet, je présente ci-après une synthèse de mes lectures.

2.2.2.1 *Bienfaits pour le nourrisson*

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour le nourrisson par rapport aux préparations commerciales pour nourrisson (PCN). En effet, celui-ci permettrait de réduire l'incidence et la gravité de nombreuses maladies infectieuses ou chroniques, ainsi que de favoriser le développement de l'enfant.

Ces avantages sont attribués au fait que le lait maternel contient tous les éléments nutritifs requis par le nourrisson, dans les proportions précises dont il a besoin. L'allaitement maternel lui fournit également des anticorps, produits par sa mère en

fonction de sa condition médicale spécifique³². De plus, la composition du lait maternel s'adapte selon le moment de la tétée et l'âge de l'enfant pour répondre précisément à ses besoins³³.

La réduction de l'incidence et de la gravité de nombreuses maladies infectieuses, et par conséquent, de la mortalité serait l'effet positif de l'allaitement maternel le plus reconnu et le mieux appuyé par les données scientifiques.

Plusieurs études montrent que les bébés allaités souffrent notamment moins d'infections gastro-intestinales^{34,35} et respiratoires³⁶, ainsi que d'otites moyennes³⁷. Une récente étude³⁸ a montré que les durées courtes de l'allaitement maternel serait un des facteurs prédictifs de concentrations élevées de CRP (marqueur de l'inflammation dans le sang) chez les jeunes adultes ce qui indiquerait un risque accru de maladies cardiovasculaires et métaboliques, principaux fardeaux de santé dans les pays développés.

Plus longtemps l'enfant est allaité de façon exclusive, plus ses capacités motrices et langagières seront développées³⁹.

D'autres études plus récentes révèlent également l'effet protecteur de l'allaitement maternel contre le surpoids et l'obésité⁴⁰, alors que le non-allaitement jouerait un rôle dans l'incidence de l'hypertension artérielle⁴¹ et du diabète⁴².

³² Leon-Cava, N., Letter, C., Ross, J., & Martin, M. "Quanting the benefits of breastfeeding: A summary of the evidence". Washington, DC: Pan American Health Organization, juin 2002, p. 177.

³³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices, 2001, 119p.

³⁴ Ardythe MORROW, Josefa RANGEL. « Human milk protection against infectious diarrhea: Implications for prevention and clinical care », *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 15, no 4, octobre 2004, p. 221-228.

³⁵ Michael S. KRAMER et al. « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, no 4, janvier 2001, p. 413-420.

³⁶ Galton BAHRACH et al. « Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: A meta-analysis », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 157, no 3, 2003, p. 237-243.

³⁷ Burris DUNCAN et al. « Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media », *Pediatrics*, vol. 91, no 5, mai 1993, p. 867-872.

³⁸ McDade T, Metzger M et al. "Long-term effects of birth weight and breastfeeding duration on inflammation in early adulthood", *Institute for Policy Research Northwestern University Working Paper Series*, avril 2013. p. 24.

³⁹ Mogens VESTERGAARD et al. « Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy », *Acta Paediatrica*, vol. 88, no 12, décembre 1999, p. 1327-1332.

⁴⁰ Thomas HARDER et al. « Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 162, no 5, 2005, p. 397-403.

⁴¹ Richard MARTIN. « Breastfeeding in infancy and blood pressure in late life: Systematic review and meta analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 161, no 1, 2005, p. 15-26.

⁴² Margaret DAVIS. « Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 48, no 1, 2001, p. 125-141.

D'autre part, l'allaitement maternel favoriserait également le développement cognitif de l'enfant⁴³. Le lait maternel, contrairement à ses substituts, contient des acides gras polyinsaturés à longue chaîne qui contribuent au développement du cerveau et de la vision⁴⁴. Plusieurs études de cohortes révèlent que le développement cognitif des bébés allaités semble légèrement supérieur à celui des nourrissons qui reçoivent une alimentation par PCN. Une d'entre elles est une étude menée en 2008 par l'équipe du Dr Michael Kramer de l'université McGill sur une importante cohorte composée de 14 000 enfants de Biélorussie suivis pendant six ans et demi. Elle a montré que l'allaitement maternel prolongé favoriserait le développement cognitif et l'intelligence des enfants. Il produit en effet une hausse du quotient intellectuel des enfants et une amélioration de leur rendement scolaire.

Enfin, au cours de l'allaitement maternel, la mère et son enfant vivent des moments d'interaction privilégiés qui sont susceptibles de faciliter et de renforcer leur lien d'attachement. J Bowlby explique que l'allaitement est un des facteurs satisfaisant les comportements d'attachement⁴⁵. Cette stimulation du nourrisson pourrait aussi contribuer à son développement psychologique, tout en ayant des effets positifs pour la mère.

2.2.2.2 *Les effets positifs sur la santé maternelle*

Les mères qui allaitent bénéficient également de plusieurs avantages. Tout de suite après l'accouchement, l'allaitement maternel stimule la sécrétion d'ocytocine, une hormone qui amène la contraction utérine, réduisant ainsi les risques d'hémorragies⁴⁶.

Certaines études, notamment celle de Labbok et al en 1994 soulignent le rôle contraceptif de l'allaitement exclusif ou presque exclusif. Freinant le retour de l'ovulation, il réduit les possibilités d'une nouvelle grossesse rapprochée avec tous les risques que celle-ci peut comporter pour la santé de la mère. D'autres études indiquent

⁴³ James W. ANDERSON, Bryan.M. JOHNSTONE et Daniel T. REMLEY. « Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, no 4, octobre 1999, p. 525-535.

⁴⁴ Sangiovanni, J.P., et al., Meta-analysis of dietary essential fatty acids and long-chain polyunsaturated fatty acids as they relate to visual resolution acuity in healthy infants ^a, *Pediatrics*, vol. 105, no 6, 2000, p. 1292-1298.

⁴⁵ Bowlby J. « Attachement et perte », Paris, PUF, Le Fil rouge, volume 1, 1969.

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices*, 2001, 119p.

que l'allaitement maternel offrirait aux femmes une protection contre le cancer du sein en pré-ménopause⁴⁷ et le cancer des ovaires⁴⁸. Enfin, l'allaitement maternel favoriserait pour la mère un retour plus rapide à son poids d'avant la grossesse⁴⁹ et entraînerait une réduction de son stress⁵⁰.

2.2.2.3 Des contre-indications à l'allaitement maternel ?

En raison de ses nombreux avantages, l'allaitement maternel est recommandé pour tous les nourrissons à quelques rares exceptions près (exemple : ceux souffrant de galactosémie ou intolérance au galactose qui est une forme de sucre présente dans le lait).

Selon l'American Academy of Pediatrics, l'usage de médicaments ne constitue que rarement une contre-indication à l'allaitement maternel. Quant aux mères qui consomment des drogues illégales ou qui vivent un problème d'abus d'alcool, chaque cas devrait être évalué sur une base individuelle pour déterminer si l'allaitement maternel est possible. Enfin, le VIH/sida a longtemps été considéré comme une contre-indication à l'allaitement maternel en raison des risques de transmission de la mère à l'enfant. Cependant, depuis 2009, l'OMS recommande plutôt que les mères séropositives ou leurs enfants prennent des antirétroviraux pendant l'allaitement pour éviter la transmission du VIH.

⁴⁷ Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and breastfeeding : collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002 ; 360 : 187-95

⁴⁸ Danforth KN et al, Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts, *Cancer Causes Control* 2007; 18, 517-523p.

⁴⁹ Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr* 1993; 58(2):162-6.

⁵⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices, 2001, 119p.

2.2.3 Les déterminants de l'allaitement

Les déterminants de l'allaitement sont des facteurs pouvant influencer positivement ou négativement l'initiation et la durée de l'allaitement. Il est à noter que l'allaitement est un déterminant de la santé qui peut changer la trajectoire de vie d'un enfant. Le fait d'agir sur les déterminants de l'allaitement revient à agir sur les déterminants sociaux de la santé, et donc permet de produire la santé.

Selon les Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel formulées par le Professeur Dominique Turk en 2010 dans le « Plan d'action : Allaitement maternel »⁵¹, les déterminants de l'allaitement peuvent être classés ainsi :

- facteurs ayant une association positive avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel⁵² :

Facteurs liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> - Mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée - Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement - Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité - Participation à des cours de préparation à la naissance - Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité - Absence de difficultés d'allaitement - Cohabitation mère-enfant 24 h/24 h à la maternité
Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Technique de succion correcte
Facteurs liés à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement - Soutien émotionnel de l'entourage - Soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité)
Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande - Soutien de professionnels de santé formés
Facteurs liés aux politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé - Initiative « Hôpital ami des bébés »

⁵¹ Turck D, Plan d'action : allaitement maternel, 2010, 40p.

⁵² Turck D, Plan d'action : allaitement maternel, 2010, 40p.

- Facteurs ayant une association négative avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel⁵³ :

Facteurs liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> - Mère très jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant - Expérience antérieure d'allaitement négative - Ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive - Manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement - Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise - Manque de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression du <i>post-partum</i> - Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement - Obésité, tabagisme - Environnement au travail défavorable à l'allaitement
Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Faible prise de poids de l'enfant - Problème de succion
Facteurs liés à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part de celui-ci
Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes - Recours aux compléments non médicalement indiqués en maternité et après - Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité - Défaut de formation et manque de soutien des professionnels de santé
Facteurs liés aux politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Congé de maternité court et peu rémunéré

Plusieurs facteurs influencent donc la décision d'allaiter son enfant, allant des caractéristiques sociodémographiques de la mère à ses connaissances et attitudes sur l'allaitement, en passant par son réseau social.

En ce qui concerne le moment de la prise de décision d'allaiter, plusieurs études rapportent qu'entre 50% et 75% des mères décident du choix d'alimentation du nourrisson avant ou très tôt durant la grossesse⁵⁴. Une étude réalisée auprès de mères ayant accouché au CHU Ste-Justine à Montréal, confirme d'ailleurs ce constat puisque 59% des mères interrogées dans le cadre de cette recherche avaient décidé d'allaiter avant même le début de leur grossesse (certaines, dès l'adolescence) et 41% avaient pris leur décision dès l'annonce de la grossesse. À leur troisième trimestre de grossesse, 96% des femmes de cet échantillon avaient décidé du mode d'alimentation de leur bébé.

⁵³ Turck D, Plan d'action : allaitement maternel, 2010, 40p.

⁵⁴ Galipeau, Roseline et al. *L'allaitement maternel chez la clientèle du CHU Ste-Justine*. 2007. p 4.

De plus, on constate généralement que plus la décision d'allaiter est prise tôt, plus grande est la probabilité que la mère allaite effectivement son bébé⁵⁵.

Enfin, les raisons associées à la cessation précoce de l'allaitement⁵⁶ peuvent être diverses. Le sentiment de manquer de lait est la raison la plus fréquente de cessation précoce de l'allaitement en pays industrialisés⁵⁷. Entre 25% et 50% des mères cessent l'allaitement car elles perçoivent qu'elles ont une production lactée insuffisante⁵⁸

Par ailleurs, la présence de douleur aux mamelons, l'engorgement, le refus de l'enfant de prendre le sein ou de téter de façon efficace, l'enfant qui demande fréquemment le sein et son faible gain de poids sont également rapportés comme des raisons de cessation précoce de l'allaitement⁵⁹.

2.2.4 Les bonnes pratiques en matière d'allaitement maternel

De nombreux organismes, tant sur la scène internationale qu'au niveau national, se sont prononcés en faveur de l'allaitement maternel. En 1990, l'OMS et le United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) adoptaient la Déclaration Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans laquelle on recommande que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Lors de cette même année, les deux organisations ont mis ont créé la semaine mondiale de l'allaitement maternel. Son objectif est de sensibiliser le public à la problématique de l'allaitement du nouveau-né et d'encourager les futures mamans à allaiter leur bébé. Cette semaine est aujourd'hui célébrée dans 170 pays.

⁵⁵ Dennis, Cindy-Lee. 2002. « Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 31, no 1, p.12-32.

⁵⁶ durant les premières six à huit semaines postnatales

⁵⁷ Gatti, L. Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 40. 2008. 355-363p.

⁵⁸ Galipeau, Roseline et al. L'allaitement maternel chez la clientèle du CHU Ste-Justine, volet prénatal. Montréal : Centre hospitalier universitaire Ste-Justine. 2007.

⁵⁹ Haiek Laura et al. Etude sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie. Régie Régionale de la Santé et des services sociaux, Montérégie. Dec 2003.

L'OMS et l'UNICEF, fidèles à leur engagement en faveur de l'allaitement, ont élaboré conjointement, en 2002, une Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant⁶⁰.

Ces recommandations ont trouvé des échos dans plusieurs pays. Au Canada, le Collège des médecins de famille du Canada endossait en 1996 la Déclaration Innocenti.

En 2001, un groupe d'experts mandaté par l'OMS s'est penché sur la période optimale d'allaitement exclusif et, après examens des résultats de recherche menées sur cette question, ont déterminé qu'elle était de six mois. Cette position a été adoptée par le MSSS dans ses lignes directrices sur l'allaitement maternel la même année et est toujours maintenue.

De plus, de nombreuses associations professionnelles québécoises et canadiennes se sont prononcées en faveur de l'allaitement maternel et préconisent qu'il soit exclusif jusqu'à l'âge de six mois :

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : Prise de position. Allaitement maternel (1999)
- Association des pharmaciens du Canada : Exposé de position de l'APhC. « *Protecting, promoting and supporting breastfeeding* » (2014)
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) : Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel (2012)
- Société canadienne de pédiatrie : Le sevrage de l'allaitement (2013)
- Association québécoise des consultantes (AQC) en lactation diplômées de l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) : prise de position, 2009.

2.2.5 Soutien à l'allaitement maternel au Québec

En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confirmé l'importance de protéger, de soutenir et de promouvoir l'allaitement dans le but de continuer à améliorer la santé de la population. Il a diffusé des lignes directrices exposant une position ferme et

⁶⁰ OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003, 30 p.

sans équivoque en faveur de l'allaitement maternel⁶¹. L'objectif général de ces lignes directrices était qu'en 2007, l'allaitement maternel soit de 85 % à la sortie des services de maternité et qu'il soit respectivement de 70 , 60 , 50 et 20 % aux deuxième, quatrième, sixième et douzième mois de la vie de l'enfant. L'objectif relatif à la première période a été atteint et l'est pratiquement pour les trois autres, ce qui témoigne des efforts soutenus des intervenantes et des intervenants du réseau. Quant à l'allaitement exclusif, les objectifs visés de 75, 40, 30 et 10 % ne sont pas atteints, malgré une amélioration de la situation. De plus, tant pour l'allaitement que pour l'allaitement exclusif, il semble y avoir actuellement de grandes disparités régionales⁶².

Afin de favoriser l'augmentation du nombre de bébés allaités, d'augmenter la durée de l'allaitement et d'encourager l'allaitement exclusif, les lignes directrices du Ministère proposent comme principale stratégie de favoriser l'Initiative des amis des bébés (IAB) à travers le Québec. Cette stratégie mondiale, élaborée conjointement par l'OMS et par l'UNICEF, vise la protection, l'encouragement et la promotion de l'allaitement maternel. Les établissements qui veulent être reconnus « Amis des bébés » doivent adhérer au Code de commercialisation des substituts du lait maternel et implanter les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (cf annexe 6). Parmi ces conditions, mentionnons que les établissements « Amis des bébés » doivent avoir une politique écrite en matière d'allaitement maternel et former leur personnel à l'application de cette politique. Ils doivent également informer les femmes enceintes sur les avantages et la pratique de l'allaitement maternel, ainsi que les aider à initier l'allaitement au cours de la demi-heure suivant la naissance de leur bébé.

L'IAB est en progression dans les établissements québécois : selon les chiffres du MSSS actuellement 70% des maisons de naissance étaient certifiées « amis des bébés », 9% des hôpitaux accoucheurs (soit 6 établissements), et 18% des CLSC.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)⁶³ est venu renforcer ces lignes directrices en prévoyant le recours à cette initiative dans toutes les régions du Québec.

La deuxième stratégie proposée dans les lignes directrices du Ministère vise l'organisation du soutien à l'allaitement. En effet, les professionnels de la santé, y compris les médecins et les bénévoles des groupes d'entraide à l'allaitement ou des organismes communautaires

⁶¹ MSSS. L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, Québec, 2001, 75 p.

⁶² Institut de la statistique du Québec. Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005- 2006, Québec, p. 18-21.

⁶³ Ministère de la santé et des services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, op. cit., p. 38.

engagés auprès des familles, ont un rôle à jouer dans le démarrage et la poursuite de l'allaitement, surtout dans la période critique des premières semaines et des premiers mois de vie de l'enfant^{64 65}.

Les pratiques cliniques préventives retenues dans le PNSP appuient aussi cette stratégie en recommandant d'offrir aux mères des conseils en matière d'allaitement.

La troisième stratégie vise l'implantation d'un système de suivi des taux d'allaitement à partir des bulletins de naissance, des enquêtes populationnelles et des systèmes informationnels des établissements.

La quatrième stratégie, enfin, souligne le pouvoir d'influence que le Ministère et son réseau doivent exercer pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement et à le protéger⁶⁶.

De plus, la publication en 2008 d'une nouvelle mouture de la politique de périnatalité du Québec, « Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie » (MSSS, 2008), vient réaffirmer les stratégies retenues dans le cadre des lignes directrices en matière d'allaitement et renforcer l'implantation de l'IAB. Le futur PNSP 2015-2025 prévoit aussi dans son axe 1 « Le développement sain et global des enfants et des jeunes », « le soutien à la promotion de l'allaitement dans les établissements et les milieux de vie ».

D'autre part, plusieurs organismes non gouvernementaux s'engagent activement dans des activités de promotion de l'allaitement maternel, en plus d'offrir conseils et soutien aux femmes qui allaitent. Présentes dans la plupart des régions du Québec, la ligue La Leche et la Fédération québécoise Nourri-Source sont probablement les ressources les plus connues. Ces deux organismes communautaires proposent notamment des services de soutien par les pairs, des monitrices d'allaitement dans le cas de la Ligue La Leche et des marraines d'allaitement dans celui de Nourri-Source. D'autres ressources locales sont présentes dans les régions de Québec pour offrir du soutien aux femmes qui allaitent.

2.2.6 Allaitement, état de la situation

2.2.6.1 A Montréal

⁶⁴ Jim SIKORSKI et al. « Support for breastfeeding mothers », The Cochrane Database of Systematic Reviews, no 1, 2002, art. CD001141.

⁶⁵ Valerie E. PALDA, Jeanne M. GUISE et Nadine WATHEN. « Interventions to promote breast-feeding: Applying the evidence in clinical practice », Canadian Medical Association Journal, vol. 170, no 6, 2004, p. 976-978.

⁶⁶ Ministère de la santé et des services sociaux. L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, op. cit., p. 32.

Le MSSS fixe à 85% le taux d'allaitement total (exclusif et mixte) à la sortie des centres hospitaliers ou des maisons de naissance pour 2007, ce taux atteint 88% à Montréal en 2005-2006, soit le 2^{ème} meilleur taux parmi les régions du Québec. Montréal maintient ce taux d'allaitement total à une semaine, alors qu'il est en baisse dans le reste du Québec. Cette différence perdure dans le temps, créant, à six mois, un écart de 20 points de pourcentage entre Montréal (61%) et le reste du Québec (41%). D'ailleurs, avec 61% des bébés toujours allaités à 6 mois, Montréal est la seule région qui atteint l'objectif fixé d'allaitement total pour les nourrissons de cet âge (50%).

Le MSSS fixe à 75% le taux d'allaitement exclusif en centre hospitalier ou en maison de naissance. A Montréal, ce taux n'atteint que 48%, ce qui place la région au 10^e rang des régions québécoises. D'ailleurs, le taux d'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois demeure toujours inférieur à l'objectif visé dans les lignes directrices⁶⁷.

2.2.6.2 Sur la Pointe-de-l'île :

L'étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais⁶⁸ publiée en 2011 révèle que le territoire de l'est de l'île est celui qui détient le plus bas taux d'allaitement de la région (chiffres de 2006). Le tableau 1 ci-après présente les territoires qui présentent le taux le plus faible et le plus élevé en matière d'allaitement à la sortie de l'hôpital et 17 semaines après l'accouchement :

		Taux minimum	Taux maximum
Allaitement à la sortie de l'hôpital (exclusif ou mixte)	78,2 (±0,9) Ile de Montréal	58,1 (±6,3) Pointe-aux Trembles-Montréal Est	92,9 (±3,8) Plateau-Mont-Royal
Allaitement 17 semaines ou plus (exclusif ou mixte)	41,8 (±1,1) Ile de Montréal	35,3 (±6,1) Pointe-aux Trembles-Montréal Est	78,5 (±6,2) Plateau-Mont-Royal

Tableau 1 : Taux minimum et maximum d'allaitement (exclusif ou mixte) sur l'île de Montréal à la sortie de l'hôpital ou 17 semaines après la naissance de l'enfant.

⁶⁷ Enquête sur l'allaitement maternel (2005-2006), Institut de la statistique du Québec

⁶⁸ Jacques, L et al. Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais, Rapport synthèse régional, Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal 2011, 36p.

On constate que le territoire de la Pointe aux Trembles (secteur nord-est de la Pointe-de-l'île) est celui qui détient les taux les plus bas en allaitement.

Le tableau 2 ci-dessous présente les taux d'allaitement d'un établissement accoucheur du territoire de la Pointe de l'île sur une courte période :

	Intention d'allaiter à l'arrivée	Sortie de l'établissement		
		Allaitement maternel exclusif	Alimentation mixte	Préparation Commerciale pour Nourrissons (PCN)
Période de Mars à Avril 2015	85%	45%	15%	40%
Période de Juin à Juillet 2015	93%	63%	13%	24%
Taux moyens	89%	54%	14%	32%

Tableau 2 : Modes d'alimentation des nourrissons à l'arrivée et à la sortie de l'établissement accoucheur.

Ces données révèlent un faible taux d'allaitement à la sortie de l'établissement malgré une volonté majeure des femmes d'allaiter leur enfant avant l'accouchement. Les statistiques détaillées révèlent un taux d'allaitement particulièrement bas pour les femmes ayant accouchées par césarienne.

L'allaitement maternel représente un réel enjeu de santé publique sur le territoire de la Pointe de l'île. Des ressources et services sont présents visant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

2.2.7 Le continuum des ressources en allaitement accessibles sur la Pointe-de-l'île

2.2.7.1 Méthodologie

Afin d'identifier les ressources en allaitement présentes sur la Pointe de l'île, je me suis appuyée sur le rapport annuel 2012-2013 du CSSS de la Pointe de l'île ainsi que sur le Plan d'action local en Santé Publique 2010-2015.

Les informations contenues sur certains sites web du CIUSSS m'ont également permis de dresser une liste exhaustive de tous les programmes et services accessibles aux familles résidant sur le territoire.

Par soucis de clarté, j'ai choisi de classer sous la forme d'un tableau les services de manière chronologique c'est-à-dire ceux présents en période prénatal, à la naissance de l'enfant, puis en post-natal. Certaines ressources sont proposées avant et après l'accouchement ; elles sont donc répertoriées dans une catégorie distincte intitulée « Services périnataux ».

Ce classement rejoint celui de la Politique de périnatalité du Ministère de la santé et des services sociaux⁶⁹ qui présente un continuum de services en périnatalité (figure 12) divisé en trois périodes : prénatale, «perinatale » et postnatale :

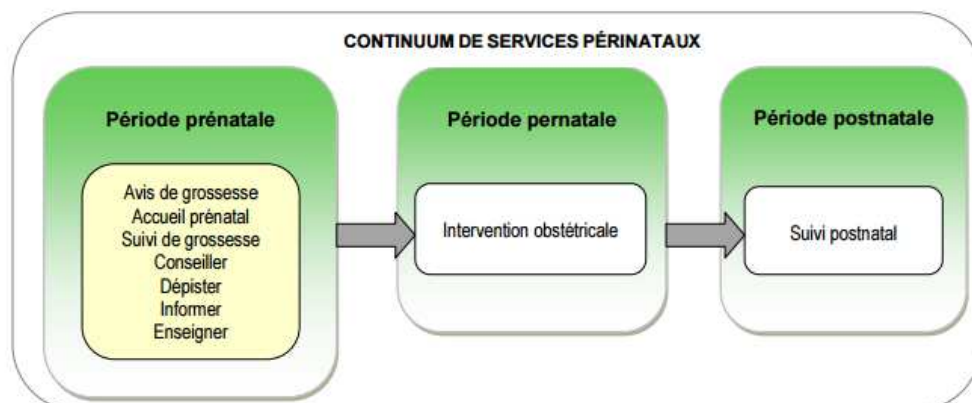


Figure 12 : continuum des services périnataux⁷⁰

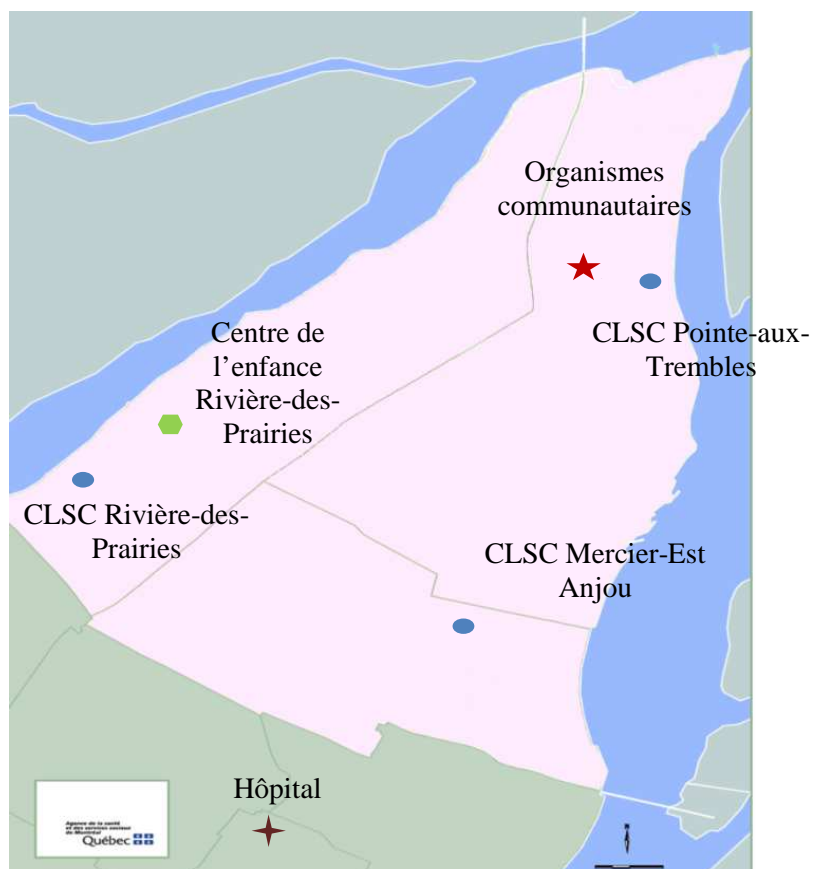
Des rencontres organisées avec plusieurs professionnels en petite enfance m'ont permis de compléter certaines informations concernant les différents services mais aussi d'obtenir des appréciations sur le continuum afin d'en déceler les points forts et les limites. J'ai pu donc m'entretenir avec une conseillère en petite enfance, une consultante en lactation intervenant en milieu hospitalier et un membre de l'organisme les Relevailles.

⁶⁹ Ministère de la santé et des services sociaux. Politique de périnatalité, un projet porteur de vie, 2008- 2018.

⁷⁰ Ministère de la santé et des services sociaux. Politique de périnatalité, un projet porteur de vie, 2008- 2018.

2.2.7.2 Les services et ressources en allaitement sur la Pointe-de-l'île

La carte ci-dessous permet une lecture spatialisée des ressources et services cités ci-après.



Services prénataux :

Les rencontres/cours prénataux :

Les femmes enceintes du territoire peuvent bénéficier de rencontres prénatales de groupes en préparation à l'accouchement et aux soins à prodiguer au nourrisson. Ces rencontres se tiennent au sein du CLSC Mercier-Est/Anjou et comprennent une série de cinq séances portant sur les thèmes suivants: la nutrition, l'accouchement, les soins au nouveau-né et l'allaitement. Ce dernier point est plus particulièrement développé lors d'une sixième rencontre intitulée « Nourrir Notre Nourrisson », animée par l'organisme Les Relevailles à la suite d'une entente de collaboration avec le CSSS (actuellement le CIUSSS) depuis 2012.

Services à la naissance :

Services des établissements accoucheurs (hôpitaux, maisons de naissance...) :

Les services diffèrent d'un établissement à l'autre. L'hôpital du secteur bénéficie du service d'une consultante en lactation qui aide et accompagne les femmes dans leur démarche d'allaitement. Les infirmières de l'établissement reçoivent une formation d'une journée sur l'allaitement, formation réalisée par la consultante.

Services post-nataux :

Contacts téléphoniques des CLSC :

Toutes les femmes du territoire qui accouchent reçoivent l'appel d'une infirmière du CLSC dans les 48-72 heures suivant le congé de l'hôpital et un rendez-vous est fixé pour une visite à domicile. Cette visite vise à faire un suivi postnatal du bébé et de la maman, à apporter du soutien à l'allaitement et à répondre aux questions des nouveaux parents. Les infirmières fournissent à toutes les mamans les fascicules de chaque ressource périnatale sur le territoire notamment les services en allaitement. Pour des suivis plus spécifiques selon les besoins, des visites de relance à domicile sont prévues.

Le suivi téléphonique des Relevailles :

Quatre semaines après la date prévue d'accouchement, l'organisme les Relevailles contacte les parents ayant bénéficié de la sixième rencontre afin d'assurer un suivi portant sur le mode d'alimentation choisi pour le bébé, sur leur besoin d'informations complémentaires ou de soutien dans leur choix d'alimentation.

Un second appel est réalisé 3 mois après le précédent dans le but d'offrir des informations et le soutien nécessaire pour faciliter l'adaptation dans leurs

rôles parentaux.

Les cliniques postnatales en CLSC :

Offerts par une équipe d'infirmières, les services des cliniques postnatales sont conçus pour les nouveaux parents du territoire et leur bébé, de la naissance à l'âge de 6 mois. Ces services comprennent : la pesée du bébé; du soutien à l'allaitement; de l'information sur les soins d'hygiène et de santé des nourrissons; des réponses aux questions sur l'alimentation du bébé, le sommeil, les maladies infantiles,... La Pointe de l'île compte trois cliniques postnatales sur son territoire qui proposent des consultations sur rendez-vous aux parents situées au sein des 3 CLSC du territoire.

Rencontres sur l'alimentation des bébés, de la naissance à un an, en CLSC :

Ces rencontres sont proposées pour les parents qui s'interrogent sur la façon d'alimenter sainement leur bébé, sur le moment adéquat pour introduire les aliments solides, les allergies alimentaires, etc. Elles sont animées par une nutritionniste et résulte d'un partenariat entre le CLSC de Mercier-Est/Anjou et le Centre de l'enfance de Rivière-des-Prairies.

L'initiative « Amis des Bébé » :

L'initiative des Amis des Bébé vise à améliorer la qualité des services offerts durant toute la période périnatale dans le Réseau de santé québécois. Cette initiative vise la prise de décision éclairée des parents sur l'alimentation infantile, le soutien et l'encouragement appropriés dans un environnement qui favorise l'allaitement. Dans le territoire, il n'y a pas d'établissement certifié mais certains ont engagé des démarches pour y parvenir.

Les haltes allaitement :

Est aussi offert des haltes-allaitement en postnatal, s'adressant aux femmes enceintes et aux mères allaitantes et leurs bébés. Ces rencontres représentent un lieu d'échange et de partage avec d'autres mères. Ils permettent aux parents d'obtenir des réponses à leurs questions, d'échanger avec d'autres nouveaux parents et de peser leur bébé. Une infirmière et nutritionniste sont présentes. Il existe trois lieux sur la Pointe-de-l'île proposant des haltes allaitement à différents jours de la semaine : au sein du CLSC de Mercier-Est Anjou, des Relevailles de Montréal et au centre de l'enfance Rivière-des-Prairies. Les haltes sont organisées par une infirmière du CLSC en collaboration avec des membres de La ligue La Leche, des Relevailles ou de La Maison de la famille Cœur à Rivière.

Les groupes de soutien :

- Ligue La Leche a pour mission d'aider les mères à allaiter leur bébé : par un soutien de mère à mère, en donnant de l'encouragement, de

l'information, de l'éducation et en faisant la promotion d'une meilleure compréhension de l'allaitement comme étant un élément important d'un développement sain du bébé et de la mère. L'organisme propose plusieurs services : des rencontres où chaque mois, les monitrices animent des réunions d'information et de partage sur l'allaitement maternel. Les monitrices de la ligue peuvent aussi se rendre à domicile à la demande des parents.

- Nourri-Source de Montréal a pour but d'aider les mères à cheminer vers une plus grande autonomie en les soutenant et en les encourageant dans leur rôle et dans leur expérience d'allaitement. Le principal service est le soutien téléphonique. Il se fait sous forme de jumelage (avant ou après l'accouchement) avec une marraine d'allaitement expérimentée et formée. Les parents peuvent obtenir soutien, encouragement, informations et conseils techniques sur l'allaitement maternel.
- L'association québécoise des consultantes en lactation diplômées de l' IBCLC (International Board Certified Lactation Consultants). Les consultantes en lactation sont des intervenantes qui ont les compétences et les connaissances indispensables pour apporter une aide de qualité aux bébés et aux mères dans le domaine de l'allaitement. Elles travaillent dans les hôpitaux, les CLSC, les organismes communautaires, les pharmacies, les cliniques spécialisées en allaitement, les cliniques privées et font, également des visites à domicile. Leurs services sont payants.

Services périnataux :

Les professionnels de première et deuxième ligne :

Les omnipraticiens, les pharmaciens communautaires, les gynécologues ainsi que les pédiatres sont également des acteurs clés dans la promotion, et l'accompagnement de l'allaitement sur le territoire. Lors des suivis de grossesse est remis à toutes les femmes un guide s'intitulant « Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à 2 ans », comportant des parties réservées à l'allaitement du nourrisson. Ce support d'information permet aux mamans d'acquérir des connaissances en allaitement avant et après l'accouchement. Ces professionnels peuvent aussi référer les mamans ayant besoin d'information ou de soutien en allaitement à des ressources ou directement à leur CLSC qui les redirigera en fonction de leurs besoins.

Programme OLO (œuf lait orange) :

Le programme OLO a été créé dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) destinés aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. Ce programme a pour but d'améliorer l'alimentation, la santé et le bien-être des femmes enceintes qui vivent avec un faible revenu. Accessible par l'intermédiaire des centres locaux de services communautaires, le programme OLO offre à ces femmes la possibilité d'obtenir gratuitement pendant leur grossesse des aliments essentiels (œufs, lait, jus d'orange) et des suppléments de vitamine et de minéraux. Le programme OLO peut se poursuivre jusqu'aux 2 ans de l'enfant dans le but d'accompagner les familles vers l'acquisition et le maintien de saines habitudes alimentaires. Cet accompagnement se concrétise notamment grâce à l'offre de ressources et d'outils pratiques adaptés aux familles.

Le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance) :

Le programme intégré en périnatalité et en petite enfance comprend deux volets :

1. Le soutien aux jeunes parents, dont la mère a moins de 20 ans au moment de la naissance du bébé.
2. Le soutien aux familles vivant sous le seuil de pauvreté et dont la mère n'a pas obtenu un diplôme de 5^{ième} secondaire ou encore, le soutien aux mères immigrantes récentes ayant un parcours migratoire difficile.

Le programme SIPPE est un programme de prévention et de promotion destiné aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité qui permet de répondre aux besoins des enfants à naître et des enfants de 0-5 ans et leur famille.

Le programme s'articule autour de deux éléments suivants :

- Accompagnement des familles : visites à domicile par une intervenante privilégiée qui répond aux besoins des familles pour les soutenir dans leurs activités parentales.
- Soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des familles par le développement de projets visant à améliorer les conditions de vie des familles.

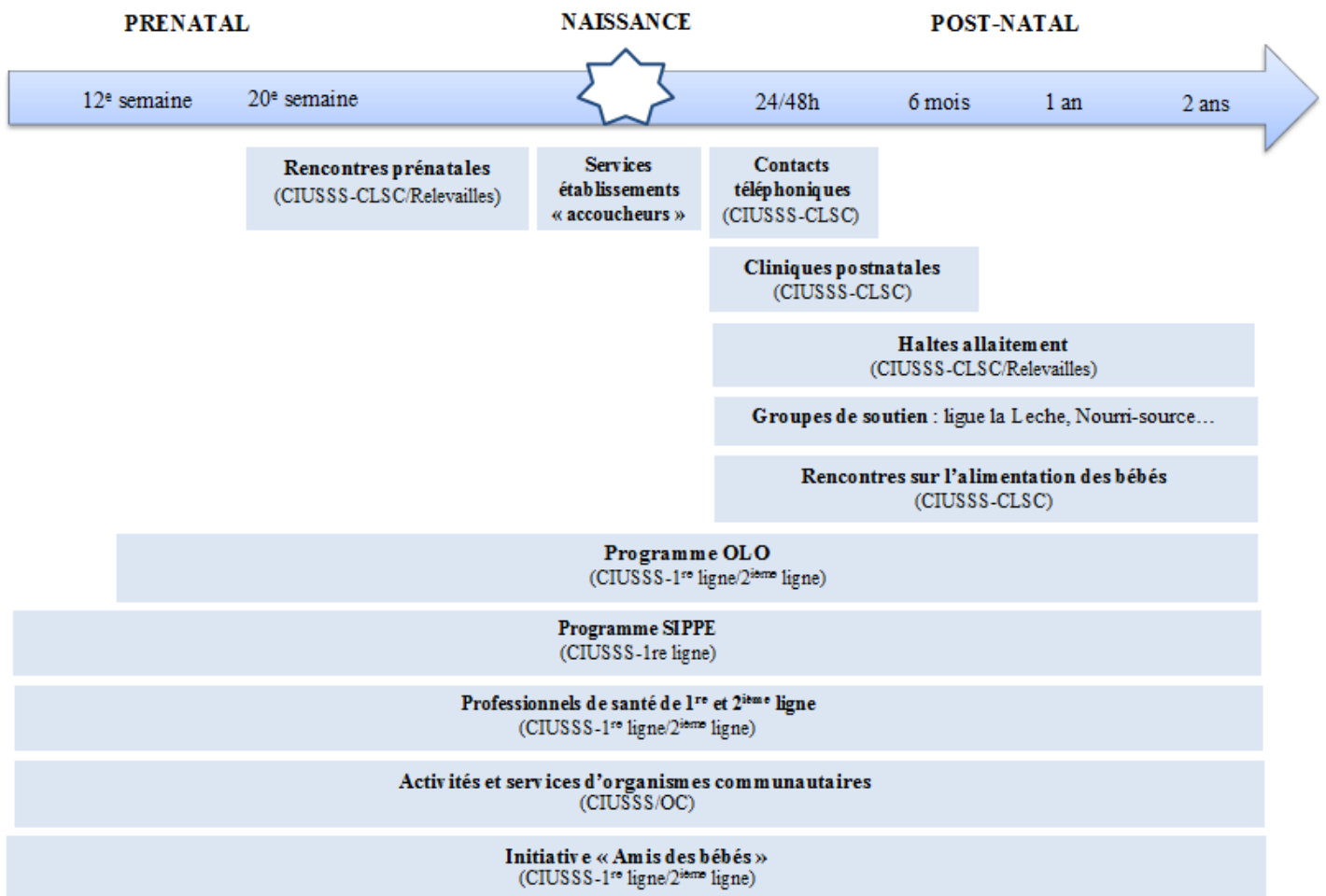
Le programme intégré vise à favoriser le développement optimal des enfants et à renforcer les compétences parentales. Un de leurs objectifs concerne l'allaitement : « augmenter le taux et la durée de l'allaitement ».

Les activités et services des organismes communautaires :

Sur le territoire, plusieurs organismes proposent des services en allaitement ; le CRP Les Relevailles de Montréal en sont un exemple. Les Relevailles ont pour mission sociale de « favoriser l'adaptation harmonieuse à la grossesse et à la vie avec un nourrisson en soutenant les parents dans l'enrichissement de leurs compétences ». Plusieurs services en allaitement existent : halte allaitement, rencontres individuelles pour conseils/soutien, rencontres pré-natales ou postnatales... La plupart de ces services sont payant, ils peuvent s'avérer gratuit pour les familles en difficulté financière.

2.2.7.3 *Analyse du continuum de l'offre de services en allaitement sur la Pointe de l'île :*

La frise ci-dessous vient reprendre l'ensemble des informations et donne un aperçu global de du continuum de l'offre de services en allaitement sur le territoire de la Pointe-de-l'île :



L'ensemble de ces informations ainsi que les échanges avec des professionnels en petite enfance me permet d'analyser les points forts et les limites du continuum de services ainsi que les éléments extérieurs qui peuvent avoir une influence sur ces derniers.

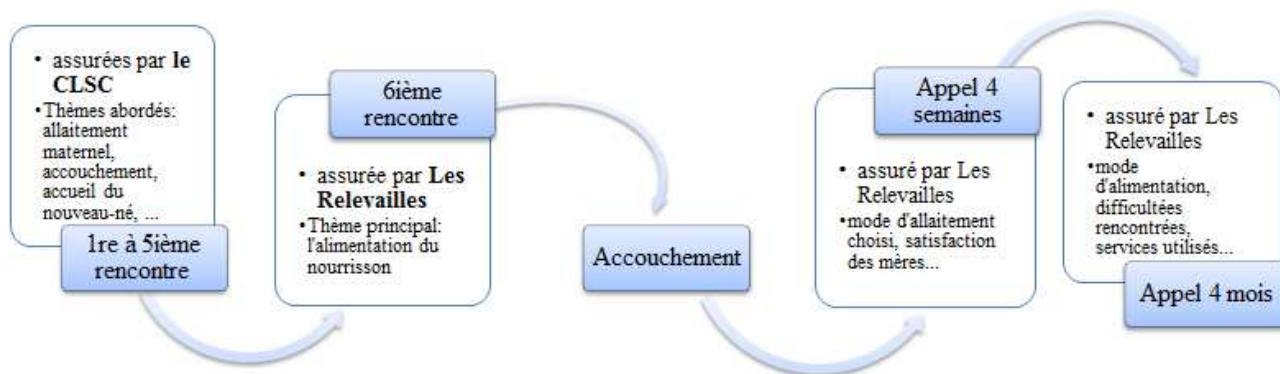
L'utilisation de la matrice SWOT me permet de dégager les éléments d'analyse suivante :

<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services nombreux - Services accessibles (gratuits pour certains) - Services assurant un suivi et accompagnement dans la durée (post et pré-natal) - Service présent pour les populations ayant des besoins spécifiques (mamans de moins de 20 ans, femmes récemment immigrées, ...) - Services ayant pour certains des partenariats avec d'autres services ou avec un établissement accoucheur. 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - peu de services spécialisés (2^{ème} ligne) - services ayant des missions similaires sur le territoire : dédoublement des services ? - manque de visibilité pour certains services - services pas toujours adaptés à la population vulnérable ou en situation de précarité - certains services sont onéreux - manque de ressources et de personnels pour certains - peu ou pas de collaboration, d'entente ou de communication entre les services, entre les instances publiques territoriales ou avec les établissements accoucheurs - pas de corridor de services en allaitement sur le territoire
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmentation du taux des naissances sur le territoire de la Pointe-de-l'île - orientations gouvernementales et politiques publiques favorables à l'allaitement. 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan marketing des industriels de préparation pour biberon - Taux importants de précarisation monétaire, sociale sur le territoire

2.2.8 Évaluation de l'offre de service « Cours prénataux »

2.2.8.1 Présentation du processus « cours prénataux »

Les rencontres prénatales peuvent se schématiser de la manière suivante :



Les cinq premières rencontres sont animées par 10 infirmières du CLSC. Leurs interventions se font à tour de rôle. Chacune des infirmières a pu réaliser a minima une série de rencontres prénatales au cours de la période 2014-2015. Le contenu de ces séances et les supports utilisés ont été revus et actualisés un an auparavant. Ces cinq séances se déroulent en début de soirée dans un CLSC et sont proposés tout au long de l'année.

La sixième séance se passe au siège de l'organisme Les Relevailles. Elle s'intitule « Nourrir Notre Nourrisson » (NNN). Les femmes enceintes doivent prendre contact avec l'organisme pour s'inscrire à la 6^{ième} séance. Deux animatrices assurent la réalisation de la rencontre qui se déroule également en début de soirée et dure en moyenne deux heures (séance plus longue que les 5 premières rencontres).

2.2.8.2 Méthodologie

Afin d'évaluer cette offre de service, je me suis aidée de questionnaires réalisés par les Relevailles de Montréal. J'ai choisi de retenir une période d'une année fiscale qui s'étend de mai 2014 à avril 2015. L'évaluation de la cohorte du mois d'avril étant en cours de réalisation, j'ai donc analysé les résultats sur une durée de 11 mois (mai 2014 à mars 2015).

Les entretiens semi-directifs réalisés avec les personnes ressources issues du CIUSSS, d'un hôpital du territoire et de l'association m'ont permis de compléter certaines informations manquantes ou non accessibles par le biais des questionnaires. Ne pouvant recueillir l'appréciation des mamans sur ces rencontres, ces entrevues m'ont aussi donné l'occasion de réunir les avis des professionnels pour obtenir des données qualitatives.

J'ai sélectionné plusieurs indicateurs me permettant d'évaluer les rencontres prénatales, il s'agit :

- ✓ Du **taux de participation de femmes** pour chaque rencontre. Le but est d'évaluer l'atteinte de la population cible : les femmes enceintes du territoire. Les chiffres m'ont été transmis par le CIUSSS et l'organisme les Relevailles.
- ✓ De **l'évolution du taux d'allaitement** de la 1^{re} rencontre prénatale à 4 mois après la date prévue d'accouchement avec **l'identification des principaux freins** à l'allaitement et les facteurs à l'origine de l'abandon de l'allaitement maternel. L'objectif est d'évaluer l'impact des séances à court et long terme sur le mode d'alimentation du nourrisson choisi par la mère. J'ai pu obtenir ce taux grâce aux informations issues des questionnaires des Relevailles : un premier réalisé après la 6^{ieme} séance, à 4 semaines après la naissance de l'enfant et enfin à 4 mois.
- ✓ Du **taux de satisfaction des femmes** ayant participées aux rencontres prénatales. Je me suis basée sur les questionnaires des Relevailles pour obtenir les avis des mamans à la fin de la dernière rencontre prénatale, puis à 4 semaines après la date prévue d'accouchement. Ces dernières ont plus particulièrement donné leur appréciation pour la dernière séance (NNN). L'objectif sera d'identifier si les cours prénataux répondent bien aux attentes et besoins des femmes enceintes et leur permettent de mieux appréhender l'allaitement dès la naissance de l'enfant.
- ✓ Du **taux d'allaitement en fonction du lieu d'accouchement**. Ce taux me permettra de déceler d'éventuels écarts entre les établissements accoucheurs. Les indications issues des questionnaires des Relevailles à 4 semaines m'ont permis d'identifier le lieu d'accouchement pour chaque femme et ainsi obtenir le taux d'allaitement en fonction des établissements.

Les résultats obtenus grâce au logiciel Excel me permettent de dégager des recommandations visant à améliorer la performance des rencontres prénatales. Certaines sont formulées grâce aux indications du guide pratique « *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel* » qui propose des stratégies visant à encourager le travail de collaboration et favoriser le soutien de la collectivité pour l'allaitement. Les recommandations sont délivrées au fur et à mesure de l'analyse

2.2.8.3 Analyse des résultats quantitatifs

- **Le taux de participation des femmes aux rencontres prénatales**

Les statistiques présentielles des CLSC et de l'organisme les Relevailles m'ont ainsi permis d'identifier :

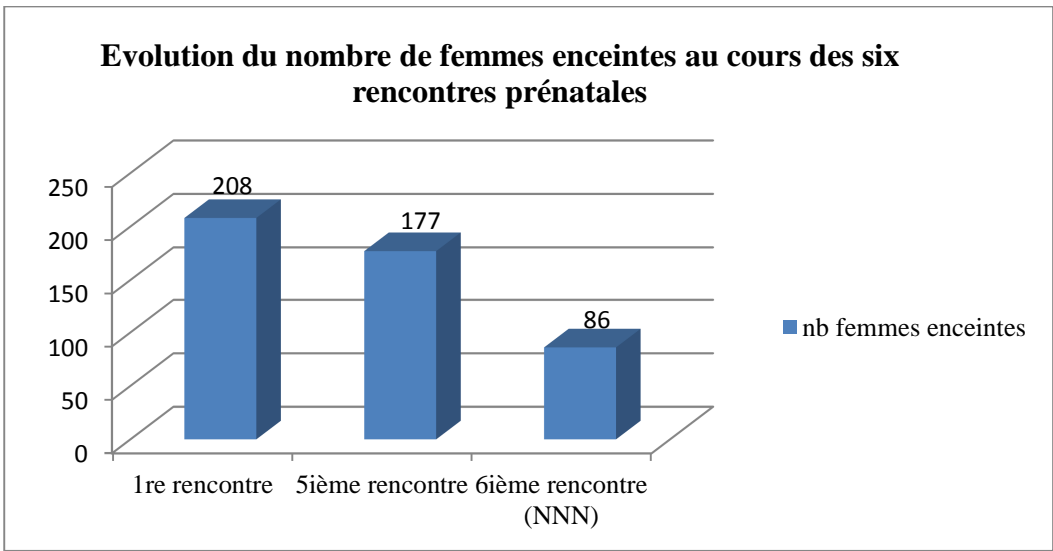
- *le nombre de femmes enceintes qui ont participées aux rencontres sur le territoire :*

Le taux de naissance sur la période 2014-2015 est de 2066 enfants sur la Pointe-de-l'île selon la RAMQ.

Sur 11 mois, l'ensemble des cohortes compte 208 mères ayant participées à la première rencontre prénatale soit 11% des femmes enceintes du territoire si on prend l'hypothèse qu'il y a eu environ 1890 femmes enceintes sur cette période.

On peut donc conclure que les cours prénataux ont peu de visibilité puisqu'une minorité des femmes en bénéficient.

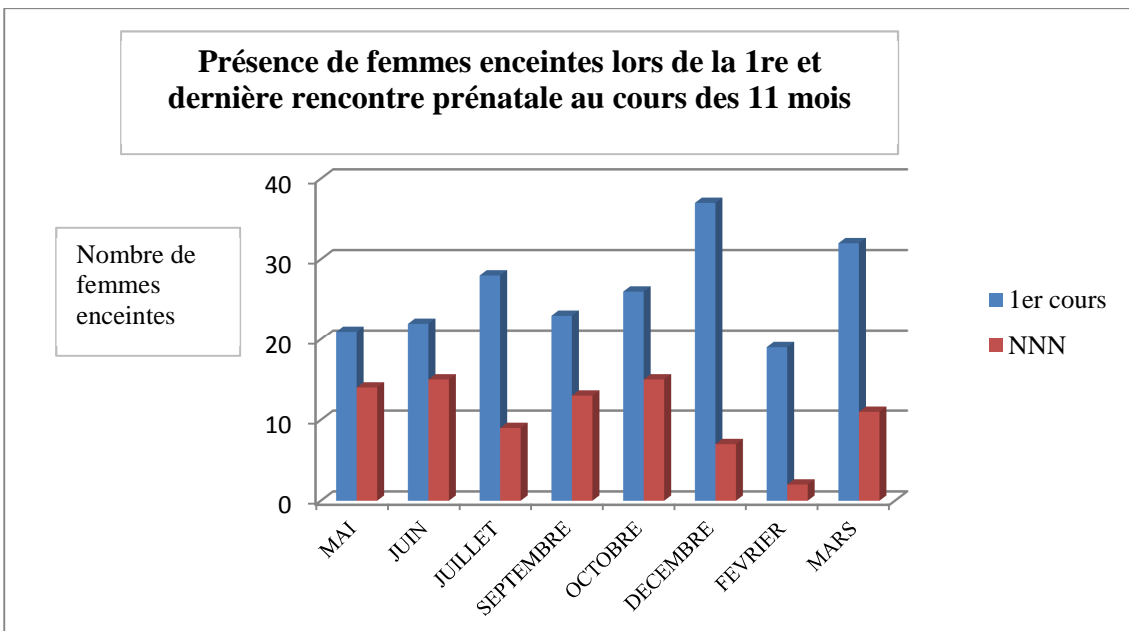
- *l'évolution de nombre de femmes enceintes participants aux différentes rencontres prénatales sur le territoire*



On remarque une diminution importante du nombre de participantes entre la première et la dernière rencontre prénatale. 85% des femmes qui ont participées au 1^{er} cours poursuivent jusqu'à la 5^{ème} rencontre. En revanche, un nombre restreint de ces femmes achèvent l'ensemble des cours puisqu'on note un taux d'abandon d'environ 50% entre la 5^{ème} et la 6^{ème} séance.

L'articulation entre ces rencontres serait donc à optimiser afin de maintenir la présence des femmes enceintes durant l'ensemble des cours prénataux.

- la comparaison des taux de participation entre les différentes cohortes :



On remarque que le nombre de femmes qui abandonnent entre le 1^{er} et le dernier cours (NNN) diffère selon les cohortes : la cohorte du mois de décembre compte un taux élevé d'abandon (80%) alors que le taux du mois de juin est moindre (32%). On peut émettre l'hypothèse que la période hivernale peut dissuader les femmes de se rendre aux cours prénataux.

Il serait donc intéressant de formuler des recommandations visant à améliorer l'animation et la planification des rencontres afin de maintenir la présence des participantes jusqu'à la fin du processus.

Recommandations :

- ❖ Augmenter la **visibilité** des rencontres prénatales grâce à une stratégie de **communication externe proactive**: envoi de mails aux femmes enceintes du territoire grâce à leurs coordonnées laissées dans l'avis de grossesse ou envoi de courriers présentant le service et son contenu, création d'affichettes à installer dans les lieux d'exercice des professionnels de 1^{re} et 2^{ième} ligne (gynécologues, médecins de famille, pharmaciens...)...
- ❖ Assurer une **meilleure articulation** entre les rencontres notamment la 5^{ième} et la dernière en émettant un discours uniforme et encourageant, en facilitant la **communication** entre infirmières du CLSC et animatrices des Relevailles. Une meilleure **connaissance** entre ces professionnels permettrait effectivement un référencement plus efficace.
- ❖ Présenter aux femmes **l'intégralité des rencontres** c'est-à-dire les 6 cours comme étant une même entité (éviter le 5+1 facultatif).
- ❖ Proposer un **même lieu de rencontre** pour toutes les séances.
- ❖ Assurer des rencontres interactives et dynamiques en proposant des **formations de techniques d'animation de groupes** à l'ensemble des animateurs. Le but étant d'augmenter la mobilisation des participantes et donc le maintien de leur participation au fil des rencontres.

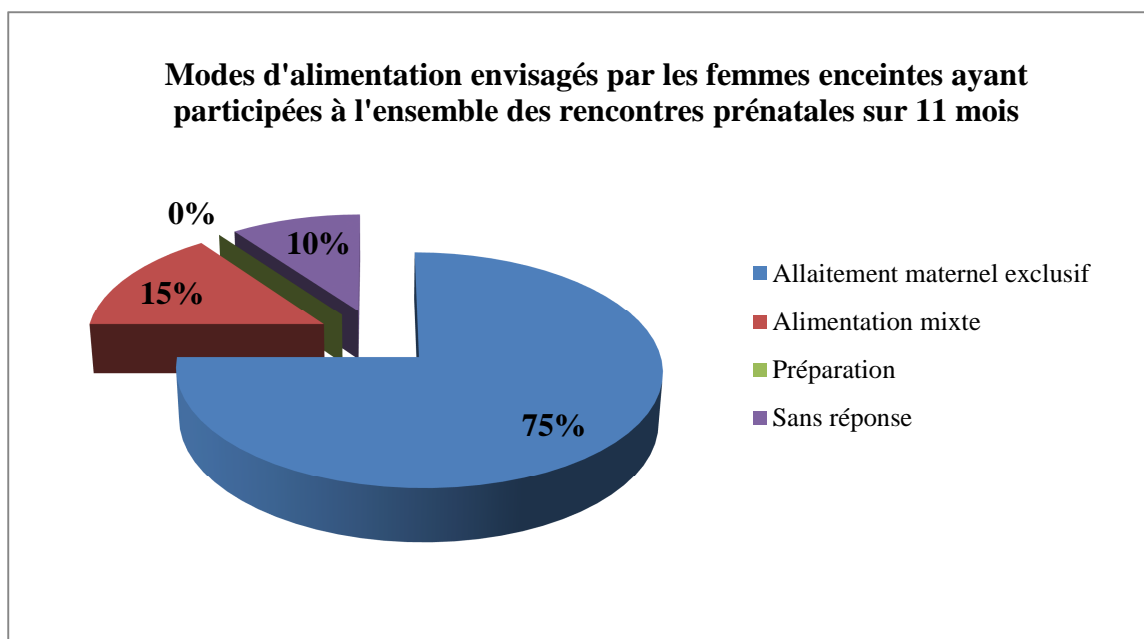
- **Evolution du mode d'alimentation entre la dernière rencontre prénatale et 4 mois après la naissance de l'enfant**

J'ai dans un second temps étudié l'allaitement envisagé par les femmes enceintes après la dernière rencontre ainsi que le mode d'alimentation choisi à 4 semaines et 4 mois après la date prévue d'accouchement. Les questionnaires réalisés par les Relevailles m'ont permis de faire l'analyse suivante :

- *Choix alimentation envisagés après le NNN :*

93% des participantes avaient une idée du mode d'alimentation pour leur bébé avant qu'elles ne participent à cette rencontre. Ce choix est fait/confirmé après cette rencontre pour 98% des femmes, seules quelques femmes souhaitent avoir plus de temps de réflexion pour émettre une réponse.

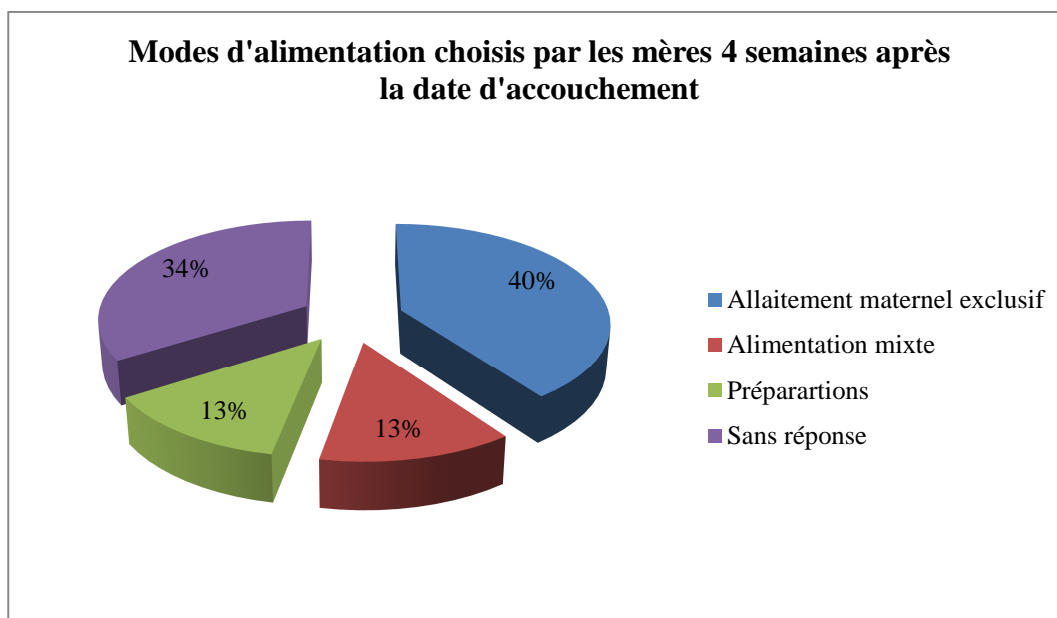
Sur l'ensemble des cohortes, les modes d'alimentation envisagés pour les femmes enceintes ayant assistées aux six cours se répartissent de la façon suivante :



On constate qu'une majorité d'entre elles souhaitent privilégier l'allaitement maternel exclusif pour leur enfant (75% soit 64 femmes).

- *mode d'alimentation 4 semaines après la naissance de l'enfant :*

86 femmes ont participées aux 6 séances prénatales ; les organismes les Relevailles ont pu contacter 57 d'entre elles 4 semaines après leur date prévue d'accouchement. En fonction des trois modes d'alimentation (allaitement exclusif, alimentation mixte ou préparation commerciale pour nourrissons), les chiffres sont les suivants :



On constate que sur les 62 mères qui souhaitaient allaiter exclusivement après la dernière rencontre NNN, environ une sur deux de ces femmes pratiquera ce mode d'alimentation à 4 semaines.

40% des femmes ont privilégié un mode différent de celui qu'elles envisageaient et ont préféré opter pour une alimentation mixte ou des préparations. Les 10% restant n'ont pas répondu aux questionnaires.

On peut remarquer qu'aucune des femmes ne souhaitaient utiliser de PCN après le NNN, cependant 12 d'entre elles l'ont pratiquée à 4 semaines.

Environ 40% des femmes interrogées durant cette période ont rencontré des difficultés pour alimenter leur nourrisson à 4 semaines. La plupart des difficultés sont à l'origine de l'abandon de l'allaitement maternel exclusif. On peut regrouper les plus fréquentes de la façon suivante :

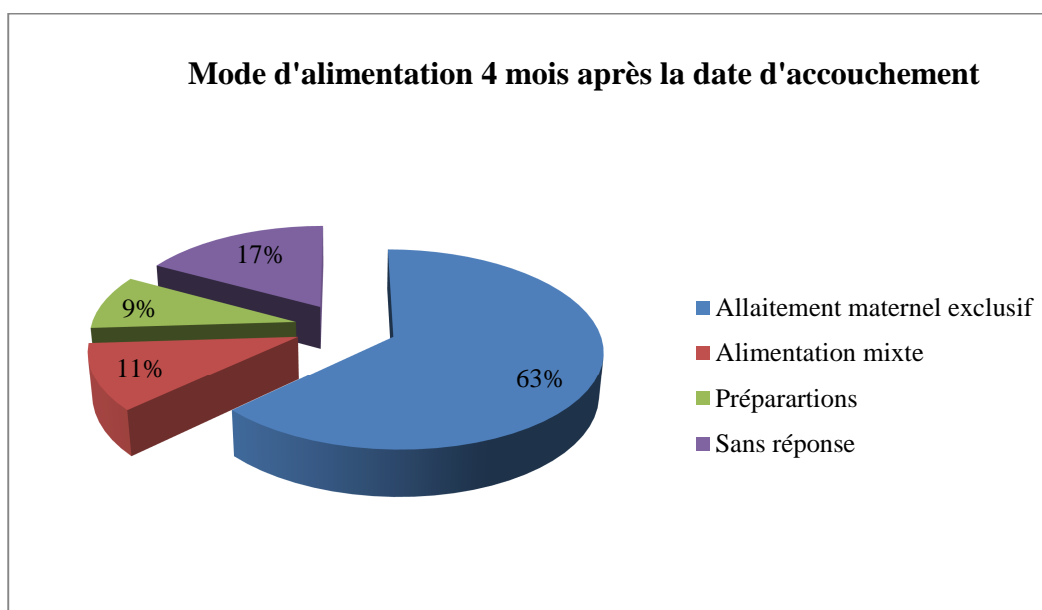
- liées à des facteurs physio-pathologiques du nourrisson (concernent 22% des mères qui ont abandonnées l'allaitement exclusif): problème de frein de langue, jaunisse, bébé né prématurément, perte de poids du nourrisson...
- liées à la mère (concernent 60% des femmes): fatigue, stress, douleur lors de l'allaitement, engorgement des seins, sentiment de manque de lait, difficulté lors de la mise au sein...

Les 17% restant n'ont pas formulé les causes à l'origine de l'abandon de l'allaitement maternel exclusif.

- *mode d'alimentation 4 mois après la naissance de l'enfant :*

A 4 mois après la date prévue d'accouchement, seules les mamans ayant pratiquées un allaitement exclusif ou mixte à 4 semaines ont été contactées soit un total de 46 femmes.

Sur l'ensemble de ces femmes, les statistiques sur la poursuite de l'allaitement 4 mois après la naissance de leur enfant sont les suivantes :



On constate qu'une majorité des mamans qui allaitaient de façon exclusive à 4 semaines ont poursuivi ce mode d'alimentation à 4 mois. Seules 2 femmes ont cessé l'allaitement exclusif et sont passés à un autre mode d'alimentation (mixte ou préparation) car elles avaient toutes deux le sentiment de « manquer de lait ».

A 4 mois, les femmes ne spécifient pas avoir de difficulté particulière, le sentiment de ne pas donner assez de lait à leur enfant est mentionné par quelques mères.

On constate que seules 12% des femmes ont fait appel à un service en allaitement durant les 4 premières semaines et 26% à 4 mois après la naissance de l'enfant.

En résumé, l'évolution de l'allaitement de l'ensemble des mamans des différentes cohortes se présente ainsi :

Allaitement envisagé après la dernière rencontre prénatale	Exclusif	75%
	Mixte	15%
Allaitement constaté à 4 semaines après la date prévue d'accouchement	Exclusif	40%
	Mixte	13%
Allaitement constaté à 4 mois après la date prévue d'accouchement	Exclusif	34%
	Mixte	6%

Ces chiffres nous révèlent qu'à la fin de la dernière séance (NNN), une part importante des participantes souhaitent allaiter. Or, 1/3 d'entre elles ne va pas le pratiquer un mois après leur accouchement. Ce résultat démontre bien que la décision prise au cours de la grossesse concernant la méthode d'alimentation du nourrisson se modifie suite à l'accouchement. De nombreuses causes peuvent l'expliquer : fatigue post-natale rendant la maman vulnérable et moins apte à accepter les contraintes, difficultés lors de l'allaitement, le manque de soutien lors du retour à domicile....Accompagner et soutenir les mères durant cette période charnière des premières semaines après l'accouchement seraient alors essentiels.

Recommandations :

- ❖ Créer une **coordination** entre les acteurs impliqués dans les rencontres prénatales qui aiderait les femmes ayant des difficultés à allaiter d'être dirigées vers les bons acteurs dans un délai court. Pour cela, élaborer des « **processus** » **sous forme de planification** décrivant les différents chemins de services possibles en fonction de tous les freins à l'allaitement cités ci-dessus et le rôle de chaque acteur qui intervient. Ces processus permettront par exemple aux professionnels qui

contactent les mères à 4 semaines et à 4 mois de référer les femmes vers les ressources adaptées en fonction de leurs difficultés, ou besoins en allaitement.

- ❖ Informer les femmes lors des rencontres prénatales des **différentes ressources et services présents** sur le territoire pouvant les aider et les soutenir dans leur démarche d'allaitement.
- ❖ Ajouter aux questionnaires des Relevailles (questionnaire fourni après la séance NNN) un item sur le soutien éventuel que pourrait recevoir la future maman après l'accouchement à son retour à domicile (mère, sœur, mari...). Pour les femmes qui n'aurait aucune aide, il s'agirait de les contacter quelques jours après la date prévue d'accouchement pour un soutien éventuel.

- **Taux de satisfaction des femmes participantes**

Obtenir le taux de satisfaction des femmes ayant assistées à toutes les rencontres prénatales me permettra d'évaluer l'efficacité et la pertinence des cours.

Le fait de recueillir leur avis 4 semaines après leur accouchement est intéressant puisque ces dernières ont le recul nécessaire pour donner une appréciation globale et fournir des critiques en fonction de l'expérience vécue.

- *Avis après la rencontre NNN :*

Les participantes avaient pour principales attentes : d'être davantage informées, d'être conseillées et de pouvoir échanger entre elles et les animatrices.

Globalement la rencontre a répondu à leurs attentes puisque 95% des participantes ont été satisfaites par la dernière rencontre tant au niveau du contenu que de l'animation.

90% disent avoir appris sur l'alimentation du nourrisson. Selon les commentaires laissés, une grande partie de ces personnes disent avoir particulièrement apprécié l'aspect pratique et la qualité des échanges pendant la séance. Aspect qu'elles précisent ne pas avoir retrouvé dans les cinq premières rencontres au CLSC.

70% des participantes ont jugé le contenu du cours « très utile » voire même « essentiel » pour la moitié d'entre elles. Le pourcentage restant considère la rencontre comme « un complément d'information » ou n'a pas souhaité se prononcer.

- 4 semaines après la date prévue d'accouchement :

A 4 semaines après la date d'accouchement prévue, 65% des femmes interrogées se sont senties bien préparées à l'alimentation de leur nourrisson après la dernière rencontre prénatale, 27% sont « assez d'accord » et seulement 3% n'ont pas été satisfaites par la rencontre NNN (manque de connaissance sur les préparations et manque de concret pour bien saisir toutes les informations données lors de la séance).

Certaines femmes ont spécifié, lors du contact à 4 semaines après la naissance de leur enfant, certains points qu'elles auraient aimé recevoir durant les rencontres prénatales tels que :

- Des informations et des exercices pratiques sur les soins de base du nourrisson
- Des informations sur les difficultés que peut rencontrer une mère quand elle allaite
- Des retours d'expérience sur le vécu de mamans afin qu'elles puissent avoir un regard subjectif sur l'allaitement maternel et « briser la vision idéaliste » sur ce sujet.

Les rencontres prénatales répondent donc bien aux attentes et besoins des femmes enceintes puisque ces dernières ont majoritairement été satisfaites des cours et se sont senties « bien préparées » à l'alimentation de leur enfant. Cependant avec le recul, elles auraient souhaité que les cours s'attardent sur certains points et proposent davantage d'exercices pratiques.

Recommandations :

- ❖ Ajouter lors des rencontres des **misés en pratique** qui aideraient les femmes enceintes à s'approprier les gestes, positions...
- ❖ Privilégier les **moments d'échanges** (questions/réponses) après chaque information théorique donnée afin de garder l'attention et la mobilisation des participantes. Instaurer un **dialogue ouvert**, sans jugement et éviter les paroles directives ou prescriptives.
- ❖ Brosser aux participantes un **tableau réaliste** de ce à quoi elles doivent s'attendre lorsqu'elles allaitent pour la première fois. Aborder les mythes, les **idées préconçues et les préoccupations** avec les participantes.

- ❖ Inclure dans le contenu des cours les possibles **difficultés que peuvent rencontrer** les femmes lors de l’allaitement et proposer pour chacune les solutions pour les éviter/appréhender/résoudre. Peut-être présenté sous la forme de **témoignages**.
- ❖ Faire témoigner des femmes ayant déjà allaité.

• **Taux allaitement maternel en fonction du lieu d’accouchement**

Une majorité des 86 femmes ont accouché dans des établissements qui étaient à proximité de de leur lieu d’habitation. On compte trois établissements qui ont accueilli un plus grand nombre de femmes de l’ensemble des cohortes.

Etablissements accoucheurs	Taux de femmes ayant accouchées au sein de l’établissement	Mode d’alimentation à 4 semaines		
		Allaitement exclusif	Allaitement mixte	Préparation lactée
Etablissement 1	21%	45%	33%	22%
Etablissement 2	24%	83%	17%	0%
Etablissement 3	10%	50%	12,5%	37,5%

On remarque des taux d’allaitement variables en fonction du lieu d’accouchement, certains comme l’établissement 2 compte un taux d’allaitement maternel exclusif bien plus élevé que l’établissement 1 ou même 3.

On note donc des inégalités au sein des établissements accoucheurs.

Recommandations :

- ❖ Favoriser les **partenariats** et améliorer la **communication interne** entre les établissements accoucheurs et les acteurs des rencontres prénatales afin d’uniformiser l’information et de partager les connaissances et l’expérience à l’échelle de la collectivité.
- ❖ Proposer pour l’ensemble des professionnels des **formations en allaitement** visant à harmoniser et actualiser les connaissances, les pratiques et les messages délivrés aux femmes enceintes/mères du territoire.

2.2.8.4 Analyse des données qualitatives (entretiens) :

Les trois professionnels m'ont indiqué les causes qui pourraient expliquer la non initiation ou l'abandon des mères qui allaitent exclusivement :

Elles peuvent être classées ainsi :

- Causes intrinsèques à la mère : ses normes sociales, culturelles, ses conditions socio-économiques, son éducation, l'influence de son entourage, son vécu, sa perception du corps, du toucher, des éventuels impacts physiques (douleurs lors de l'allaitement par exemple), de sa situation psychique (dépression post partum, peur de la perte de poids de son enfant, angoisse...), du soutien qu'elle peut recevoir de ses proches...
- Les causes propres aux nourrissons : freins de langue, ictère, enfant né prématurément...

Il existe aussi des causes liées à l'établissement accoucheur comme :

- La durée réduite du temps d'hospitalisation : en moyenne 24h pour un accouchement eutocique et 48h pour les femmes ayant subi une césarienne.
- Le manque de personnels infirmiers entrainerait une surcharge de travail pour les soignants qui auraient ainsi moins de temps à accorder aux mères
- Le manque de formation en allaitement du personnel soignant
- Le manque d'implication du personnel médical
- La crainte des soignants de culpabiliser les mères
- Discours non uniforme de l'équipe soignante pouvant entrainer de la confusion chez la mère
- Allaitement peu promu car établissement pouvant être en porte-à-faux avec les industriels des préparations lactées.

Les trois personnes interrogées me soulignent l'importance des premiers jours/semaines après l'accouchement dans le choix du mode d'alimentation par les mères. Elles ajoutent que c'est durant cette période que les mamans abandonnent l'allaitement pour les raisons cités précédemment. Elles insistent toutes trois sur l'importance d'aider et soutenir les femmes à ce moment précis.

Sachant cela, les rencontres prénatales devraient permettre aux femmes :

- d'anticiper les difficultés grâce aux connaissances acquises lors des cours

- résoudre les problèmes en faisant appel aux bons moments, aux bons services en allaitement et éviter ainsi une cessation précoce de l'allaitement

Ces trois professionnels se disent persuadés de l'efficacité et de l'impact de ces rencontres prénatales. La consultante en milieu hospitalier de par son expérience remarque une différence dans le degré de connaissance et de confiance de la mère sur le sujet de l'allaitement : selon elle, les mamans ayant participé aux rencontres sont « mieux préparées » à l'allaitement que les autres femmes.

Selon ces mêmes personnes, la planification de ce service serait à améliorer ; elles perçoivent un manque de coopération et de communication entre les acteurs. Elles manifestent le désir d'un plus grand partenariat entre CIUSSS/ organisme communautaire/ établissement accoucheur du territoire qui aboutirait à la création d'un « corridor de services » répondant aux besoins des femmes et ainsi améliorer l'initiation et l'accompagnement de l'allaitement maternel sur le territoire.

Recommandations :

- ❖ Réunir les parties prenantes des rencontres prénatales. Définir **un plan stratégique** propre au service contenant la vision commune, les valeurs partagées, les objectifs, les actions et leur évaluation (indicateurs)... Cette planification concertée améliorerait l'implication des acteurs dans la démarche, permettrait de coordonner les efforts de chacun et susciterait un sentiment d'appartenance, de même qu'une culture de coopération entre les divers groupes de professionnels.
 - ❖ Instaurer un **réseau intégré en allaitement** sur le territoire dans lequel les cours prénataux puissent prendre part afin d'éviter des actions isolées sans impact majeur. Pour cela, il serait primordial de désigner des référents pour chaque partie prenante à l'allaitement, et établir des partenariats solides pour créer une collectivité favorable à l'allaitement.
 - ❖ Instaurer des **rencontres régulières** entre les acteurs impliqués pour maintenir la cohésion d'équipe, la communication interne, le transfert de connaissance...
 - ❖ Assurer **une évaluation systématique tout au long des étapes** à l'aide d'outils fournissant un tronc commun de données standardisées.
- Il s'agirait donc de :

- créer un outil d'évaluation lors des 5 premières rencontres organisés par le CLSC
- ajouter un indicateur à l'évaluation faite par l'hôpital à savoir l'identification des mères ayant participées aux rencontres prénatales et les causes du non suivi pour celles qui n'y ont pas bénéficié.
- instaurer une évaluation à la sortie de l'établissement et au retour à domicile afin d'avoir une évaluation à long terme du service. Ainsi, l'établissement d'un partenariat/entente avec les infirmières allant à domicile dans les 48-72h et avec l'établissement accoucheur du territoire serait des pistes pour établir une évaluation continue. Cette dernière permettra de vérifier l'efficacité des séances, d'améliorer le contenu des séances et évaluer les impacts à court et long terme.

2.2.8.5 *Discussion*

Les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance ont une influence primordiale sur la santé, l'acquisition de saines habitudes de vie et sur la capacité de l'enfant et du futur adulte à se développer, à s'adapter à son environnement et à s'intégrer dans la société. Cette période de la vie offre donc une opportunité unique pour intervenir en amont sur plusieurs déterminants de la santé.

L'allaitement maternel est une mesure de santé publique efficace pour justement améliorer la santé des familles puisque son optimisation peut changer la trajectoire de vie d'un enfant.

Diverses ressources en allaitement existent sur le territoire de la Pointe de l'île, les rencontres prénatales en font partie. Elles délivrent une information prénatale en s'appuyant sur plusieurs techniques éducatives (rencontres de groupe, vidéos, exercices pratiques...) qui ont pour objectif d'encourager l'allaitement maternel avant la naissance et sa poursuite après l'accouchement.

Ces rencontres prénatales répondent bien aux attentes des femmes qui y ont participé. Avec le recul (4 semaines après l'accouchement), ces femmes se disent avoir été bien préparées à l'allaitement. Pourtant beaucoup d'entre elles vont abandonner l'allaitement maternel exclusif à cause de difficultés rencontrées notamment durant les jours suivant l'accouchement.

De ce constat, je propose des recommandations qui visent à améliorer la qualité (contenu, animation, accessibilité, continuité...) et l'organisation et la gestion des rencontres prénatales dans l'objectif de donner aux mères la possibilité de prendre des décisions éclairées et de les aider à appréhender au mieux leur démarche d'allaitement.

Néanmoins il faut souligner que l'optimisation et la pérennité d'un tel service ne serait possible qu'à la condition qu'il se positionne au cœur d'un continuum de services coordonnés en allaitement sur le territoire.

L'élaboration d'une planification concertée des actions entre les services présents permettrait effectivement d'améliorer la mise en œuvre et l'accompagnement de l'allaitement ce qui favoriserait l'augmentation de la durée de l'allaitement exclusif.

Cette planification nécessite donc que l'ensemble des acteurs touchés de près ou de loin par l'allaitement soient mobilisés et coordonnés pour optimiser le renforcement et le déploiement des actions en allaitement et agir efficacement auprès des femmes enceintes/mères du territoire.

Cette étude témoigne donc de **l'importance d'agir en amont du continuum d'interventions**, en favorisant le développement d'une culture d'allaitement, ainsi **qu'en aval**, en structurant l'accès aux services pour que ceux-ci puissent répondre aux besoins des mères tout en portant une attention particulière aux mères en contexte de vulnérabilité.

2.2.8.6 *Limites*

Plusieurs limites sont relevées dans cette étude:

- Ne sont considérées ici que les données des femmes enceintes/mères du territoire. Sont exclues celles des conjoints ou de l'entourage des femmes. Or, il est avéré que l'avis du conjoint et le soutien des proches peuvent être des facteurs non négligeables dans l'initiation/poursuite ou au contraire l'abandon de l'allaitement.
- Certains biais peuvent engendrer des erreurs dans les résultats de cette étude comme le biais de sélection : le nombre restreint des échantillons étudiés (nombreuses réponses manquantes dans les questionnaires) n'est pas forcément représentatif de l'ensemble des femmes qui ont participées aux rencontres. De même l'évaluation des données issues des questionnaires ne peut représenter les besoins/attentes en allaitement de l'ensemble des femmes enceintes du territoire.

- L'analyse des résultats des questionnaires ne m'ont pas permis d'obtenir les chiffres sur les modes d'alimentation des femmes à la sortie de l'hôpital ou à leur retour à domicile. On ne peut donc savoir le moment où les femmes cessent d'allaiter durant le premier mois après l'accouchement.
- Les résultats de cette étude ne m'a pas permis d'évaluer l'impact des rencontres prénatales sur le taux d'allaitement sur le territoire. En effet, l'évaluation du taux de d'allaitement ne concerne ici que les mamans ayant participé au cours prénataux. Ces résultats ne sont pas comparés avec ceux de mères non participantes ou bien ceux de l'ensemble du territoire, il n'est donc pas possible de faire un lien entre taux d'allaitement et participation aux rencontres prénatales. Cependant, les données qualitatives issues des entretiens avec les professionnels donnent des avis sur les répercussions des séances prénatales sur le taux d'allaitement sur l'ensemble du territoire.
- Cette étude ne tient pas compte de l'aspect financier de ce service, l'efficience ou la rentabilité financière des rencontres prénatales ne sont pas analysées dans ce travail.
- L'évaluation se base sur des données chiffrées or l'allaitement est un sujet qui touche l'intimité, le vécu, la valeur intrinsèque de chaque personne. Ce point est à prendre en considération dans un tel travail.
- Le manque/peu de données quantitatives sur le sujet de l'allaitement sur le territoire de la Pointe-de-l'île peut aussi être une limite à ce travail.

Conclusion :

Les maladies chroniques engendrent une panoplie de besoins, pour la plupart complexes, qui requièrent une diversité de soins et de services. À tous les niveaux du système québécois, voire de la société, les maladies chroniques interpellent : les lois, les directions et les programmes ministériels ainsi que les projets régionaux et locaux axés sur les maladies chroniques en font foi.

Cependant, malgré les modifications et les réorganisations ponctuelles, le système de santé et de services sociaux québécois peine parfois à relever le défi lancé par les maladies chroniques : accès insuffisant aux soins et services; première ligne médicale axée particulièrement sur les soins liés aux maladies aiguës; problèmes de communication entre

intervenants et de coordination des soins et services; manque d'investissement dans les systèmes d'information clinique, etc.

Ces constats proviennent de la complexité d'instaurer un continuum d'interventions des maladies chroniques qui doit incorporer à la fois des éléments de gestion, de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ce continuum doit prendre en compte tous les âges de la vie en débutant par la santé maternelle, des soins prénataux et post-nataux, se poursuivant par une alimentation adaptée du nourrisson, puis la promotion de la santé de l'enfant... Dans ce continuum, la promotion de l'allaitement maternel tient donc toute sa place car c'est le mode d'alimentation qui contribue le plus à la santé et au bien-être du nourrisson et le protégerait à long terme contre de nombreuses maladies.

Malgré les lignes directrices en matière d'allaitement maternel, les recherches indiquent que beaucoup de femmes au Québec ont des difficultés à les suivre, en particulier en ce qui concerne l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie de l'enfant.

Afin d'aider les femmes dans cette démarche, des stratégies de soutien existent et visent à fournir aux mères les aptitudes et les ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de leur allaitement.

Le principal enjeu dans l'établissement de telles stratégies à un niveau territorial est celui de développer des corridors de services entre les ressources médicales, institutionnelles et communautaires.

En effet, il s'agit de mobiliser et d'assurer la participation de tous les acteurs à travers la collaboration intersectorielle. Grâce à la mise en place concrète de mécanismes de référence entre les intervenants, d'ententes ; l'intégration des services va permettre une meilleure complémentarité des services et faciliter le cheminement de la mère entre les services.

De même des équipes motivées, des partenariats solides, un intérêt réel de l'organisation, la présence d'un leadership, ou encore des données probantes sur l'efficacité des programmes sont des facteurs d'efficacité.

Malgré tous ces enjeux qui sont d'ailleurs valables pour chacune des interventions du continuum et pas seulement pour la promotion de l'allaitement, le système de santé et de services sociaux québécois a d'importantes assises sur lesquelles fonder les modifications

nécessaires pour rendre la prise en charge des maladies chroniques plus efficace et efficiente.

D'abord, le système a certaines caractéristiques structurelles historiques: l'intégration des services de santé et des services sociaux ; le développement du secteur communautaire et celui de la santé publique; l'émergence de modèles d'organisation de première ligne favorisant la pratique de groupe.

De plus, l'organisation repose sur une philosophie de responsabilité collective et une approche populationnelle : la hiérarchisation des services s'est concrétisée par la création de réseaux regroupant l'ensemble des acteurs socio-sanitaires à l'échelle territoriale, ce qui favorise l'intégration des soins et services.

Par ailleurs, des modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques existent et s'appuient sur les données disponibles pour améliorer la réponse du système en regard des maladies chroniques tout en allouant les ressources de manière efficiente.

Enfin, de nombreux projets et programmes innovateurs sont pilotés dans divers territoires (exemple du programme Télésoins sur l'Est de Montréal): leur implantation même témoigne d'une prise de conscience collective relativement à la nécessité de mieux répondre aux besoins engendrés par les maladies chroniques.

PARTIE 3 : ANALYSE REFLEXIVE DES MISSIONS

3.1 Quelques comparaisons Québec/France

La réalisation de ces missions de stage ainsi que toutes mes expériences vécues au Québec durant ces quatre mois m'ont apporté de nombreuses connaissances que ce soit en santé publique, en organisation des soins, en soins infirmiers, en politique de santé....

Pour toutes ces informations recueillies, j'étais curieuse de savoir ce qu'il en était en France.

Je présenterai donc dans cette partie plusieurs comparaisons Québec/France sur divers aspects de la santé publique qui m'ont particulièrement interpellés comme l'allaitement maternel, la prévention du tabac et de l'alcool, ou encore la prévention des infections.

➤ Périnatalité, allaitement

Ma mission professionnelle a été l'occasion de découvrir des notions en santé publique sur la petite-enfance, population dont je n'avais que très peu d'expérience professionnelle car pas pratiqué durant ma formation infirmière ni approfondi durant mes études supérieures. Mes connaissances sur le sujet ont surtout été acquises grâce à mon entourage et leur connaissance des services en périnatalité (maternité, Protection materno-infantile (PMI), pédiatre...).

Au fur et à mesure de l'acquisition de nouvelles informations durant ma mission, j'ai pu établir des comparaisons avec la France. Le tableau ci-dessous les résume et reprend seulement celles qui se distinguent du Québec.

	France	Québec
- Taux allaitement maternel	60% (2012) ⁷¹	83% (en 2009-2010) ⁷²
- Durée moyenne	8 semaines	16 semaines
- Durée du congé de maternité	16 semaines pour le 1er et 2ième enfant, 26 semaines pour 3ième	18 semaines
- Durée du congé de paternité	11 jours pour naissance unique	5 semaines
- Durée hospitalisation :		
Accouchement eutocique	96h	24h
Césarienne	120h	48h
- Ressources en allaitement	Peu de services (PMI) ou services peu connus des professionnels et des femmes (ex : Ligue la leche)	Nombreuses ressources (cf mission professionnelle partie 2 du devoir)
-Politique promotion allaitement (nationale/provinciale)	Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015	Politique périnatalité 2008-2018 PNSP 2003-2012, futur PNSP 2015-2025
-Campagnes de promotion	Quasi absentes	Très présentes

On peut remarquer que la France fait figure de « mauvais élève » en termes d'allaitement par rapport au Québec qui offre un environnement plus propice à l'initiation et la poursuite de l'allaitement.

Toutefois, on constate que la durée d'hospitalisation au Québec est plus courte qu'en France. Afin de palier la durée d'hospitalisation réduite pour les femmes Québécoises, un service existe et consiste à ce qu'une infirmière téléphone et se déplace au domicile des parents pour leur apporter un soutien et vérifier l'état de santé du bébé.

Deux systèmes d'organisation différents présentant chacun des avantages et inconvénients.

⁷¹ Almeida S et al. *L'état de santé de la population en France, Edition 2015*, DREES, 2015, 502p.

⁷² Lavoie A et al. « L'allaitement maternel: une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, n°28, 2011, 8p.

On a vu lors de ce travail l'importance d'agir lors de la première semaine après l'accouchement pour aider les femmes à poursuivre l'allaitement. Une durée d'hospitalisation respectant le bien-être de la mère et de l'enfant ainsi qu'un accompagnement précoce à domicile serait donc des pistes pour favoriser l'allaitement maternel.

On constate que le Québec offre un congé de maternité/paternité plus long que la France. Cependant, la France fait des distinctions en fonction du nombre d'enfants déjà à charge pour les femmes ainsi que le nombre d'enfants à naître (naissance unique, double, triple ou plus) :

Durée du congé de maternité selon le nombre d'enfants à naître ou, en cas de naissance d'un seul enfant, le nombre d'enfants déjà à charge

Nombre d'enfants à naître	Nombre d'enfants déjà à charge	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé de maternité
1	0 ou 1	6 semaines	10 semaines	16 semaines
1	2 ou plus	8 semaines	18 semaines	26 semaines
2	-	12 semaines	22 semaines	34 semaines
3 ou plus	-	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Figure 7 : Durée du congé de maternité en France⁷³

Plus la femme a d'enfants à charge plus son congé maternité augmente, de même pour le nombre d'enfants à naître.

Au Québec, ces différences n'existent pas, le congé maternité est le même pour chaque enfant. En revanche sa durée varie en fonction du régime de la mère (de base ou particulier):

⁷³ <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F519.xhtml>, consulté le 06/08/2015

Types de prestations	Régime de base		Régime particulier	
	Nombre maximal de semaines de prestations	Pourcentage du revenu hebdomadaire moyen	Nombre maximal de semaines de prestations	Pourcentage du revenu hebdomadaire moyen
Maternité (exclusives à la mère qui a donné naissance)	18	70 %	15	75 %

Figure 8 : Durée congé maternité au Québec⁷⁴

En France comme au Québec les femmes sont nombreuses à ne pas réussir à concilier l'allaitement avec la reprise du travail en raison, entre autres, du manque d'espace adéquat pour allaiter ou tirer et conserver leur lait sur leur lieu de travail, et de la nécessaire organisation personnelle et professionnelle que ce choix implique⁷⁵.

Une loi française ancienne (1917) a institué les pauses (une heure par jour) et les chambres d'allaitement sur le lieu de travail⁷⁶. Ces dispositions sont toujours effectives près d'un siècle plus tard. Le code du travail inclut plusieurs articles (L1225-30 à L1225-33) sur l'allaitement en milieu professionnel. En complément, plusieurs règlements (R4152-14 à R4152-28 ; R1225-5 et R1225-6) en définissent les modalités d'application. Ils semblent être, cependant, mal connus, tant d'une grande majorité d'employeurs que des femmes.

D'une manière générale, ces dispositions du code du travail sont peu ou pas appliquées en France dans les entreprises, ce qui n'incite pas les femmes, de retour au travail à l'issue de leur congé maternité, à poursuivre l'allaitement. Le fait de connaître ces dispositions pourrait peut-être aider les mères qui travaillent à faire valoir leurs droits auprès de leurs employeurs.

Il n'existe pas de disposition au Canada qui accorde aux travailleuses le droit de se prévaloir de courtes pauses pour allaiter ou tirer leur lait.

⁷⁴ http://www.rqap.gouv.qc.ca/travailleur_salarie_autonome/types/maternite.asp, consulté le 06/08/2015

⁷⁵ Belomo C. « Droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratique », *La santé de l'homme*, Inpes ; n°408, juillet-août 2010, p 30-31.

⁷⁶ Herzog-Evans M. *Allaitement maternel et droit*. Paris : L'Harmattan, coll. La justice au quotidien, 2007, 160 p.

Dans un article issue de la revue *La santé de l'Homme* (Inpes)⁷⁷ le pédiatre et président de la Coordination française pour l'allaitement Marc Pilliot avance les principaux éléments qui expliquent le faible taux d'allaitement maternel en France. De nombreux facteurs – culturels, sociétaux et individuels – se conjuguent pour expliquer cette situation.

- notre histoire nous décrit une culture de séparation et de non-allaitement : les femmes issues de la noblesse faisaient appel à des nourrices pour allaiter leur enfant.
- des actions internationales peu connue comme par exemple l'initiative Amis des bébés. On note cependant depuis cette dernière année une augmentation rapide du nombre d'établissements labellisés (plus treize établissements entre 2013 et 2015), ce qui montre l'intérêt croissant des équipes pour la démarche.
- une forte pression publicitaire pour les aliments de substitution ;
- une formation initiale inexistante pour les médecins et très inégale, voire parfois mal adaptée, pour les autres professionnels de santé ;
- des pratiques de professionnels centrées sur la technique et la science, avec un oubli de la prévention et de la pédiatrie sociale
- une information insuffisante des parents, voire des conseils contradictoires
- un congé maternité postnatal trop court

En raison de tous ces freins culturels, la France figure en dernière position en Europe. Plus de quinze pays ont des taux d'allaitement supérieurs à 90 % à la naissance et plusieurs ont encore plus de 60 % d'allaitement à 6 mois.

Les pays scandinaves sont ceux qui détiennent les taux les plus élevés en allaitement maternel. Cela peut s'expliquer par de multiples facteurs (contexte socioculturel et politique gouvernementale particuliers, promotion de l'allaitement maternel importante..) :

- une offre importante de services et aides publiques aux familles.
- une politique soutenant le modèle familial où les deux conjoints travaillent, et ce notamment grâce à des congés parentaux très avantageux.
- la garde d'enfants par les services publics est garantie pour tous les parents. En Suède, les services préscolaires ou de garderie sont gratuits pour les enfants âgés de trois à six ans, pour un maximum de 15 heures par semaine. De plus, les frais parentaux sont

⁷⁷ Pilliot M. « La situation de l'allaitement maternel en France », *La santé de l'homme*, Inpes ; n°408, juillet-août 2010, p 19-20.

directement proportionnels au revenu des parents et inversement proportionnels au nombre d'enfants dans une famille.

- des prestations financières importantes pour les familles : allocation pour enfant à charge, allocation de logement pour les familles à faible revenu,...
- la présence d'une véritable culture de l'allaitement dans les pays nordiques.
- une promotion importante de l'allaitement maternel : exemple de la Suède où une stratégie nationale pour le développement du soutien parental fut adoptée en 2009. Elle vise à promouvoir la santé des enfants et leur développement positif au travers des parents et à maximiser leur protection contre la maladie et les problèmes sociaux, et ce en offrant un soutien aux parents pendant les 17 premières années de l'enfant. Le gouvernement suédois a ainsi alloué un certain budget aux autorités locales et instituts de recherche, afin de stimuler les efforts de soutien parental régionaux et locaux. Par ailleurs, on ne peut parler de promotion de l'allaitement maternel dans les pays nordiques sans s'intéresser à l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), que la Norvège et la Suède furent les premiers pays à adopter en Europe. Ces deux pays ont quasiment tous leurs hôpitaux qui répondent aux critères IHAB. Il faut également savoir qu'il existe dans les pays scandinaves de nombreuses associations, en particulier des groupes de soutien de mère à mère, qui s'engagent dans la promotion et la protection de l'allaitement maternel.

Ainsi, le cas des pays nordiques nous démontre qu'avec une politique de protection sociale des familles avantageuse et une promotion importante au niveau gouvernemental comme local, les taux d'allaitement augmenteraient.

Le modèle scandinave nous donne donc des pistes d'action pour améliorer la situation de l'allaitement en France comme mieux informer les couples ainsi que les professionnels de santé, déployer une promotion plus efficace de l'allaitement maternel ou encore faciliter la conciliation allaitement maternel et travail en allongeant ou optimisant le congé maternité...

Bien entendu, on ne peut se détacher de l'héritage historique de chaque pays et de l'empreinte socio-culturelle qui marquent la pratique de l'allaitement.

Par conséquent, afin de faire évoluer les mentalités, certains pays comme les Etats-Unis l'Australie ou bien même le Canada entreprennent des campagnes de communication en faveur de l'allaitement maternel.

En 2012, l'ASSS de Montréal avait, par exemple, lancé sa campagne «Moi aussi j'allaite...Allaiter, c'est glamour» mettant en vedette la comédienne Mahée Paiement ou encore la création d'affiches comme celles-ci :



Des personnalités comme l'animatrice Julie Snyder s'est également impliquée dans la promotion de l'allaitement au Québec.

L'année dernière une campagne américaine intitulée « When Nurture Calls » proposait des affiches dans lesquelles étaient représentées trois femmes allaitant leur enfant sur des toilettes. Cette campagne choc avait pour but d'accompagner un projet de loi visant à protéger les femmes allaitantes contre le harcèlement et le refus de service de certains restaurateurs.



Au Québec, de nombreux endroits (restaurants, musées, parcs, centre commercial, bibliothèque, parcs d'attraction...) proposent des salles aménagées avec siège, table à langer, micro-onde... permettant aux femmes d'allaiter leur enfant.

➤ La réglementation et la prévention de l'alcool et du tabac

En prenant le métro chaque jour pour me rendre sur mon lieu de travail j'ai constaté dans les stations, de larges publicités de grands groupes alcooliers (publicités sur grand écran, panneaux de plusieurs mètres de long). Au Québec la législation autorise la publicité de boissons alcooliques dans les lieux publics, elles doivent néanmoins respecter certaines conditions : elles ne doivent pas s'adresser à une personne mineure ni l'inciter à consommer des boissons alcooliques. Elles ne doivent pas « présenter directement ou indirectement la consommation de boissons alcooliques comme :

- un facteur de valorisation, de prestige social ou de réussite;
- une façon d'accroître la performance sportive;
- un élément nécessaire à la participation d'une personne à des activités;
- une aide dans la solution de difficultés personnelles».

Les publicités ne doivent pas associer la consommation de boissons alcoolisées à la conduite d'un véhicule motorisé ni inciter une personne à consommer de l'alcool de façon non responsable.

La loi est plus sévère quant à la consommation sur le domaine public (parcs, jardins, rues...). Elle est formellement interdite sauf dans un cas précis: la consommation modérée de boissons alcoolisées est tolérée lors d'un pique-nique en plein-air et requiert donc la présence d'aliments, et d'une table.

En France, c'est la loi Evin (1991) qui encadre la publicité de l'alcool. Ainsi, la propagande ou la publicité en faveur des boissons alcoolisées sont interdites sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs, tels que la télévision, le cinéma, la presse pour la jeunesse, les événements sportifs... La loi impose à ce que chaque publicité d'alcool comporte un message sanitaire sur l'abus d'alcool.

Le Québec a été l'un des premiers gouvernements en Amérique du Nord à adopter une loi créant un monopole d'État, en 1921, contrôlé à l'époque par la Commission des liqueurs. La (Société des alcools du Québec) SAQ est maintenant responsable du commerce de l'alcool sous l'autorité du ministre des Finances. La SAQ est la seule autorisée à importer des boissons alcooliques et à en acheter d'une autre province. Les alcools vendus sont dispendieux car soumis à de nombreuses taxes qui ont pour but de dissuader la population de consommer notamment les jeunes. Or, selon une enquête de l'INSPQ⁷⁸, de 2000-2001 à 2011-2012, une progression globale d'environ 10 % est observée chez les jeunes Québécois et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Les jeunes adultes à la mi-vingtaine, de 22 ans à 27 ans, sont ceux chez qui l'augmentation est la plus forte.

J'ai pu constater que la politique contre le tabagisme est très active au Québec, d'ailleurs la prévalence du tabagisme est faible comparé à celle de la France. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 diffusés par Statistique Canada font état d'un taux de tabagisme de 23,3 % dans la population québécoise âgée de douze ans et plus. Les 20-24 ans constituent la tranche de la population québécoise présentant le taux de tabagisme le plus élevé. En France, le Baromètre santé de 2010 avait montré une hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005, notamment chez les femmes. Celui de 2014 indique une diminution de la consommation de tabac et une prévalence stable avec 34% de fumeurs en France, ces chiffres restant tout de même largement supérieurs à ceux de pays comme la Grande Bretagne, le Canada ou l'Australie.

Le règlement québécois en matière de tabac diffère du règlement français sur certains points notamment sur la vente : par exemple un détaillant ne peut présenter du tabac ou son emballage à la vue du public ou encore sur la restriction de l'usage du tabac dans certains lieux : il est interdit de fumer dans les lieux publics et à l'intérieur d'installations + un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec l'un de ces lieux.

Début mai, le gouvernement du Québec a déposé un projet de loi qui renforcera la *Loi sur le tabac* de 2005 et contribuera à réduire le taux de tabagisme de la province.

⁷⁸ Tessier S et al. « La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois, portrait et évolution de 2000 à 2012 », *Surveillance des habitudes de vie*, INSPQ, n°5, 2014, p10.

Concrètement, le projet de loi (n° 44) propose d'interdire l'usage du tabac dans un plus grand nombre de lieux, incluant :

- les terrasses des bars et des restaurants;
- les véhicules en présence d'enfants de moins de 16 ans;
- un rayon de neuf mètres autour des portes extérieures de tout lieu fermé accueillant le public, incluant les restaurants, les bibliothèques ou les centres commerciaux;
- les aires communes des immeubles d'habitation comportant deux logements ou plus.

En France, suite à la présentation du Plan Cancer 2014-2019, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a présenté le 25 septembre dernier un plan de lutte contre le tabagisme. Ce « Programme national de réduction du tabagisme » (PNRT) comprend des mesures articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac. Ce programme prévoyait notamment l'adoption de paquets de cigarettes « neutres » pour les rendre moins attractifs en particulier auprès des jeunes (standardisation des paquets sur la forme, la taille, la couleur, la typographie et utilisation de la place libérée sur l'emballage pour des avertissements sanitaires).

Le Sénat a supprimé le 22 juillet dernier, en commission des affaires sociales, le projet de paquet de cigarettes neutre que le gouvernement entendait mettre en place au printemps 2016. Le paquet neutre pourra toutefois être réintroduit en séance, en septembre, ou rétabli en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale. On constate ici le poids du lobby sur les pouvoirs politiques des industriels du tabac, et des buralistes dont les intérêts contredisent la santé publique.

➤ La prévention des infections

Durant ces mois passés à Montréal, j'ai été surprise d'apercevoir dans les rues ou bien même dans les transports en commun la présence de soignants habillés en tenue professionnelle.

Au Québec, c'est l'Ordre des infirmières et infirmiers qui a pris position sur cette problématique et insiste sur le fait que le port de l'uniforme doit être limité aux heures de travail. Les soignants n'ont donc pas d'obligation, ce qui pourrait expliquer le nombre important de personnes portant l'uniforme en dehors des établissements de soins.

En France, les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) émettent des recommandations : celui du Sud-Ouest souligne l'importance à ce que les soignants aient accès à des vestiaires leur permettant de déposer leur tenue dans des sacs dédiés qui seront ensuite acheminés à la lingerie.

Ce sont généralement les directives des établissements de santé qui contraignent les employés à porter les tenues seulement dans l'enceinte de l'établissement.

En France comme au Québec il a été mis en place des plans et programmes de lutte contre les infections nosocomiales : il s'agit du plan d'action 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI) pour le Québec qui vise à prévenir et à contrôler les infections reliées à la prestation des soins offerts par les établissements de santé du Québec. Regroupés par thèmes, ces cibles et actions touchent la surveillance, la lutte à l'antibiorésistance, le développement informationnel, les pratiques de soins, l'hygiène et la salubrité, l'immobilier, le réseau d'expertise, la communication et enfin, l'évaluation et la recherche.

En France, la lutte contre les infections sont associés à divers programmes : le Programme national d'actions de prévention des affections associées aux soins (Propias) qui a pour ambition de développer la prévention des infections dans les trois secteurs de l'offre de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville), en impliquant les usagers, le programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 (PNSP), le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 ...

➤ La promotion d'une alimentation saine

Comme le reste du Canada, le Québec est fortement influencé par la culture américaine, culture qui se retrouve dans l'alimentation (poutine, hamburger, « patés »,...). L'obésité et le surpoids sont **toujours en hausse** au Québec et dans le reste du Canada. Selon une étude publiée dans la revue de l'*Association médicale canadienne*, le taux d'obésité au Canada a triplé entre 1985 et 2011⁷⁹.

⁷⁹ Twells L et al. "Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis". *Canadian Medical Association*, 2014, E18-E26.

Dans le rapport 2013 de l'Unicef sur le bien-être des enfants dans les pays riches, le Canada se situe au 3e rang des pays affichant les **taux d'obésité infantile les plus élevés**, parmi les 29 pays à l'étude⁸⁰.

En France, les résultats de l'enquête nationale ObÉpi-Roche montrent en 2012 un ralentissement de la progression de l'obésité en France autant chez les adultes que chez les enfants.

La réduction de l'obésité et du surpoids est un des objectifs inscrit dans le Plan National Nutrition Santé 2011-2015. Il existe également des plans à l'échelle des régions comme par exemple le Programme Régional de lutte contre l'Obésité 2014 – 2018 de la Région Nord Pas de Calais.

Au Québec, il en est de même, la lutte contre l'obésité est inscrit dans le PNSP ainsi que dans les plans régionaux.

3.2 Les infirmières au Québec

J'ai pu constater lors de mon stage le pouvoir d'influence des infirmières au Canada. Tant par le nombre que par le rôle qu'elles jouent dans le système de santé et par le respect que leur témoigne la population en général. Les infirmières représentent l'une des professions les plus importantes et les mieux respectées au Québec.

Historiquement, l'engagement des infirmières dans la politique a été restreint. Des infirmières comme Florence Nightingale ou Jeanne Mance ont toutefois influencé la prise de décision dans certains domaines comme l'hygiène ou l'enseignement des soins infirmiers.

Aujourd'hui les infirmières sont représentées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) qui est un organisme de grande importance dans le système de santé du Québec. Avec plus de 73 000 membres, l'OIIQ figure parmi les partenaires majeurs du réseau de santé et des services sociaux.

Contrairement à la France, il existe au Québec plusieurs métiers d'infirmière en fonction du niveau d'études et d'expériences professionnelles :

⁸⁰ UNICEF. *Le bien-être des enfants dans les pays riches - Vue d'ensemble comparative*. Bilan innocent 11, Centre de recherche de l'UNICEF, 2013.

- *L'infirmière* : avec un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, elle exerce en soins généraux tels que les services de médecine-chirurgie. Elle évalue l'état de santé de la personne, détermine et assure la réalisation du plan thérapeutique infirmier et prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux. Son salaire annuel se situe entre 41 600 \$ à 66 400.
- *L'infirmière clinicienne* : avec un baccalauréat en sciences infirmières (=Licence), l'infirmière clinicienne exerce dans des domaines tels que les soins intensifs, la traumatologie, la santé communautaire et la santé mentale. En plus d'évaluer l'état de santé, de déterminer le plan thérapeutique infirmier et de prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux, l'infirmière clinicienne conçoit et applique des programmes de soins. De plus, elle coordonne les soins et les services et peut participer à des projets de recherche. Son salaire annuel est de 42 400 \$ à 80 900 \$.
- *La conseillère en soins infirmiers* : avec un baccalauréat en sciences infirmières (=licence), la conseillère en soins infirmiers, en plus de prodiguer des soins, conseille les équipes de soins infirmiers. Elle peut être responsable des programmes d'orientation, de formation et de mise à jour des connaissances du personnel infirmier et des stagiaires en soins infirmiers. Elle participe activement à l'amélioration de la qualité des soins et des activités professionnelles. Salaire annuel : de 43 400 \$ à 82 100 \$.
- *La cadre-conseil en soins infirmiers* : avec une maîtrise en sciences infirmières (=master), l'infirmière cadre-conseil en soins infirmiers exerce son leadership en agissant à titre d'expert clinique et d'agent de changement. Elle planifie, développe et implante en interdisciplinarité de nouvelles approches, des programmes de soins et d'enseignement ainsi que des outils cliniques en se basant sur les résultats probants. L'infirmière cadre-conseil en soins infirmiers assume un rôle de chef de file des soins infirmiers et assure la sauvegarde de hautes normes de qualité de soins, incluant la gestion des risques, en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique. Son salaire annuel varie selon les organisations
- *L'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections (PCI)* possède une expérience clinique spécifique dans le domaine de la PCI et a suivi une formation de 2^{ième} cycle universitaire. Elle détient un certificat de spécialiste émis par l'OIIQ. L'infirmière clinicienne spécialisée en PCI procède à l'identification des facteurs qui ont une incidence sur la survenue des infections, tant chez le patient que chez une population donnée. Elle assure la surveillance des infections en temps réel, analyse le

risque infectieux présent ou appréhendé, réalise des enquêtes épidémiologiques et met en place des moyens et des stratégies pour prévenir l'acquisition et en contrôler la transmission des infections et, ainsi, éviter l'éclosion de maladies infectieuses. Salaire annuel : de 45 000 \$ à 86 100 \$

- *L'infirmière praticienne spécialisée (IPS)*: avec une maîtrise en sciences infirmières (=master) et un diplôme d'études supérieures spécialisées ainsi qu'une solide expérience dans un domaine clinique tel que la néonatalogie, la néphrologie, la cardiologie ou les soins de première ligne, l'infirmière praticienne spécialisée dispense des soins infirmiers et médicaux et prescrit des examens diagnostiques, des médicaments et des traitements selon son domaine de spécialité. Son salaire annuel est de 51 300 \$ à 93 700 \$.

Il est également possible pour une infirmière de faire carrière en santé publique comme gestionnaire, en enseignement ou bien même en recherche.

Le rôle de l'IPS au Québec a été créé en 2003 suite à la loi modifiant de Code des professions appelée communément « Loi 90 ». Il existait déjà des infirmières praticiennes travaillant dans des régions éloignées du Nord Canadien. Ces infirmières étaient des pionnières et leur travail a fait partie intégrante de l'évolution du rôle des infirmières praticiennes. A ce jour, les IPS peuvent exercer cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins, soit :

1. « prescrire des examens diagnostiques ;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
3. prescrire des médicaments et d'autres substances ;
4. prescrire des traitements médicaux ;
5. utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice»⁸¹.

Leur nombre ne cesse d'augmenter : les IPS sont les plus nombreuses en Ontario (plus de 1500). Le Québec n'en compte qu'une centaine, mais on note une augmentation de plus de 70% depuis 2009.

⁸¹ <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>, consulté le 11/08/2015

Grâce à leur engagement et leur puissante corporation, les infirmières au Canada ont acquis de plus en plus de compétences tout en négociant une reconnaissance monétaire adaptée à leur niveau de responsabilités.

En France, l'évolution du métier d'infirmière est moins notable. La profession peine à se rassembler (fermeture de l'ordre des infirmiers au printemps 2015) pour se faire entendre.

A l'heure actuelle, il existe des formations professionnelles qui visent l'expertise des infirmières dans le champ de la clinique (gériatrie, oncologie...).

Depuis 2012, les infirmières françaises ont vu leur droit de prescription s'élargir (le renouvellement des contraceptifs oraux pour les infirmières libérales par exemple) même si cela reste restreint en comparaison aux autorisations de prescriptions des IPS au Québec.

3.3 Missions de stage et réforme

Mon stage s'est déroulé en même temps que la mise en place de la réforme, je me suis donc retrouvée donc dans un contexte de fusion puisque le CSSS de la Pointe-de-l'île devenait le CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal. J'ai pu constater l'ambiance générale d'attente, parfois d'angoisse qui se faisait sentir chez les gestionnaires qui ont vu leurs emplois menacés par les nombreuses suppressions de postes annoncées.

Au fur et à mesure de l'avancée de mon stage sont apparues les nouvelles nominations débutant par les cadres supérieurs, puis cadres intermédiaires... Chaque nomination était publiée sur le site du CIUSSS afin d'en informer le réseau.

Au vue de ce contexte, il avait été décidé lors de mon arrivée au CSSS que je poursuive mon stage au sein de la DSP de Montréal. Cette dernière étant aussi en pleine situation de crise, ce projet n'a pas pu se concrétiser. En effet, les équipes en pleine refonte ne pouvaient accueillir un stagiaire.

Afin d'appréhender cette situation au mieux, j'ai souhaité prendre un temps d'observation. Cette période-là a été essentielle pour moi car elle m'a permis de saisir le contexte dans lequel je me trouvais, de découvrir une nouvelle organisation de la santé mais aussi de me familiariser avec le métier de gestionnaire. En effet, ces premières semaines passées avec ma maitre de stage ont été l'occasion pour moi de découvrir son rôle, ses missions...

J'ai pu ainsi assister à des rencontres avec des acteurs locaux sur des projets de prévention promotion de la santé sur le territoire, et participer à des consultations régionales (consultation relative au nouveau PNSP 2015-2025), ou à des forums (forum du Système

Alimentaire Montréalais «Placer l'alimentation au cœur des quartiers montréalais» : les professionnels des différentes municipalités de l'île de Montréal décrivaient les initiatives qui contribuent à l'amélioration de l'accès physique à une saine alimentation.).

En parallèle je réalisais ma mission d'observation à savoir la politique de lutte régionale et locale des maladies chroniques, un portrait de la population de l'est de l'île de Montréal et la découverte des services en maladies chroniques sur le territoire.

Les connaissances acquises durant ces semaines ont été considérables, il m'a donc fallu les mettre par écrit, les organiser et les synthétiser pour m'aider à en saisir tous les aspects.

Cette première mission que je considère comme la pierre d'assise de mon stage m'a ainsi beaucoup aidé dans la réalisation de la mission professionnelle.

Le cadrage de cette deuxième mission n'a pourtant pas été évident et n'aurait pas été possible sans l'aide de ma maître de stage. En effet, la réforme provoquant des modifications de postes et la période des congés d'été débutant, il était difficile de s'adresser aux bonnes personnes, au bon moment. Il a donc fallu plusieurs semaines pour cadrer le projet, obtenir des contacts, prévoir des rendez-vous,...

L'implication et l'intérêt de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette mission ont été une véritable force puisqu'ils m'ont permis d'investir rapidement le sujet et de mener à bien ce projet.

3.4 Apports professionnels

Cette deuxième mission m'a permis de mener une évaluation d'un service en santé publique. Ce fut le premier travail d'évaluation que j'effectuais de façon individuelle.

Le travail en groupe présente de nombreux avantages car il permet de partager les connaissances, expérience, tâches...

Pour pallier ce manque, j'ai lu plusieurs études portant sur l'évaluation de services et aussi demandé à plusieurs gestionnaires leurs avis sur mes recommandations. Ces avis extérieurs ont été très importants pour moi, et m'ont permis de :

- m'assurer de la bonne compréhension des idées et axes émis
- vérifier que mes recommandations soient réalistes et réalisables
- compléter certaines recommandations pour plus de précisions

Ce travail m'a également donné l'occasion de mobiliser et mettre en pratique les connaissances acquises en master notamment en gestion de projet, l'utilisation de certains outils comme la matrice SWOT ou la proposition d'un plan d'actions dans les recommandations en sont des exemples.

Ces deux missions m'ont aidé à davantage synthétiser les informations : à les rendre claires, lisibles que ce soit lors de la rédaction de mes travaux ou lors de courriels envoyés aux professionnels. J'ai pu réaliser plusieurs graphiques (tableaux, frises...) qui rendent la lecture des informations plus faciles.

J'ai aussi pu acquérir de nombreuses connaissances sur le système de santé québécois, l'organisation des services, la gestion et la prévention des maladies chroniques sur Montréal, sur les services de prévention et promotion en petite enfance, sur l'allaitement maternel... J'ai également eu l'opportunité de suivre une formation sur l'entretien motivationnel. Toutes ces connaissances viennent compléter et/ou approfondir celles acquises durant mes formations.

J'ai pu découvrir une organisation (CIUSSS) avec sa culture, son style de management, son organisation... J'ai ainsi pu observer des différences culturelles avec le monde de l'entreprise en France : les relations au travail sont moins hiérarchisées ; le tutoiement est de rigueur, dirigeants compris ; les professionnels font peu de pauses durant la journée, les décideurs sont accessibles, la communication au travail est facile et directe...

Enfin, toutes les personnes rencontrées lors de ce stage ainsi que les visites à l'organisme communautaire Les Relevailles ont été pour moi des expériences très positives. Rencontrer ces personnes et avoir eu l'opportunité d'assister à des animations pour les mères et leurs enfants m'ont permis de conserver un regard terrain qui selon moi est fondamental dans la réalisation d'un tel travail.

Ce stage fut une expérience très enrichissante : les connaissances acquises et les expériences vécues seront en effet de véritables ressources mobilisables lors de mes futurs emplois en santé publique.

3.5 Apports personnels

Cette expérience m'a également beaucoup apporté personnellement, j'ai pu découvrir une nouvelle culture, rencontrer de nombreuses personnes passionnantes, m'adapter à un nouvel environnement... autant d'expériences positives pour mon évolution.

Montréal est une ville qui accueille de nombreuses communautés culturelles depuis des générations, ce qui lui donne un visage cosmopolite unique. Je vivais au sein d'une colocation/famille d'accueil reflétant bien ce multiculturalisme : mes colocataires étaient d'origine brésilienne, mexicaine, chinoise et la propriétaire de la maison était haïtienne. La communication était parfois difficile du fait de la barrière de la langue mais cela m'a permis de m'ouvrir à d'autres cultures, me perfectionner en anglais, et surtout échanger sur de nombreux sujets avec mes colocataires notamment celui de la cuisine !

Je profitais des fins de semaine pour visiter la ville et assister à ses nombreuses manifestations culturelles (festival du rire, festival du cirque, festival de jazz, festival de musique électronique...) qui se déroulaient durant tout l'été.

J'ai pu aussi me rendre plusieurs fois à la ville de Québec, ville marquée par plus de quatre siècles d'histoire ainsi qu'au nord de la province pour observer la faune maritime et profiter des activités en plein air dans un des nombreux parcs nationaux du Québec.

J'ai eu l'occasion, le 6 juin dernier, d'assister à un débat citoyen planétaire qui a été la plus grande consultation citoyenne jamais organisée sur l'énergie et le climat. Le même jour, 10.000 citoyens de 100 pays différents y ont participé. Il s'agissait de répondre à des questions identiques afin de disposer de résultats comparables et ainsi recueillir les positions citoyennes sur les enjeux clefs de la négociation. Ces résultats seront portés à la connaissance des négociateurs pour soutenir le processus conduisant au prochain accord international sur le climat qui se déroulera à Paris lors de la 21e Conférence des Nations unies sur les changements climatiques à partir du 30 novembre 2015. Ce débat a été un moment très enrichissant et j'ai pu constater des divergences d'opinion entre les pays : une grande majorité de l'assemblée québécoise pensait que les solutions les plus efficaces pour répondre au problème du changement climatique seraient des solutions appliquées au niveau local/niveau infranational. La cohorte française quant à elle pensait qu'il faudrait plutôt des solutions appliquées au niveau mondial.

Ces résultats confirment bien l'importance que la population québécoise accorde à l'échelon local. En santé publique, il en va de même. Les actions en santé publique sont menées en fonction de besoins locaux de santé, et dépendent des ressources du territoire (organismes communautaires...).

J'ai aussi pu assister, par le biais de M. François Lamy, à une rencontre entre élèves doctorants en santé publique portant sur le sujet de la nouvelle réforme (loi 10). Ce cours organisé par les doctorants eux-mêmes était très riche : j'ai pu profiter de leurs savoirs théoriques (histoire de la gouvernance en santé au Québec, notions sociologiques...) et en retour partager mes observations et constatations « terrains » sur cette période de changement vécue par les gestionnaires.

Ce stage a donc été l'occasion pour moi d'apprendre énormément, d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances, et de développer mes acquis précédents. Par ailleurs, mon stage au CIUSSS m'a permis d'intégrer une équipe motivée et passionnée par les missions qui lui sont confiées malgré le contexte de réforme. Travailler dans ces conditions a été, je pense, la base de la bonne conduite et de la réussite de mon stage.

Conclusion

Pouvoir effectuer des missions en intégrant le CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal a été une expérience très enrichissante et ce à plus d'un titre :

La réalisation de ces missions m'a permis de me rendre compte de la complexité du champ de la santé publique notamment sur le sujet des maladies chroniques.

J'ai ainsi pu comprendre que la mise en œuvre d'approches exhaustives et intégrées, englobant des interventions populationnelles et individuelles, et axées sur les facteurs de risque (le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité...) permettait de réaliser des gains importants sur la prévalence des maladies chroniques. Dans cette perspective, il serait donc nécessaire que les acteurs impliqués agissent en synergie afin d'assurer une offre de services en maladies chroniques cohérente, complémentaire et continue.

Pour y parvenir, il importe d'instaurer des canaux de communication efficaces et participatifs entre tous les professionnels et ce tant au niveau du partage de l'information que de la planification conjointe.

De même une saine gestion du changement tant au niveau organisationnel qu'au niveau de la pratique clinique exige d'utiliser judicieusement les ressources et expertises des acteurs impliqués ainsi que le développement de leurs compétences.

Dans une perspective d'amélioration continue, il serait également fondamental de mener des activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation des programmes et services en prévention/gestion des maladies chroniques afin d'en apprécier leur effet, réajuster les actions, et évaluer les impacts au niveau populationnel.

Enfin, les efforts et actions déployés risquent de demeurer vains en l'absence d'une intervention intersectorielle qui tient compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et qui permette de rejoindre les personnes vulnérables et plus à risque d'être touchées par les maladies chroniques.

Cela constituera un des principaux défis des CIUSSS au Québec qui devra instaurer un continuum qui allie la création d'environnements favorables, la prévention, la détection précoce et l'éducation, la réadaptation et le soutien des personnes atteintes de maladies chroniques.

J'ai également pu vivre une période de réforme : cette expérience ne s'est pas révélée être un obstacle dans le bon déroulé de mon stage bien au contraire. Grâce à l'accompagnement de ma responsable de stage et de l'équipe, j'ai pu prendre le recul nécessaire pour analyser mon environnement de stage, comprendre et intégrer la situation, évaluer les impacts... Cette observation « de l'intérieur » me permettra peut-être d'appréhender plus facilement des probables périodes de changement/crise rencontrées au cours de ma carrière professionnelle.

La mission de stage consistait aussi à une mise en situation professionnelle portant sur l'analyse et l'évaluation d'un service en promotion de la santé. Ce travail a été l'occasion de déterminer une stratégie de recueil d'informations, d'analyser des données, de les synthétiser et enfin d'émettre des recommandations. J'ai beaucoup apprécié la réalisation de cette étude d'autant plus qu'elle devrait être transmise aux décideurs et pourrait-être l'ébauche d'un futur plan d'actions en allaitement sur le territoire du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal.

Durant ce stage, j'ai pu acquérir des méthodes de travail et de réflexion qui me seront utiles quelles que soient mes futures fonctions. Je n'ai pas, à l'heure de la rédaction de ce rapport, de projet professionnel précis pour la suite. Néanmoins, j'ai pour objectif de poursuivre autour des problématiques de coordination en santé et de maladies chroniques et ce stage aura été une excellente première expérience professionnelle dans ce domaine.

Enfin, ce stage a constitué une réelle source d'enrichissement personnel. J'ai eu la chance de pouvoir m'intégrer à la société québécoise durant ces quelques mois et ainsi découvrir une société moderne riche de sa diversité qui allie le développement économique à l'américaine et l'influence des cultures européennes.

Bibliographie :

Articles:

- Anderson J et al. « Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, no 4, 1999, p. 525-535.
- Bahrach G et al. « Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: A meta-analysis », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 157, no 3, 2003, p. 237-243.
- Belomo C. « Droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratique », *La santé de l'homme*, Inpes ; n°408, juillet-août 2010, p 30-31.
- Danforth KN et al. "Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts", *Cancer Causes Control*, 2007; 517-523p.
- Davis M. « Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 48, no 1, 2001, p. 125-141.
- Dennis C, « Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 31, no 1, 2002. p.12–32
- Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. "Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation". *The American Society for Clinical Nutrition*, vol. 58, no. 2, 1993; p162-166.
- Duncan B et al. « Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media », *Pediatrics*, vol. 91, no 5, 1993, p. 867-872.
- Gatti L. "Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding". *Journal of Nursing Scholarship*, 40. 2008. 355-363p.
- Harder T et al. « Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 162, no 5, 2005, p. 397-403.
- Kramer S et al. « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial : a randomized trial in the Republic of Belarus », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, no 4, 2001, p. 413-420.
- Leon-Cava N et al. "Quanting the benefits of breastfeeding: A summary of the evidence". Washington, DC: *Pan American Health Organization*, juin 2002, p. 177.
- Martin R « Breastfeeding in infancy and blood pressure in late life: Systematic review and meta analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 161, no 1, 2005, p. 15-26.
- McDade T et al. "Long-term effects of birth weight and breastfeeding duration on inflammation in early adulthood", *Institute for Policy Research Northwestern University Working Paper Series*, 2013. p. 24.

- Morrow A et al. « Human milk protection against infectious diarrhea: Implications for prevention and clinical care », *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 15, no 4, 2004, p. 221-228.
- Palda V et al. « Interventions to promote breast-feeding: Applying the evidence in clinical practice », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, no 6, 2004, p. 976-978.
- Pilliot M. « La situation de l'allaitement maternel en France », *La santé de l'homme*, Inpes ; n°408, juillet-août 2010, p 19-20.
- Sangiovanni, J.P et al., "Meta-analysis of dietary essential fatty acids and long-chain polyunsaturated fatty acids as they relate to visual resolution acuity in healthy infants", *Pediatrics*, vol. 105, no 6, 2000, p. 1292-1298.
- Smargiassi, A. et al. "Risk of asthmatic episodes in children exposed to sulphur dioxide stack emissions from a refinery point source in Montréal, Canada" , *Environmental Health Perspectives*, 2009, 653-659p.
- Sikorski J et al. « Support for breastfeeding mothers », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 1, 2002, art. CD001141.
- Vestergaard M et al. « Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy », *Acta Paediatrica*, vol. 88, no 12, 1999, p. 1327-1332.

Ouvrages:

- Bowlby J. *Attachement et perte*, Paris, PUF, Le Fil rouge, volume 1, 1969.
- Galipeau, Roseline et al. *L'allaitement maternel chez la clientèle du CHU Ste-Justine, volet prénatal*. Montréal : Centre hospitalier universitaire Ste- Justine. 2007.
- Herzog-Evans M. *Allaitement maternel et droit*. La justice au quotidien, Paris : L'Harmattan, coll. 2007, 160 p.
- Turck D, *Plan d'action : allaitement maternel*, 2010, 40p.

Textes et rapports officiels :

- Almeida S et al. *L'état de santé de la population en France, Edition 2015*, DREES, 2015, 502p.
- Belanger A et al, *La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais, Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015*, ASSS Montréal, 2012, 53p.

- Bertrand L et al. *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal*, Le CSSS de la Pointe-de-l'île, ASSS de Montréal, 2007, 2p.
- Cardinal L et al. *Programme national de Santé Publique 2003-2012*, MSSS du Québec, 2003, 133p.
- Dionne S et al. *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001, 75 p.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Glossaire, définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2015, 13p.
- Drouin L et al. *Plan régional de santé publique 2010-2015 Garder notre monde en sante*, ASSS de Montréal, Direction de la Santé Publique, 2011, p18.
- Goulet N et al. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais*. Rapport régional 2008. Montréal, 2008, 135 p.
- Haiek L et al. *Etude sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie*. Régie Régionale de la Santé et des services sociaux, Montérégie. 2003.
- Jacques L et al. *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, Portrait du territoire du CSSS de la Pointe de-l'île*, ASSS de Montréal, 2011, 50p.
- Kosatsky T. et al. *Évaluation de l'excès de maladies respiratoires dans les secteurs de Pointe-aux-Trembles–Montréal-Est et Mercier-Est–Anjou. Une analyse des données sanitaires et environnementales (1995- 2000)*, Direction de santé publique de Montréal, 2004, 101p.
- Lavoie A et al. « L'allaitement maternel: une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, n°28, 2011, 8p.
- Neill G et al. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005- 2006*, Institut de la statistique du Québec, 2006, 85p.
- OMS. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003, 30p.
- Payeur F, *Coup d'œil sociodémographique, La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2012*, Institut de la statistique du Québec, 2013, num 26, 5p.
- Rochon N et al. *Plan d'Action Local de la Pointe-de-l'île 2010-2015*, CSSS de la Pointe-de-l'île, 2010, 141p.
- Saint-Pierre M.A et al, *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, MSSS du Québec, Avril 2009, 193p.

- Tessier S et al. « La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois, portrait et évolution de 2000 à 2012 », *Surveillance des habitudes de vie*, INSPQ, n°5, 2014, p10.
- UNICEF. *Le bien-être des enfants dans les pays riches - Vue d'ensemble comparative*. Bilan innocent 11, Centre de recherche de l'UNICEF, 2013.
- Laverdière F. et al. *Politique de périnatalité 2008-2018*, MSSS du Québec, 2008, 164p.

Sites internet :

- Administration française, « Fonction publique : congé maternité », <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F519.xhtml>, consulté le 06/08/2015
- Assemblée nationale du Québec, « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé », <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>, consulté le 11/08/2015
- ASSS de Montréal, « L'état de santé des Montréalais et Montréalaises selon l'enquête TOPO 2012 », <http://www.santemontreal.qc.ca/topo/#>, consulté le 11/05/2015
- Gouvernement du Québec, « Prestations de maternité », http://www.rqap.gouv.qc.ca/travailleur_salarie_autonome/types/maternite.asp, consulté le 06/08/2015
- INSPQ, « Le portail d'information prénatale », <https://www.inspq.qc.ca/information-prenatale>, consulté le 15/06/2015
- MSSS du Québec, « Réorganisation du réseau », <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>, consulté le 06/05/2015
- OMS, « Thèmes de santé : maladies chroniques », http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, consulté le 02/06/2015
- OMS, « Thèmes de santé : allaitement », <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>, consulté le 15/06/2015

Liste des annexes

Annexe 1 : Portrait des ressources humaines du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal

Annexe 2 : Description et caractéristiques des installations du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal

Annexe 3 : Organigramme du CIUSSS de l'est de l'île de Montréal

Annexe 4: Actions de la Direction de santé publique pour la prévention des maladies chroniques

Annexe 5 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF

Annexe 1 : Portrait des ressources humaines du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal

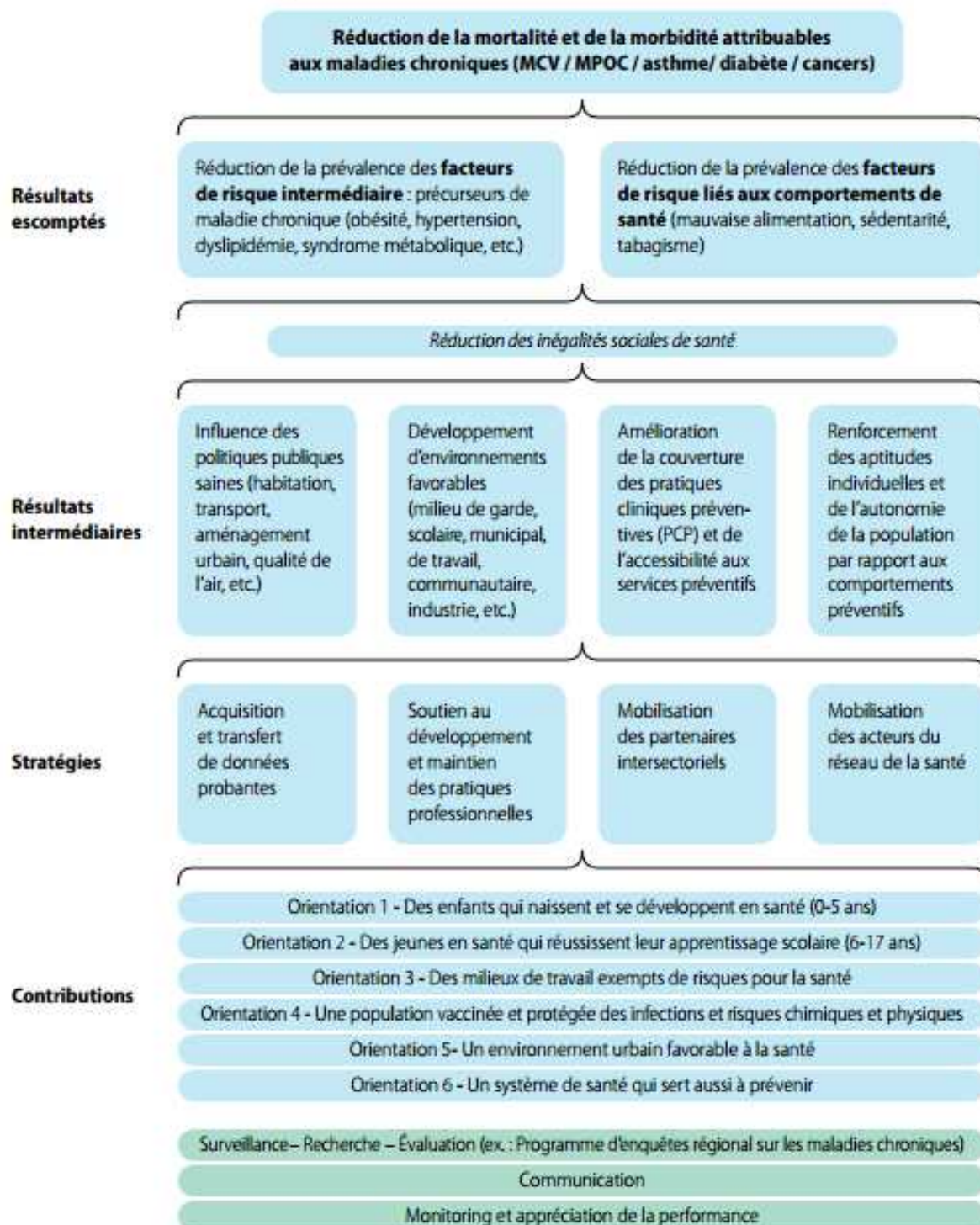
Installations	Nombre	%
CSSS de la Pointe-de-l'Île	1 660	11,3
CSSS Lucille-Teasdale	2 176	18,5
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	1 243	8,5
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	5 068	34,6
Hôpital Santa Cabrini	1 700	11,6
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	2 111	14,4
Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.	167	1,1
Total	14 125	100

Annexe 2 : Description et caractéristiques des installations du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal

	CSSS de la Pointe-de-l'Île	CSSS Lucille-Teasdale	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Hôpital Santa Cabrini	Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Institut Canadien-Polonais du Bien-être inc.	CIUSSS DE L'EST
Mission	CLSC / CHSLD			CHSGS		CHSPSY	CHSLD	CIUSS
Nombre de CLSC	3	3	2					
Lits courte durée		33		617	331	260		1 241
Santé physique		33		524	313	20		890
Gériatrie				25	18			43
Néonatalogie				20				20
Psychiatrie				48		240		288
Urgence: nombre de civières				54	38	12		104
Hébergement longue durée	786	1 475	551		100	58	126	3 096
Lits CHSLD	619	1 194	448		100	58	126	2 545
Places RNI (SAPA)	167	281	103					551
Places d'hébergement en santé mentale						2 078		2 078

CLSC: Centre local de services communautaires
 CHSLD: Centre d'hébergement et de soins longue durée
 CHSGS: Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
 CHSPSY: Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie
 RNI: Ressource non institutionnelle
 SAPA: Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Annexe 4: Actions de la Direction de santé publique pour la prévention des maladies chroniques⁸²



⁸² Belanger A et al, La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015, ASSS Montréal, 2012, p48.

Annexe 5 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF⁸³

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans le demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

⁸³http://www.agencesss04.qc.ca/images/santepublique/allaitement/documents/10_conditions.pdf
Elisabeth SOUVIRON

SOUVIRON	Elisabeth	26/08/2015
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Agir en amont des problèmes de santé : regard sur un service en périnatalité sur le territoire de l'Est de l'île de Montréal		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>Ce mémoire de fin d'études a été présenté dans le cadre de master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique à Rennes. Ce rapport décrit les missions effectuées au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Est de l'île de Montréal (Québec, Canada).</p> <p>Il présente dans un premier temps une brève description du système de santé québécois, la mise en place de la Loi 10 et son impact sur l'organisation et la gouvernance du réseau de santé.</p> <p>Dans un second temps, ce travail présente les missions de stage (observation et professionnelle) basées sur le thème des maladies chroniques et de la coordination des services.</p> <p>La première décrit l'enjeu des maladies chroniques à différents échelons : provincial (Québec), régional (Montréal) puis territorial (le secteur de la Pointe de l'île de Montréal). Ce dernier secteur qui fait partie du territoire d'intervention du CIUSSS a été choisi du fait de son nombre importants de personnes atteintes de maladies chroniques. Est ensuite présenté des exemples de programmes et services novateurs en prévention et gestion des maladies chroniques sur le territoire du CIUSSS.</p> <p>La deuxième mission dite professionnelle porte sur l'analyse et l'évaluation d'un service en santé publique sur le secteur de la Pointe de l'île de Montréal. Ce service intitulé « les cours ou rencontres prénataux » a pour but de promouvoir l'allaitement maternel sur le territoire et donc éviter ou retarder l'apparition de maladies chroniques. Des recommandations sont émises et visent à améliorer la performance et l'efficacité du service.</p> <p>Enfin, je décrirai les apports professionnels et personnels que m'ont procurés ce stage ainsi que de courtes comparaisons Québec/France sur certains aspects de la santé publique qui m'ont particulièrement interpellée durant ce stage.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Québec, maladies chroniques, coordination, continuum d'interventions, allaitement</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		