

CENTRE D'ÉTUDES ET  
DE RECHERCHE EN  
INTERVENTION  
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE  
DU CANADA SUR  
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE  
DES FAMILLES

## CAHIER DE RECHERCHE

N<sup>o</sup> 4

LA PLACE DES PÈRES DANS LES POLITIQUES  
PUBLIQUES EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE :  
LE PÈRE EST-IL CONSIDÉRÉ COMME UN DÉTERMINANT  
DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ?

Francine de Montigny

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada  
sur la santé psychosociale des familles

Kate St Arneault

Coordonnatrice de la Chaire de recherche du Canada  
sur la santé psychosociale des familles

En collaboration avec Raymond Villeneuve  
Directeur du Regroupement de valorisation de la paternité

Avril 2013



[cerif.uqo.ca](http://cerif.uqo.ca)

CENTRE D'ÉTUDES ET  
DE RECHERCHE EN  
INTERVENTION  
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE  
DU CANADA SUR  
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE  
DES FAMILLES

#### Coordination de la conception des cahiers

Francine de Montigny, Ph. D., professeure en sciences infirmières, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, Université du Québec en Outaouais

#### Soutien financier

Ces cahiers sont rendus possibles grâce au soutien financier

- de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles de l'Université du Québec en Outaouais,
- du Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CERIF), un centre de recherche soutenu par l'Université du Québec en Outaouais et
- du Groupe de recherche sur la santé mentale des hommes en période postnatale, une équipe de recherche soutenue par le FRSQ (Fonds de recherche en santé du Québec) et des partenaires suivants :

Fonds de la recherche  
en santé



Chaires de recherche  
du Canada

Canada Research  
Chairs



Il est possible d'obtenir des copies de ce document (en format PDF) en s'adressant à :

*Francine de Montigny  
Université du Québec en Outaouais  
283, boul. Taché, C.P. 1250, succ. Hull  
Gatineau (Québec) Canada J8X3X7  
Francine.demontigny@uqo.ca  
Cerif.uqo.ca*

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition de mentionner la source de la manière suivante :

deMontigny, F., St-Arneault, K. (2013). La place des pères dans les politiques publiques en périnatalité et petite enfance : le père est-il considéré comme un déterminant de la santé et du développement de l'enfant? Gatineau, QC : CERIF/UQO.

#### Infographie et mise en page

Ghyslaine Lévesque, graphiste conceptrice  
ghyslaine.levesque@gmail.com

## SOMMAIRE

La santé physique et mentale ainsi que le statut socio-économique des mères sont actuellement reconnus comme étant déterminants dans la santé et le développement des jeunes enfants du Québec (MSSS, 2004, 2008a, 2008b). Il n'est donc pas surprenant de constater que les mères constituent la majorité des cibles d'actions gouvernementales en périnatalité et petite enfance. Pourtant, les pères d'aujourd'hui sont de plus en plus impliqués dans les soins et l'éducation de leurs enfants et les écrits scientifiques tendent à démontrer que leur engagement est tout aussi crucial que celui des mères. Ce rapport vise à rappeler le rôle spécifique des pères dans la santé et le développement des enfants et à examiner l'espace qui leur est accordé dans les différentes politiques publiques de périnatalité et de petite enfance. Le père, par le soutien qu'il offre à la mère et les interactions qu'il a avec son enfant, optimise le développement physique, cognitif, affectif et social de ce dernier. Paradoxalement, le père est à peu près absent des objectifs et orientations gouvernementales et lorsqu'il s'y retrouve, aucun moyen concret n'est proposé pour atteindre ces objectifs. Alors qu'il est connu que les intervenants des milieux institutionnels et communautaires ont de la difficulté à offrir des services véritablement inclusifs des pères (deMontigny et Lacharité, 2012; Dubeau, Villeneuve et Thibault, 2011; Ferland, Chabot, Lambert, Lacharité et Villeneuve, 2012; St-Arneault, 2013), il semble pertinent, voire urgent, de se questionner à propos d'un tel constat si l'on souhaite optimiser la santé des enfants et des familles de façon efficace.

## FAITS SAILLANTS

### **L'engagement paternel, un déterminant de la santé et du développement des enfants**

- L'engagement du père durant la grossesse diminue les risques de complications obstétricales à la naissance et le taux de mortalité infantile.
- L'engagement du père durant l'allaitement contribue à l'amorce et la poursuite de l'allaitement sur une plus longue période.
- L'engagement du père contribue au développement du langage chez l'enfant de sorte qu'il est plus élaboré et diversifié.
- L'engagement du père contribue à l'attachement que développe l'enfant à son égard, ce qui accroît la mémoire de l'enfant, sa capacité d'adaptation et sa capacité d'entretenir des relations amicales saines.
- L'engagement du père auprès de l'enfant contribue au contrôle plus efficace des émotions de celui-ci, ce qui a, à long terme, un impact sur son comportement et son bien-être psychologique.
- L'engagement du père auprès de l'enfant prévient, directement et indirectement, la négligence et la maltraitance.

### **La place des pères dans les politiques de santé, un élément à reconsidérer**

- Le père, en tant que parent spécifique, est absent du programme national de santé publique. Aucun objectif ou stratégie d'action ne le concerne spécifiquement alors que plusieurs concernent directement la mère.
- La politique de périnatalité propose *d'adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant*, mais n'offre pas de directives spécifiques à cet égard. Par ailleurs, actuellement, les intervenants se disent peu outillés à travailler avec des pères.
- Il semble urgent de se questionner sur l'impact qu'ont ces politiques sur les différents services sociaux et de santé. En continuant de proposer la mère comme principal déterminant de la santé de son enfant, les politiques publiques contribuent à maintenir le père dans un rôle secondaire. La valorisation et le soutien de l'engagement paternel ne peut qu'en être affecté.

## INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé a identifié dix déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs psychologiques et sociaux qui influent sur la santé physique et la longévité des individus, soit : les inégalités de santé d'origine sociale, le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et le transport (OMS, 2004). Selon l'OMS, « les fondements essentiels de la santé de l'adulte s'établissent dans la petite enfance » (OMS, 2004, p.15). A titre d'exemple, une grossesse menée dans des conditions défavorables peut entraîner un mauvais développement fœtal qui aura des répercussions à long terme. Il en est de même d'habitudes de vie malsaines, qui, inculquées par les parents, entraveront le développement physique de l'enfant. Le manque de stimulation et un attachement affectif déficient influenceront à court terme sur les capacités scolaires et les comportements de l'enfant, et à plus long terme, sur l'intégration sociale de l'adulte.

L'OMS recommande des actions au plan du développement de politiques visant l'amélioration de la santé dans la petite enfance. Certaines de ces actions ciblent particulièrement la mère, par de meilleurs soins préventifs durant la grossesse et l'allaitement, par exemple. D'autres par contre tiennent compte du contexte familial et sont plus inclusives de l'apport des deux parents. Celles-ci prônent de sensibiliser les parents aux besoins de leur enfant et d'accroître leurs perceptions d'efficacité parentale. Les relations entre les parents et les enfants de la naissance à l'entrée à l'école sont alors la cible d'interventions de manière à stimuler le développement cognitif et social de l'enfant. Force est de constater que bien que la mère soit la cible spécifique de certaines politiques, le père est intégré dans un statut plus générique de « parent » aux actions préconisées.

La période de la petite enfance étant identifiée au plan international comme un déterminant de la santé et du développement des enfants, il est pertinent de se questionner à propos de la contribution des pères durant cette période. En fait, l'engagement des pères auprès de leurs enfants est-il considéré comme un déterminant de la santé et du développement de l'enfant ? En première partie de ce rapport, une analyse des écrits scientifiques dans le domaine permet de proposer des réponses à cette question. Une deuxième question porte sur la place des pères dans les politiques publiques en périnatalité et petite enfance. Quelle est la place occupée par les pères dans ces politiques, et celle-ci est-elle en adéquation avec l'influence de cet acteur dans le développement et la santé des enfants ? La deuxième partie de ce rapport examine deux politiques québécoises, soit le *Programme national de santé publique 2003-2012* et la *Politique de périnatalité 2008-2018*, afin de dresser un constat à ce sujet. En terminant, ce rapport propose, des recommandations pour les décideurs politiques, ainsi que pour ceux qui mettent celles-ci en application sur le terrain.

## CONTEXTE

Au Québec, la santé se définit comme « 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 » (Gouvernement du Québec, 2012, art.1). Cette notion de capacité d'agir et d'accomplir présuppose donc que la santé est issue de la qualité perçue, de part et d'autre, de l'ensemble des interactions entre la personne et son environnement, et qu'elle surpasse maintenant l'absence de maladie. Actuellement, il est reconnu qu'en plus des caractéristiques individuelles, les caractéristiques des milieux de vie, des différents systèmes et du contexte global où évolue la personne influencent son état de santé (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012). La santé des enfants n'échappe pas à cette conception, l'espace occupé par l'influence du milieu familial au cours de la période périnatale et de la petite enfance étant toutefois plus imposant qu'à d'autres étapes de la vie. Les parents contribuent directement et indirectement au développement physique, cognitif, affectif et social de leurs enfants, étant les principaux dispensateurs de soins et responsables de l'éducation des enfants de moins de cinq ans. Il n'est donc pas étonnant de constater que les différentes politiques de santé concernant les enfants de moins de cinq ans soient en fait majoritairement dirigées vers leurs parents (MSSS, 2008a; 2008b).

Il est toutefois curieux de constater que les mères semblent plus particulièrement ciblées que les pères par ces politiques. Directement liés à l'issue de la grossesse, donc à la santé de l'enfant à naître, ainsi qu'au développement global ultérieur de l'enfant, une grande importance est accordée à l'âge de la mère, à son niveau de scolarité, à son état de santé ainsi qu'à ses habitudes de vie (MSSS, 2004; 2008a; 2008b). De plus, l'allaitement maternel favorise un développement global optimal et constitue un facteur de protection de santé non-négligeable pour l'enfant, et ce, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge adulte (MSSS, 2008b). Les périodes pré, per et postnatale sont donc des moments où la mère est directement interpellée en tant que déterminant pour la santé de son enfant dans les priorités de mise en œuvre des politiques de santé. Dans la même lignée, les bienfaits qu'apporte spécifiquement l'engagement paternel dans le développement, l'adaptation et l'intégration des enfants ne sont plus à démontrer (Conseil de la famille et de l'enfance du Québec, 2008). Comment les politiques publiques du Québec dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance soutiennent-elles cet engagement chez les jeunes familles d'aujourd'hui ? Afin de proposer quelques pistes de réponse, ce document cherche d'abord à rappeler le rôle déterminant que joue l'engagement paternel dans la santé des enfants d'âge préscolaire avant d'examiner l'espace alloué au père dans le programme national de santé publique et la politique de périnatalité. Ceci permettra de discuter des impacts générés sur l'offre de services actuelle en matière de santé familiale ainsi que sur l'efficacité des actions à l'égard des enfants, des mères et des pères du Québec.

## L'ENGAGEMENT PATERNEL, UN DETERMINANT DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT DES ENFANTS

Au Québec, il est reconnu que la santé est déterminée tant par les caractéristiques individuelles de l'individu, que par les caractéristiques de ses milieux de vie, celles des différents systèmes et celles du contexte global au sein desquels il évolue (Figure 1). Chez l'enfant de moins de cinq ans, le milieu familial revêt une importance prépondérante puisque c'est l'environnement physique et humain où il passe la majeure partie de son temps.

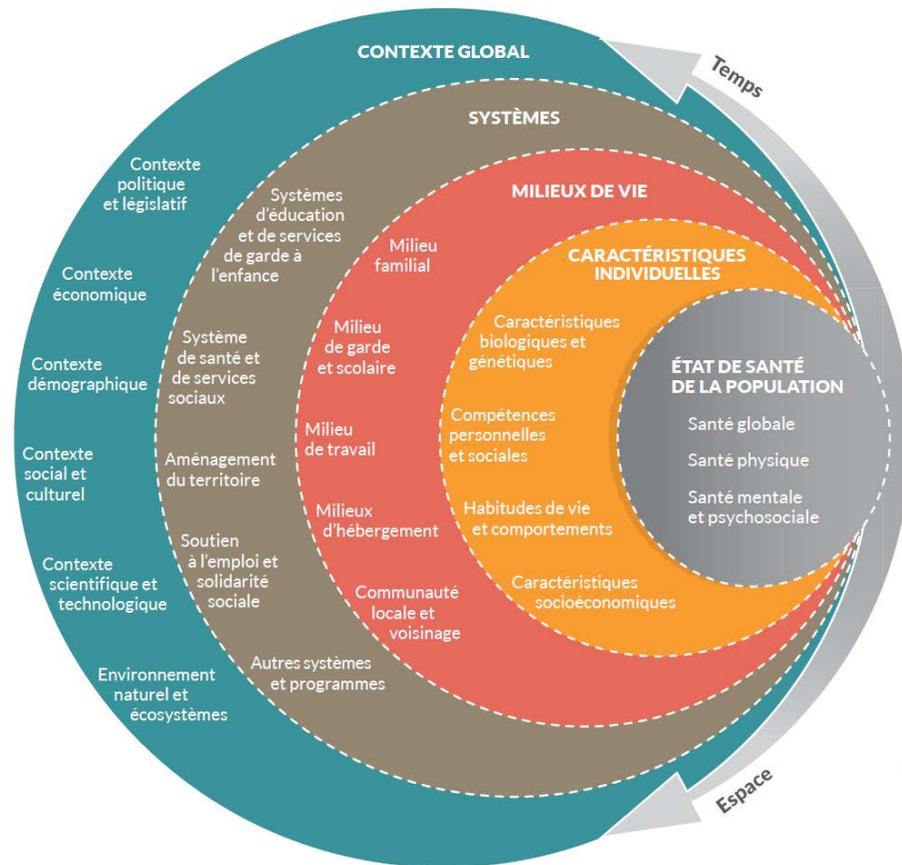


Figure 1. Carte de la santé et de ses déterminants, tirée de MSSS (2012).

Par son implication, le père, tout comme la mère, influence la santé physique et psychosociale de son enfant en lui permettant, ou non, de développer différentes compétences personnelles et sociales, de saines habitudes de vie et des comportements adéquats (MSSS, 2012). Plus spécifiquement, le père joue un rôle direct et indirect sur la qualité du développement physique, cognitif, langagier, affectif et social de l'enfant.

### *De la conception à la naissance de l'enfant*

Dès la période prénatale, moment où l'on associe régulièrement l'issue de grossesse aux habitudes de vie de la mère dans les écrits scientifiques, il est maintenant reconnu que la présence et l'implication du père contribuent à la diminution de la consommation de tabac ainsi qu'à une augmentation de l'utilisation des soins prénataux adéquats chez la femme enceinte (Alio, Mbah, Kornosky, Wathington, Marty et Salihu, 2011; Martin, McNamara, Milot, Halle et Hair, 2007). De cette façon, la présence du père dans la vie de la femme enceinte diminue les risques de complications obstétricales et de mortalité infantile (Alio et al., 2011). Plus spécifiquement, chez les enfants nés de mères adolescentes, l'implication du père en période prénatale réduit leurs chances de souffrir de retard de croissance intra-utérin, de naître avec un poids insuffisant ou de naître prématurément (Alio, Mbah, Grunsten et Salihu, 2011).

### *Durant la naissance*

Le soutien offert par le père à la mère au cours de la période du travail et de l'accouchement contribue à réduire chez cette dernière la perception d'anxiété, de stress et de douleur (D'Aliesio, Vellone, Amato et Alvaro, 2009), perceptions influençant le recours aux analgésiques et anesthésiques durant le travail (Alehagen, Wijma, Lundberg et Wijma, 2005 ; Haines, Rubertsson, Pallant et Hildingsson, 2012) dont l'utilisation est reconnue pour augmenter la durée du travail et de l'accouchement (Anim-Somuah, Smyth et Jones, 2011) ainsi que l'instrumentalisation de ce dernier (Nguyen, Rothman, Demissie, Jackson, Lang et Ecker, 2009). L'accompagnement par le père permet aussi à la mère en travail de se sentir moins agitée, irritable et inquiète en plus de percevoir une plus grande efficacité, confiance en elle et capacité à relaxer (D'Aliesio et al., 2009). La présence du père permet un plus grand sentiment de contrôle chez la femme en travail, comparativement au soutien offert par une autre femme (Sapkota, Kobayashi, Kakehashi, Baral et Yoshida, 2012).

### *Durant l'allaitement*

L'influence de l'implication paternelle sur le développement et la santé physique de l'enfant se remarque aussi en période postnatale. Les mères qui perçoivent que leur conjoint les soutient dans leur décision d'allaiter leur enfant sont plus sujettes à initier cette pratique (Scott, Shaker et Reid, 2004; Swanson et Power, 2005). Elles sont aussi plus nombreuses à poursuivre l'allaitement sur une longue période de temps si elles bénéficient quotidiennement du soutien du père (Rempel et Rempel, 2004; Wolfberg, Michels, Shields, O'Campo, Bronner et Bienstock, 2004).

### *De la naissance à la petite enfance*

Outre ce qui concerne la grossesse et l'allaitement, l'influence spécifique du père se remarque aussi tout au long de la période postnatale et de la petite enfance. Les pères

utilisent un langage souvent plus élaboré et diversifié que la mère et un type de conversation présentant plus de défis pour l'enfant (Rowe, Coker et Pan, 2004). Les pères réfèrent aussi plus souvent à un langage expliquant les désirs et les émotions, ce qui contribue à optimiser la compréhension sociocognitive de l'enfant (LaBounty, Wellman, Olson, Lagattuta et Liu, 2008). Indépendamment de l'impact maternel, le développement cognitif et langagier de l'enfant est ainsi maximisé par le père à l'âge de 24, 36 et 64 mois (Cabrera, Shannon et Tamis-LeMonda, 2007). De plus, l'engagement paternel réduit les probabilités que l'enfant souffre de retard cognitif à 9 mois, de façon encore plus importante chez les petits garçons et les enfants souffrant d'handicaps (Bronte-Tinkew, Carrano, Horowitz et Kinukawa, 2008).

Au niveau affectif, l'intensité de l'engagement paternel est un indicateur du niveau d'attachement que l'enfant démontrera envers son père à l'âge de 3 ans, l'attachement sécurisant étant positivement lié à la qualité et à la quantité d'engagement du père (Brown, Mangelsdorf et Neff, 2012). Il est connu que, de manière générale, l'attachement sécurisant de l'enfant à l'égard de ses parents est lié à une plus grande mémoire fonctionnelle ainsi qu'à une plus grande flexibilité cognitive à l'âge de 3 ans. L'impact du niveau d'attachement surpasse ainsi l'impact des habiletés verbales préalables, des facteurs socioéconomiques familiaux et des attitudes parentales (Bernier, Carlson, Deschênes et Matte-Gagné, 2012). De plus, un niveau élevé d'attachement sécurisant avec les deux parents contribue à la qualité des interactions amicales de l'enfant d'âge préscolaire (McElwain et Volling, 2004). Il semble alors évident que l'engagement paternel, par le lien d'attachement qu'il crée entre l'enfant et son père, contribue indirectement au développement cognitif et social de son enfant.

En plus de la relation d'attachement, le soutien que le père fournit à son enfant à travers son engagement permet une meilleure régulation émotionnelle à l'âge de 24 mois (Cabrera et al., 2007). Une fois rendus à l'âge scolaire, les enfants dont le père est impliqué sont donc moins à risque d'éprouver des problèmes de comportements, indépendamment de l'engagement maternel (Aldous et Mulligan, 2002), ce qui semble plus significatif chez les garçons (Gryczkowski, Jordan et Mercer, 2010). Finalement, chez les enfants dont la mère souffrait de dépression, l'engagement paternel au cours de la petite enfance aura pour conséquence de modérer l'apparition de comportements d'intériorisation chez les enfants âgés de quatre et cinq ans (Mezulis, Hyde et Clark, 2004).

#### *Influences indirectes de l'engagement paternel*

Non seulement l'engagement du père bénéficie directement à l'enfant par leurs interactions et leur relation, mais il y contribue aussi indirectement. En effet, les enfants dont la mère souffre de stress dans leur rôle parental sont plus à risque de problèmes de comportement (Bayer, Ukoumunne, Mathers, Wake, Abdi et Hiscock, 2012) et d'abus physiques (Taylor, Guterman, Lee et Rathouz, 2009). Il est intéressant de constater que l'engagement du père, et parfois du beau-père, dans les soins et l'éducation des enfants

contribue à réduire ce risque et ce, malgré les séparations conjugales (Coley et Schindler, 2008 ; Guterman, Lee, Lee, Waldfogel et Rathouz, 2009 ; Ryan, Tolani et Brooks-Gunn, 2009).

Cette revue des écrits permet de conclure que le père, de façon distincte et indépendante de la mère, contribue de façon significative à la santé globale de son enfant. De la période prénatale jusqu'à l'âge préscolaire, le père contribue directement et indirectement à son développement physique, cognitif, langagier, affectif et social. Les effets de cette contribution auront des répercussions à long terme sur différents aspects de l'adaptation et de l'intégration sociale des enfants, notamment sur leur réussite scolaire (McBride, Schoppe-Sullivan et Ho, 2005), leur bien-être psychologique (Allgood, Beckert et Peterson, 2012; Bulanda et Majumdar, 2009) et leurs comportements (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid et Bremberg, 2008). Il est démontré que le père, par son engagement au sein de sa famille, est tout aussi déterminant que la mère pour la santé de ses enfants. Mais comment ceci est-il reconnu dans la sphère politique québécoise ? Les deux prochaines sections se penchent sur la place accordée au père au sein du *Programme national de santé publique 2003-2012* et de la *Politique de périnatalité 2008-2018*.

## LA PLACE DES PERES DANS LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE 2003-2012

Depuis 2001, la loi sur la santé publique vise « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (Gouvernement du Québec, 2012, art.1), notamment en tentant d'influencer de façon positive les principaux déterminants de la santé (Gouvernement du Québec, 2012, art.3). L'analyse indifférenciée selon les sexes du programme national de santé publique actuel (MSSS, 2008a) met en évidence les diverses activités à déployer s'adressant justement aux parents ou futurs parents de jeunes enfants de sorte que le milieu familial soit plus propice au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale de ces derniers. Par contre, on constate que, tant dans les objectifs à atteindre que dans les stratégies d'action à privilégier, seules les mères et futures mères y sont interpellées directement (Tableau 1).

Tableau 1. Objectifs et pratiques cliniques préventives à promouvoir et soutenir à l'endroit des mères et futures mères

<b>Objectifs</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduire la proportion d'enfants qui naissent a) de façon prématurée à moins de 7,8%; b) avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8%; c) avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000; et d) avec le syndrome d'alcoolisation fœtale.</li><li>• Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.</li><li>• Réduire à zéro l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale.</li><li>• Maintenir à moins de 2 le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.</li><li>• Diminuer l'incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant à naître.</li></ul>
<b>Activités et stratégies d'action</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.</li><li>• Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.</li><li>• Counseling en matière d'allaitement maternel.</li><li>• Dépistage de la dépression chez les adultes, particulièrement les femmes enceintes et les femmes en postnatal, et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.</li></ul>

- Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.
- Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS auprès des femmes enceintes.
- Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants.

De leur côté, les pères y sont représentés à titre générique de « parent » ou de « famille », mais aucun objectif ou action ne leur est spécifiquement destiné à propos de leur rôle paternel (Tableau 2).

Tableau 2. Objectifs et pratiques cliniques préventives à promouvoir et soutenir à l'endroit des parents et futurs parents

<b>Objectifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.</li> <li>• Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.</li> </ul>
<b>Activités et stratégies d'action</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Counseling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.</li> <li>• Diffusion de l'information prénatale et postnatale (par exemple, le guide Mieux vivre avec notre enfant, de la naissance à deux ans) auprès de tous les futurs et nouveaux parents.</li> <li>• Recommandations aux familles défavorisées de bénéficier des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.</li> </ul>

Auparavant, les Priorités nationales de santé publiques 1997-2002 avaient prévu, comme résultat attendu, que les programmes des domaines de la périnatalité et de la petite enfance incluent systématiquement un volet sur la valorisation du rôle des pères et de leur engagement (MSSS, 1997). D'ailleurs, il était prévu que des interventions de valorisation du rôle et de l'engagement paternel soient conçues au niveau local, régional et national (MSSS, 1997). Lors du troisième bilan de ce programme, il a été noté que certaines actions structurantes avaient eu lieu dans une majorité de régions du Québec (MSSS, 2001). Force était alors de constater que la valorisation de la paternité et de l'engagement paternel demeurait plus une préoccupation qu'une véritable cible d'intervention intégrée dans les pratiques professionnelles à l'échelle nationale puisque les activités mises sur pied avaient une dimension plutôt locale, ponctuelle et isolée. Il est donc étonnant de constater que le ministère de la santé et des services sociaux ait alors choisi de ne plus recueillir de données concernant cet objectif lors des quatrième et cinquième bilans et qu'il ait complètement retiré cette cible d'action lors de l'élaboration du programme national suivant.

## LA PLACE DU PERE DANS LA POLITIQUE DE PERINATALITE 2008-2018

Ayant, entre autres, pour but de soutenir les mères et les pères dans leur expérience périnatale, leur adaptation à leur nouveau rôle et, plus particulièrement, dans le développement de leurs habiletés parentales, la politique de périnatalité propose que le ministère de la santé et des services sociaux du Québec adapte ses services aux besoins d'aujourd'hui afin d'en assurer l'accès, la diversité, la qualité et la continuité (MSSS, 2008b). Cet écrit reconnaît que :

Certaines périodes se révèlent plus critiques pour le « décrochage paternel », soit l'arrivée de l'enfant ou la séparation du couple. L'âge de l'enfant au moment de la rupture et la force du lien d'attachement établi à la naissance, sont déterminants dans le maintien ou la fragilisation de la relation père-enfant après la séparation. Les intervenantes et les intervenants doivent faire montre de plus d'ouverture à l'égard des pères, afin qu'ils se sentent interpellés tout autant que les mères par les services en périnatalité. L'implication du père au cours de toute la période périnatale doit être non seulement souhaitée, mais reconnue, favorisée et soutenue activement. (MSSS, 2008b, p.12)

À ce titre, seules deux orientations proposées en lien avec l'organisation des services s'intéressent à répondre aux besoins spécifiques des pères. La nécessité du soutien à l'engagement paternel énoncée dans les convictions de ce document n'apparaît que vaguement. On y propose de :

Mettre en place ou consolider un programme de suivi systématique offrant à toutes les femmes, après le congé postnatal, les services suivants : un appel téléphonique dans les 24 heures suivant le congé du lieu de naissance et une visite systématique dans les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance. On doit s'efforcer de faire ces visites en présence du père, en s'assurant toutefois de respecter les délais mentionnés. (MSSS, 2008b, p.60)

Bien que l'on souhaite ici la présence du père lors de cette unique visite postnatale, rien n'enjoint les infirmières à s'intéresser à son vécu, à ses besoins et encore moins à lui offrir un soutien spécifique. D'une façon plus générale, l'autre orientation concernant les pères propose de :

Adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant. (MSSS, 2008b, p.63)

Pourtant, différentes études nous démontrent encore aujourd’hui la difficulté des intervenants des milieux institutionnels et communautaires à offrir des services véritablement inclusifs des pères, difficulté principalement due au manque de connaissances en lien avec les besoins et l’approche spécifiques aux pères (deMontigny et Lacharité, 2012; Dubeau, Villeneuve et Thibault, 2011; Ferland, Chabot, Lambert, Lacharité et Villeneuve, 2012; St-Arneault, 2013). Remettre ainsi entre les mains des intervenants et gestionnaires la tâche d’adapter les pratiques, interventions et services du réseau de la santé et des services sociaux sans leur donner de moyens ni d’objectifs concrets à atteindre rend le transfert de cette orientation dans la pratique clinique relativement improbable.

## LES IMPACTS DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR L'OFFRE DE SERVICES INCLUSIFS DES PERES

Rappelons tout d'abord que le système de santé québécois est organisé autour de neuf programmes-services qui chapeautent un ensemble d'activités et de services sociaux et de santé visant à répondre aux besoins de la population ou d'un groupe de personnes en particulier. Le *Programme national de santé publique 2003-2012*, par son accent mis sur la prévention, forme donc la trame de fond du programme-service *Santé publique*, mais est aussi à la base de tous les autres programmes-services (MSSS, 2008a). Le contenu du programme national de santé publique s'avère alors d'une importance cruciale pour le développement, l'implantation et le maintien de services et d'activités au sein du réseau de la santé et des services sociaux, tout comme l'est la politique de périnatalité concernant les services de la période pré, per et postnatale.

Il semble urgent de se questionner sur l'impact qu'ont ces politiques sur les différents services sociaux et de santé. La quasi-totalité de ces documents réfère à la mère comme principal déterminant de la santé des jeunes enfants et oriente ainsi les priorités d'action en fonction de la santé, des besoins et des services à offrir à la dyade mère-enfant. Le père y est plutôt décrit comme un partenaire, un parent secondaire ou un membre de la famille, mais peu en tant qu'individu ayant à s'adapter à une transition : bien qu'on en fasse le souhait, aucune réponse institutionnelle n'a été définie en regard de ses besoins de soutien, d'accompagnement ou de renforcement de ses compétences. Pourtant, outre l'aspect physiologique de la grossesse et de l'allaitement, les pères sont tout aussi à risque que les mères de développer différentes problématiques ayant un impact sur leur relation avec leurs enfant, donc sur le développement, l'adaptation et l'intégration sociale de ces derniers de même que sur sa santé.

### **Recommandations**

- Intégrer les réalités paternelles dans le prochain *Programme national de santé publique*, c'est-à-dire s'intéresser aux facteurs facilitants ou faisant obstacle à l'engagement paternel et proposer divers objectifs permettant de soutenir collectivement cet engagement. Ces objectifs doivent nécessairement s'accompagner de stratégies d'action visant leur atteinte.
- Les stratégies d'action à l'intention des parents énoncées dans le prochain *Programme national de santé publique* devront aussi être adaptées aux réalités des hommes et des pères afin que les mères n'y soient plus considérées comme le parent principal. À titre d'exemple, le programme des SIPPE devrait intégrer les interventions réalisées auprès des pères dans leur reddition de compte et ce, même dans le cas de familles séparées.

- Mettre en place des priorités d'action concrètes favorisant la mise en œuvre de l'orientation de la *Politique de périnatalité* qui souhaite soutenir l'engagement des pères. Une de ces priorités d'action doit répondre aux besoins de formation et d'accompagnement de pratiques inclusives des pères exprimés par les intervenants de première ligne qui côtoient régulièrement des jeunes familles dans leur pratique. A titre d'exemple, la formation peut soutenir l'action intersectorielle en créant des espaces de réflexions interdisciplinaires et intersectoriels où l'attention est portée aux pratiques exemplaires à l'égard des pères et leur famille.
- Afin de permettre une égalité entre les pères et les mères dans l'offre de services découlant de ces deux politiques de santé, il s'avère urgent de commencer à cumuler les données concernant les pères au même titre que celles des mères. En effet, les données sociodémographiques et de santé sont les indicateurs de base des situations d'inégalité et sans elles, aucune analyse ni solution adaptée n'est possible (Massé, Laberge et Massé, 2002). À ce titre, il serait ingénieux de débiter par l'ajout de quelques informations concernant le père dans la fiche de périnatalité des CLSC pour minimalement reconnaître leur existence et leurs conditions de vie.

## CONCLUSION

Les nouveaux pères veulent s'impliquer auprès de leurs enfants. Une vaste majorité d'entre eux (76%) a recours au congé de paternité offert par le gouvernement du Québec notamment pour soutenir leur conjointe, mais aussi pour passer plus de temps avec leur enfant et en prendre soin (Léger Marketing, 2011). La réalité québécoise fait en sorte que ce ne sont pas tous les pères qui prolongent leur congé de paternité par un congé parental, l'utilisation du congé parental par les mères étant le principal facteur qui détermine l'utilisation de ce congé par les pères. Ces derniers sont peut-être moins présents que les mères dans les services de périnatalité dû aux contraintes de leur emploi, mais il n'en demeure pas moins qu'ils s'engagent auprès de leurs enfants, que certains auront besoin de soutien pour mieux y parvenir et qu'en bout de ligne ce sont leurs enfants, leur famille et toute la société qui en bénéficiera si on s'attarde à mieux les accompagner dans leur rôle parental.

## RÉFÉRENCES

- Aldous, J., & Mulligan, G.M. (2002). Fathers' child care and children's behavior problems, a longitudinal study. *Journal of Family Issues*, 23(5), 624-647.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 26(3), 153-165.
- Alio, A.P., Mbah, A.K., Grunsten, R.A., & Salihu H.M. (2011). Teenage pregnancy and the influence of paternal involvement on fetal outcomes. *Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology*, 24, 404-409.
- Alio, A.P., Mbah, A.K., Kornosky, J.L., Wathington, D., Marty, P.J., & Salihu H.M. (2011). Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. *Journal of Community Health*, 36, 63-68.
- Allgood, S.M., Beckert, T.E., & Peterson, C. (2012). The role of father involvement in the perceived psychological well-being of young adult daughters: a retrospective study. *North American Journal of Psychology*, 14(1), 95-110.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., Jones, C.J. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Article CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- Bayer, J.K., Ukoumunne, O.C., Mathers, M., Wake, M., Abdi, N., & Hiscock, H. (2012). Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(7), 659-668.
- Bernier, A., Carlson, S.M., Deschênes, M., & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning : a closer look at the caregiving environment. *Developmental Science*, 15(1), 12-24.
- Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Horowitz, A., & Kinukawa, A. (2008). Involvement among resident fathers and links to infant cognitive outcomes. *Journal of Family Issues*, 29(9), 1211-1244.
- Brown, G.L., Mangelsdorf, S.C., & Neff, C. (2012). Father involvement, paternal sensitivity, and father-child attachment security in the first 3 years. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 421-430.

- Bulanda, D.E., & Majumdar, D. (2009). Perceived parent–child relations and adolescent self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 203–212.
- Cabrera, N.J., Shannon J.D., & Tamis-LeMonda, C. (2007). Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development : from toddlers to pre-k. *Applied Development Science*, 11(4), 208-213.
- Coley, R.L., & Schindler, H.S. (2008). Biological father's contributions to maternal and family functioning. *Parenting : science and practice*, 8, 294-318.
- Conseil de la famille et de l'enfance du Québec (2008). L'engagement des pères : Le Rapport 2007-2008 sur la situation et les besoins des familles et des enfants. Repéré à [http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe\\_rapp\\_engagement-peres\\_web5.pdf](http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe_rapp_engagement-peres_web5.pdf)
- D'Aliesio, L., Vellone, E., Amato, E., & Alvaro, R. (2009). The positive effects of father's attendance to labour and delivery: a quasi experimental study. *International Nursing Perspectives*, 9(1), 5-10.
- deMontigny, F., & Lacharité, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. *Enfances, familles, générations*, 16, 53-73.
- Dubeau, D., Villeneuve, R., & Thibault, S. (2011). *Être présent sur la route des pères engagés. Recension québécoise 2009-2010 des modalités de soutien pour les pères*. Montréal, Qc : Regroupement pour la Valorisation de la Paternité.
- Ferland, L., Chabot, L., Lambert, J.-P., Lacharité, C., & Villeneuve, R. (2012). *Les pères, la paternité et la coparentalité dans les organismes communautaires famille (OCF) au Québec : Évaluation de l'implantation du projet OCF-Paternité en 2011-2012*. Montréal : Regroupement pour la Valorisation de la Paternité. Repéré à : <http://ocf.rvpaternite.org>
- Gouvernement du Québec (2012). *Loi sur les services de santé et des services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> septembre*. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS\\_4\\_2%2FS4\\_2.htm](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_2%2FS4_2.htm)
- Gryczkowski, M.R., Jordan, S.S., & Mercer, S.H. (2010). Differential relations between mothers' and fathers' parenting practices and child externalizing behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 539–546.
- Guterman, N.B., Lee, Y., Lee, S.J., Waldfogel, J., & Rathouz, P.J. (2009). Fathers and maternal risk for physical child abuse. *Child Maltreatment*, 14(3), 277-190.

- Haines, H.M., Rubertsson, C., Pallant, J.F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and childbirth*, 12(55). Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/55>
- LaBounty, J., Wellman, H.M., Olson, S., Lagattuta, K., & Liu, D. (2008). Mothers' and fathers' use of internal state talk with their young children. *Social Development*, 17(4), 757-775.
- Léger Marketing (2011). *Sondage auprès des pères ayant eu recours au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP)*. Rapport de recherche adressé au Conseil de gestion de l'assurance parentale du Québec. Repéré à [http://www.cgap.gouv.qc.ca/publications/pdf/Rapport\\_RQAP\\_peres.pdf](http://www.cgap.gouv.qc.ca/publications/pdf/Rapport_RQAP_peres.pdf)
- Martin, L.T., McNamara, M.J., Milot, A.S., Halle, T., & Hair E.C. (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 595-602.
- Massé, H., Laberge, M., & Massé, F. (2002). L'analyse différenciée selon les sexes au gouvernement du Québec : vers une mobilisation interne et des alliances stratégiques pour l'égalité. *Lien social et Politiques*, 47, 43-54.
- McBride, B.A., Schoppe-Sullivan, S.J., & Ho, M.-H. (2005). The mediating role of fathers' school involvement on student achievement. *Applied Developmental Psychology*, 26, 201-216.
- McElwain, N.L., & Volling, B.L. (2004). Attachment security and parental sensitivity during infancy: Associations with friendship quality and false-belief understanding at age 4. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(5), 639-667.
- Mezulis, A.H., Hyde, J.S., & Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effects of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 575-588.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96\\_203.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus, 3<sup>e</sup> bilan*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-260-03.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008b). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2012). *La santé et ses déterminants, Mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>
- Nguyen, U.S., Rothman, K.J., Demissie, S., Jackson, D.J., Lang, J.M., & Ecker, J.L. (2010). Epidural analgesia and risk of cesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 705-12.
- Organisation mondiale de la santé (2004). *Les déterminants sociaux de la santé: les faits* (2e éd.). Document repéré à [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98439/E82519.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf)
- Rayan, R.M., Tolani, N., & Brooks-Gunn, J. (2009). Relationship trajectories, parenting stress, and unwed mothers' transition to a new baby. *Parenting : science and practice*, 9, 160-177.
- Rempel, L.A., & Rempel, J.K. (2004). Partner influence on health behaviour decision-making : increasing breastfeeding duration. *Journal of Social and Personal Relationship*, 21(1), 92-111.
- Rowe, M.L., Coker, D., & Pan, B.A. (2004). A comparison of fathers' and mothers' talk to toddlers in low-income families. *Social Development*, 13(2), 278-291.
- Sapkota, S., Kobayashi, T., Kakehashi, M., Baral, G., & Yoshida, I. (2012). In the Nepalese context, can a husband's attendance during childbirth help his wife feel more in

control of labour ? *BMC Pregnancy and childbirth*, 12(49). Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/49>

- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systemic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97, 153-158.
- Scott, J., Shaker, M., & Reid R. (2004). Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth*, 31(2), 125–131.
- St-Arneault, K. (2013). *Perceptions des intervenants de leurs pratiques professionnelles à l'égard des pères dans le cadre des services intégrés en périnatalité et de la petite enfance* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC.
- Swanson, V., & Power, K. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272–282.
- Taylor, C.A., Guterman, N.B., Lee, S.J., & Rathouz, P.J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*, 99(1), 175-183.
- Wolfberg, A., Michels, K., Shields, W., O'Campo, P., Bronner, Y., & Bienstock, J. (2004). Dads as breastfeeding advocates; results from a randomised controlled trial of an education intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 708–712.