



**RAPPORT DE RECHERCHE :
EVALUATION DE LA COUVERTURE
DES BESOINS EN PERINATALITE
DE LA POPULATION LAVALLOISE**

TABLE DES MATIERES

01

Introduction et contexte

02

Méthode

03

Présentation de la Ville de Laval

04

Données sociodémographiques

05

Portrait de l'offre de services communautaires

06

Conclusions et recommandations

INTRODUCTION ET CONTEXTE

INTRODUCTION

En février 2018, la ville de Laval émettait un appel d'offres pour réaliser un portrait des services et des besoins en périnatalité sur son territoire. L'équipe de recherche *Epione : Santé publique – Santé communautaire*, en réponse à cet appel, a proposé un devis de recherche visant à réaliser une comparaison entre les services de périnatalité disponibles sur le territoire de Laval et ceux disponibles dans trois autres villes du Québec. Les villes de Sherbrooke, Lévis et Terrebonne ont été choisies pour réaliser cette comparaison en raison de leurs ressemblances démographiques et socio-économiques. Cette étude a été pilotée par Coralie Mercerat, candidate au doctorat en psychologie communautaire, et Thomas Saïas, professeur au département de psychologie et directeur du laboratoire Epione, de l'Université du Québec à Montréal. Une équipe de sept personnes a effectué la collecte de données, la compilation des résultats et la rédaction du présent rapport.

CONTEXTE

La Ville de Laval fait face à une augmentation démographique liée notamment aux processus migratoires en expansion au Québec. Parmi les nouveaux arrivants sur le territoire lavallois figurent de nombreux parents ou futurs parents. À titre d'exemple, 43.3 % des naissances à Laval sont issues de mères immigrantes (Recensement 2016, Statistique Canada). Au niveau national, plus de 30% des enfants ont au moins un parent né à l'étranger (Statistique Canada). En raison des multiples défis à relever par les familles migrantes, ces parents (et leurs enfants) présentent des besoins spécifiques en termes d'accompagnement social et d'actions de santé. Ces besoins s'ajoutent aux besoins des autres sous-groupes populationnels installés depuis plus longtemps à Laval. Ainsi, le portrait des besoins de la municipalité ne peut être pleinement compris qu'en prenant en compte les indices de natalité de la ville, les mouvements démographiques et la proportion de parents présentant potentiellement des facteurs de risques reconnus dans la littérature.

Il est ainsi bien documenté que les besoins des familles avec de jeunes enfants augmentent au fur et à mesure que leur stabilité socio-économique diminue (Marmot & Wilkinson, 2003). La migration est un facteur de stress, rejoignant à ce titre la précarité économique, l'isolement social, le faible niveau d'éducation parental et le faible niveau de littératie en santé.

Les familles les plus démunies, outre l'effet de la précarité sur leur santé, rencontrent également une limitation d'accès aux services de soin et de prévention. Il s'agit d'un effet « pervers » connu des systèmes de prévention. L'accessibilité aux services publics requiert en effet de la part des utilisateurs une connaissance à la fois de ces services, du contexte culturel dans lequel ils ont été développés et des actions qui y sont offertes (Dixon-Woods et al., 2006). Certaines familles peuvent donc, par méconnaissance ou crainte, ne pas recourir aux services offerts. Cet effet « pervers » est communément appelé « Effet Matthieu », en santé publique (Merton, 1968 ; Bakerman-Kranenburg et al., 2005). Paradoxalement, l'universalité des services publics nuit donc à l'accessibilité à ces services.

Par ailleurs, certains éléments constituent des barrières supplémentaires à l'accessibilité aux services de santé. Ces barrières peuvent être en lien avec le service lui-même (désintérêt ou attitude paternaliste des professionnels ou temps limité pour les rencontres) (Dennis & Chung Lee, 2006), le prix du service (Kwee & McBride, 2016 ; Ayers et al., 2018), la compartimentation du système de santé ou les stigmatisations (Kwee & McBride, 2016). Les barrières peuvent également relever des personnes elles-mêmes, notamment si elles ne reconnaissent pas l'importance d'aller chercher de l'aide ou si elles éprouvent de la peur à le faire (Ayers et al., 2018).

L'accessibilité constitue donc un enjeu majeur de l'organisation des services et doit à ce titre faire l'objet d'une concertation entre champ public (hôpital, services des CISSS) et champ communautaire.

Il est ainsi reconnu que le tissu communautaire peut permettre de renforcer l'accès à l'ensemble de la population à des services de santé, notamment par leur facilité d'accès et leur implantation communautaire (Chevalier et al., 2013). Une recension des écrits effectuée par Swider (2002) et portant sur l'efficacité des services dispensés par des acteurs communautaires montre d'ailleurs que ces acteurs permettent une plus grande accessibilité aux services, surtout en ce qui concerne les populations les plus défavorisées.

De plus, la littérature soutient qu'une vision moins biomédicale et plus holistique de la santé – agissant ainsi à divers niveaux – augmente l'utilisation des services par les personnes concernées et aussi leur satisfaction par rapport à ces services (Belville et al., 1991; Buttha et al., 2005; Sword et al., 2012; Yelland & Brown, 2014; Posthumus et al., 2013). L'existence des centres de ressources périnatales au Québec répond ainsi aux « meilleures pratiques » décrites dans la littérature scientifique, venant compléter l'action publique clinique et hospitalière plus orientée vers les modèles biomédicaux de la santé.

En raison du caractère complémentaire des services publics et des services communautaires (localement implantés, moins identifiés comme appartenant au registre médico-social et permettant de lutter contre les inégalités sociales d'accès), les besoins des parents ne peuvent être complètement couverts par l'un ou l'autre de ces secteurs d'activités. L'expérience de coexistence des centres de ressources périnatales (CRP) et des services médico-sociaux des CISSS au Québec témoigne de la complémentarité (Parent et al., 2012).

En raison du caractère non pérenne du financement de son CRP, la ville de Laval s'interroge sur la pertinence de ce dernier au regard des services offerts à la communauté lavalloise. Elle souhaite également comparer les ressources disponibles avec celles de communautés similaires au Québec.

Cette étude permettra ainsi à la ville de Laval de prendre position par rapport à ses besoins en matière d'espaces de services communautaires à combler, qu'il s'agisse d'un *statu quo* (les services correspondent aux besoins) ou d'un besoin d'augmentation des services communautaires (les services actuels ne permettant pas de répondre adéquatement aux besoins de la population lavalloise dans son ensemble), et, le cas échéant, d'attirer l'attention du gouvernement sur ce point.

METHODE

METHODE

L'étude menée par l'équipe de recherche *Epione* visait à répondre aux deux questions suivantes :

-La ville de Laval dispose-t-elle des actions de soutien en périnatalité permettant de répondre aux besoins des parents habitant la ville? Dans quelles structures et par le biais de quels services?

-La ville de Laval dispose-t-elle de services communautaires dans un volume comparable à trois autres villes semblables, et ce, en prenant en compte les besoins des parents de l'ensemble de ces territoires?

La présente étude se divise en deux phases. Dans une première phase, trois villes ont été choisies pour être comparées à Laval par rapport à leurs caractéristiques sociodémographiques : Sherbrooke, Lévis et Terrebonne. Ces trois villes offrent des caractéristiques démographiques semblables, la population étant de 161 330 personnes pour Sherbrooke, de 143 415 personnes pour Lévis et de 111 900 personnes pour Terrebonne (Recensement 2016, Statistique Canada). Par ailleurs, ces trois villes possèdent un Centre de ressources périnatales (CRP) ayant obtenu un financement récurrent de la part du MSSS ou du CISSS de sa région, selon les informations obtenues par la direction du Réseau des centres de ressources périnatales.

Dans la première phase, l'objectif était de réaliser le portrait sociodémographique des trois villes de comparaison dans le but de repérer les principaux facteurs reconnus comme étant associés à une augmentation des besoins de services chez les familles, notamment la croissance démographiques, le nombre de mères immigrantes, le nombre de familles monoparentales. Les données proviennent principalement du Recensement 2016 (Statistique Canada) et de l'Institut de la statistique du Québec.

Lors de la seconde phase de l'étude, l'équipe de recherche a décrit l'offre de services communautaires dans la ville de Laval et dans les trois villes de comparaison.

Pour cette collecte de données, les informations descriptives de l'offre de service ont d'abord été extraites des plus récents rapports d'activités des CRP concernés. Ces rapports d'activités ont été sollicités auprès des organismes de direction des CRP. Au besoin, des données complémentaires ont été recherchées directement auprès de ces organismes de direction.

Ensuite, l'équipe a effectué une recherche systématique en ligne pour évaluer si d'autres ressources communautaires étaient présentes sur le territoire. Elle a aussi réalisé des recherches pour décrire l'offre de service offerte par les CISSS ou CIUSSS des régions concernées. Ces informations nous ont permis d'établir le registre des données à comparer. Ce registre est présenté dans ce rapport sous forme de cartes heuristiques, et ce, pour chacune des villes étudiées.

Au début de chaque phase de l'étude, la coordonnatrice et une partie de l'équipe de recherche ont effectué une phase test auprès d'une des villes choisies.

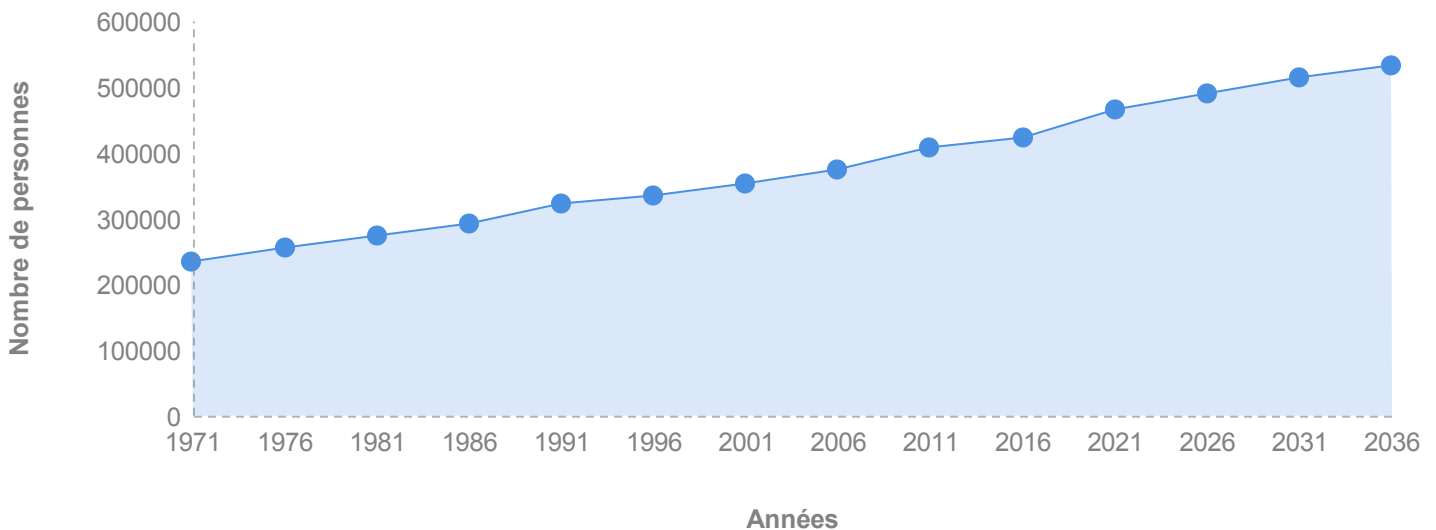
La partie suivante du rapport présente les deux recueils de données. Dans un premier temps, les données sociodémographiques et le portrait des services communautaires de la ville de Laval sont présentés comme base de comparaison. Ensuite, les données sociodémographiques des trois villes choisies sont décrites. Pour terminer, le portrait des services communautaires de ces trois villes est présenté.

PRESENTATION DE LA VILLE DE LAVAL

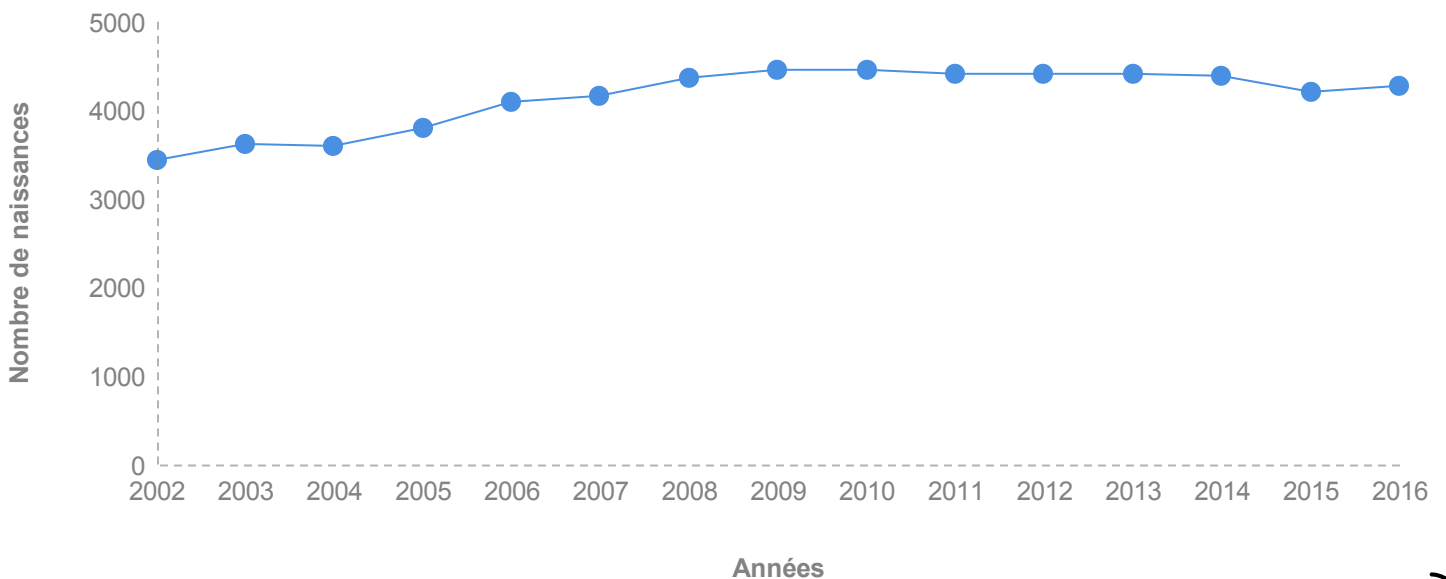
PORTRAIT SOCIODEMOGRAPHIQUE

En 2016, la population de la Ville de Laval s'élevait à 422 990 personnes (Recensement 2016, Statistique Canada). Selon les projections démographiques, la population lavalloise comptera 457 540 personnes en 2020 et 530 762 personnes en 2036, soit une hausse de 107 772 habitants en vingt ans (+ 25.47 %).

Croissance démographique projetée de la Ville de Laval



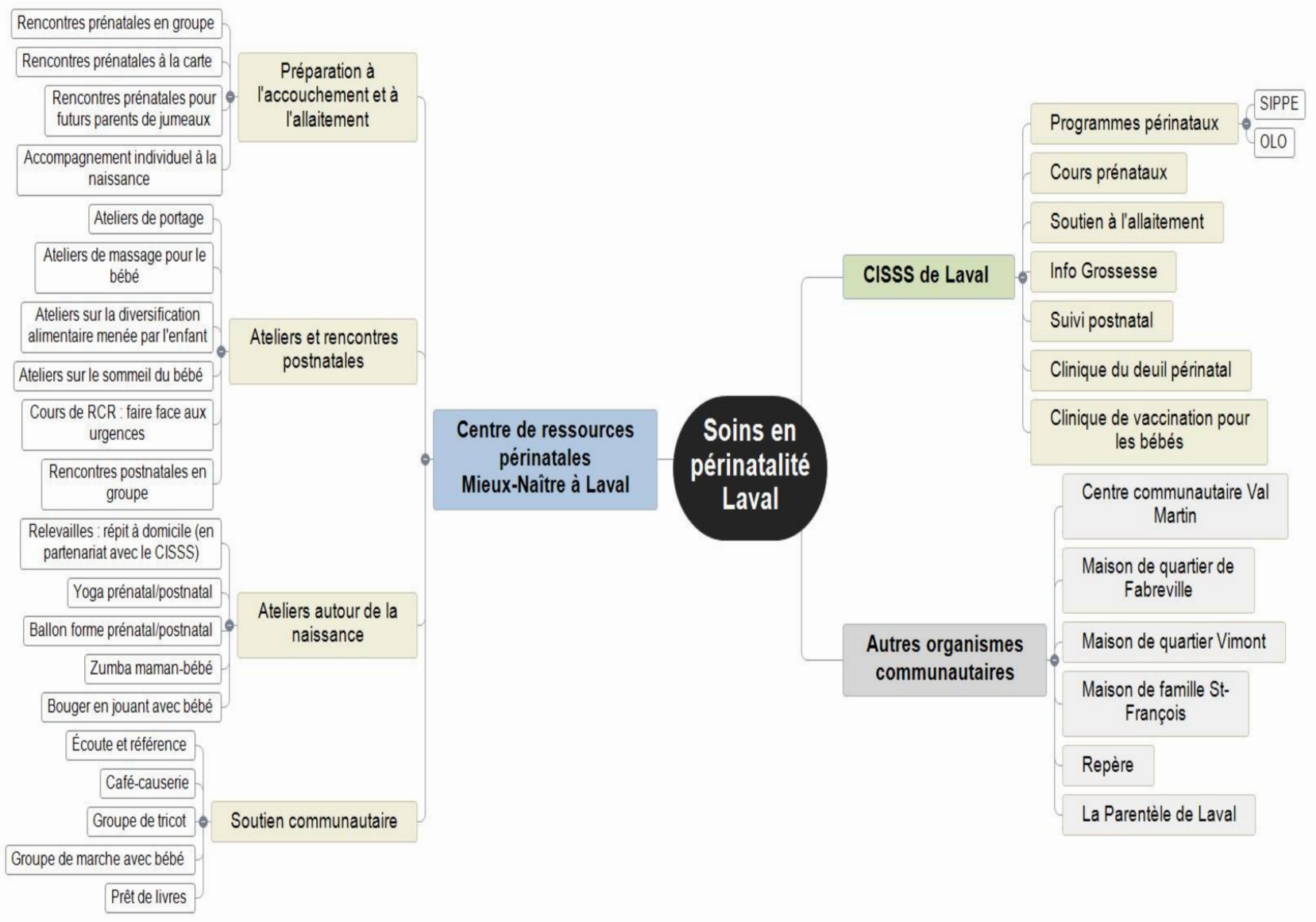
Nombre de naissances à Laval



En ce qui a trait au nombre de naissances à Laval, on observe une légère hausse depuis les 15 dernières années. Ces naissances sont marquées à ce jour par le fait qu'elles ont lieu dans des familles pouvant présenter de multiples facteurs connus de vulnérabilité psychosociale. En 2016, sur 4 262 naissances, 1 846 (43.3 %) sont survenues chez des mères immigrantes, 140 (3.3 %) chez des mères ayant moins de 11 ans de scolarité et 30 (0.7%) chez des mères âgées de moins de 20 ans. On comptait également 262 (6.1 %) naissances de bébés de petits poids (< de 2 500 grammes) et 295 (6.9 %) naissances prématurées (< de 37 semaines). Pour terminer, sur le territoire lavallois, le nombre de familles monoparentales s'élève à 20 145 : 15 710 ayant à sa tête un parent féminin et 4 435 ayant un parent masculin. Ces familles représentent environ 17.2 % de l'ensemble des familles à Laval (N=117 060).

PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

Le CRP de la Ville de Laval (Mieux-Naître à Laval) a pour mission de « soutenir les parents, les mères en particulier, dans le but de les aider à vivre la venue d'un enfant de la façon la plus harmonieuse et satisfaisante possible » (Rapport d'activités 2016-2017, p. 4). Ce CRP offre différents services : rencontres prénatales, accompagnement à la naissance, ateliers divers, activités physiques et cafés-causeries. Ces activités sont pour la plupart payantes. De 2015 à 2017, Mieux-Naître à Laval a servi 685 parents : 514 mères et 171 pères. En termes de financement, Mieux-Naître à Laval dispose d'un volet d'économie sociale. En effet, certains services payants (les rencontres prénatales de groupe, privées et semi-privées, l'accompagnement à la naissance, les consultations en lactation et les activités postnatales, par exemple) permettent de générer certains revenus pour le CRP. Selon les chiffres du rapport d'activités 2016-2017, le montant de ces revenus s'élève à 49 610 \$ (toutes activités confondues). D'autres sources de financements proviennent notamment de locations de locaux. Toutefois, le CRP de Laval ne dispose pas d'un financement récurrent de la part du CISSS de Laval. Le schéma suivant présente l'offre de services périnataux – dans le système public et dans le milieu communautaire – sur le territoire lavallois.



On remarque que le CISSS de Laval propose divers programmes de suivis prénataux : OLO, cours prénataux et Info Grossesse. Certaines activités touchent également la période postnatale, telles que le soutien à l'allaitement, le suivi postnatal ainsi que la clinique de vaccination. L'offre en périnatalité est ainsi clairement annoncée pour ce CISSS .

D'autres structures communautaires, même si elles ne sont pas clairement identifiées comme offrant des services en périnatalité, proposent des activités pour cette période.

C'est notamment le cas des organismes suivants :

- Centre communautaire Val Martin, offrant notamment un programme de soutien pour les jeunes parents de moins de 25 ans et un atelier « éveil des sens » ciblant le parent et son poupon de 0 à 12 mois ;
- Maison de quartier Fabreville, qui propose un service de répit pour les parents d'un enfant de 0 à 5 ans ;
- Maison de quartier Vimont, qui offre des ateliers « matins-câlins » développant l'éveil chez les enfants de 0 à 12 mois et un programme de soutien pour les jeunes parents de moins de 25 ans ;
- Maison de la famille St-François, offrant le même type de services que les organismes précédents (ateliers d'éveil et programme de soutien aux jeunes parents) ;
- Repère, proposant un programme de développement des pratiques parentales pour les parents d'enfants de 0 à 5 ans (Y'APP), spécifiquement ciblé sur les pères dans cet organisme ;
- La Parentèle, qui offre également le programme Y'APP, ainsi qu'une halte-garderie pour les enfants âgés de 9 mois à 5 ans.

Nous ne disposons pas d'informations sur le financement de ces organismes. Néanmoins, selon une lettre envoyée par le CISSS de Laval au conseil d'administration de Mieux-Naître à Laval datée du 6 février 2018, il semble que le CISSS de Laval contribue, au moins en partie, au financement des services offerts par ces organismes.

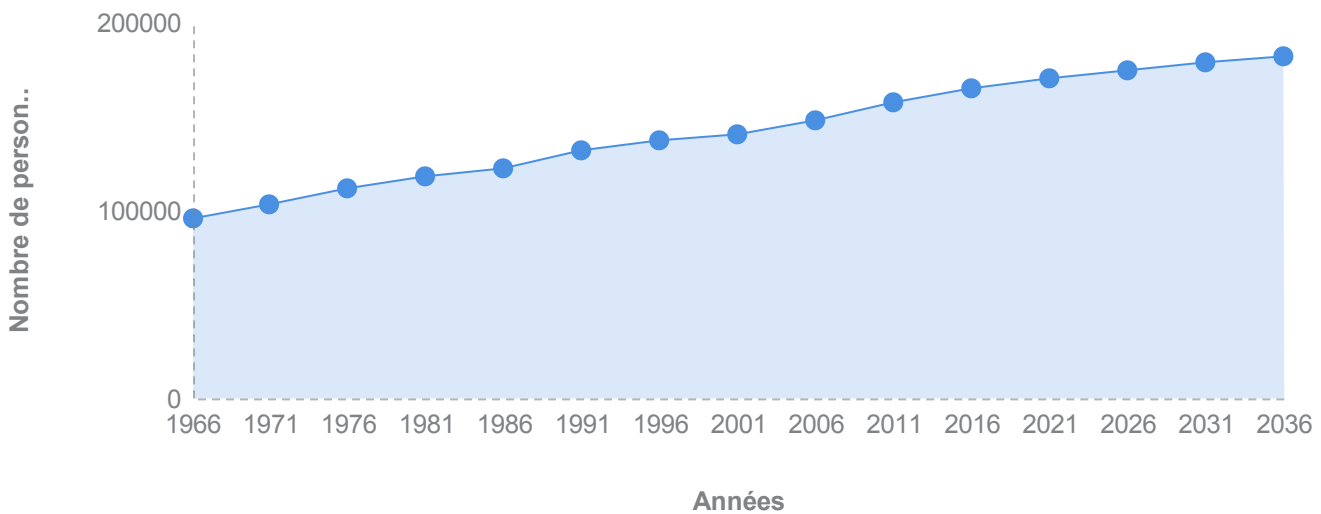
**PORTRAITS
SOCIO
DEMOGRAPHIQUES**

Cette partie présente les données sociodémographiques de Sherbrooke, Lévis et Terrebonne, sélectionnées pour établir la comparaison avec Laval. Les informations sont majoritairement issues du recensement 2016 (Statistique Canada).

SHERBROOKE

La population de la Ville de Sherbrooke s'élevait à 161 330 personnes en 2016. Les prédictions de croissance démographiques sont représentées dans le graphique suivant :

Croissance démographique projetée pour Sherbrooke

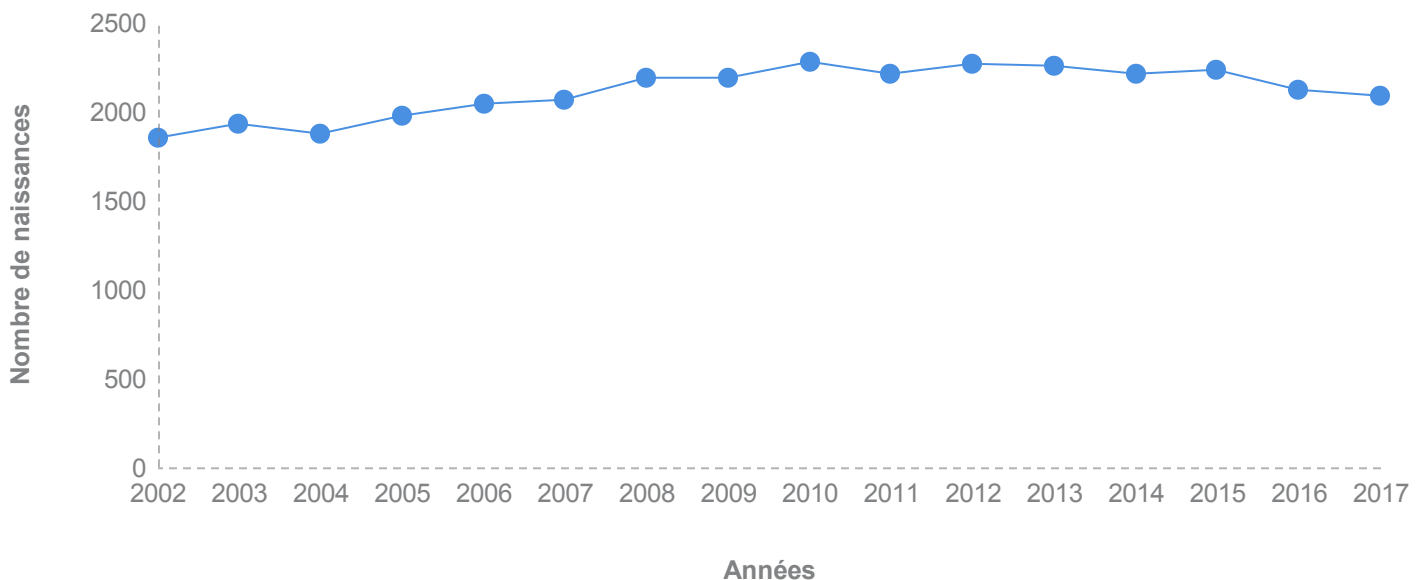


On remarque dans ce graphique qu'en 2021, la population sherbrookoise comptera 169 453 personnes, soit une hausse de 5 357 personnes (environ 3,2 %) par rapport à 2016. De même, en 2036, on prévoit une hausse de 17 486 personnes (environ 10,6 %) par rapport à 2016. En ce qui concerne les naissances, les données de 2016 étant indisponibles, on peut toutefois noter qu'en 2014, sur les 2 200 naissances ayant eu lieu à Sherbrooke, 265 étaient issues de mères immigrantes (12 %) et 39 provenaient de mères de moins de 20 ans (1,78 %) (Institut de la statistique du Québec, 2014).

On compte également, en 2010, 5 % de naissances de petits poids (< de 2 500 grammes) et 6,3 % de naissances prématurées (< de 37 semaines) (MSSS, 2010).

Le nombre total de naissances, s'il tend aujourd'hui à rester stable, est cependant en légère augmentation depuis 2002, puis on observe une baisse depuis 2010 (Institut de la statistique du Québec, 2018).

Nombre de naissances à Sherbrooke

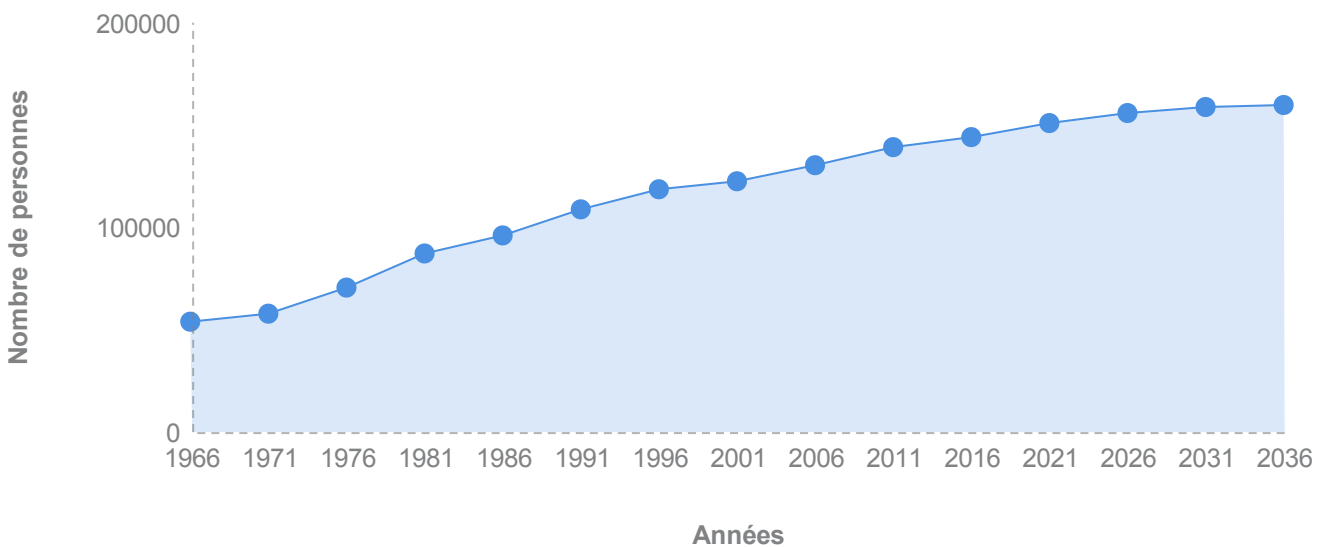


À Sherbrooke, le nombre de familles monoparentales s'élève à 7 300, dont 5 325 familles ayant un parent féminin à sa tête et 1 975 ayant un parent masculin (Recensement 2016, Statistique Canada). Les familles monoparentales représentent environ 17,16 % de l'ensemble des familles sherbrookoises (N = 42 525).

LEVIS

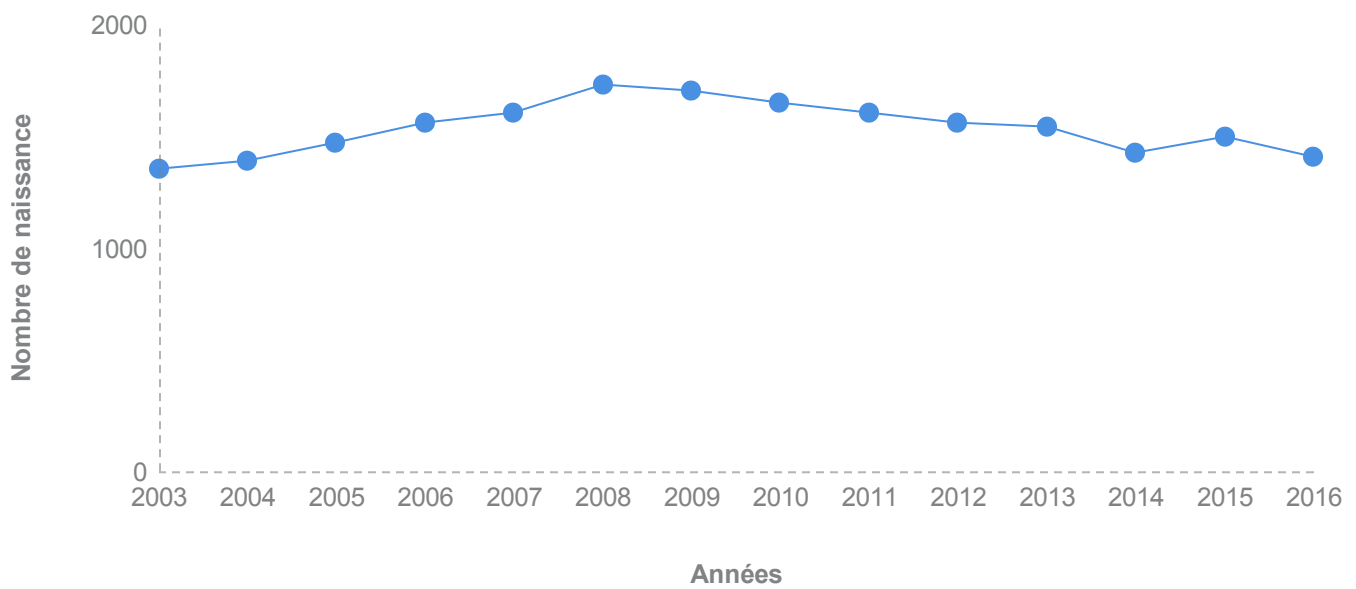
La population de la Ville de Lévis s'élevait en 2016 à 143 414 personnes. Les prédictions de croissance démographique indiquent qu'en 2021 elle comptera 150 574 personnes, soit une hausse de 7 160 personnes (environ 4,75 %). En 2036, on prévoit une hausse de 16 320 personnes (environ 10,2 %) par rapport à 2016 (Ville de Lévis, 2018).

Croissance démographique projetée de Lévis



Pour ce qui est du nombre de naissances, on voit dans le graphique suivant que la tendance serait à la baisse depuis 2008.

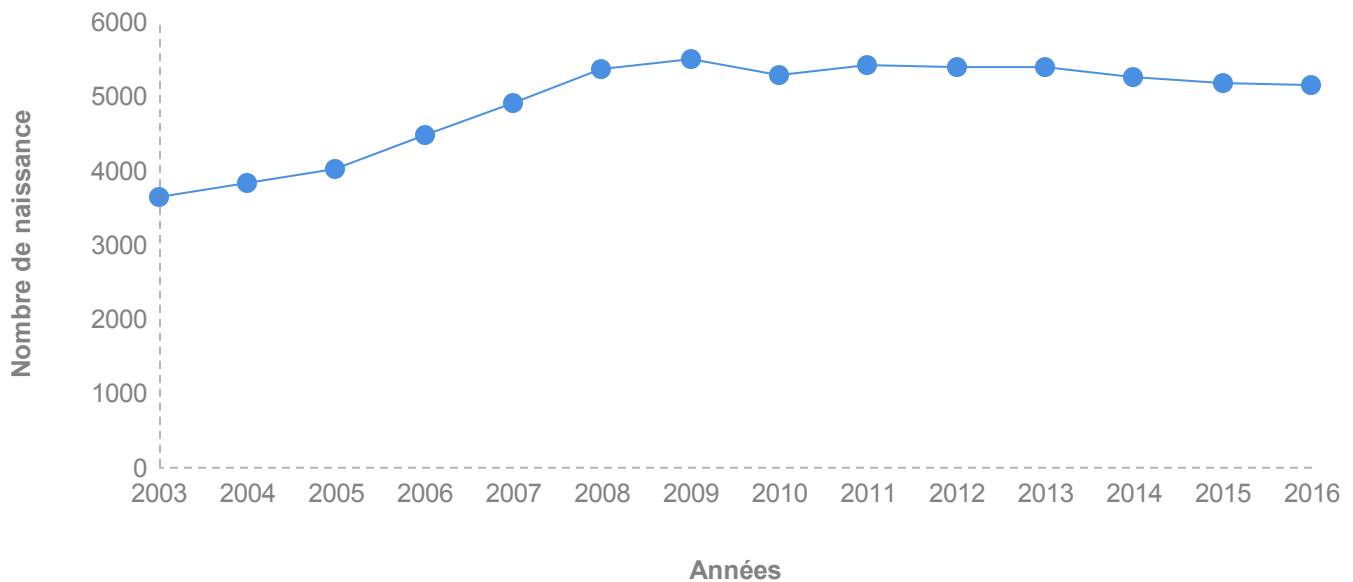
Nombre de naissances à Lévis



TERREBONNE

La population de la Ville de Terrebonne, selon le recensement 2016, s'élevait à 111 900 personnes (Recensement 2016, statistique Canada). Nous ne disposons cependant pas des informations sur la population projetée de la Ville de Terrebonne pour les prochaines années. En 2016, on comptait 5 139 naissances à Terrebonne. Pour ce qui est du nombre de naissances, on voit dans le graphique suivant une augmentation entre 2003 et 2009.

Nombre de naissances à Terrebonne



Le nombre de familles monoparentales s'élève à 5 495, soit 3 980 familles ayant un parent féminin à sa tête et 1 515 ayant un parent masculin. Les familles monoparentales représentent environ 16,85 % de l'ensemble des familles à Terrebonne (N = 32 595).

Pour ce qui est des familles monoparentales à Lévis, leur nombre s'élevait à 5 850 en 2016, soit 4 150 familles ayant un parent féminin à sa tête et 1 710 familles ayant un parent masculin. Les familles monoparentales représentent environ 14,03 % de l'ensemble des familles à Lévis (N = 41 690).

ELEMENTS COMPARATIFS

Les principaux éléments permettant de comparer les profils sociodémographiques des quatre villes à l'étude sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	Laval	Sherbrooke	Lévis	Terrebonne
Population	422 990	161 330	143 414	111 900
Croissance démographique	25.47 % en 2036	10.6 % en 2036	10.2 % en 2036	Information indisponible
Nombre naissances	4 262	2 200 (2014)	Information indisponible	5 319
Naissances mère immigrante	43.3%	12% (2014)	Information indisponible	Information indisponible
Naissances mère < 11 ans scolarité	3.3%	Information indisponible	Information indisponible	Information indisponible
Naissances mère < 20 ans	0.7%	1,78% (2014)	Information indisponible	Information indisponible
Naissances petit poids	6.14%	5 % (en 2010)	Information indisponible	Information indisponible
Naissances prématurées	26.92%	6.3 % (en 2010)	Information indisponible	Information indisponible
Familles monoparentales	17.2 % (de toutes les familles)	17.16% (de toutes les familles)	14, 03% (de toutes les familles)	16.85% (de toutes les familles)

En matière de projection sur les besoins, trois éléments attirent l'attention du lecteur :

1- La ville de Laval, outre sa densité populationnelle évidente, projette également une croissance démographique d'environ 25 % d'ici 2036. À titre de comparaison, les hausses prévues pour les villes de Lévis et Sherbrooke sont de l'ordre de 10 % (l'information pour Terrebonne n'était pas disponible au moment de l'étude).

2- Le taux de naissances des mères immigrantes à Laval est de 43.3 % (pour 2016), dépassant largement les 12 % rapportés pour la ville de Sherbrooke (pour 2014). Comme il a été présenté dans l'introduction de ce rapport, la migration fait partie des facteurs de stress parentaux reconnus. Dans ce contexte, la prise en considération systématique des facteurs de vulnérabilité (dont la migration) s'avère nécessaire pour assurer aux services la capacité de réaliser leur mission de prévention (Battaglini, Gravel, Boucheron & Fournier, 2000).

3- On note enfin l'apparente surproportion de naissance de bébés de petit poids ou prématurés à Laval. La prématurité ou le petit poids de naissance sont des facteurs de risque particulièrement reconnus en matière d'effet sur le développement émotionnel et moteur des enfants (Linsell et al., 2015)

Éléments comparatifs : points à retenir

- Parmi les mères accouchant à Laval, 43 % sont nées à l'étranger, tandis que le taux national est de 30 %.
- La ville de Laval a une population importante et une croissance prévue de 25 % au cours des vingt prochaines années.
- Le taux de familles monoparentales est élevé, même s'il est comparable à celui des villes de comparaison.
- Les services à destination de la population doivent ainsi prendre en compte le volume important et l'intensité des besoins de la population lavalloise.

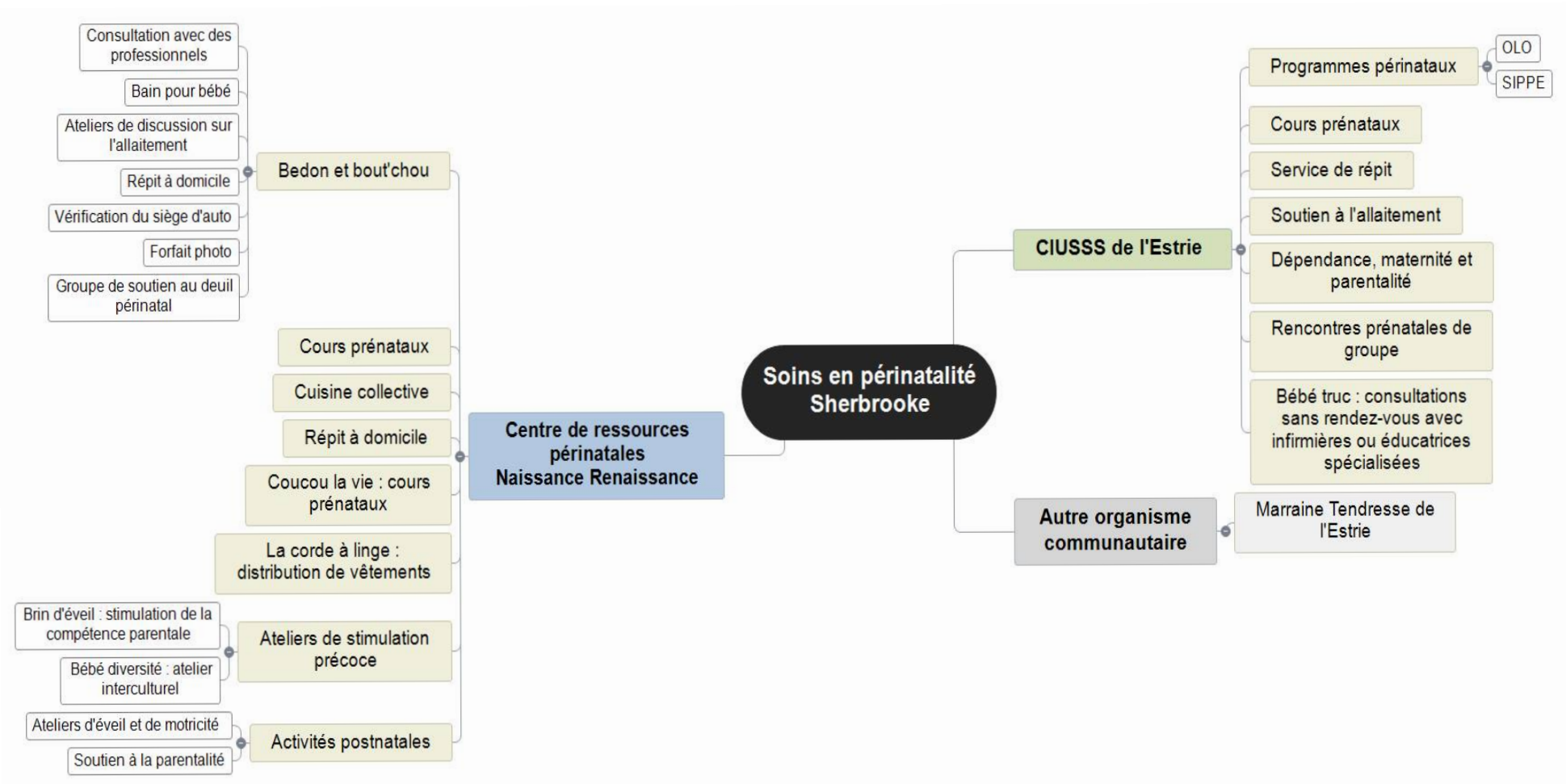
PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

SHERBROOKE

La mission du CRP de Sherbrooke, « Bedon & bout'chou » (appelé « Naissance-Renaissance Estrie » jusqu'en octobre 2017), est d'offrir un accompagnement périnatal (avant et après la naissance) à tous les parents de la région estrienne. Depuis octobre 2017, Bedon & bout'chou fonctionne comme un projet d'économie sociale, offrant des services payants qui permettent ensuite de financer d'autres activités gratuites ou à des prix plus bas.

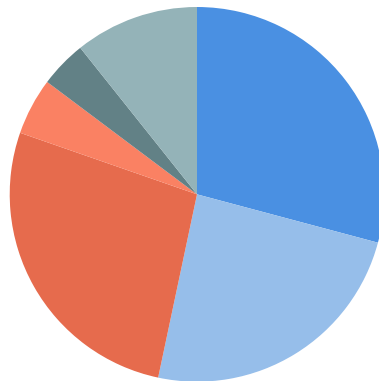
Bedon & bout'chou offre ainsi divers services, couvrant les périodes avant, pendant et après la naissance de l'enfant. Dans la période de 2016 à 2017, selon son rapport d'activités, le CRP a desservi 2 151 usagers (certains usagers ont participé à deux types d'activités et peuvent donc être comptés en double). Outre le projet d'économie sociale, leur source de financement principale réside dans des activités de financement (une activité de *CrossFit* et un salon de portage) qui ont rapporté un total de 2 691 dollars. D'autres sources de financement sont les dons privés ainsi que les nombreux partenariats du CRP (Rapport d'activités, p. 16), dont ceux avec les CSSS de la région ainsi que le CIUSSS de l'Estrie. Toutefois, nous ne possédons pas d'informations sur la place du financement des CSSS et du CIUSSS de l'Estrie dans ce CRP ni sur le montant total de ce financement.

Le détail des activités proposées par le CRP est synthétisé dans schéma heuristique ci-dessous où une comparaison avec les services offerts dans le CIUSSS de l'Estrie est également présentée.



Comme on peut le voir dans le schéma ci-dessus, en plus des services offerts par le CRP et CIUSSS de l'Estrie, l'Estrie possède une ressource communautaire appelée « Marraine Tendresse de l'Estrie » qui offre notamment des visites à domicile, une assistance téléphonique ainsi que des références pour d'autres services. Le financement de cette ressource se répartit comme suit selon leur rapport d'activités de 2015-2016 :

Répartition du financement pour Marraine Tendresse de l'Estrie



■ Agence de la santé et d.. (29.15%) ■ Centraide (24.17%) ■ Avenir d'enfants (27%) ■ Ville de Sherbrooke (4.91%)
■ Comptoir familial (4.05%) ■ Dons particuliers et au.. (10.71%)

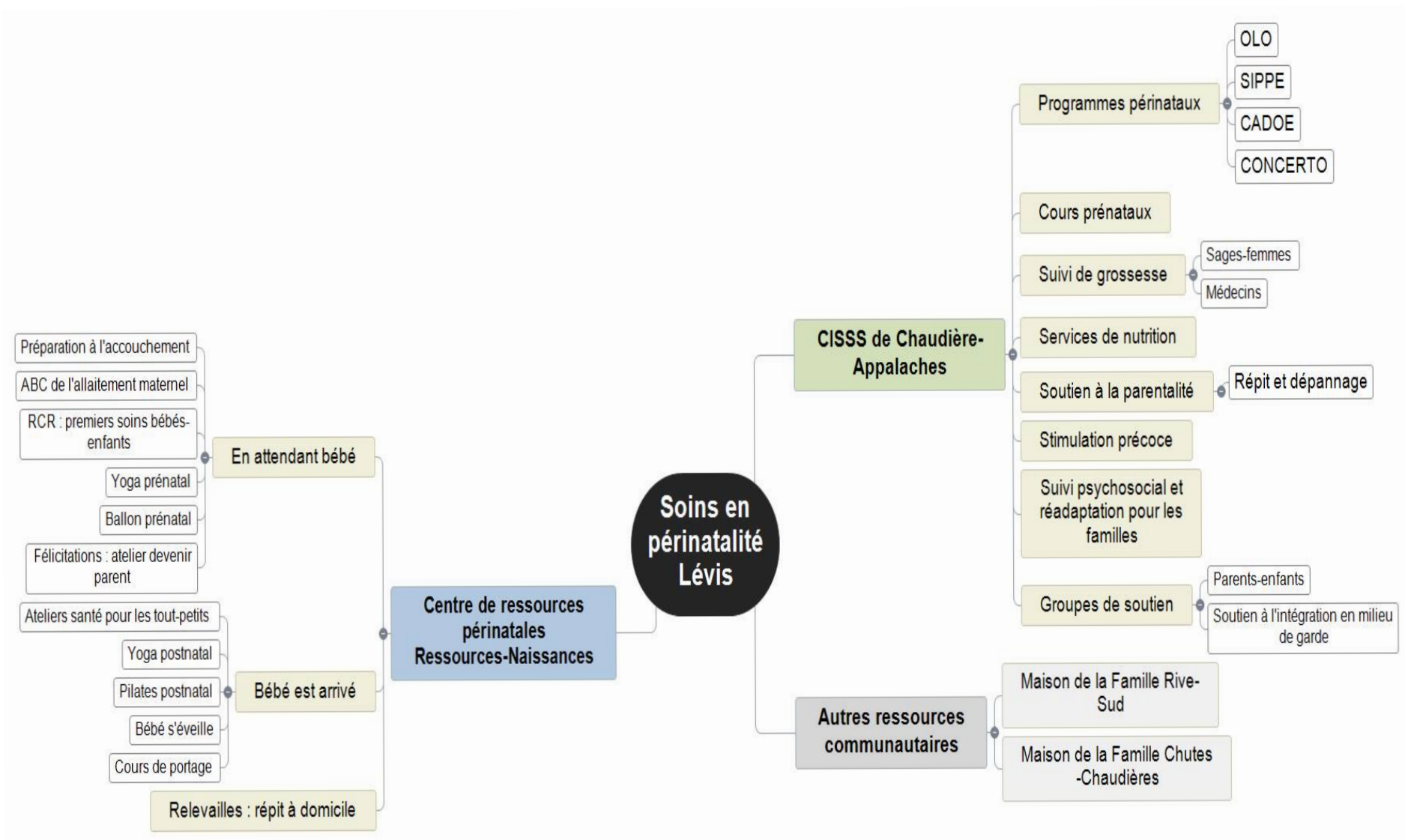
LEVIS

La mission du CRP de Lévis (Ressources-Naissances) est d'« offrir des services et des activités accessibles à tous durant la grossesse et la première année de l'enfant », tout en favorisant les échanges entre les familles, l'entraide et l'implication communautaire (Rapport d'activités 2016-2017, p. 2). Les services proposés sont des visites à domicile, des ateliers ainsi que divers services personnalisés en prénatal et en postnatal. Le tarif de ces activités est ajusté en fonction du revenu des usagers. Cependant, afin de participer à la vie active du centre, tous les usagers doivent payer une cotisation annuelle de 5 \$. Durant l'année 2016-2017, selon leur rapport d'activités, Ressources-Naissances a desservi 907 familles (3 419 participants enregistrés) pour la gamme d'activités, dont 630 familles (2 131 participations) plus particulièrement pour les ateliers. En termes d'accompagnement, l'intervention individuelle a rejoint 44 familles et 38 familles ont bénéficié de services à domicile.

En ce qui concerne le financement, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le CISSS de Chaudières-Appalaches sont les principaux financeurs. Nous ne possédons toutefois pas d'information sur le montant de ce financement ni sur manière dont ils financent le CRP.

D'autres financements ont été obtenus, notamment de Centraide ou de la fondation Avenir d'enfants. Des activités-bénéfices (p. ex. une dégustation de pâtés chinois réinventés) ont également permis de récolter du financement : 19 130 \$, selon le rapport d'activités.

Le détail des activités proposées par le CRP est synthétisé dans le schéma ci-dessous, en les comparant aux services offerts dans le CISSS de Chaudières-Appalaches.



Soins en périnatalité Lévis

Centre de ressources périnatales Ressources-Naissances

En attendant bébé

- Préparation à l'accouchement
- ABC de l'allaitement maternel
- RCR : premiers soins bébés-enfants
- Yoga prénatal
- Ballon prénatal
- Félicitations : atelier devenir parent

Bébé est arrivé

- Ateliers santé pour les tout-petits
- Yoga postnatal
- Pilates postnatal
- Bébé s'éveille
- Cours de portage

Relevailles : répit à domicile

CISSS de Chaudière-Appalaches

- Programmes périnataux
 - OLO
 - SIPPE
 - CADOE
 - CONCERTO
- Cours prénataux
- Suivi de grossesse
 - Sages-femmes
 - Médecins
- Services de nutrition
- Soutien à la parentalité
 - Répit et dépannage
- Stimulation précoce
- Suivi psychosocial et réadaptation pour les familles
- Groupes de soutien
 - Parents-enfants
 - Soutien à l'intégration en milieu de garde

Autres ressources communautaires

- Maison de la Famille Rive-Sud
- Maison de la Famille Chutes-Chaudières

En plus des services offerts par les CRP et le CISSS Chaudières-Appalaches, on remarque que deux Maisons de la famille offrent certains services « périnataux », notamment une halte-garderie, des activités parents-enfants de 0 à 5 ans et des activités pour les 0-5 ans. Nous ne disposons toutefois pas d'information sur leur mode de financement.

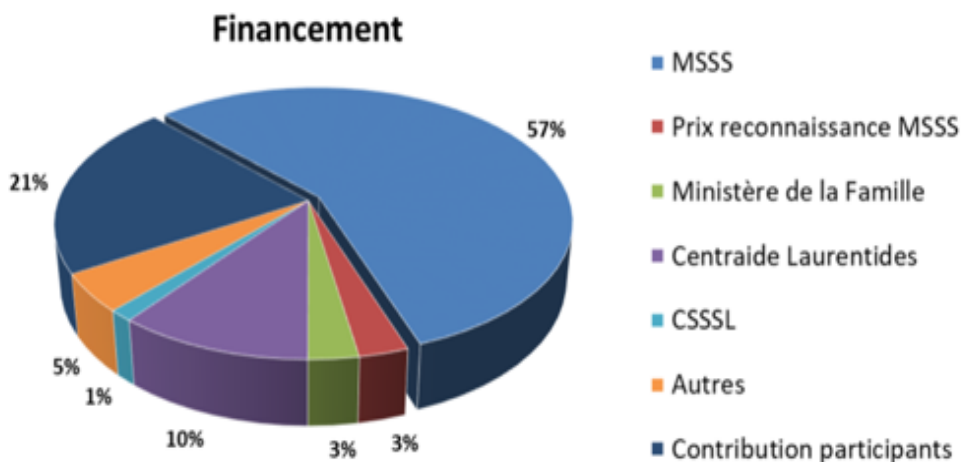
TERREBONNE

Le CRP de Terrebonne (Carrefour Familial des Moulins) est divisé en deux parties (ou « volets ») : un CRP à proprement dit et une maison de la famille. La mission du Carrefour Familial des Moulins consiste à « offrir du soutien, des outils, des moyens de prévention et des ressources aux familles et aux individus afin de leur permettre d'acquérir une meilleure qualité de vie, dans le respect de leurs connaissances et de leurs compétences » (Rapport d'activités 2016-2017, p. 5). Les services offerts au Carrefour Familial des Moulins sont différents selon le « volet ».

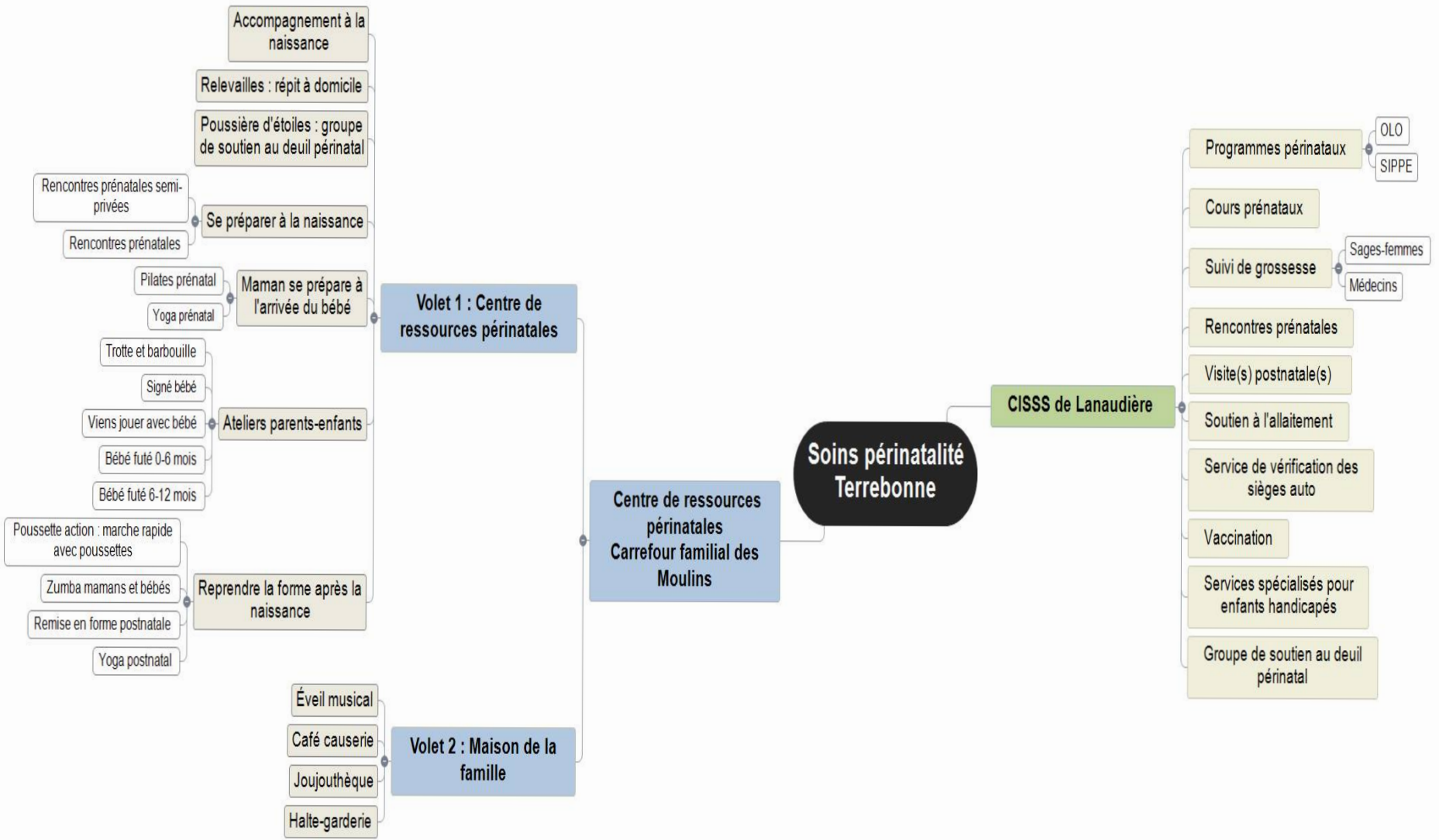
Dans le CRP en tant que tel, on offre des services couvrant une large gamme de besoins : accompagnement à la naissance, cours prénataux et yoga prénatal notamment. Selon leur rapport d'activités, durant l'année 2016-2017, le CRP a rejoint 125 couples pour les rencontres prénatales (semi-privées ou en groupe), 150 mamans pour les activités prénatales (yoga prénatal ou Pilates prénatal), 109 parents pour les activités postnatales, 316 parents pour les activités parents-enfants et 58 familles ont bénéficié du service de relevailles. Certains parents se sont inscrits à deux activités et peuvent donc être comptés en double.

Dans la maison de la famille, les services offerts sont des cafés-causeries, des haltes-garderies ainsi qu'une gamme de services pour les enfants de 2 à 15 ans (ce qui ne représente pas des services en périnatalité à proprement parler). Pour les deux « volets », les services sont payants, sauf le soutien au deuil périnatal offert dans le « volet » CRP et les causeries offertes dans le « volet » maison de la famille, qui sont gratuits.

En ce qui concerne le financement du Carrefour familial des Moulins, 57 % du financement total provient de l'apport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 3 % du prix reconnaissance du MSSS, 3 % du ministère de la Famille et 1 % du CISSS du sud de Lanaudière. Également, Centraide Laurentides octroie un financement qui correspond à 10 % du financement et d'autres sources, telles que des dons ou la Fondation Avenir d'enfants, en représentent 5 %. Finalement, la contribution des participants représente 21 % du financement. Nous n'avons toutefois pas d'information concernant le montant d'argent investi dans les services. La répartition du financement est représentée dans le schéma suivant (Rapport d'activités 2016-2017, p. 26) :



Les services proposés pour la ville de Terrebonne sont synthétisés dans le schéma ci-après.



Accompagnement à la naissance

Relevailles : répit à domicile

Poussière d'étoiles : groupe de soutien au deuil périnatal

Se préparer à la naissance

Rencontres prénatales semi-privées

Rencontres prénatales

Maman se prépare à l'arrivée du bébé

Pilates prénatal

Yoga prénatal

Ateliers parents-enfants

Trotte et barbouille

Signé bébé

Viens jouer avec bébé

Bébé futé 0-6 mois

Bébé futé 6-12 mois

Reprendre la forme après la naissance

Poussette action : marche rapide avec poussettes

Zumba mamans et bébés

Remise en forme postnatale

Yoga postnatal

Éveil musical

Café causerie

Joujouthèque

Halte-garderie

Volet 1 : Centre de ressources périnatales

Volet 2 : Maison de la famille

Centre de ressources périnatales Carrefour familial des Moulins

Soins périnatalité Terrebonne

CISSS de Lanaudière

Programmes périnataux

OLO

SIPPE

Cours prénataux

Suivi de grossesse

Sages-femmes

Médecins

Rencontres prénatales

Visite(s) postnatale(s)

Soutien à l'allaitement

Service de vérification des sièges auto

Vaccination

Services spécialisés pour enfants handicapés

Groupe de soutien au deuil périnatal

ELEMENTS COMPARATIFS

À la lecture des descriptions et des schémas heuristiques réalisés pour chacune des villes de comparaison, on peut relever plusieurs points :

1-Les CISSS et les CIUSSS de chaque région offrent la même gamme de services en périnatalité. On ne connaît toutefois pas le volume ni l'intensité de ces services, ni s'ils répondent complètement à la demande de la population desservie. On remarque ainsi que les CISSS et les CIUSSS offrent divers programmes prénataux tels qu'OLO, SIPPE ou des cours prénataux. Tous les CISSS et les CIUSSS offrent également un suivi périnatal pouvant par contre prendre différentes formes : service de répit, soutien à l'allaitement, suivi postnatal, groupes de soutien et soutien au deuil périnatal, entre autres.

2-Les CRP des quatre villes analysées offrent également des services semblables : cours prénataux, ateliers de stimulation précoce, yoga ou ballon prénatal, accompagnement à la naissance, etc. Cependant, le nombre de personnes touchées par ces activités diffère d'une ville à l'autre, si l'on considère les chiffres issus des rapports d'activités des CRP pour 2016-17. Ainsi, le CRP de Laval a desservi moins de 700 parents sur deux ans. De leur côté, pour la même période, le CRP de Sherbrooke a desservi 2151 participants individuels celui de Lévis 989 familles et celui de Terrebonne 758 familles. On remarque ainsi que le CRP de Laval rapporte desservir un nombre considérablement inférieur de familles que les trois autres villes enquêtées. Sur la base de nos discussions avec la direction du CRP de Laval, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette offre restreinte résulte d'un manque de temps disponible de la part des acteurs du CRP, consécutif à une chute du financement du CRP

3- Le financement des CRP apparaît similaire dans les villes de comparaison. Celles-ci ont recours à de multiples financeurs distribuant leurs fonds régulièrement ou non. Plusieurs CRP ont recours à des activités payantes ou à des activités d'économie sociale. Ce modèle de financement et ses écueils (augmentation des inégalités) seront discutés dans la conclusion de ce rapport.

4-D'autres organismes communautaires sont présents sur les territoires (sauf à Terrebonne). Leur programme propose certaines activités périnatales, mais elles ne sont pas clairement indiquées dans leur offre de services. La mise à disposition d'une offre de service non « fléchée », c'est-à-dire n'apparaissant pas comme étant destinée aux parents, peut générer un *effet Matthieu*. Nous entendons ici que les parents les mieux informés, les plus éduqués et les plus aisés auront tendance à utiliser mieux et davantage les services offerts. Il s'agit d'un effet pervers connu des interventions de prévention. L'offre de services étant inutile si seules les populations aisées s'en saisissent, il est nécessaire de clarifier toutes les informations pour qu'une personne puisse accéder à un service en fonction de ses besoins et non de ses compétences préalables.

Éléments comparatifs : points à retenir

- La Ville de Laval présente une plus grande croissance démographique projetée, un plus grand nombre de parents pouvant présenter des facteurs de risques et une offre de services communautaires en périnatalité semblable à celle des autres villes de comparaison.
 - Le CRP de Laval rejoint moins de personnes par ses activités, par rapport aux autres villes de comparaison, vraisemblablement en raison d'un manque de ressources qui ne permet pas de développer davantage la gamme des services offerts.
 - La présence d'autres organismes communautaires peut pallier, dans une certaine mesure, le peu de personnes touchées par les activités du CRP, mais ces organismes ne sont pas clairement identifiés comme agissant en périnatalité.
-

06

**CON
CLU
SION**

CONCLUSION

La présente étude visait à analyser par contraste l'adéquation de l'offre de services périnataux de la ville de Laval. Pour comparer les services et structures disponibles à Laval, nous avons choisi les villes de Terrebonne, Sherbrooke et Lévis qui, parmi les dix villes les plus peuplées du Québec, disposent d'un centre de ressources périnatales financés de manière pérenne.

Plus spécifiquement, notre équipe de recherche visait à répondre à deux questions :

-La ville de Laval dispose-t-elle des actions de soutien en périnatalité permettant de répondre aux besoins des parents habitant la ville? Dans quelles structures et par le biais de quels services?

-La ville de Laval dispose-t-elle de services communautaires dans un volume comparable à trois autres villes semblables, et ce, en prenant en compte les besoins des parents de l'ensemble de ces territoires?

L'analyse des services périnataux disponibles a permis de dégager que, malgré la présence significative de parents pouvant présenter des facteurs de risques en matière d'inclusion sociale (notamment du taux de parents immigrants), peu de services communautaires étaient offerts sur le territoire compte tenu de la démographie lavalloise et en comparaison aux autres villes, laissant penser que les objectifs de prévention requis par le profil populationnel de la ville pourraient être limités.

Nous n'avons pas été en mesure d'analyser la portée des services offerts par le CISSS de Laval ou par le CRP Mieux-Naitre à Laval. Néanmoins, l'offre de service théorique CISSS-CRP paraît complémentaire, notamment lorsque l'on considère les services communautaires lavallois autres que le CRP. Dans la mesure où les services pourraient être effectivement dispensés à une majorité de parents de manière gratuite, les structures existantes pourraient absorber cette charge de travail. Cette affirmation est appuyée par les modes de fonctionnement observés dans les villes de comparaison.

Cependant, l'analyse des données du CRP tend à montrer que le **volume des services effectivement offerts tend à être restreint**. La question de la portée des services à long terme est donc pertinente et pourrait faire l'objet d'une évaluation.

Selon les prévisions, la population lavalloise augmentera de 25 % d'ici 2036. Cette augmentation étant déjà en cours, on peut estimer qu'elle touchera également le nombre de parents vivant sur le territoire lavallois et le nombre de parents en situation de vulnérabilité. Elle implique **d'accroître l'offre de services publics et communautaires sur le territoire et de porter une attention particulière à l'accessibilité des personnes possédant le moins de ressources.**

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Notre équipe de recherche a été sollicitée dans un contexte où la pérennité du CRP Mieux-Naître à Laval est remise en question. La pérennité de son modèle financier étant compromise, la municipalité souhaitait bénéficier de données empiriques recueillies par une équipe de recherche indépendante pour évaluer la pertinence d'un recours auprès d'autres partenaires financiers.

Sur la base des conclusions de l'étude, nous avons montré que l'offre de service lavalloise, théoriquement suffisante lorsque les services du CISSS, du CRP et des autres organismes communautaires étaient associés, tendait à diminuer. Dans le même temps, la population de la ville est en forte augmentation.

Selon notre équipe de recherche, il conviendrait donc de renforcer l'offre de service sur le territoire lavallois, pour :

- **Offrir différentes possibilités de bénéficier d'un accompagnement personnalisé.** Les programmes publics, tels que OLO ou SIPPE ne sont pas arrivés à un dispositif de repérage et de proposition systématique. De nombreux parents éligibles peuvent ne pas en bénéficier par manque de connaissance du service. Ils peuvent également décider de ne pas rechercher ce service pour se tourner plutôt vers l'offre communautaire. Ce type de phénomène a été documenté dans la littérature scientifique (Dixon-Woods et al., 2006).
- **Augmenter l'accessibilité aux services périnataux.** Les services périnataux doivent être clairement identifiables par la population et rassemblés au sein d'une entité communautaire, non hospitalière, encourageant les parents les moins familiers avec le système public québécois à s'y rendre et à y rester. Les services du CISSS de Laval ne sauraient répondre à eux seuls à l'ensemble de ces contraintes. Le CRP semble le mieux placé pour constituer la structure de référence. Les autres structures communautaires, ne mettant pas de l'avant leur offre de services périnataux, sont peu visibles à cet égard.

- **Réduire les coûts associés à l'absence de services de prévention.** Il a été largement documenté dans la littérature scientifique que les actions de prévention étaient génératrices d'économies financières pour les services publics de par la réduction dans l'utilisation des services palliatifs et curatifs qu'elles entraînent. La réciproque est également vraie : la réduction des services de prévention constitue un surcoût à prévoir dans l'avenir. Il est nécessaire de considérer l'engagement financier dans la prévention comme un investissement et non comme un coût immédiat.
- **Investir dans le communautaire.** Il est désormais reconnu dans le champ scientifique que les interventions des institutions de santé, si elles peuvent contribuer au développement psychomoteur ou cognitif des jeunes enfants, sont moins efficaces que les interventions communautaires (p. ex. Peacock et al., 2013). C'est notamment vrai pour ce qui relève du soutien aux relations précoces et à la **prévention de la maltraitance**, où les interventions communautaires ont montré de manière générale de meilleurs résultats que les interventions des professionnels de la santé.

Considérant l'ensemble des données recueillies dans le cadre de cette étude, et considérant la littérature scientifique démontrant l'efficacité et les bénéfices économiques des interventions de prévention précoce, notre équipe de recherche estime que :

- **Le Centre de ressources périnatales de Laval devrait être financièrement soutenu pour assurer ses missions communautaires.**
- **Le nombre de services pourrait être sensiblement réduit, pour rechercher les services ayant la meilleure portée et les meilleures retombées à l'échelle de la population.**
- **La gratuité de l'ensemble des services maintenus devrait être considérée sérieusement et favorablement, le caractère payant des services (même *a minima*) pouvant générer des inégalités au profit des personnes les moins en besoin.**

- L'efficacité de ces services pourrait faire l'objet d'une évaluation afin d'étudier leur portée et leur efficacité.
- Cette évaluation d'efficacité pourrait également porter sur les autres services (notamment ceux offerts par le CISSS) pour en estimer la pertinence sociale à l'échelle de la ville de Laval.

À ces conditions, nous pouvons estimer que les besoins actuels et futurs des parents lavallois pourront être pris en compte, avec un effet direct sur la santé des enfants et, à terme, sur les investissements en santé pour les familles de Laval.

L'ensemble des membres de l'équipe de recherche déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts dans la présente étude. Le recueil, l'analyse des données et nos conclusions ont respecté un principe de neutralité. Les recommandations ici proposées n'engagent que les chercheurs et s'appuient exclusivement sur les données recueillies dans la présente étude.

Équipe de recherche *Epione* :

Samantha Kargakos

Johanna Nouchi

Judith Dextraze-Monast

Gabrielle Rioux

Félix Morissette

Marion Picot

Auteurs du rapport :

Coralie Mercerat

Thomas Saïas, Ph.D



BIBLIOGRAPHIE

Ayers, B. L., Purvis, R. S., Bing, W. I., Rubon-Chutarro, J., Hawley, N. L., Delafield, R., McElfish, P. A. (2018). Structural and Socio-cultural Barriers to Prenatal Care in a US Marshallese Community. *Maternal and Child Health Journal*.

doi : 10.1007/s10995-018-2490-5

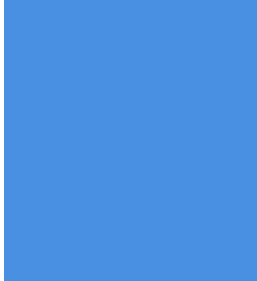
Bakermans-Kranenburg, M. J., Uzendoorn, M. H. V., & Bradley, R. H. (2005). Those who have, receive: The matthew effect in early childhood intervention in the home environment. *Review of Educational Research*, 75(1), 1-26.

Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., & Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes: pareilles pas pareilles!: facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatales*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

Belville, R., Indyk, D., Shapiro, V., Dewart, T., Moss, J. Z., Gordon, G., & Lachapelle, S. (1991). The community as a strategic site for refining high perinatal risk assessments and interventions. *Social Work Health Care*, 16(1), 5-19.

Bhutta, Z. A., Darmstadt, G. L., Hasan, B. S., & Haws, R. A. (2005). Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Pediatrics*, 115 (Supplement 2), 519-617. doi:10.1542/peds.2004-1441

Chevalier, S., Latulippe, D., Nicolas, J. (2013). Les organismes communautaires: des partenaires essentiels dans le besoin. Portait de leur contribution et de leur situation financière.



Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 33(4), 323-331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>

Kwee, J. L., & McBride, H. L. (2016). Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2742-2752. <https://doi.org/10.1177/1359105315586211>

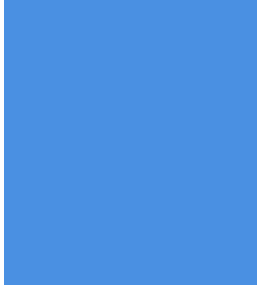
Linsell, L., Malouf, R., Morris, J., Kurinczuk, J. J., & Marlow, N. (2015). Prognostic Factors for Poor Cognitive Development in Children Born Very Preterm or With Very Low Birth Weight: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 169(12), 1162-1172.

Marmot, M. & Wilkinson, R. (2003). *The solid facts: social determinants of health* (2nd ed). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Merton, R., King. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: Simon and Schuster.

Consulté à l'adresse https://books.google.ca/books/about/Social_Theory_and_Social_Structure.html?id=dyqZOcux9oOC&redir_esc=y

Parent, A., O'Neill, M., Roy, B. & Simard, P. (2012). Entre santé publique et organisation communautaire : points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 67-90. doi:10.7202/1023978ar



Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*, 13, 17. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1>

Posthumus, A. G., Schölmerich, V. L. N., Waelput, A. J. M., Vos, A. A., De Jong-Potjer, L. C., Bakker, R., . . . Denктаş, S. (2013). Bridging between professionals in perinatal care : Towards shared care in the Netherlands. *Maternal and Child Health Journal*, 17(10), 1981-1989. doi:10.1007/s10995-012-1207-4

Statistique Canada. (2017, février). Profil du recensement, Recensement de 2016 - Laval, Québec. Consulté 20 avril 2018, à l'adresse [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2465005&Geo2=CD&Code2=2465&Data=Count&SearchText=laval&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1)

[Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2465005&Geo2=CD&Code2=2465&Data=Count&SearchText=laval&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2465005&Geo2=CD&Code2=2465&Data=Count&SearchText=laval&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1)

Swider, S. M. (2002). Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nursing*, 19(1), 11-20.

Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P. A., Young, D., Hutton, E. (2012). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 29. doi:10.1186/1471-2393-12-29

Ville de Lévis. (2018). Statistiques et données de base. Consulté 20 avril 2018, à l'adresse <https://www.ville.levis.qc.ca/la-ville/statistiques/statistiques-donnees-base/>

Yelland, J., & Brown, S. J. (2014). Asking women about mental health and social adversity in pregnancy: Results of an Australian population-based survey. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41(1), 79-87. doi:10.1111/birt.1208