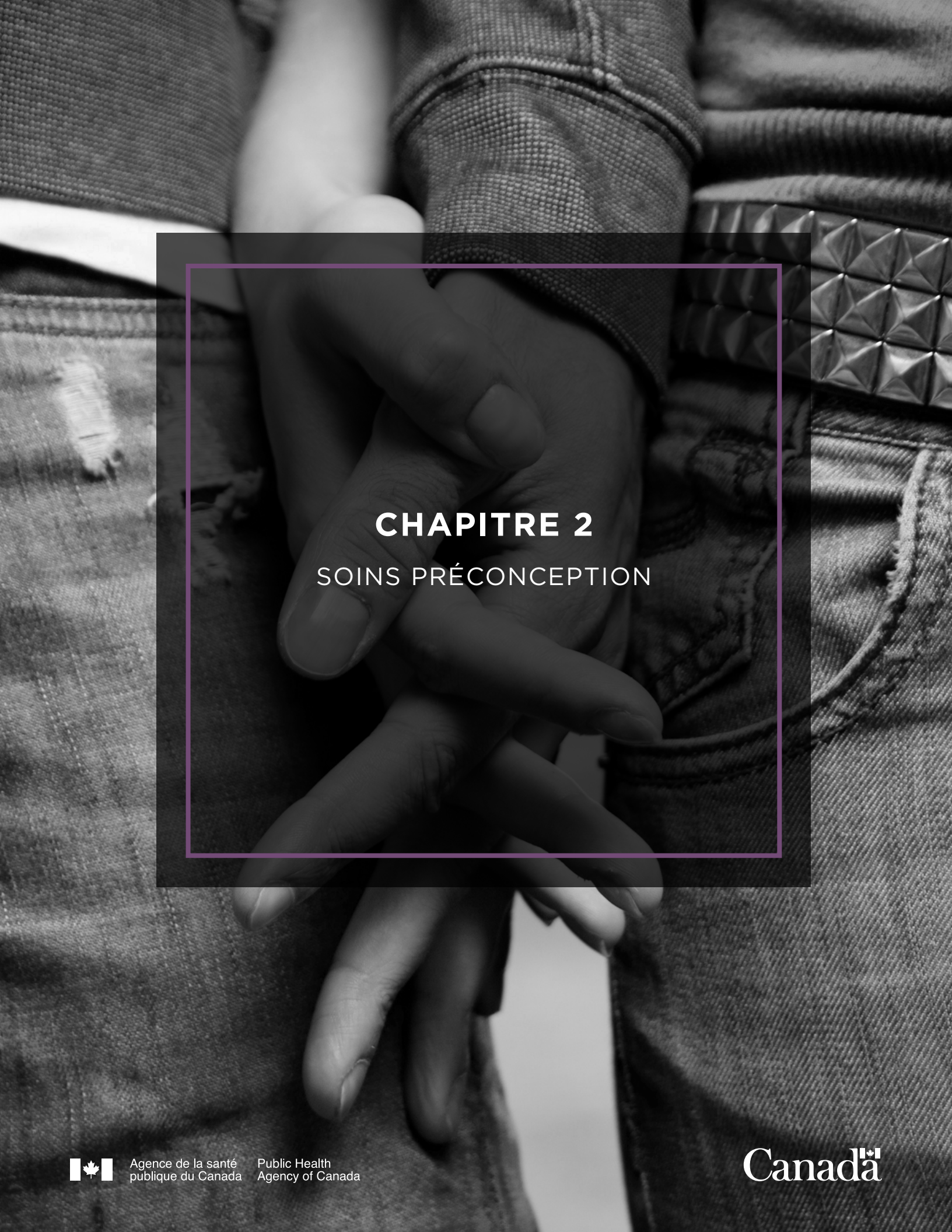


CHAPITRE 2

SOINS PRÉCONCEPTION

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Chapter 2 : Preconception Care

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2017

Date de publication : novembre 2017

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP15-30/2-2017F-PDF
ISBN : 978-0-660-09071-9
Pub. : 170169

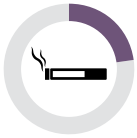
CHAPITRE 2

SOINS PRÉCONCEPTION

SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

La santé des parents avant la conception jette les bases de la santé à la naissance de leur enfant, mais aussi pour le reste de sa vie. Les soins avant la conception ont un double objectif : **améliorer l'état de santé de la femme et de l'homme avant la conception**; et **réduire les comportements et les facteurs individuels et environnementaux** qui peuvent nuire à la santé de la mère et de l'enfant.

On estime que **50 %** des grossesses ne sont **pas planifiées**.



23 % des femmes âgées de 20 à 34 ans **fument**.

73 % des femmes consomment de **l'alcool**.

8 % des femmes ont un **faible** taux **sérique de ferritine**.

16 % des femmes âgées de 20 à 29 ans **fument de la marijuana**.

58 % des femmes prennent un supplément **d'acide folique** avant la grossesse.

Le **taux d'obésité** a plus que **DOUBLÉ** depuis les 10 dernières années; **16 %** des femmes âgées de 25 à 34 ans sont **obèses** et **22 %** sont en **surpoids**.

RECOMMANDATIONS

- **150 minutes par semaine** d'**activité physique** d'intensité modérée à élevée pour **les adultes âgés de 64 ans et moins**.
- Ne pas boire plus de **2 consommations d'alcool par jour**, sans dépasser un total de 10 consommations par semaine pour les femmes non enceintes afin de réduire les risques à long terme sur la santé.
- Toutes les **femmes** qui *pourraient* tomber enceintes devraient prendre une **multivitamine** contenant 400 Qg (0,4 mg) d'**acide folique** tous les jours.

ACIDE FOLIQUE

L'acide folique **réduit les risques d'anomalies du tube neural**, telles que l'anencéphalie et le spina-bifida. Les données indiquent qu'il existe un lien entre la supplémentation en acide folique et un taux plus faible de survenue d'autres déficiences congénitales, dont la fente palatine, des anomalies cardiovasculaires et du système urinaire, et certains cancers de l'enfance.

POIDS SANTÉ

Un indice de masse corporelle (IMC) élevé ou faible peut **nuire à la grossesse**. La préconception est idéale pour tendre vers un poids santé.

IMMUNISATION

L'immunisation avant la conception peut **prévenir les issues défavorables de la grossesse** et la transmission d'infections au fœtus, en plus d'assurer la protection de l'enfant durant la petite enfance.

NUTRITION

Une alimentation saine est un **élément clé de l'état de santé général**, et la préconception est un moment idéal pour les femmes d'améliorer leurs habitudes alimentaires. Les besoins nutritionnels changent durant la grossesse, et de bonnes habitudes alimentaires préétablies permettent d'améliorer la santé de la mère et du fœtus.

SANTÉ MENTALE

La dépression et l'anxiété chez la mère nuisent à **plusieurs égards** : risques de naissance prématurée; poids à la naissance; initiation de l'allaitement; développement cognitif et affectif des nourrissons et des jeunes enfants.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'exercice physique **rehausse l'état de santé général** : il réduit les risques de survenue d'affections chroniques, aide au maintien d'un poids santé et stimule la santé mentale et le bien-être.

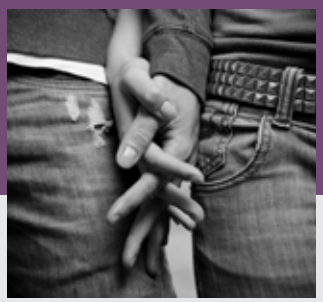
TABAGISME

L'abandon du tabagisme pendant la préconception peut **prévenir** la plupart des **effets néfastes sur les grossesses futures**, en plus de procurer des bienfaits pour la santé de la femme.

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

L'environnement d'une personne comprend sa maison, sa communauté, son lieu de travail et tout autre endroit où elle est **susceptible d'être exposée à des dangers chimiques ou physiques**. Les effets sur la santé de l'exposition à des toxines durant la préconception sont complexes et difficiles à vérifier.

Pour les références, voir le **chapitre 2 : Soins avant la conception**, dans : Agence de la santé publique du Canada : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa (Ontario) : ASPC; 2017.



OPTIMISER LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

RENSEIGNEMENTS POUR LES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

- Encourager les femmes qui envisagent une grossesse à prévoir une consultation pour discuter de la santé avant la grossesse et de l'optimisation des résultats pour la mère et le fœtus.
- Profiter des consultations épisodiques pour déterminer les risques pour la santé, offrir des interventions connexes et encourager les comportements positifs en matière de santé avant la conception.
- Encourager tant les hommes que les femmes en âge de procréer à élaborer un plan de procréation, qu'ils aient l'intention d'avoir des enfants ou non.
- Recommander la prise quotidienne d'un complexe multivitaminé contenant 400µg (0,4 mg) d'acide folique pour toutes les femmes qui *pourraient* devenir enceintes, et discuter des facteurs de risque qui peuvent justifier une dose plus élevée.
- S'assurer que les calendriers de vaccination sont à jour, en consultant les antécédents vaccinaux ou en effectuant une analyse sérologique pour les vaccins recommandés systématiquement chez les adultes et pour ceux qui nécessitent un dépistage particulier en cas de grossesse.
- Vérifier tous les médicaments en ce qui a trait à leur tératogénicité potentielle et conseiller les femmes quant à leurs répercussions possibles sur une grossesse, qu'elles planifient de concevoir ou non.
- Discuter des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et encourager l'abstinence avant et pendant la grossesse.
- Promouvoir l'abandon du tabac. La période précédant la grossesse est le moment idéal pour arrêter de fumer afin de prévenir les résultats périnataux néfastes associés au tabagisme maternel.
- Encourager le progrès vers un poids santé chez les femmes qui ont un poids insuffisant, un surpoids ou qui sont obèses. Les conséquences indésirables périnatales ou maternelles peuvent être réduites grâce à une perte ou à un gain de poids approprié avant la conception.
- Déceler les facteurs de risque élevés d'infections transmises sexuellement (ITS). La détection d'une infection avant la conception permet un traitement en temps opportun et la prévention d'une transmission au cours de la grossesse ou l'accouchement.
- Atténuer le plus possible les problèmes de santé chroniques avant la conception pour réduire les conséquences indésirables périnatales ou maternelles.
- Encourager un intervalle de 18 à 24 mois entre des grossesses menées à terme. Des intervalles plus courts comme plus longs sont associés à un risque accru de conséquences indésirables chez la mère ou chez le nouveau-né.

Pour les références, voir le **chapitre 2 : Soins avant la conception**, dans : Agence de la santé publique du Canada : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa (Ontario) : ASPC; 2017.

REMERCIEMENTS

AUTEURE PRINCIPALE

Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Professeure
Université McMaster
Département de médecine familiale
Hamilton (Ontario)

AUTEURES COLLABORATRICES

Lucy Barney, Titqet Nation, inf. aut., M.Nurs.
Chef autochtone
Perinatal Services BC
Provincial Health Services Authority
Vancouver (Colombie-Britannique)

Giuseppina Di Meglio, M.D., M.S.P., FSAHM
Professeure agrégée en pédiatrie
Division de médecine de l'adolescence
et de gynécologie
Hôpital de Montréal pour enfants
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)

Shanna Fenton, B.Sc., M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille en milieu communautaire
City Centre Family Physicians
Saskatoon (Saskatchewan)

Anita J. Gagnon, inf. aut., M.S.P., Ph.D.
Doyenne associée et directrice
École des sciences infirmières Ingram
Université McGill
Scientifique principale
Institut de recherche en santé
Université McGill
Montréal (Québec)

Shital Gandhi, M.D., M.S.P., FRCPC
Médecine interne générale et
médecine obstétricale
Professeure agrégée
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Lynn M. Menard, inf. aut., B.Sc.inf., M.A.
Chef d'équipe
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Kate Robson, M.Ed.
Coordonnatrice UNSI auprès des parents
Centre Sunnybrook des sciences de la santé (HSC)
Directrice administrative
Fondation pour bébés prématurés canadiens
Représentante
Réseau consultatif canadien sur la famille
Toronto (Ontario)

EXAMINATEURS

Eran Barzilay, M.D., Ph.D.
Boursier en clinique
Division de pharmacologie et de
toxicologie cliniques
Hospital for Sick Children
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Louise Hanvey, inf. aut., B.Sc.inf., M.G.S.S.
Analyste principale des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Andy Inkster, M.A.
Promoteur de la santé
LGBTQ Parenting Network
Centre de santé de Sherbourne
Toronto (Ontario)

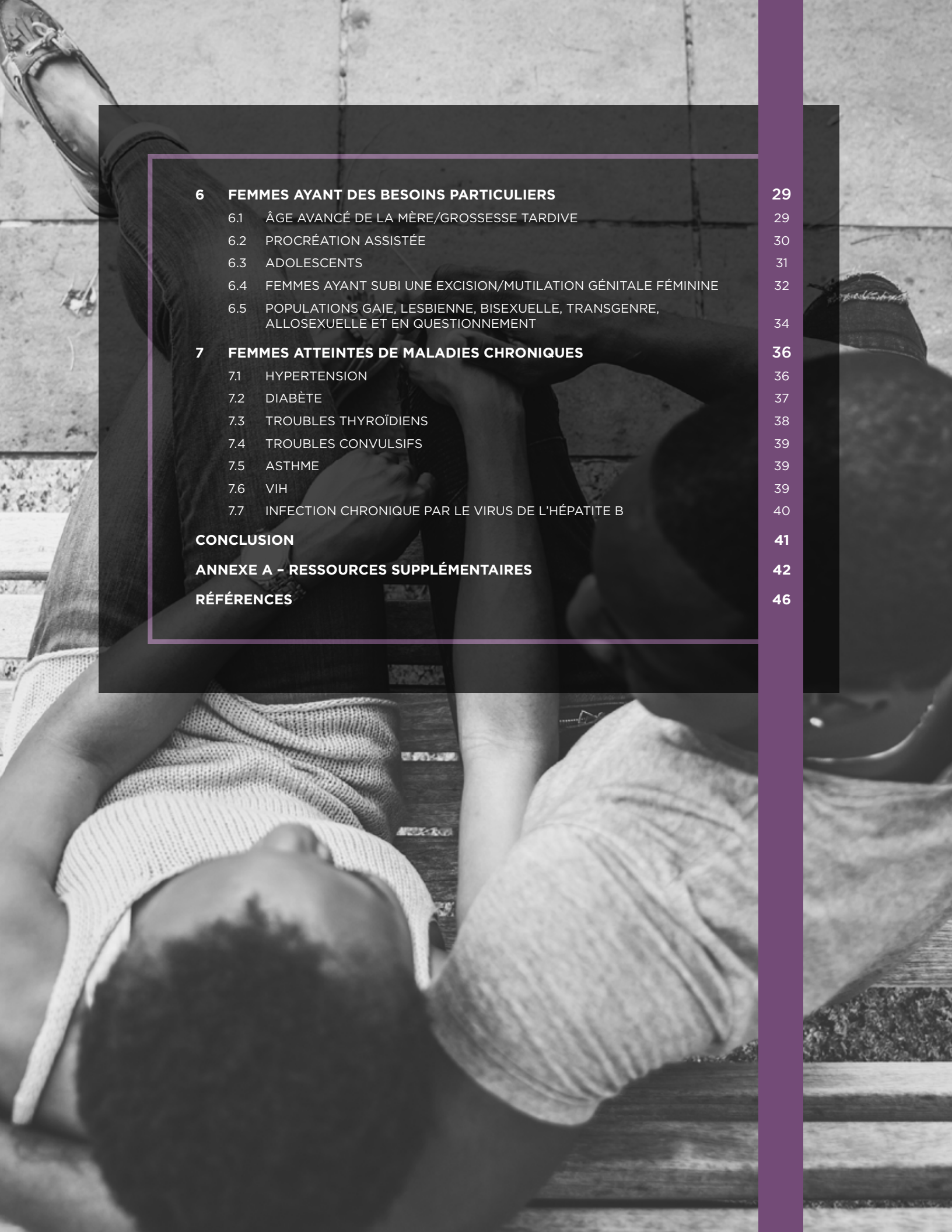
Adèle Lemay
Consultante de programme
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Gali Pariente, M.D.
Boursière en clinique
Division de pharmacologie et de
toxicologie cliniques
Hospital for Sick Children
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Donna E. Stewart, CM, M.D., FRCPC
Professeure d'université et première présidente
en santé des femmes
Faculté de médecine
Réseau universitaire de santé
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

TABLE DES MATIÈRES

1	**SOINS PRÉCONCEPTION DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE**		**1**
2	**DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**		**2**
3	**PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA GROSSESSE**		**3**
	3.1	PLAN DE PROCRÉATION	4
	3.2	LANGUE ET PRISE DE DÉCISION	5
	3.3	FEMMES AUTOCHTONES ET PRISE DE DÉCISION	6
	4.1	MILIEU SCOLAIRE ET MILIEU FAMILIAL	7
	4.2	MILIEU DE TRAVAIL	7
4	**LA PLACE DES SOINS PRÉCONCEPTION**		**7**
	4.3	MILIEUX COMMUNAUTAIRES	8
	4.4	MÉDIAS	8
	4.5	MILIEUX DE SOINS PRIMAIRES	9
5	**PRÉPARATION EN VUE D'UNE GROSSESSE EN SANTÉ**		**9**
	5.1	ANTÉCÉDENTS DE PROCRÉATION	10
	5.2	ANTÉCÉDENTS GÉNÉTIQUES ET FAMILIAUX	11
	5.3	RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET TOXINES	12
	5.4	NUTRITION	14
	5.5	POIDS CORPOREL SANTÉ	17
	5.6	ACTIVITÉ PHYSIQUE	18
	5.7	CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	18
	5.8	MÉDICAMENTS	22
	5.9	SANTÉ BUCCODENTAIRE	23
	5.10	VACCINS ET MALADIES INFECTIEUSES	24
	5.11	MALADIES INFECTIEUSES NON ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	25
	5.12	VIOLENCE CONJUGALE	26
	5.13	SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE	27
	5.14	EXAMEN MÉDICAL	28



6 FEMMES AYANT DES BESOINS PARTICULIERS **29**

6.1 ÂGE AVANCÉ DE LA MÈRE/GROSSESSE TARDIVE 29

6.2 PROCRÉATION ASSISTÉE 30

6.3 ADOLESCENTS 31

6.4 FEMMES AYANT SUBI UNE EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE 32

6.5 POPULATIONS GAIE, LESBIENNE, BISEXUELLE, TRANSGENRE, ALLOSEXUELLE ET EN QUESTIONNEMENT 34

7 FEMMES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES **36**

7.1 HYPERTENSION 36

7.2 DIABÈTE 37

7.3 TROUBLES THYROÏDIENS 38

7.4 TROUBLES CONVULSIFS 39

7.5 ASTHME 39

7.6 VIH 39

7.7 INFECTION CHRONIQUE PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE B 40

CONCLUSION **41**

ANNEXE A – RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES **42**

RÉFÉRENCES **46**

La santé des parents avant la conception est le fondement de la santé de l'enfant tout au long de sa vie; en fin de compte, des parents en santé favorisent une société en santé. Les objectifs de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en matière de soins avant même la grossesse sont d'améliorer l'état de santé des femmes et des couples dès ce moment-là et de réduire les comportements et les facteurs individuels et environnementaux qui pourraient contribuer à de mauvais résultats en matière de santé chez la mère et l'enfant[1].

Les soins préconception englobent toute intervention qui permet de déterminer ou de modifier les risques environnementaux ou les comportements psychosociaux ou médicaux à risque pour la santé reproductive des hommes et des femmes et pour les futures grossesses. Les soins préconception sont fondés sur les principes de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (comme ils sont définis dans le chapitre 1 des présentes lignes directrices), et ils visent tous les hommes et toutes les femmes en âge de procréer. Ces soins font partie d'un même continuum qui encourage un engagement global à l'égard de la santé au cours des années de fécondité, y compris la période d'interconception.

La grossesse et la naissance d'un enfant sont des événements qui transforment la famille, peu importe la définition de la famille. À ce titre, les soins préconception englobent également la préparation en vue de la grossesse ainsi que la possibilité d'offrir aux femmes et à leur conjoint les connaissances et les compétences nécessaires pour qu'ils soient en mesure de prodiguer des soins efficaces à eux-mêmes, à leur famille et aux nouveaux membres de leur famille.

1 SOINS PRÉCONCEPTION DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

Lorsqu'ils sont fondés sur les principes de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, les soins préconception[2,3] :

- visent l'adoption d'attitudes et de pratiques qui valorisent les femmes enceintes, les enfants et les familles;
- encouragent tant les femmes que les hommes à se préparer activement en vue de la grossesse;
- portent principalement sur les nombreux environnements ayant une influence sur la famille, notamment les environnements social, psychologique, spirituel et physique;
- respectent la diversité des modes de vie et des expériences des gens;

> RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES SUR LES SOINS PRÉCONCEPTION : VOIR ANNEXE A

- comportent la prise de décisions éclairées, ce qui permet aux femmes et à leur conjoint de comprendre les problèmes de santé qui pourraient avoir une incidence sur la conception et la grossesse;
- permettent aux femmes et aux hommes d'être en aussi bonne santé que possible et d'être en mesure de reconnaître les difficultés réelles et potentielles.

2 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Pour réussir à promouvoir la grossesse en santé, il ne suffit pas d'encourager les femmes et leur conjoint (ou leur famille) à adopter des comportements qui favorisent la santé et de les informer au sujet des interventions disponibles. De nombreuses femmes et leur famille continuent de faire face à de multiples obstacles qui les empêchent d'obtenir des résultats optimaux en matière de santé et de grossesse, obstacles qui sont liés aux déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, l'insécurité alimentaire, des quartiers peu sécuritaires, le manque d'accès à l'éducation et un soutien social inadéquat[4]. Les professionnels de la santé (PS) ont la responsabilité de déterminer les facteurs qui peuvent être modifiés et d'encourager des politiques publiques favorisant la santé ainsi qu'un filet de sécurité sociale efficace.

Selon les données de Statistique Canada, environ 9 % de la population canadienne vivait dans des ménages disposant d'un faible revenu en 2011. Environ le quart des familles monoparentales composées de parents seuls de sexe féminin vivent dans la pauvreté et souffrent de l'insécurité alimentaire qui en découle (23 et 25 %, respectivement)[4,5]. La pauvreté est l'un des déterminants de la santé les plus puissants, et elle a une influence négative importante sur les résultats de santé des mères et des nouveau-nés[4]. Les femmes vivant dans la pauvreté présentent des taux accrus de tabagisme, de consommation de drogues à usage récréatif et d'obésité, ainsi que de mauvaise alimentation et d'insécurité alimentaire. Elles sont également davantage exposées aux risques environnementaux et à la violence[6]. Les femmes vivant dans la pauvreté sont moins susceptibles d'entreprendre des soins prénataux et sont exposées à un risque plus élevé de mauvais résultats liés à la grossesse, y compris la naissance prématurée et le retard de croissance intra-utérine[7]. Les femmes autochtones, en particulier, présentent des taux moyens plus élevés de pauvreté et d'insécurité alimentaire et des taux plus faibles d'achèvement d'un programme d'études secondaires et d'emploi. Elles sont plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés. Chacun de ces facteurs a une incidence négative sur les résultats de la grossesse[4].

Les PS peuvent jouer un rôle essentiel pour ce qui est de déceler les personnes dont les revenus sont inadéquats et de les aider à obtenir les ressources à leur disposition. En outre, ils peuvent mettre les femmes et les familles en contact avec des réseaux communautaires qui offrent non seulement une aide financière, mais aussi du soutien social.

La migration internationale est un autre point clé à prendre en considération. D'ici 2020, selon les prévisions, la proportion de personnes nées à l'étranger dans la population canadienne totale augmentera pour atteindre les 25 %[8]. Cette population risque fort de moins bien connaître le système de soins de santé, de disposer de réseaux sociaux restreints, de présenter un état de santé précaire et d'avoir une admissibilité ou un accès limité aux services. Aussi est-il essentiel de déterminer et de surmonter les obstacles institutionnels aux soins de cette population.

Les fournisseurs qui se sont adaptés à la diversité, désormais la norme dans la société canadienne, seront les mieux placés pour planifier des programmes de soins préconception qui répondent aux besoins de leurs patients et de leur communauté. Faire participer les femmes et les hommes provenant de divers milieux à tous les aspects des soins préconception, notamment la détermination des priorités, l'élaboration et la prestation de programmes et la participation à certains comités d'établissements ou d'organismes, voilà qui contribuera encore davantage à la réussite des initiatives.

3 PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA GROSSESSE

Souvent, les PS n'ont de conversations sur les soins préconception qu'avec les femmes et les hommes qui indiquent eux-mêmes qu'ils souhaitent devenir parents. Néanmoins, même s'il n'existe pas de données nationales pour le Canada, les données américaines les plus récentes indiquent que 49 % des grossesses ne sont en fait pas planifiées[9]. À cet égard, l'*Enquête sur l'expérience de la maternité* (*EEM*) a révélé que 7,1 % des femmes canadiennes ne souhaitaient pas du tout de grossesse et que 20 % d'entre elles auraient préféré devenir enceintes plus tard[10].

Bon nombre de femmes et leur conjoint ne sont pas au courant de la nécessité des soins préconception et n'informent pas leur fournisseur de leur intention de vivre une grossesse[11,12]. À la lumière de ce qui précède, les discussions entre les PS et les femmes et les hommes en âge de procréer devraient, idéalement, intégrer des conseils sur la contraception, la fécondité et la santé sexuelle et reproductive, que la grossesse soit prévue ou non. En outre, l'engagement d'une femme à optimiser sa santé globale aura un effet positif sur son fœtus et son nouveau-né, si elle devient enceinte[13]. Essentiellement, le soutien de la santé d'une femme avant, pendant et après la grossesse augmente ses chances de bien-être tout au long de sa vie[14].

> **Les PS sont encouragés à voir chaque rencontre comme une occasion de promotion de la santé avant la grossesse et de prévention efficace de la grossesse auprès des personnes qui n'ont pas encore fait le choix de concevoir.**

Même si de nombreuses femmes indiquent que les PS sont leur source principale et privilégiée d'information sur la préconception et de conseils proactifs de soutien en ce qui concerne ce type de soins, la plupart d'entre eux ne prodiguent pas systématiquement des conseils sur les soins préconception [11,12,15,16]. Par exemple, moins de 60 % des omnipraticiens et des obstétriciens discutent de questions précises, comme la prise de suppléments d'acide folique avant la conception[17]. Étant donné que la plupart des hommes et des femmes en âge de procréer demandent des soins à un moment ou l'autre, les PS sont encouragés à voir chaque rencontre comme une occasion de promotion de la santé avant la grossesse et de prévention efficace de la grossesse auprès des personnes qui n'ont pas encore fait le choix de concevoir. En particulier, les visites liées à la contraception peuvent offrir une occasion idéale de poser des questions sur les besoins à court ou à long terme et sur les projets en matière de procréation. Aider les femmes à comprendre plus tôt l'importance des soins préconception et prénataux peut augmenter la probabilité qu'elles adoptent une attitude proactive d'autogestion de la santé. Même si la base de données probantes n'est pas solide, les résultats d'essais randomisés contrôlés et d'études de cohortes prospectives indiquent que la promotion de soins de santé préconception systématiques augmente la prise de suppléments d'acide folique et l'activité physique, et réduit la consommation d'alcool avant la grossesse [11,18,19].

Les PS obtiendront les meilleurs résultats s'ils sont prêts à amorcer une conversation à propos de la santé avant et pendant la future grossesse, ainsi qu'à reconnaître et à accepter la diversité de choix : qu'il s'agisse de l'adolescente qui considère la grossesse comme une option, ou de l'homme ou la femme adulte qui a décidé de ne jamais avoir d'enfants. Bien entendu, tout le monde (femmes ou hommes) ne sera pas ouvert aux soins préconception, ou n'en aura pas besoin au même degré. L'exploration des objectifs de la personne en matière de procréation et de santé peut guider cette conversation. Il s'agit d'une occasion d'engager une discussion claire et transparente sur les préférences individuelles, les attentes et les plans de préparation.

3.1 PLAN DE PROCRÉATION

Toute personne en âge de procréer devrait bénéficier d'un plan de procréation, qu'elle ait l'intention d'avoir des enfants ou non, ainsi que d'un accès facile aux renseignements et conseils sur la santé sexuelle. Les femmes qui ne prévoient pas une grossesse devraient connaître les options qui s'offrent à elles en ce qui concerne les méthodes efficaces de contraception (y compris de contraception orale d'urgence) et l'avortement. Les conversations à ce sujet peuvent fournir l'occasion d'introduire la notion de planification générale en matière de procréation. Une planification familiale efficace permet aux femmes de planifier et d'espacer leurs grossesses selon les circonstances, leurs besoins et leurs préférences. La planification a des répercussions importantes sur le bien-être de la mère, de son enfant et de ses futurs enfants. Les PS se reporteront à la *Directive clinique sur l'avortement médical* et au *Consensus canadien sur la contraception* de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)[20,21].

Les points de vue des femmes nouvellement arrivées au pays en matière de planification d'une famille pourraient être différents de ceux de la culture prédominante au Canada. L'acceptation des méthodes de contraception par le conjoint peut avoir une plus grande importance dans les discussions avec les femmes de certaines cultures.

Les conseils de préconception visent entre autres à aider les femmes à planifier leurs méthodes de contraception après la naissance de façon à ce qu'elles ne deviennent pas enceintes plus tôt qu'elles ne le veulent ou le prévoient. Un intervalle court entre deux grossesses, qui est défini comme la période entre une naissance vivante et le début de la grossesse suivante, est associé à un risque accru de résultats indésirables pour la grossesse, la mère et le nouveau-né (p. ex., nourrissons petits pour leur âge gestationnel, naissances prématurées, saignements au cours du troisième trimestre et décès de la mère)[22,23]. Une récente étude menée auprès de la population des États-Unis a révélé une augmentation de 20 % du risque de malformations congénitales si l'intervalle entre 2 grossesses était inférieur à 6 mois, comparativement à un intervalle de 18 à 23 mois[24]. L'OMS recommande d'attendre au moins 2 ans entre une naissance et une conception subséquente[25].

Un long intervalle entre deux grossesses (> 60 mois) a également été associé à des résultats indésirables, comme un risque accru de dystocie, de prééclampsie et d'anomalies congénitales[24,26–28]. Dans l'ensemble, la documentation indique qu'un intervalle optimal entre deux grossesses est d'au moins 18 à 24 mois[29]. Même si les données sont toujours non concluantes, l'OMS recommande un intervalle entre deux grossesses d'au moins 6 mois à la suite d'un avortement spontané ou d'une mortinaissance. D'autres recherches n'ont relevé aucune preuve à l'appui de cette recommandation, alors que de nouvelles recherches semblent indiquer qu'un intervalle entre deux grossesses de moins de 6 mois pourrait en réalité accroître les chances d'une grossesse en santé[30].

De même, les femmes qui souhaitent un accouchement par voie vaginale après une césarienne devraient planifier un intervalle de 18 à 24 mois entre les accouchements (distinct de l'intervalle entre deux grossesses) pour prévenir un risque accru de rupture utérine[31].

3.2 LANGUE ET PRISE DE DÉCISION

Une proportion importante de femmes au Canada (14 % en 2011) parle une langue autre que le français ou l'anglais, le plus souvent à la maison[32]. Certaines femmes ne sont pas en mesure de communiquer avec les PS dans une langue commune. La question de la langue, c'est-à-dire l'absence de langue commune ou de compréhension entre le professionnel et la femme qui reçoit ses soins, peut représenter un obstacle. Les membres de la famille sont souvent utilisés comme interprètes, mais il est impossible de confirmer que la traduction est exacte. Les interprètes professionnels se sont révélés avoir une incidence positive sur les soins cliniques puisqu'ils sont en mesure d'offrir une traduction plus fiable. Toutefois, leurs honoraires sont élevés et il peut être difficile d'y avoir accès[33]. Une autre option pour la traduction est de faire appel à des intermédiaires culturels. Aucune étude n'a comparé directement le recours à des interprètes professionnels par rapport à l'aide des intermédiaires culturels pour surmonter l'absence de langue commune entre les femmes et leurs fournisseurs[34].

3.3 FEMMES AUTOCHTONES ET PRISE DE DÉCISION

Les stratégies réussies de soins pour les femmes, les familles et les communautés autochtones prennent en compte les antécédents historiques de la colonisation et des pensionnats, ainsi que les déterminants sociaux de la santé connexes (pauvreté, accès limité à des aliments nutritifs, logement surpeuplé et non sécuritaire, faible niveau d'instruction, etc.). Ces déterminants contribuent à des résultats négatifs en matière de santé : toxicomanie, maladie mentale, infections transmissibles sexuellement. De plus, de bonnes approches cherchent à pallier une mauvaise infrastructure communautaire et un accès inéquitable à des services de soins adaptés sur le plan culturel et à l'éducation, qui font obstacle au succès de la promotion de la santé et de la prévention[35].

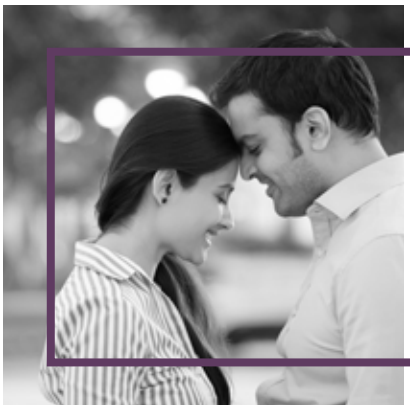
Tant les femmes que les hommes autochtones ont besoin d'accéder à des services de préconception et à des renseignements en matière de santé sexuelle qui soient adaptés à leur culture. Nombre d'entre eux peuvent même avoir besoin de conseils pour les aider à déterminer les questions à poser en ce qui concerne la santé sexuelle. Ces besoins sont mieux satisfaits lorsque les soins préconception sont conçus et mis en œuvre à même les collectivités autochtones en collaboration avec les aînés et les conseillers, les organismes communautaires et les fournisseurs. Dans un tel contexte, l'équipe de soins est en mesure de se concentrer sur le bien-être émotionnel, spirituel et physique tout en appliquant une approche des soins adaptée à la réalité culturelle, qui reconnaît pleinement et respecte la diversité et le caractère unique des cultures et des langues autochtones[35,36].

Voici quelques exemples d'activités qui se sont avérées bénéfiques dans les communautés autochtones :

- promouvoir une éducation complète en matière de santé sexuelle dans les écoles;
- mettre en place des groupes de soutien par les pairs de jeunes mères et pères qui parlent aux jeunes de l'importance de terminer leurs études avant de fonder une famille;
- informer les jeunes dans les écoles au sujet de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale;
- demander aux aînées de parler avec les jeunes femmes de santé sexuelle, d'image corporelle ainsi que des soins et du respect du corps.

Lorsque les fournisseurs qui offrent des soins préconception aux femmes et aux hommes autochtones réussissent à comprendre la culture et les traditions de leurs patients ainsi que les systèmes de soutien en place, les résultats peuvent être spectaculaires. Parmi les autres facteurs qui contribuent à de meilleurs résultats figure le fait que le PS soit accessible et accueillant, qu'il communique de façon claire et concise, et qu'il laisse suffisamment de temps pour poser des questions précises sur certains sujets et y répondre[37–39]. À la demande du patient, la présence d'un porte-parole, comme un travailleur communautaire, peut également être utile lors des consultations médicales, pour offrir du soutien et poser des questions.

« **Lorsque les fournisseurs qui offrent des soins préconception aux femmes et aux hommes autochtones réussissent à comprendre la culture et les traditions de leurs patients ainsi que les systèmes de soutien en place, les résultats peuvent être spectaculaires.**



4 LA PLACE DES SOINS PRÉCONCEPTION

Il est important de mettre en œuvre une éducation préconception mettant l'accent sur un mode de vie sain qui favorise des résultats optimaux pour la mère et l'enfant – à l'école, dans le milieu de travail et dans d'autres contextes. Même si des interventions et des dépistages particuliers sont souvent effectués dans les milieux de soins de santé primaires, une approche de collaboration qui inclut la famille, la collectivité, le système scolaire et tous les PS peut élargir la portée des soins préconception.

4.1 MILIEU SCOLAIRE ET MILIEU FAMILIAL

Les écoles demeurent l'une des principales sources d'éducation en matière de santé sexuelle pour les enfants et les jeunes, mais les programmes scolaires varient à l'échelle du Canada[40]. Une éducation efficace en matière de santé sexuelle en milieu scolaire est importante pour faire la promotion de l'estime de soi, de relations saines et d'une prise de décision éclairée, ainsi que pour éviter les infections transmissibles sexuellement et les grossesses non désirées[41]. Idéalement, enseignants, parents et PS font équipe pour la planification de programmes d'éducation efficaces en matière de santé sexuelle pour les enfants et les jeunes.

Même si des études révèlent que 85 % des parents pensent que l'éducation en matière de santé sexuelle doit avoir lieu à l'école, ces derniers demeurent la principale source d'information[42]. Il faut encourager les parents à amorcer des conversations précoces, honnêtes, ouvertes et adaptées à l'âge. De tels échanges favorisent une image positive du corps et facilitent la communication à propos d'autres sujets lorsque l'enfant atteint l'adolescence, comme la santé mentale et la consommation d'alcool ou d'autres drogues[43–45]. Des ressources imprimées ou en ligne fournies par les PS, les organismes de santé et les organismes communautaires peuvent informer les parents et les aider à discuter avec leurs enfants[46].

4.2 MILIEU DE TRAVAIL

Équilibrer les exigences du travail et de la famille peut être stressant pour les femmes comme pour les hommes[4]. Les dangers potentiels en milieu de travail peuvent aggraver la situation. Les stratégies de promotion de la santé qui encouragent un équilibre entre vie professionnelle et compétences parentales saines sont louables. De telles stratégies comprennent des horaires de travail flexibles, un congé parental plus long et un service de garderie sur place. Idéalement, les employeurs travaillent également de concert avec les PS et de la sécurité au travail afin d'informer les employés des expositions qui pourraient nuire à leur santé, y compris leur santé reproductive. Étant donné la rareté des données fiables sur l'exposition minimale acceptable, il est recommandé d'adopter le *principe de précaution*. Ce principe stipule que lorsqu'une activité présente des risques de conséquences néfastes pour la santé humaine ou pour l'environnement, des mesures de précaution devraient être prises, même si certaines relations de cause à effet ne sont pas pleinement établies scientifiquement [47].

Ces mesures comprennent l'adoption du plus faible risque d'exposition ou l'utilisation d'autres solutions plus sécuritaires dans la mesure du possible chez les femmes et les hommes en âge de procréer[48,49].

4.3 MILIEUX COMMUNAUTAIRES

Des centres de santé communautaires, des centres culturels et des pharmacies locales distribuent également des renseignements sur la période de préconception, déterminent des ressources et aident les femmes, les hommes et les familles à accéder aux services. Ces centres peuvent être bien placés pour répondre aux besoins de groupes qui n'ont pas nécessairement accès à des sources traditionnelles de soins de santé[48]. Les pairs formés, les PS et les travailleurs en santé communautaire qui participent aux programmes de sensibilisation (comme les infirmières en santé publique) pourraient inclure des renseignements sur la préconception dans bon nombre de leurs programmes communautaires et de leurs activités de groupe.

4.4 MÉDIAS

Les médias d'information (télévision, radio, presse) et les médias sociaux (y compris Twitter, Facebook, Instagram, YouTube, etc.) ont le potentiel d'influencer, à la fois positivement et négativement, les comportements qui ont une incidence sur la santé avant la grossesse et sur la santé de la mère et du fœtus. Il arrive parfois que les médias décrivent la sexualité, la grossesse et le rôle parental de façon irréaliste et potentiellement dangereuse, et incitent à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues comme étant socialement acceptable et souhaitable. Certains médias ont également tendance à promouvoir une silhouette et une forme du corps irréalistes pour les femmes.

En revanche, divers médias peuvent également diffuser des messages visant à diminuer des risques bien définis à un vaste public pendant une longue période[50]. Deux examens exhaustifs de l'incidence des campagnes médiatiques de masse ont révélé une réduction des comportements à risque pour la santé, y compris une réduction des taux d'initiation au tabagisme et une augmentation de l'abandon du tabac, une hausse de l'activité physique, des choix alimentaires plus sains et davantage de comportements visant à prévenir l'abus[50,51]. Ces examens ont également indiqué que certains messages des médias de masse améliorent l'utilisation du condom pour éviter l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et améliorent également l'acceptation du dépistage du cancer du col de l'utérus et de l'immunisation. Ce succès s'est également traduit dans les campagnes ciblant des populations vulnérables[52].

De plus en plus d'organisations de soins de santé utilisent les médias sociaux. Dans le cadre de l'*Initiative sur la santé de la population canadienne*, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada exploitent la vaste portée de Facebook et de Twitter, ainsi que leur potentiel à favoriser la participation de populations traditionnellement plus difficiles à servir. Même si seulement une minorité de Canadiens préfère à l'heure actuelle les médias sociaux comme source d'information sur la santé, cette tendance est en hausse et ces médias sont particulièrement efficaces pour atteindre les adolescents et les jeunes adultes. Un autre avantage des médias sociaux est la capacité d'utiliser des images pour surmonter les obstacles liés à la langue et à l'éducation en matière de santé. Des études indiquent que les différences entre les utilisateurs et les non-utilisateurs des médias sociaux fondées sur le statut socioéconomique et l'origine ethnique semblent diminuer. Même si l'on manque de documents évalués par des pairs sur l'efficacité des médias sociaux en matière de santé, une méta-analyse a révélé une amélioration faible, mais significative, des taux de nutrition, d'activité physique, de tabagisme et d'activités liées aux drogues en raison des interventions en ligne[50].

En général, les campagnes médiatiques sont plus susceptibles de réussir lorsque les messages sont livrés dans divers formats et que les personnes ont accès aux services ainsi promus, y compris les soins de santé. Les campagnes médiatiques semblent également être plus efficaces lorsqu'une certaine forme de soutien environnemental ou communautaire y est associée[50].

Étant donné l'incidence potentielle des messages médiatiques sur les comportements liés à la santé maternelle avant la conception et dans l'ensemble, les PS doivent se tenir au courant des messages auxquels sont exposés leurs patients. Aussi, ils ont intérêt à réintégrer certains de ces messages dans leur propre pratique afin de mettre l'accent sur les comportements positifs importants en matière de santé et d'encourager l'utilisation de sources d'information en ligne crédibles. L'efficacité des médias électroniques, en particulier, pour répondre aux besoins des populations vulnérables et plus difficiles à atteindre doit décidément faire l'objet d'un examen plus poussé.

4.5 MILIEUX DE SOINS PRIMAIRES

Si les PS prodiguent fréquemment des conseils en matière de contraception à leurs patients en âge de procréer, cette interaction leur offre également une occasion idéale de les sensibiliser à l'importance des soins préconception (p. ex., bienfaits pour la mère et l'enfant associés à la prise d'un supplément d'acide folique, adoption d'un mode de vie sain avant la conception). Les personnes n'ayant pas de source de soins primaires, ou les nouveaux immigrants sans couverture des soins de santé, peuvent recevoir la plus grande partie de l'information en matière de santé dans les cliniques sans rendez-vous ou les services des urgences des hôpitaux. Ces endroits devraient également servir de points de distribution pour les renseignements en matière de santé avant la grossesse.

5 PRÉPARATION EN VUE D'UNE GROSSESSE EN SANTÉ

Même si quelques femmes déclareront leur intention de concevoir ou se présenteront pour recevoir des soins préconception, bon nombre d'entre elles ne seront pas aussi proactives. En outre, près de la moitié des grossesses ne sont pas prévues. Les PS seront mieux à même d'optimiser la santé avant la grossesse et d'offrir des conseils au bon moment s'ils utilisent la liste suivante pour chacun de leurs patients en âge de procréer[53] :

- Encourager les femmes qui envisagent une grossesse à prévoir une consultation pour discuter de la santé avant la grossesse et de l'optimisation des résultats pour la mère et le fœtus.
- Utiliser les consultations épisodiques comme une occasion pour déterminer les risques pour la santé, offrir des interventions connexes et encourager les comportements positifs en matière de santé *avant* la conception.

- Encourager toutes les femmes et tous les hommes en âge de procréer à élaborer un plan de procréation, qu'ils aient l'intention d'avoir des enfants ou non.
- S'assurer que les vaccins sont complets et à jour, en utilisant les antécédents d'immunisation ou des tests sérologiques pour les vaccins systématiquement recommandés chez les adultes et ceux qui nécessitent un dépistage particulier en cas de grossesse, notamment le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (DCaT), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), l'hépatite B, la grippe et la varicelle.
- Recommander la prise quotidienne d'un complexe multivitaminé contenant 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique pour toutes les femmes qui *pourraient* devenir enceintes, et discuter des facteurs de risque qui peuvent justifier une dose plus élevée. À tout le moins, les femmes devraient commencer à prendre des suppléments 3 mois avant la conception afin de réduire le risque d'anomalies du tube neural chez les nourrissons.
- Examiner tous les médicaments afin de déterminer leur potentiel tératogène et conseiller les femmes quant à leurs répercussions potentielles sur une grossesse, peu importe leurs plans en matière de conception.
- Prodiguer des conseils aux femmes sur les effets de l'alcool au cours de la grossesse et encourager l'abstinence avant et pendant la grossesse. La consommation d'alcool n'est jugée sécuritaire en aucune *quantité* et à aucun *moment* pendant une grossesse.
- Promouvoir l'abandon du tabac. La période précédant la grossesse est le moment idéal pour arrêter de fumer afin de prévenir les résultats périnataux néfastes associés au tabagisme de la mère.
- Encourager le progrès vers un poids santé chez les femmes qui ont un poids insuffisant ou qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité. Il est possible de réduire les résultats périnataux et maternels néfastes par une perte ou un gain de poids approprié avant la conception.
- Procéder au dépistage des facteurs de risques élevés d'infections transmissibles sexuellement lors des visites habituelles. Toutes les femmes, en particulier, devraient être examinées pour détecter la présence de tels facteurs avant la grossesse. Les femmes et les hommes à risque, ainsi que ceux qui envisagent une grossesse, devraient être soumis à des tests de dépistage de telles infections (la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis, le VIH). Déterminer l'infection avant la conception permet un traitement en temps opportun et la prévention d'une transmission possible au cours de la grossesse et de l'accouchement.
- Atténuer le plus possible les problèmes de santé chroniques avant la conception. Cela permettra de réduire le risque de malformations congénitales (p. ex., causées par le diabète) et d'optimiser le développement neurologique (p. ex., en raison de l'hypothyroïdie).
- Encourager un intervalle de 18 à 24 mois entre des grossesses menées à terme. Des intervalles plus courts comme plus longs entre deux grossesses ont été associés à une augmentation du risque de résultats néfastes chez la mère et le nouveau-né.

5.1 ANTÉCÉDENTS DE PROCRÉATION

Établir des antécédents de procréation détaillés peut donner des indices sur de potentielles difficultés liées à la fécondité. Voici les points à prendre en considération[54] :

- Antécédents menstruels, utilisation de contraceptifs, infections transmissibles sexuellement par le passé ou actuellement, et frottis de Pap.
- Avortements spontanés[i] récurrents (ce qui peut indiquer soit une anomalie génétique, soit d'autres types de morbidité importante, comme le syndrome des antiphospholipides, ou une morbidité de type endocrinien, notamment l'hypothyroïdie et le diabète de type 1).

[i] Plus connus sous le nom de *fausses couches*.

- Affections durant les grossesses précédentes comme l'hypertension artérielle liée à la grossesse ou le diabète gestationnel.
- Résultats des grossesses précédentes comme les naissances prématurées, la prééclampsie, le travail prématuré et le retard de croissance fœtale.
  - Le facteur de risque de naissance prématurée le plus important est une naissance prématurée antérieure. Même si un examen détaillé de la prise en charge dépasse la portée de ce chapitre, certains facteurs de risque, tels que le tabagisme et l'abus d'alcool ou d'autres drogues, peuvent faire l'objet d'une intervention.
  - Les femmes présentant un risque accru ou des antécédents de prééclampsie grave devraient être encouragées à obtenir des soins spécialisés avant leur prochaine grossesse.
  - Le retard de croissance fœtale, qui est, entre autres, associé à un faible indice de masse corporelle (IMC) chez la mère, s'est avéré diminuer lorsque les femmes prennent du poids entre les grossesses.
  - Les femmes présentant des antécédents de travail prématuré ou qui ont donné naissance à des nourrissons présentant un retard de croissance devraient être encouragées à obtenir des soins spécialisés dès le début de leur prochaine grossesse.

5.2 ANTÉCÉDENTS GÉNÉTIQUES ET FAMILIAUX

L'obtention des antécédents familiaux génétiques et ethniques précis de trois générations des familles des deux futurs parents constitue le test de dépistage génétique à privilégier avant la grossesse. Cela peut facilement être entrepris assez tôt, dans le cadre des soins généraux[54,55].

Les familles des origines ethniques suivantes doivent faire l'objet d'un dépistage précis :

- Juifs ashkénazes, qui présentent un risque élevé de multiples affections génétiques, y compris la maladie de Tay-Sachs;
- Africains, qui présentent un risque élevé de drépanocytose ou de thalassémie;
- Méditerranéens et Asiatiques, qui présentent un risque élevé de thalassémie.

Si l'on détecte des troubles génétiques connus (comme la fibrose kystique), des malformations congénitales (comme une maladie cardiaque congénitale et des anomalies du tube neural) ou des retards de développement, il devrait être nécessaire de déterminer de façon plus détaillée les antécédents ou d'aiguiller les patients vers des services de conseil génétique. Si une affection a une cause génétique, le dépistage avant la grossesse peut aider à déterminer le risque de donner naissance à un nourrisson touché, ce qui permet aux parents de prendre en considération les options qui s'offrent à eux, y compris l'utilisation de la technologie de reproduction assistée. Pour les femmes exposées à un risque accru d'anomalie du tube neural ou dont le conjoint masculin présente des antécédents de cette nature, ou encore en présence d'antécédents de grossesse affectée par une telle anomalie chez l'un ou l'autre conjoint, la directive *Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique* de la SOGC recommande un régime alimentaire riche en folate et la prise quotidienne d'un supplément de 4 mg d'acide folique pendant 3 mois avant la grossesse et jusqu'à la fin du premier trimestre, puis d'un complexe multivitaminé contenant 0,4 mg d'acide folique par jour tout au long du reste de la grossesse et pendant de 4 à 6 semaines post-partum ou tant et aussi longtemps que se poursuit l'allaitement[56].

L'âge des parents au moment de la conception est également pris en considération. La prévalence des anomalies chromosomiques augmente en fonction de l'âge de la mère. Il existe également des données probantes qui indiquent que, si le père est âgé de plus de 40 ans, la qualité des spermatozoïdes peut diminuer et le risque d'affection autosomique dominante peut augmenter légèrement. Compte tenu de la tendance à la hausse vers une première grossesse à un âge plus avancé, les PS devraient aborder les conséquences du retard de procréation – en ce qui a trait à la fécondité à la fois des hommes et des femmes ainsi qu'au risque d'anomalies congénitales et chromosomiques liées à l'âge – dans leurs conversations avec la femme, l'homme ou le couple sur l'ensemble de leurs objectifs de procréation[57].

5.3 RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET TOXINES

L'environnement de la femme comprend son domicile, sa collectivité et son milieu de travail, ainsi que d'autres lieux où peut se produire une exposition à des risques chimiques et physiques potentiels. Les effets sur la santé de l'exposition à des toxines avant et pendant la grossesse sont intrinsèquement complexes et difficiles à vérifier avec certitude. Dans l'ensemble, il est conseillé d'adopter le *principe de précaution*. Ce principe reconnaît que de telles connaissances sont incertaines et incomplètes; en l'absence de certitudes scientifiques, il est donc prudent de favoriser des activités qui réduisent les effets néfastes potentiels quant à l'existence du danger[47]. Aussi est-il essentiel, à ce sujet, de prendre part à la prise de décision avec la femme. Idéalement, les risques devraient être déterminés et atténués avant la grossesse[49].

Il peut être bénéfique pour toutes les personnes en âge de procréer d'être mieux informées sur les risques environnementaux généraux et, plus précisément, sur les agents tératogènes auxquels elles sont exposées. En raison de données probantes contradictoires, il est difficile d'évaluer les effets des expositions environnementales[58]. Néanmoins, les PS peuvent poser des questions sur les expositions toxiques potentielles connues dans le milieu de travail, au domicile et durant les activités de loisirs, ainsi que sur toute possibilité d'exposition antérieure. Si ce dépistage initial permet de déterminer des expositions préoccupantes, il est conseillé de consulter un spécialiste[49]. Aussi, il peut être justifié de modifier le travail, de prendre des précautions supplémentaires ou d'effectuer un retrait préventif des femmes à risque d'exposition à de possibles tératogènes.

Les femmes et les hommes qui sont de nouveaux immigrants sont plus susceptibles, d'une part, de se retrouver dans des milieux d'emploi à risque élevé et, d'autre part, de moins connaître leurs droits liés aux conditions d'emploi. Par conséquent, les PS peuvent avoir besoin de déterminer plus précisément leurs conditions de travail pour évaluer leurs risques d'exposition chimique et physique et les conseiller en conséquence. En outre, les personnes nouvellement arrivées peuvent avoir besoin de conseils sur le moment d'informer l'employeur d'une grossesse et sur leurs droits légaux durant la grossesse.

> **Les effets sur la santé de l'exposition à des toxines avant et pendant la grossesse sont intrinsèquement complexes et difficiles à vérifier avec certitude.**

Voici certaines des toxines environnementales les plus courantes dont on connaît ou soupçonne fortement une association à des effets néfastes sur le développement neurologique et sur la reproduction :

- **Mercure :** L'exposition à cette toxine du système nerveux central se produit principalement lors de la consommation de poisson à teneur en mercure élevée, comme le requin, l'espadon, le thazard, le tile et le thon frais. Cependant, on encourage la consommation de poisson dont la teneur en mercure est faible (saumon, thon pâle en conserve, sole), car ces poissons contiennent des acides gras oméga bénéfiques pour le développement neurocognitif du fœtus[59]. Contrairement au mercure (qui peut s'accumuler dans certaines sources alimentaires), le thimérosal (intégré à certains vaccins comme agent de conservation) contient de l'éthylmercure. La quantité potentiellement présente dans les vaccins est bien en deçà des limites sécuritaires établies. Le corps élimine rapidement l'éthylmercure, qui ne s'accumule pas, même chez les nourrissons prématurés[60].
- **Plomb :** Les effets indésirables associés à cette toxine du système nerveux central ont été observés à des concentrations sanguines inférieures à 5 µg/dL, et même aussi faibles que 1 à 2 µg/dL (avec un certain degré d'incertitude quant aux effets observés à ces concentrations). Des données probantes solides indiquent que des concentrations de plomb chez la mère aussi faibles que 10 µg/dL peuvent nuire à la croissance fœtale et au développement neural chez l'enfant[61].

  Étant donné que ce métal lourd se retrouve couramment dans les peintures à base de plomb dans les maisons et les milieux de travail plus vieux, il faut faire preuve de prudence pendant la rénovation de vieux bâtiments afin d'éviter l'inhalation ou l'ingestion de particules[62]. Le plomb se retrouve également dans certaines glaçures de poteries. Toutefois, l'exposition se produit le plus souvent dans des domaines comme l'exploitation minière, la fusion et la fabrication de piles ainsi que par la consommation d'eau qui passe dans des tuyaux de plomb dans des maisons construites avant les années 1950. Tous les résidus de plomb peuvent être éliminés de l'eau après une nuit ou une journée où les tuyaux n'ont pas été utilisés en laissant couler le robinet pendant une pleine minute[49].

  En cas d'exposition potentielle, les PS devraient établir la concentration sérique du plomb, qui devrait être inférieure à 0,10 µmol/L. Les femmes présentant des concentrations sériques de plomb plus élevées devraient être informées du risque pour le système nerveux central du fœtus et des façons de réduire ou d'éliminer l'exposition[63].
- **Contaminants du sol et de l'eau :** L'eau d'un puits peut parfois être contaminée par du plomb, de l'arsenic, des nitrates ou des pathogènes biologiques (comme *Escherichia coli*), qui peuvent présenter un risque pour la santé de la femme ou du fœtus[64]. Pour les femmes vivant en milieu rural, les PS devraient déterminer si l'eau de puits est utilisée et si cette eau a été analysée récemment.
- **Solvants organiques :** Ces composés présents dans les décapeurs de peinture, les peintures sans latex, les matières plastiques adhésives et certains produits chimiques de nettoyage à sec peuvent avoir des effets néfastes sur la fécondité et le développement neural du fœtus. Il faut éviter l'exposition aux solvants organiques à la maison et au travail lorsqu'on planifie une grossesse[65].

- **Pesticides :** Les ingrédients actifs de certains herbicides, insecticides et fongicides utilisés à l'intérieur et autour de la maison pour lutter contre les mauvaises herbes, les insectes et les maladies de plantes peuvent présenter un risque de neurotoxicité pour le fœtus en développement. Il a également été démontré que certains étaient responsables de retards de croissance intra-utérine et de bébés de faible poids et pouvaient avoir des effets néfastes sur la santé reproductive des femmes et des hommes[66]. Par précaution et en prévision d'une grossesse, on devrait réduire le plus possible (p. ex., en portant des vêtements protecteurs), voire éviter l'utilisation de pesticides ou une telle exposition[64].
- **Gaz d'anesthésie :** L'exposition à ces gaz, qui augmente légèrement le risque d'avortement spontané, peut se produire dans des salles d'opération médicales, dentaires et vétérinaires. Ce risque peut être réduit au minimum par l'utilisation de bons systèmes d'évacuation des gaz et de techniques anesthésiques adéquates (tests d'étanchéité, utilisation de tubes endotrachéaux à ballonnet, etc.).
- **Radiation :** L'exposition aux rayons X peut se produire dans des milieux médicaux, vétérinaires, dentaires et électroniques et peut avoir des effets négatifs sur la santé reproductive des femmes comme des hommes. La radiation est un tératogène proportionnel à la dose. Les Centers for Disease Control des États-Unis recommandent que les femmes ne reçoivent qu'une dose cumulative maximale de 5 000 mrad durant l'ensemble de leur grossesse (l'exposition du fœtus par la tomographie abdominale par ordinateur est d'environ 3 000 mrad)[67]. Les femmes enceintes exposées à moins de 5 000 mrad présentent des résultats liés à la grossesse semblables aux témoins qui n'ont reçu qu'un rayonnement de fond[68].

5.4 NUTRITION

Une saine alimentation est un élément clé de la santé en général, et la période de préconception est le moment idéal pour une femme d'améliorer son régime. Les besoins nutritionnels changent au cours de la grossesse, et une saine alimentation préexistante aide à optimiser la santé de la mère et du fœtus. Dans l'ensemble, les données probantes appuient les bienfaits d'un régime alimentaire sain, qui comprend des quantités adéquates de calcium, de vitamine D, d'acide folique et de fer, dans la période de préconception[69]. Comme pour les autres sujets de conseils avant la grossesse, les PS sont bien placés pour profiter de chaque occasion pour discuter de nutrition avec les femmes en âge de procréer, peu importe le motif de leur consultation. Tout le monde doit être encouragé à consommer des légumes, des fruits, des grains entiers, de la viande ou des substituts, du lait faible en gras, du poisson et des huiles non saturées ainsi qu'à limiter la consommation de sel, de sucre et de produits transformés[70]. Divers régimes alimentaires sont en vogue et font souvent l'objet d'une promotion dans les médias populaires. Il faut mettre en garde les femmes qui envisagent une grossesse d'éviter les régimes qui limitent de façon importante un ou plusieurs groupes d'aliments. Des calories supplémentaires ne sont pas nécessaires dans la période de préconception (sauf si le poids est jugé insuffisant).

> « **Une saine alimentation est un élément clé de la santé en général, et la période de préconception est le moment idéal pour une femme d'améliorer son régime.**

Il est important que les PS soient conscients de tout obstacle, réel et perçu, qui empêche les femmes de s'alimenter sainement. La sécurité alimentaire n'est pas la réalité pour l'ensemble des Canadiens. Les personnes qui sont particulièrement à risque d'insécurité alimentaire sont celles qui vivent dans un ménage ayant un faible revenu, les Autochtones et les familles de nouveaux immigrants. Les statistiques montrent également que les personnes vivant dans les provinces de l'Atlantique et dans les territoires présentent, en moyenne, un risque plus élevé d'insécurité alimentaire que celles vivant dans les autres régions du pays[71]. Par ailleurs, les restrictions alimentaires varient selon le choix personnel, les croyances personnelles ou religieuses, les pratiques culturelles ou les problèmes médicaux. Les PS peuvent aider les femmes à optimiser leur nutrition tout en respectant leurs budgets, leurs croyances et leurs besoins en matière de santé grâce aux programmes et services de soutien[72].

De nombreuses femmes cessent la prise de suppléments de vitamines en raison de nausées, de constipation ou de la taille du comprimé. En assurant un suivi de la consommation de suppléments nutritifs par leurs patientes, les PS peuvent proposer des ajustements ou des moyens pour gérer les éventuels effets secondaires, mais aussi s'assurer que les doses recommandées ne sont pas dépassées, car les effets de doses plus élevées peuvent être tératogènes ou inconnus, comme c'est le cas pour la vitamine A.

Calcium et vitamine D

Un apport inadéquat en calcium et en vitamine D est prévalent chez les femmes canadiennes, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2004)[73]. L'apport devrait être évalué pour toutes les femmes en âge de procréer afin que les PS puissent les conseiller sur les meilleures sources de ces nutriments. Des suppléments peuvent être nécessaires si les besoins ne peuvent pas être satisfaits par le régime alimentaire.

Calcium : Le calcium est essentiel pour la santé des os et également pour les fonctions neurologiques et musculaires ainsi que pour certaines fonctions endocriniennes. Même s'il n'existe aucune recherche portant sur le rôle des suppléments de calcium avant la grossesse, la prise de suppléments *durant* la grossesse chez les femmes à risque de faible apport en calcium réduit la possibilité de prééclampsie[74]. Les carences alimentaires devraient idéalement être décelées et corrigées avant la grossesse. À long terme, un apport inadéquat en calcium peut mener à l'ostéoporose[69].

Le calcium se trouve dans divers aliments, notamment le lait, les substituts du lait (p. ex., yogourts, fromage, boissons enrichies à base de plantes telles que le soja), les poissons à arêtes molles comestibles (p. ex., saumon en conserve, sardines) et les légumes vert foncé (p. ex., brocolis, chou vert et épinards).

Les apports nutritionnels de référence pour le calcium s'appuient sur des données probantes relatives à la santé des os. L'apport nutritionnel recommandé pour les femmes de 19 à 50 ans, enceintes ou non, est de 1 000 mg de calcium par jour. Pour les adolescents de 14 à 18 ans, l'apport recommandé est de 1 300 mg de calcium par jour[75].

Si le régime alimentaire d'une femme ne fournit pas la quantité requise de calcium, elle peut avoir besoin de prendre des suppléments. Le calcium est généralement inclus dans les complexes multivitaminés formulés pour les femmes, et des suppléments de calcium sont également facilement accessibles. Le carbonate de calcium est courant et peu coûteux, mais il doit être pris avec de la nourriture puisque son absorption adéquate dépend de l'acidité gastrique. D'un autre côté, le citrate de calcium peut être pris sans nourriture. Certains antiacides contiennent une quantité importante de calcium.

Vitamine D : La vitamine D est essentielle pour l'absorption adéquate du calcium. Elle peut également aider l'organisme à utiliser le calcium et le phosphore pour former et conserver des os et des dents solides. Une carence en vitamine D peut mener au rachitisme chez les enfants et à l'ostéomalacie chez les adultes.

Les sources alimentaires naturelles de vitamine D sont les poissons gras et les jaunes d'œufs. Conformément à la loi, le lait de vache, la margarine, les boissons enrichies à base de plantes (p. ex., soja), les préparations pour nourrissons et les aliments à utilisations particulières (comme les suppléments nutritifs et les substituts de repas) doivent être enrichis en vitamine D au Canada. D'autres aliments enrichis en vitamine D, comme certains laits de chèvre et les jus d'orange, de pomme et de tangerine enrichis en calcium, sont également offerts, et certains fromages et yogourts sont faits à partir de lait enrichi en vitamine D.

L'apport nutritionnel recommandé en vitamine D pour les femmes en âge de procréer est de 600 UI (15 mcg)[75]. La vitamine D est généralement incluse dans les complexes multivitaminés. Même si la prise systématique de suppléments est généralement inutile, les personnes qui n'obtiennent pas suffisamment de vitamine D par leur régime alimentaire en raison d'un apport limité en aliments enrichis, qui présentent une pigmentation foncée ou certains problèmes médicaux ou qui limitent leur exposition au soleil peuvent avoir besoin d'un supplément[76].

Fer

Le fer est un nutriment essentiel à toutes les étapes de la vie. Il s'agit d'un élément crucial de bon nombre d'enzymes et de l'hémoglobine. La période de préconception est le moment idéal pour optimiser les réserves de fer puisque les besoins changeront au cours de la grossesse. Une carence en fer, en particulier au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse, est la plus fréquente carence nutritionnelle observée au cours de la grossesse à l'échelle mondiale[77]. Au Canada, environ 8 % des femmes canadiennes présentent de faibles concentrations sériques de ferritine, ce qui indique peu de réserves de fer. Les femmes âgées de 12 à 19 ans présentent la prévalence la plus élevée de concentrations insuffisantes (13 %), ce qui indique que ce groupe est le plus à risque de carence en fer[78]. Les femmes qui sont des immigrantes et des réfugiées courent un risque élevé d'anémie ferriprive et devraient subir un dépistage et recevoir un traitement, s'il y a lieu, avant la grossesse[79].

L'apport quotidien recommandé en fer pour une femme qui n'est pas enceinte et qui possède des réserves de fer normales est de 18 mg. Cette quantité augmente à 27 mg pendant la grossesse[80]. Les femmes devraient être encouragées à consommer des aliments riches en fer, tels que la viande rouge, la volaille et le poisson. Les végétariens peuvent obtenir du fer dans les légumes-feuilles vert foncé, les céréales et les grains enrichis en fer, les fèves, les lentilles et les pois chiches. Il convient de noter que certains nutriments, comme le calcium, peuvent inhiber l'absorption du fer. Le soja et les thés contenant des tanins peuvent également en inhiber l'absorption. Prise au même moment, la vitamine C peut améliorer l'absorption du fer.

Acide folique

L'acide folique réduit le risque d'anomalies du tube neural, y compris l'anencéphalie et le spina-bifida. Des données probantes indiquent également que la supplémentation en acide folique est associée à une diminution du risque d'autres déficiences congénitales, y compris les anomalies de la fente palatine, les anomalies cardiovasculaires et urinaires et certains cancers chez les enfants, notamment la leucémie, les tumeurs cérébrales et les neuroblastomes[81]. Le Canada a connu un déclin de 50 % des anomalies du tube neural depuis 1998, année

où l'enrichissement de la farine blanche en acide folique est devenu obligatoire. Toutefois, les femmes qui excluent les produits céréaliers enrichis en acide folique (p. ex., régime sans gluten) ne profitent pas de cet enrichissement obligatoire[82]. D'après l'*EEM*, 77,6 % des femmes savaient que la prise d'acide folique avant la grossesse contribuait à prévenir les anomalies du tube neural, mais seulement 57,7 % ont déclaré en prendre[10].

Comme bon nombre de grossesses ne sont pas planifiées, toutes les femmes qui *pourraient* devenir enceintes devraient envisager de prendre quotidiennement un complexe multivitaminé contenant 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique[9]. À tout le moins, elles devraient commencer à prendre des suppléments 3 mois avant la conception[59]. La période de préconception est le moment idéal pour commencer à prendre un complexe multivitaminé qui contient de l'acide folique, étant donné que le tube neural se ferme au cours des 3 à 4 premières semaines de la grossesse, souvent avant qu'une femme ne sache qu'elle est enceinte.

Lorsqu'un PS détermine qu'une femme présente des caractéristiques ou des problèmes de santé associés à un risque accru d'avoir un bébé présentant une anomalie du tube neural, une dose plus élevée de suppléments d'acide folique peut être justifiée. Le PS doit ensuite établir si le risque est plus élevé en raison du faible apport alimentaire en folate ou d'un besoin élevé en folate, ou si l'étiologie de la maladie est incertaine puisque le rôle du métabolisme modifié du folate n'est pas clair[56].

Les PS se reporteront à la directive *Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique* de la SOGC pour obtenir d'autres conseils sur la prise d'une dose élevée d'acide folique[56].

5.5 POIDS CORPOREL SANTÉ

Au cours de la période de préconception, les IMC tant faibles qu'élevés peuvent avoir des effets néfastes sur les résultats de la grossesse, et cette période est le moment idéal pour atteindre (ou progresser vers) un poids optimal[83]. Même si moins de 6 % des femmes canadiennes ont un poids insuffisant (IMC < 18,5 kg/m^2) lorsqu'elles tombent enceintes, un faible poids avant la grossesse est une préoccupation, car il est associé à des naissances prématurées et à des nourrissons petits pour leur âge gestationnel[84–87]. Les femmes ayant un faible IMC peuvent réduire ces risques en gagnant la quantité de poids recommandée avant la grossesse[83].

Les taux d'obésité ont plus que doublé au cours des 10 dernières années; 15,6 % des femmes âgées de 25 à 34 ans sont obèses (IMC ≥ 30 kg/m^2) et 21,5 % d'entre elles sont en surpoids (IMC de 25,0 à 29,9 kg/m^2)[73]. D'après les données de l'*EEM*, avant la grossesse, 20,9 % des femmes étaient en surpoids et 13,3 % étaient obèses[10]. Le taux d'obésité des Autochtones à l'extérieur des réserves est 1,6 fois supérieur à la moyenne nationale[88]. Un gain de poids excessif durant la grossesse peut accentuer les taux d'obésité si les femmes conservent cet excès de poids après l'accouchement[86].

L'obésité maternelle est associée à un risque accru d'infertilité, d'avortement spontané, d'anomalies congénitales (p. ex., anomalies du tube neural et cardiopathies), de naissances prématurées, de mortinaissance inexpliquée, de diabète, de dystocie, de césarienne, d'hypertension artérielle et de maladie thromboembolique[89,90]. Cependant, une étude récente indique que les femmes obèses multipares autrement en bonne santé peuvent avoir un risque intrapartum plus faible que ce qu'on pensait auparavant[91]. Les données probantes recueillies semblent indiquer que les femmes obèses ont un risque environ 2 fois plus élevé d'avoir un bébé atteint d'une anomalie du tube neural. Certaines données indiquent

que la prise d'un supplément d'acide folique à forte dose (contenant de la vitamine B_{12}), au moins 3 mois avant la conception et pendant le premier trimestre, est bénéfique pour les femmes obèses[92]. Les PS se reporteront à la directive *Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique* de la SOGC pour déterminer la dose la plus appropriée d'acide folique pour les femmes obèses[56].

Les femmes obèses ont intérêt à savoir qu'une perte aussi faible que 5 à 10 % de leur poids actuel peut améliorer leurs chances de concevoir[93]. En outre, le fait de tomber enceinte à un IMC normal (de 18,5 à 24,9 kg/m^2), ou le plus près possible, optimise les résultats obstétriques et réduit les risques obstétriques. Même si la restriction de l'apport énergétique et des protéines durant la grossesse ne s'est pas avérée bénéfique et peut même être nocive, la recherche appuie l'utilisation de stratégies comportementales et cognitivo-comportementales visant à réduire le poids chez les femmes non enceintes, en particulier lorsque de telles stratégies sont combinées à un régime alimentaire et à de l'exercice[94–96]. Comme l'exercice, la perte de poids a des effets avantageux sur la santé cardiovasculaire, physique et mentale[97]. Les PS peuvent recommander des stratégies en vue d'atteindre (ou de progresser vers) un poids santé au cours de la période de préconception et offrir des encouragements. Même si aucune perte de poids significative n'est atteinte, une alimentation saine et un mode de vie plus actif présentent des avantages pour la santé des femmes et la future grossesse.

Les perceptions du poids corporel santé, de la beauté et de la façon dont la forme du corps reflète le statut économique peuvent varier considérablement entre les différents groupes socioculturels au Canada. Les PS auront donc tout intérêt à inclure les membres de la famille et les groupes communautaires dans leurs stratégies auprès des femmes afin de mieux faire valoir le lien entre un excès de poids corporel et ses effets négatifs sur la santé reproductive.

5.6 ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'exercice contribue à la santé en général, réduit le risque de maladies chroniques, y compris la maladie cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, l'hypertension, certains cancers, le diabète de type 2 et l'ostéoporose. L'exercice est également important pour la réduction et le maintien du poids, et il a un effet positif sur la santé mentale et le bien-être. Les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* recommandent 150 minutes d'activité physique modérée à intense par semaine pour les adultes de 64 ans et moins[98]. Étant donné que l'exercice d'intensité modérée n'a aucune incidence négative sur la fécondité ou la grossesse et qu'il n'a pas d'incidence, non plus, sur le risque d'avortement spontané, les femmes peuvent continuer de pratiquer une activité physique modérée à tout moment.

Même si l'exercice éreintant fréquent peut avoir une incidence sur la fonction menstruelle, il n'existe actuellement aucune donnée probante indiquant que l'exercice est une cause d'infertilité, à l'exception possible de l'oligoménorrhée et de l'anovulation[99]. Néanmoins, les femmes doivent être informées du fait que les environnements hyperthermiques (p. ex., les studios de yoga chaud) peuvent avoir des effets tératogènes et sont particulièrement associés au risque d'anomalies du tube neural; ce risque est le plus élevé les premières semaines de grossesse[100].

5.7 CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Les femmes peuvent consommer de l'alcool et des drogues pour diverses raisons : elles peuvent souffrir de dépendance active, avoir à surmonter un traumatisme ou le stress, souffrir d'un problème de santé mentale concomitant, ou consommer de façon récréative ou pour des raisons sociales.

Les femmes qui envisagent une grossesse peuvent être plus motivées à changer des habitudes de vie qui pourraient nuire au fœtus[101,102]. Les PS sont bien placés pour encourager les comportements positifs en matière de santé et travailler de concert avec les femmes pour réduire leur consommation potentiellement néfaste d'alcool et de drogues. Une approche de réduction des effets nocifs, à la fois humaniste, compatissante et axée sur la femme en matière de soins, peut en aider beaucoup à établir des objectifs réalistes susceptibles de réduire les répercussions négatives de l'alcool et des drogues pendant qu'elles s'efforcent d'atteindre une possible abstinence.

> « **L'alcool est un tératogène connu qui peut causer des anomalies congénitales en nuisant à la croissance et à la formation du corps et du cerveau du fœtus.**

De même, chez les hommes, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues de la rue peut avoir une incidence négative sur l'ADN des spermatozoïdes. Comme les spermatozoïdes sont régénérés environ tous les 3 mois, les conseils préconception offerts pourraient également réduire les répercussions négatives de ces facteurs[103]. L'entrevue motivationnelle s'est révélée une technique de consultation efficace pour réduire les effets nuisibles liés à la surconsommation chez les hommes et les femmes[104]. À ce titre, encourager les conjoints à soutenir leur femme qui apporte des changements positifs à son mode de vie durant la grossesse constitue une stratégie importante.

Les populations vulnérables, notamment certains Autochtones et les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, sont plus à risque de surconsommation. Les femmes et les hommes vulnérables ont besoin de soins spécialisés, y compris la collaboration de PS qui prennent à cœur des stratégies de prévention adaptées à la réalité culturelle, lorsqu'il s'agit de traiter les besoins en matière de surconsommation et de santé mentale[102,105].

Tabagisme

Même si les taux de tabagisme ont diminué au cours des dernières années, 17,5 % des femmes canadiennes de 12 ans et plus fumaient régulièrement en 2011. Ce taux augmente à environ 23 % chez les femmes de 20 à 34 ans, qui est le groupe d'âge présentant le taux le plus élevé de grossesse[106]. On observe des taux de tabagisme plus élevés durant la grossesse chez les femmes qui souffrent de dépression ou qui vivent dans la pauvreté, qui ont atteint un faible niveau d'instruction ou qui n'ont pas de soutien social adéquat[107,108]. Les taux sont également plus élevés chez les femmes autochtones[109,110].

En 2010, 6,2 % des nourrissons au Canada ont été identifiés comme des bébés de faible poids, définis comme pesant moins de 2 500 g à la naissance. Le tabagisme pendant la grossesse, le facteur de risque modifiable le plus important, est responsable de 30 à 40 % des cas de bébés de faible poids[48,107]. Le tabagisme a également été associé à des anomalies congénitales du cœur et des systèmes musculo-squelettique et gastro-intestinal, de même qu'à des fentes labiales ou palatines. Il diminue également la fécondité des hommes comme des femmes, augmente le risque d'avortements spontanés, de prématurité, de complications placentaires et de mortinaissance et diminue la durée de l'allaitement. Le syndrome de mort subite du nourrisson semble être 2 fois plus prévalent chez les nourrissons dont les mères fumaient durant la grossesse[111].

Outre les bienfaits pour la santé de la femme elle-même, cesser de fumer avant la grossesse peut éliminer au moins la plupart des répercussions négatives du tabagisme sur la santé reproductive. Comme il existe également des données probantes indiquant des résultats périnataux négatifs liés à la fumée secondaire, les PS devraient encourager les femmes qui envisagent une grossesse à vivre dans une maison sans fumée [112,113].

Les recommandations suivantes à l'intention des femmes en âge de procréer proviennent du Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique[114,115] :

- Mettre régulièrement à jour le degré de tabagisme dans les dossiers médicaux de toutes les femmes.
- Informer clairement les femmes des conséquences du tabagisme sur la reproduction, en plus des autres risques pour la santé.
- Donner des conseils précis sur la façon d'abandonner le tabagisme. Offrir des médicaments et des conseils : les meilleurs taux d'abstinence semblent se produire lorsque ces deux méthodes sont combinées. Néanmoins, la plupart des gens font 4 ou 5 tentatives avant de finalement abandonner.
- Offrir des interventions au-delà des simples conseils dans le bureau, comme l'aiguillage vers d'autres ressources communautaires pour les femmes qui planifient activement une grossesse.
- Des conseils peuvent être offerts sous différentes formes (en personne, dans des groupes ou en ligne). Une résolution de problèmes pratique et des conseils de soutien semblent être les méthodes les plus efficaces.
- Des données probantes appuient l'efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine pour l'abandon du tabac tant chez les femmes enceintes que les autres. Or, comme les données actuelles ne peuvent ni soutenir ni exclure une augmentation des anomalies congénitales associée à l'utilisation d'une thérapie de remplacement de la nicotine, il vaut mieux commencer ces thérapies avant la grossesse.
- Les liens avec les membres de la communauté et les aînés sont importants dans la prestation d'interventions en matière de cessation du tabagisme chez les Autochtones. Le protocole d'usage cérémonial du tabac, qui diffère du tabagisme, varie d'une région et d'une culture à l'autre et il devrait faire l'objet d'une discussion avec la personne.
- Même si les femmes dont le conjoint fume présentent une abstinence moindre et un taux de rechute accru, il n'existe pas de données à l'appui de la participation du conjoint dans les interventions. Toutefois, dans l'intérêt de la santé et de la création d'un environnement sans fumée pour la mère et le fœtus, le conjoint devrait aussi être encouragé à cesser de fumer.

Alcool

Au Canada, la majorité des femmes consomment de l'alcool (73 % d'après les statistiques de 2015)[116]. Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* à l'intention des femmes non enceintes recommandent au plus 2 verres par jour, la plupart des jours de la semaine, sans dépasser 10 verres par semaine, afin de réduire les risques pour la santé à long terme[117]. L'*EEM* a indiqué que 62,4 % des femmes interrogées avaient bu de l'alcool au cours des 3 mois précédant la grossesse ou avant de savoir qu'elles étaient enceintes; 10,5 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse. En outre, les femmes âgées de 15 à 24 ans, qui représentent le groupe d'âge affichant le taux le plus élevé de grossesses non désirées, font partie du même groupe qui présente le risque le plus élevé de consommation excessive d'alcool[10].

L'alcool est un tératogène connu qui peut causer des anomalies congénitales en nuisant à la croissance et à la formation du corps et du cerveau du fœtus. L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est un terme qui décrit un éventail d'incapacités physiques et neurodéveloppementales permanentes que peuvent subir les personnes dont la mère a bu de l'alcool pendant la grossesse[118]. On estime que l'ETCAF touche au moins 1 % de la population canadienne; toutefois, une récente étude menée aux États-Unis indique qu'un taux plus représentatif pourrait être de 2,4 à 4,8 %[119,120].

Bien que les répercussions de la consommation d'alcool en faible quantité sur les résultats pour le fœtus demeurent à l'étude, les directives cliniques de 2010 de la SOGC indiquent que l'abstinence est le choix le plus sécuritaire pour les femmes envisageant une grossesse, car il n'a pas été établi de seuil sans danger[102]. Compte tenu de l'incertitude liée aux résultats de recherche, il est important que les PS discutent de cette question avec les femmes ayant consommé de l'alcool avant de savoir qu'elles étaient enceintes.

Comme il a déjà été mentionné, les femmes qui présentent un risque plus élevé de consommation d'alcool posant problème comprennent celles qui sont célibataires, plus jeunes, de statut socioéconomique et d'instruction plus faible et qui consomment du tabac ou des drogues illicites. À l'inverse, les femmes enceintes vivant au-dessus du seuil de faible revenu consomment plus d'alcool que les femmes vivant sous le seuil de faible revenu, et la consommation d'alcool durant la grossesse augmente avec l'âge de la mère[10]. Cependant, quels que soient les facteurs de risque, toutes les femmes en âge de procréer devraient subir une évaluation visant la fréquence et la quantité de leur consommation d'alcool.

Des questions simples peuvent très bien amorcer une conversation à propos des comportements liés à la consommation d'alcool. Le dépistage de second niveau peut nécessiter l'utilisation de questionnaires structurés tels que Timeline Followback (TLFB), CRAFFT, T-ACE ou TWEAK, qui sont recommandés pour les femmes en âge de procréer. Il est important que toutes les femmes soient mises au courant des risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse et de la recommandation concernant l'abstinence. Des données probantes solides indiquent que des interventions brèves, des conseils de soutien et des entrevues motivationnelles peuvent réduire la consommation d'alcool ou même encourager l'abstinence[102].

Consommation de drogues

Même si on sait beaucoup de choses sur le tabagisme et la consommation d'alcool chez les femmes et leurs effets sur la grossesse, les données à l'échelle nationale sur la consommation de drogues illicites ou de drogues de la rue sont à la fois rares et peu fiables. Selon l'*EEM*, 6,7 % des femmes canadiennes ont déclaré avoir consommé des drogues de la rue au cours des 3 mois précédant la grossesse. Ce taux a chuté à 1,0 % chez les femmes ayant réalisé qu'elles étaient enceintes. Les taux de consommation avant la grossesse étaient les plus élevés chez les personnes de 15 à 19 ans (25 %) et de 20 à 24 ans (16,2 %), puis ils chutaient à 3,4 % dans les deux groupes d'âge au cours de la grossesse[10].

> **« Étant donné la corrélation entre la consommation de drogues et d'autres déterminants sociaux négatifs de la santé tels que la pauvreté, la violence et la mauvaise santé mentale, l'incidence directe de la consommation de drogues n'est toujours pas claire.**

La consommation de drogues pose un risque important pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant. En plus des complications telles que les naissances prématurées, les syndromes touchant le placenta (notamment le décollement placentaire) et le retard de croissance intra-utérine, les préoccupations pour le nouveau-né sont importantes dans la période néonatale immédiate et pour le développement à long terme, en partie en raison de la déficience de l'attachement entre la mère et l'enfant[121,122]. Étant donné la corrélation entre la consommation de drogues et d'autres déterminants sociaux négatifs de la santé tels que la pauvreté, la violence et la mauvaise santé mentale, l'incidence directe de la consommation de drogues n'est toujours pas claire. Ces facteurs supplémentaires demeurent essentiellement importants dans les soins prodigués aux femmes dont la consommation d'alcool ou de drogues pose problème.

La marijuana, souvent consommée de façon récréative, était la drogue de rue la plus couramment utilisée en 2010 par les femmes canadiennes âgées de plus de 15 ans. Les femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 29 ans affichent les taux les plus élevés de consommation, à raison de 21,3 % et de 16,0 %, respectivement. Même s'il n'existe aucune donnée probante indiquant que la marijuana est tératogène, les études indiquent que les enfants exposés à un ou plusieurs joints de marijuana au cours du premier trimestre étaient plus susceptibles de présenter un retard de croissance fœtale, des difficultés émotionnelles et comportementales et d'autres résultats négatifs[123,124].

Même s'il existe peu de renseignements pour guider le PS sur les conseils à donner aux femmes qui consomment modérément des drogues récréatives, il est fortement recommandé d'éviter toutes ces drogues ainsi que l'alcool au cours de la période de préconception. La directive *Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse* de la SOGC offre des conseils sur la consommation périnatale d'alcool ou de drogues qui pourraient s'appliquer ou être adaptées à la période de préconception[125].

Comme c'est le cas pour toutes les femmes, il est important d'encourager celles ayant des antécédents de surconsommation d'alcool ou de drogues à élaborer un plan de procréation et de discuter des divers choix de contraception. Il est également important d'offrir des conseils quant aux conséquences d'une telle consommation sur une grossesse et sur les résultats du nouveau-né, ainsi qu'au sujet des répercussions de la grossesse elle-même sur leur propre vie, y compris le recours possible aux services de protection de l'enfance. Les femmes dont la consommation d'alcool ou de drogues pose problème devraient se voir encourager à obtenir un traitement et se voir diriger vers les services appropriés. On sait que les soins contre la dépendance intégrés aux soins de santé mentale et aux soins de santé primaires sont le modèle le plus efficace de soins axés sur la femme[126]. Pour la femme qui n'est pas encore prête à modifier sa consommation de drogues, chaque rencontre constitue une occasion de l'encourager à participer à des soins continus visant à réduire les effets néfastes.

5.8 MÉDICAMENTS

Puisque l'on estime que près de la moitié des grossesses ne sont pas prévues[9], une discussion sur le profil d'innocuité des médicaments de *toutes* les femmes en âge de procréer est extrêmement importante. Les PS devraient informer les femmes des effets possibles des médicaments tératogènes sur leur fœtus. Ainsi, cela permettrait d'aborder l'élaboration d'un plan de procréation et fournirait l'occasion d'examiner la contraception ou de modifier les médicaments si une grossesse est prévue.

L'utilisation de médicaments pendant la grossesse est très courante, étant donné que jusqu'à 70 % des femmes se voient prescrire un médicament tôt ou tard durant la grossesse et que les femmes atteintes de problèmes de santé chroniques prennent très probablement des médicaments de façon régulière. Différents médicaments produisent des effets divers sur le fœtus à différents moments de la grossesse. L'évaluation de la période exacte de l'exposition peut être utile, étant donné que les 2 premières semaines suivant la conception (c.-à-d., la troisième et la quatrième semaine après les dernières menstruations) sont considérées comme une *période de tout ou rien*. Au cours de ce stade pré-embryonnaire, soit l'exposition à un agent est si nocive pour le zygote qu'il ne s'implante pas, soit il se rétablit complètement et l'agent n'a alors aucun autre effet sur la grossesse[127]. L'exposition à certains médicaments au cours du premier trimestre peut être préoccupante, car il s'agit du moment crucial de la formation des organes. D'autres médicaments peuvent nuire à la croissance du fœtus au cours du deuxième et du troisième trimestre[128].

Ce ne sont pas tous les médicaments qui sont nocifs pour le fœtus en développement. De même, ce ne sont pas toutes les déficiences congénitales qui sont causées par des médicaments. Il existe un *risque de base* de malformations dans l'ensemble de la population de 1 à 3 % de toutes les grossesses[128].

Il peut être très difficile de se tenir à jour sur le profil d'innocuité de tous les médicaments en ce qui concerne leurs effets sur la grossesse. Les fournisseurs se reporteront au programme Motherisk et à Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse pour obtenir des renseignements sur les drogues et les médicaments et sur les risques apparentés pour la mère et le fœtus[129,130].

5.9 SANTÉ BUCCODENTAIRE

La santé buccodentaire joue un rôle important dans la santé et le bien-être en général[131]. Au Canada, une parodontopathie touche 21 % de la population adulte, et 96 % des adultes ont déjà eu des caries dentaires, le fardeau étant disproportionné dans les populations vulnérables[132]. De plus en plus d'études confirment une association entre la parodontopathie et les maladies chroniques de longue durée comme le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et la bronchopneumopathie chronique obstructive[133–137].

Une parodontopathie touche jusqu'à 40 % des femmes enceintes, et des études ont démontré que la santé buccodentaire de la mère a des répercussions sur l'issue de la grossesse et peut notamment être associée à des naissances prématurées, au développement de la prééclampsie et à l'accouchement de nourrissons petits pour leur âge gestationnel[138]. En outre, la flore cariogène de la mère qui est transmise au nouveau-né peut accroître le risque de caries chez le nourrisson. C'est donc dire que l'amélioration de la santé buccodentaire d'une femme avant la grossesse optimise les chances de grossesse en santé[131].

Les soins dentaires réguliers constituent un élément clé d'une bonne santé buccodentaire et générale. Même si les soins dentaires peuvent être inaccessibles pour certains Canadiens, des pratiques faciles et peu coûteuses, comme le brossage des dents, l'utilisation de soie dentaire et l'utilisation de produits fluorés (y compris la fluoration de l'eau communautaire), se sont révélées efficaces pour prévenir les caries, la gingivite et les parodontopathies[139]. Tous devraient recevoir des conseils sur les bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire, surtout les femmes afin de prévenir l'apparition de la parodontopathie au cours de la grossesse.

En outre, certains nouveaux arrivants pourraient ne pas avoir les mêmes normes de santé buccodentaire et auront besoin de conseils plus précis sur les bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire[79].

5.10 VACCINS ET MALADIES INFECTIEUSES

Comme de nombreuses maladies infectieuses ayant des effets indésirables graves sur la santé des mères et des fœtus sont évitables par la vaccination, l'immunisation est un composant essentiel des soins préconception. Par exemple, une infection maternelle par la rubéole au cours du premier trimestre peut causer une embryopathie rubéolique chez jusqu'à 85 % des nourrissons; cela peut entraîner la surdité, des anomalies cardiaques et des dommages au système nerveux central, au foie et aux os. La varicelle pendant la grossesse peut provoquer l'avortement spontané, la mortinaissance et des anomalies congénitales. La varicelle chez la mère produit un risque élevé de pneumonie grave et, si l'infection survient entre 5 jours avant la naissance et 2 jours après la naissance, elle peut entraîner une varicelle néonatale grave chez 17 % à 31 % des nourrissons[140].

La vaccination des adultes est un élément essentiel d'une stratégie globale de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour tous. L'immunisation peut également protéger les personnes à risque de contracter des maladies évitables par la vaccination qui sont trop jeunes pour être immunisées ou qui ne peuvent pas être vaccinées en raison d'une contre-indication[141]. L'immunisation avant la grossesse peut prévenir les résultats négatifs de la grossesse et la transmission des infections au fœtus; de plus, elle peut offrir une protection pendant la petite enfance, étant donné que les anticorps maternels peuvent être transférés à travers le placenta[142]. Les visites médicales habituelles constituent pour les PS une occasion idéale d'évaluer le statut de vaccination[141].

Étant donné que les vaccins vivants, comme le vaccin ROR et celui contenant le virus de la varicelle, ne devraient pas être administrés durant la grossesse, il est particulièrement important que les femmes en âge de procréer aient des vaccins à jour, en plus de retarder la grossesse de 28 jours après l'immunisation par un vaccin vivant.

Les nourrissons trop jeunes pour être immunisés courent le plus grand risque de complications graves associées à la coqueluche. Même si tous les adultes devraient être vaccinés contre la coqueluche, cela est particulièrement crucial pour ceux qui prévoient être régulièrement en contact avec un nourrisson. Une dose de vaccin contenant la coqueluche, c'est-à-dire le vaccin dcaT (anatoxine tétanique, dose réduite d'anatoxine diphtérique et vaccin anticoquelucheux acellulaire), devrait être administrée au moins 2 semaines avant le premier contact. L'évaluation de la vaccination contre la coqueluche est importante pour les femmes qui prévoient une grossesse. Pour celles qui n'ont pas été immunisées avant la grossesse, l'administration du vaccin dcaT est jugée sûre et permet le transfert de concentrations élevées d'anticorps aux nourrissons au cours des 2 premiers mois de leur vie, lorsque la morbidité et la mortalité découlant d'une infection par la coqueluche sont au niveau le plus élevé. Pour obtenir plus de précisions sur l'immunisation par le vaccin dcaT pendant la grossesse, les PS consulteront le *Guide canadien d'immunisation*[141].

La vaccination antigrippale annuelle est recommandée pour les femmes enceintes ou qui pourraient le devenir pendant la saison de la grippe (d'octobre à aussi tard que mai), en raison du risque accru de morbidité et pour fournir une protection passive au nourrisson qui est trop jeune pour être vacciné[141].

Les personnes nées à l'extérieur du Canada peuvent présenter une sensibilité différente aux maladies évitables par la vaccination, comparativement aux personnes nées au Canada. Par exemple, des études ont révélé que plus du tiers des personnes qui étaient de nouveaux immigrants et réfugiés, en particulier les femmes, étaient réceptives à la rougeole, aux oreillons ou à la rubéole et que celles provenant de pays tropicaux étaient plus susceptibles d'être réceptives à la varicelle. Les PS peuvent résoudre ce problème en mettant en priorité l'évaluation et la mise à jour de l'immunisation chez les personnes nouvellement arrivées au Canada[143].

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande à tous les adultes vivant au Canada qui ne présentent pas de contre-indications d'être systématiquement vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination. Des recommandations précises pour les nourrissons, les enfants et les adultes ainsi que durant la grossesse et l'allaitement sont disponibles dans le *Guide canadien d'immunisation*, fondé sur les lignes directrices du CCNI[141]. Même si ce comité consultatif formule des recommandations à l'échelle nationale, des programmes et des calendriers d'immunisation particuliers sont déterminés par les provinces et les territoires. Par conséquent, les PS devraient se reporter aux calendriers d'immunisation de leur administration respective. Des directives et des ressources supplémentaires sont disponibles auprès de la SOGC.

5.11 MALADIES INFECTIEUSES NON ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Les maladies infectieuses non évitables par la vaccination peuvent avoir une incidence sur la fécondité des femmes et les résultats de grossesse. Certaines de ces conséquences peuvent être atténuées ou évitées dès la période de préconception par l'éducation en matière de santé ou par le dépistage et le traitement. Comme recommandation générale, le lavage universel des mains peut réduire la propagation de bon nombre de maladies infectieuses[138].

Tout au long de la vie des patients, aussi bien les femmes que les hommes, les visites habituelles offrent aux PS l'occasion de détecter la présence de facteurs de risque élevé d'infections transmissibles sexuellement. Toutes les femmes, en particulier, devraient être examinées pour détecter la présence de tels facteurs avant la grossesse, et des tests de suivi devraient être effectués en fonction du résultat, conformément aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* de l'ASPC[144]. Tous les patients devraient être encouragés à adopter des pratiques sexuelles sécuritaires afin de réduire le risque de transmettre ou de contracter des infections transmissibles sexuellement et, au besoin, de prévenir la grossesse.

L'infection gonococcique comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* peuvent entraîner l'infection génitale haute qui peut avoir des répercussions négatives sur la fécondité. L'incidence de la syphilis, qui peut causer une maladie grave chez la mère et le fœtus, est à la hausse. La syphilis est souvent asymptomatique, mais la maladie peut être détectée au moyen d'un dépistage et traitée à un stade précoce[144]. Outre ses répercussions sur l'état de santé général de la femme, le VIH peut être transmis d'une mère infectée au fœtus. La connaissance de l'état sérologique d'une femme en matière de VIH avant la grossesse permet le traitement et la réduction de la charge virale, ce qui réduit le risque de transmission au fœtus en cas de grossesse.

> **Tous les patients devraient être encouragés à adopter des pratiques sexuelles sécuritaires afin de réduire le risque de transmettre ou de contracter des infections transmissibles sexuellement et, au besoin, de prévenir la grossesse.**

En ce qui concerne les femmes et les hommes qui sont de nouveaux immigrants et des réfugiés, un dépistage supplémentaire pourrait être requis en fonction de leur résultat à l'évaluation des risques et de leur pays d'origine. Se reporter à la section 6, Populations spécifiques : Immigrants et réfugiés, des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* afin d'obtenir des renseignements précis sur le dépistage, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des infections transmissibles sexuellement au sein de cette population[144].

Les femmes qui planifient une grossesse ont également besoin de conseils en matière de bonnes pratiques de manipulation des aliments afin de prévenir la toxoplasmose et la listériose. La prévention de ces maladies comprend le lavage rigoureux des fruits et légumes et l'assainissement des surfaces de cuisine avec un désinfectant commercial ou une solution diluée d'eau de Javel (5 mL dans 750 mL d'eau) après le contact avec des fruits et légumes non lavés, de la viande crue ou des fruits de mer. La toxoplasmose peut également être évitée par la cuisson de la viande à une température supérieure à 67 °C (153 °F) et par le port de gants pour changer la litière d'un chat ou manipuler du sol potentiellement contaminé [138,145]. Quant au risque de la listériose, elle peut être réduite en réfrigérant adéquatement les aliments et en évitant le lait cru, les fromages à pâte molle et les viandes prêtes-à-manger comme les hot dogs, les pâtés et la charcuterie. Cela devient encore plus important au moment de la grossesse[146].

5.12 VIOLENCE CONJUGALE

Au-delà des répercussions physiques et émotionnelles immédiates, la violence conjugale peut avoir des conséquences à vie, telles que des traumatismes physiques et psychologiques et des problèmes de santé chroniques. De tels actes peuvent nuire directement à la santé reproductive, car ils peuvent être associés à des problèmes gynécologiques, à des complications de la grossesse, à des grossesses non désirées et à des infections transmissibles sexuellement[147].

Selon l'*EEM*, environ 11 % des femmes avaient été victimes de violence conjugale dans les 2 années précédant leur accouchement; et de ce nombre, 31 % ont signalé que la violence avait eu lieu au cours de leur grossesse. Les femmes vivant dans un ménage à faible revenu, les jeunes femmes et les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé étaient plus susceptibles d'avoir été victimes de violence conjugale[10].

Cependant, il n'existe aucune donnée probante qui appuie le dépistage systématique officiel de la violence conjugale avant la conception[148]. Même si les professionnels de la santé et les patients ont jugé acceptables plusieurs outils, y compris l'évaluation de la santé psychosociale prénatale (ALPHA) et le questionnaire sur les risques prénataux (ANRQ), ces outils n'ont été évalués que chez des femmes déjà enceintes[149].

Compte tenu de l'incidence négative de la violence conjugale sur la santé des mères et des nouveau-nés, les moyens suivants sont tous considérés comme légitimes pour aider les PS à déchiffrer les signes et les symptômes qui semblent indiquer une exposition possible[150] :

- explorer le soutien social et instrumental (y compris le logement et les finances) du conjoint, des membres de la famille et des amis;
- discuter de la crainte de dommages ou des dommages réels physiques, psychologiques ou financiers causés par un conjoint actuel ou passé;
- au besoin, poser des questions sur la sécurité et fournir des renseignements en matière de refuges et de services.

Étant donné que la sécurité des femmes est toujours une préoccupation de premier ordre, il faudra faire preuve de prudence si des membres de la famille sont présents.

Pour les femmes nouvellement arrivées au Canada, la violence conjugale ou la violence perpétrée par un autre membre de la famille peut poser des difficultés supplémentaires. Certaines d'entre elles pourraient croire, à tort, que la divulgation de ces renseignements pourrait entraîner leur déportation par le conjoint ou la famille, ou encore que ces renseignements pourraient être partagés avec le conjoint ou la famille. L'utilisation d'un interprète ou d'un intermédiaire culturel réputé pour sa confidentialité peut aider à écarter ces craintes. Il peut également être utile de repérer les femmes de la même origine culturelle ou d'une origine culturelle semblable qui ont eu la même expérience et qui sont prêtes à servir de contact avec les femmes susceptibles d'être victimes de violence.

Certaines femmes réfugiées peuvent essayer de trouver un sens à la violence qu'elles ont connue avant leur arrivée au Canada. Résoudre les conséquences d'expériences de violence passées est important pour assurer une santé mentale positive aux femmes et à leurs enfants.

Comme ce processus est souvent long, il est préférable de commencer avant la grossesse. Les PS qui déterminent qu'une femme est une réfugiée peuvent souhaiter cibler davantage leurs questions, rassurer l'intéressée et lui fournir des renseignements sur les services offerts.

> **Environ 11 % des femmes avaient été victimes de violence conjugale dans les 2 années précédant leur accouchement; et de ce nombre, 31 % ont signalé que la violence avait eu lieu au cours de leur grossesse.**

5.13 SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE

Il existe une association importante entre, d'une part, la dépression et l'anxiété maternelles et, d'autre part, de mauvais résultats pour la mère, le fœtus et le nourrisson, tels qu'une naissance prématurée, un bébé de faible poids et de faibles taux d'initiation de l'allaitement, ainsi que des résultats cognitifs, émotionnels et développementaux indésirables chez les nourrissons et les jeunes enfants[151,152].

Les maladies mentales en période périnatale constituent un important problème de santé publique. D'après l'*EEM*, 15,5 % des femmes ont reçu un diagnostic de dépression ou un traitement par des antidépresseurs avant la grossesse[10]. La dépression touche environ 10 % des femmes à un moment ou l'autre au cours de leur grossesse, et entre 20 et 40 % des femmes ayant des antécédents de dépression souffriront d'une rechute au cours de la période post-partum[149]. Les taux de dépression sont encore plus élevés chez les femmes des Premières nations[153].

Bien que le dépistage systématique de la dépression ne soit pas recommandé, les PS peuvent rester attentifs aux signes de maladie mentale en examinant les domaines généraux suivants[154] :

- le soutien social et instrumental (y compris le logement et les finances) du conjoint, des membres de la famille et des amis;
- les antécédents passés ou actuels de problèmes psychologiques personnels ou chez des membres de la famille proche (p. ex., diagnostic de maladie mentale ou mauvaise santé mentale), y compris le trouble bipolaire, la dépression ou l'anxiété ou d'autres problèmes psychologiques;
- les habitudes, passées ou actuelles, de consommation de tabac, d'alcool et de drogues.

Des données probantes *appuient* le dépistage de la dépression chez les femmes nouvellement immigrantes et réfugiées si un programme de traitement intégré est accessible. Toutefois, le dépistage systématique du stress post-traumatique n'est pas recommandé chez cette population, étant donné qu'il pourrait faire plus de mal que de bien[79].

Antidépresseurs

Les femmes qui nécessitent une pharmacothérapie pour un trouble dépressif majeur et qui envisagent une grossesse doivent soupeser le faible risque d'exposition du fœtus ou du nouveau-né par rapport aux avantages du traitement. Les résultats de recherche sur l'innocuité des antidépresseurs durant la grossesse sont toujours émergents; toutefois, comparativement aux femmes qui poursuivent la prise d'antidépresseurs, les personnes qui cessent leur traitement au moment de la conception semblent présenter des taux plus élevés de rechute pendant la grossesse, taux qui peuvent être associés à des morbidités chez la mère et le nourrisson[155].

Des antidépresseurs sont prescrits à environ 7 % des femmes canadiennes durant la grossesse[156]. Certaines études ont démontré que ce traitement était associé à une très faible augmentation du risque de malformations cardiovasculaires. D'autres études n'ont toutefois pas confirmé ce risque. Il existe également une association importante entre la prise d'antidépresseurs pendant la grossesse et le syndrome de mauvaise adaptation néonatale ainsi que les tremblements, même si on n'observe aucune augmentation du taux de mortalité néonatale[152].

La fluoxétine et d'autres inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine demeurent des options d'antidépresseurs de première intention durant la grossesse[157]. Comme pour tout médicament pris par une femme au cours de la période de préconception, l'utilisation des antidépresseurs doit être examinée et des conseils doivent être fournis quant à leurs répercussions pendant la grossesse.

5.14 EXAMEN MÉDICAL

La plupart des soins préconception comprennent le relevé soigné des antécédents et l'offre de conseils précis. Il existe peu de données probantes qui appuient l'examen physique systématique des femmes en santé en âge de procréer. Toutefois, les PS devraient mesurer la tension artérielle, effectuer un dépistage du cancer du col de l'utérus selon les recommandations provinciales ainsi qu'un dépistage des infections transmissibles sexuellement. La taille et le poids des femmes devraient également être mesurés afin de calculer leur IMC.

La nécessité d'effectuer des examens physiques supplémentaires doit être établie en fonction de la santé actuelle et passée de la femme. Une conversation à propos des antécédents de chirurgie des seins ou de mamelons invertis pourrait offrir l'occasion de déterminer toutes préoccupations en matière d'allaitement et de fournir une éducation sur l'allaitement.

6 FEMMES AYANT DES BESOINS PARTICULIERS

6.1 ÂGE AVANCÉ DE LA MÈRE/ GROSSESSE TARDIVE

Un nombre croissant de femmes au Canada choisissent de retarder leur grossesse jusqu'à ce qu'elles soient dans la trentaine bien avancée. De 1987 à 2005, la proportion de premières naissances chez les femmes possédant un *âge avancé de maternité* (≥ 35 ans) a augmenté, passant de 4 à 11 %. Les raisons qui expliquent cette situation comportent de nombreux facteurs, y compris les mariages qui surviennent plus tard, l'accès à la contraception, la volonté d'une stabilité financière et de carrière, les changements de valeurs et l'absence de politiques sur le soutien familial [57,158].

Biologiquement, le moment optimal pour une grossesse est entre 20 et 35 ans. La fécondité de la femme commence à diminuer considérablement au début de la trentaine, principalement en raison du nombre réduit d'ovocytes qui sont également de moindre qualité, ce qui diminue la probabilité de conception et augmente le risque d'avortement spontané.

En plus de la diminution de la fécondité et du risque accru d'avortement spontané, les complications obstétriques et périnatales (p. ex., naissances prématurées, bébé de faible poids, mortinaissance, placenta prævia, diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne) augmentent après l'âge de 35 ans. Les anomalies chromosomiques, responsables de la majorité des avortements spontanés et des malformations congénitales, augmentent avec l'âge : le risque total d'anomalies chromosomiques est de 1 sur 385 à l'âge de 30 ans et de 1 sur 63 à l'âge de 40 ans[159–161].

En raison de leur fécondité réduite, les femmes âgées de plus de 35 ans sont plus susceptibles d'utiliser la technologie de reproduction assistée[57,162]. Toutefois, la plupart des femmes et des hommes sous-estiment l'incidence de l'âge sur la fécondité et surestiment la capacité de la procréation assistée pour compenser. Aussi, il y a lieu de conseiller les patients sur les conséquences du report de la grossesse afin d'aider les personnes qui envisagent, tôt ou tard, de fonder une famille à prendre une décision éclairée sur leur plan de procréation.

6.2 PROCRÉATION ASSISTÉE

Jusqu'à un couple canadien sur sept est stérile[163]. La *procréation assistée* désigne toutes les activités utilisées pour aider à la reproduction humaine. Par contre, la *technologie de reproduction assistée* est souvent définie comme toute procédure qui comprend la manipulation des ovules, des spermatozoïdes, ou des deux, à l'extérieur du corps humain (*in vitro*). De telles interventions sont importantes pour aider les Canadiens dont la fécondité est réduite, les parents célibataires et les couples de même sexe, qui nécessitent des dons de gamètes ou une mère porteuse gestationnelle, à fonder une famille[164]. De 1,7 à 4,0 % des naissances vivantes ont lieu à la suite d'un recours à la reproduction assistée[162].

Les personnes et les couples qui ont besoin d'aide en matière de procréation peuvent souffrir d'un stress émotionnel et financier. Un tel stress peut avoir des répercussions sur la santé mentale des parents, ce qui peut nuire à leur relation de couple et à celle qui existe entre eux et leurs autres enfants. Les familles peuvent nécessiter un soutien supplémentaire de leur PS ainsi que des conseils pour les aider à faire des choix éclairés sur l'utilisation de la reproduction assistée[165].

Outre les répercussions psychologiques, certaines interventions médicales peuvent comporter des risques pour les parents potentiels. Certains des médicaments contre la stérilité permettant de stimuler les ovules et de favoriser l'ovulation sont associés à un risque de syndrome d'hyperstimulation ovarienne, qui peut être grave, ou même mortel dans de rares cas. Des complications qui pourraient nécessiter une hospitalisation, comme le syndrome d'hyperstimulation ovarienne, les grossesses ectopiques ou hétérotopiques ou des événements indésirables attribuables à la procédure, surviennent dans environ 2 % des cycles de procréation assistée[166]. Les résultats indésirables chez la mère comprennent l'anémie, les maladies hypertensives, le diabète gestationnel et les risques chirurgicaux de la césarienne.

Même si la majorité des enfants conçus à l'aide de la reproduction assistée sont en bonne santé, les couples et les personnes qui l'envisagent doivent être conscients des risques possibles. La grossesse multiple est le résultat le plus important associé à cette technologie, ainsi que les taux accrus de naissances prématurées, de retards de croissance, de paralysie cérébrale, d'anomalies congénitales et de mortalité périnatale qui en découlent[162]. Une tendance vers le transfert de moins d'embryons a permis de réduire le risque global de grossesses multiples associé à la reproduction assistée, mais les taux demeurent beaucoup plus élevés que dans le cas d'autres types de grossesses[167,168].

Les femmes qui ont des grossesses uniques conçues à l'aide de la reproduction assistée présentent des taux accrus de naissances prématurées et de bébés de faible poids, même si ces résultats sont également influencés par des facteurs tels que la technique employée, l'âge de la mère et les problèmes médicaux sous-jacents, y compris l'infertilité elle-même[169]. Le taux d'anomalies congénitales chez les enfants conçus à l'aide de la reproduction assistée est de 30 à 70 % plus élevé que le taux de référence, estimé à 4 % de tous les nouveau-nés au Canada, peu importe si la grossesse est unique ou multiple ou si l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde a été utilisée[170].

Encore une fois, cette augmentation peut être attribuable à la méthode utilisée ou à un certain nombre d'autres facteurs. Les grossesses conçues après le transfert d'embryons congelés puis dégelés peuvent présenter une diminution des risques de naissances prématurées, d'enfants petits pour leur âge gestationnel et d'anomalies congénitales par rapport aux conceptions effectuées après le transfert d'embryons frais, mais les risques demeurent supérieurs au taux de référence[171].

Les femmes qui ont recours à la reproduction assistée présentent plus de problèmes liés à l'allaitement, en raison d'un retard de lactogenèse ou d'une production insuffisante de lait[172]. Les PS devraient discuter de ces conséquences avec les patientes qui subissent des traitements contre la stérilité de façon à ce qu'elles y soient préparées.

Les PS consulteront les directives de pratique clinique de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie pour connaître le traitement de référence en matière de procréation assistée[173].

6.3 ADOLESCENTS

La grossesse à l'adolescence a été associée à une augmentation du risque de résultats périnataux indésirables, comme la prématurité et le retard de croissance intra-utérine[174,175]. Ces risques sont plus élevés chez les mères adolescentes plus jeunes que chez celles qui sont plus âgées. Les résultats sur le plan psychosocial chez les mères adolescentes et leurs nourrissons sont inférieurs à ceux des mères adultes et de leurs nourrissons, même si les contributions relatives des facteurs d'immaturité biologique et des facteurs socioéconomiques font actuellement débat[176]. Toutefois, les soins prénataux adéquats et le soutien psychosocial intensif avant et après la naissance peuvent aider à atténuer ces effets négatifs [177].

La grossesse et le rôle parental chez les adolescentes sont courants dans les collectivités autochtones. Selon une étude effectuée en 2009, même si les femmes de 15 à 19 ans inscrites à titre d'Indiennes présentaient un taux de naissances qui avait diminué entre 1992–1993 et 2006–2007, ce taux était plus de quatre fois supérieur à celui des femmes de cette catégorie d'âge dans l'ensemble de la population canadienne[178].

Les soins de santé proactifs des patients adolescents devraient comprendre des conversations à propos de leur activité sexuelle actuelle et de leurs projets de devenir sexuellement actifs. L'instauration d'une méthode de contraception doit précéder, et non suivre, le début de l'activité sexuelle. Les adolescents ne sont souvent pas ciblés pour des conseils sur la préconception, étant donné que la grossesse chez cette population est généralement considérée comme accidentelle. Toutefois, des études indiquent qu'un nombre important de grossesses chez les adolescentes sont voulues ou, à tout le moins, pas activement évitées[179–181]. Un examen de l'attitude des mères adolescentes à l'égard du moment de leur grossesse a révélé que 27,5 % des mères âgées de 15 à 19 ans souhaitaient devenir enceintes à ce moment-là ou plus tôt[182]. Les préoccupations à propos de l'opinion négative des adultes concernant la grossesse des adolescentes peuvent pousser certaines d'entre elles à cacher leur désir de devenir enceintes ou leur ambivalence à cet égard.

Une telle ambivalence (ou une intention dissimulée) peut expliquer pourquoi une adolescente refuse la contraception, n'utilise pas systématiquement une méthode de contraception ou consulte pour des tests de grossesse répétés. Discuter ouvertement d'une ambivalence possible donne aux adolescentes l'occasion de réfléchir à leurs sentiments et à leurs croyances dans un environnement sécuritaire et neutre qui reconnaît leurs capacités, respecte leurs compétences et leur fournit des renseignements utiles pour qu'elles puissent prendre soin d'elles-mêmes. Une mauvaise utilisation d'une méthode de contraception devrait donner lieu à une conversation à propos de la préparation avant la grossesse. En particulier, les suppléments d'acide folique n'ont pas d'effets indésirables et peuvent empêcher la naissance d'un nourrisson atteint d'une anomalie du tube neural.

Lorsqu'une jeune femme se présente pour un test de grossesse, il s'agit là d'une belle occasion d'amorcer une conversation éducative, ouverte et sans jugement, notamment sur les souhaits liés au résultat, avant même d'effectuer le test. Pour les adolescentes qui préfèrent clairement ne pas être enceintes, le PS peut en profiter pour aborder la méthode de contraception actuellement utilisée et travailler avec les patientes afin d'améliorer l'efficacité du contraceptif (y compris l'option de la contraception orale d'urgence). Pour les adolescentes qui espèrent clairement être enceintes, le PS peut alors effectuer un suivi sur les façons d'optimiser les résultats liés à la grossesse.

6.4 FEMMES AYANT SUBI UNE EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

La mutilation génitale féminine, aussi appelée excision, fait référence à toutes les interventions qui comprennent l'ablation totale ou partielle de l'organe génital féminin externe ou d'autres lésions aux organes génitaux pour des raisons non médicales. Il existe quatre types de mutilation génitale féminine classés selon l'étendue de l'intervention[183,184] :

- Le type 1, appelé clitoridectomie, comprend habituellement l'ablation partielle ou totale du clitoris ou du prépuce.
- Le type 2, appelé excision, fait référence à l'ablation de la plus grande partie ou de la totalité du clitoris et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Le type 3, appelé infibulation, est la forme la plus étendue. Elle comprend non seulement une excision, mais aussi l'ablation de la partie médiane des grandes lèvres ou des petites lèvres avec ou sans infibulation, ainsi que l'accolement des deux côtés de la vulve en conservant une ouverture de la taille d'une tête d'allumette au-dessus de la zone vaginale pour permettre l'écoulement lent de l'urine et du sang menstruel.
- Le type 4 est une catégorie relativement non précise qui comprend la ponction, le percement, l'incision ou l'étirement du clitoris ou des lèvres, la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants, la scarification ou l'incision du vagin ainsi que l'introduction de substances corrosives ou d'herbes dans le vagin afin de causer un saignement, un resserrement ou un rétrécissement.

La mutilation génitale féminine se pratique dans 29 pays d'Afrique, au Moyen-Orient, dans des parties de l'Arabie, au Yémen, à Oman, aux Émirats arabes unis et dans quelques pays d'Asie, comme l'Indonésie, la Malaisie et l'Inde. On dénombre de plus en plus de femmes qui ont eu une mutilation génitale en Europe, au Canada, en Australie et aux États-Unis en raison de l'immigration. L'infibulation est pratiquée chez environ 10 à 15 % des femmes touchées, tandis que l'excision représente environ 80 % des cas[183,184].

> « **Ils doivent approcher les soins de manière à écarter les craintes des femmes et à gagner leur confiance au cours de la période avant la grossesse, de façon à ce que les patientes soient plus enclines à accepter les conseils sur l'importance des soins prénataux au cours du premier trimestre.**

Les conséquences de cette pratique sur la santé comprennent des difficultés liées au flux menstruel, aux relations sexuelles, à la réceptivité sexuelle ainsi qu'à l'utilisation d'une méthode de contraception. Le dysfonctionnement sexuel – y compris une douleur accrue pendant les relations sexuelles et un désir sexuel réduit – survient souvent, en particulier dans le cas de la forme la plus grave de l'infibulation. Toute méthode de contraception qui comprend une pénétration vaginale pourrait ne pas être acceptable ou réalisable. Les interventions comprenant la pénétration du canal vaginal peuvent être difficiles, voire impossibles, et peuvent entraîner une douleur extrême.

De façon générale, les PS ne possèdent pas suffisamment d'instruction sur cette procédure, ses conséquences sur la santé ainsi que ses répercussions culturelles. Par conséquent, il leur est difficile de fournir des soins appropriés avant et pendant la grossesse et l'accouchement. Les femmes ayant subi une mutilation génitale craignent la censure des personnes soignantes et peuvent éviter de recevoir des soins de maternité[184]. Les PS qui font l'effort de se renseigner à ce sujet sont nettement mieux placés pour apporter leur soutien aux femmes de façon respectueuse. Ils doivent approcher les soins de manière à écarter les craintes des femmes et à gagner leur confiance au cours de la période avant la grossesse, de façon à ce que les patientes soient plus enclines à accepter les conseils sur l'importance des soins prénataux au cours du premier trimestre.

Durant les examens de la région périnéale des femmes ayant subi une mutilation génitale, il faut veiller à faire attention à deux points très importants :

- Être conscient de la sensibilité physique accrue de la région périnéale;
- éviter tout commentaire blessant ou manquant de tact pendant l'examen.

Une recherche canadienne a révélé que 88 % des PS de maternité ont exprimé une certaine forme de commentaires blessants[184]. L'exploration sensible et exempte de jugement de l'existence, du type et de l'expérience de la mutilation génitale est importante avant les examens vaginaux/gynécologiques de la femme.

Une variété de petits spéculums étroits devraient être accessibles, et tout test nécessaire devrait être expliqué et effectué de façon attentive et respectueuse. La *Directive clinique sur l'excision génitale féminine* de la SOGC offre des recommandations supplémentaires sur les soins aux femmes qui ont subi une mutilation génitale[183].

Pendant un accouchement par voie vaginale, l'infibulation doit être ouverte (défibulation) afin de permettre le passage du bébé. Il est nettement préférable d'effectuer cette intervention, sous anesthésie appropriée, avant la conception ou, au plus tard, au cours de la grossesse. Si la défibulation n'est réalisée qu'au moment de l'accouchement, le risque d'hémorragie augmente considérablement, car la zone du clitoris est vascularisée. C'est en discutant avec la femme avant la conception (de préférence en présence du conjoint) de la nécessité d'une défibulation, ainsi que de l'illégalité au Canada de la MGF et de la restauration de l'infibulation, que le PS peut contribuer à éviter que le couple ne cherche un PS traditionnel en vue de restaurer l'infibulation après l'accouchement[183,184].

6.5 POPULATIONS GAIE, LESBIENNE, BISEXUELLE, TRANSGENRE, ALLOSEXUELLE ET EN QUESTIONNEMENT

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale sont fondés sur des rapports de confiance mutuellement respectueux et sur les besoins de chacun. Même si d'importants progrès ont été réalisés pour fournir des soins de santé équitables aux personnes des communautés gaie, lesbienne, bisexuelle, transgenre, allosexuelle et en questionnement (LGBTQ)[ii], ces populations rencontrent toujours régulièrement des obstacles les empêchant d'avoir accès à des soins adaptés à leur réalité culturelle et qui répondent à leurs besoins. Par exemple, les femmes lesbiennes et bisexuelles pourraient :

- avoir des inquiétudes à l'égard de la confidentialité;
- rencontrer des PS qui ne comprennent pas leurs besoins en matière de santé et les risques en jeu;
- devoir toujours faire face à un traitement et à des attitudes discriminatoires.

Au sein de la communauté LGBTQ, les personnes transgenres se heurtent à des difficultés particulières pour accéder à des soins de santé personnalisés et adaptés à leur réalité culturelle, en raison d'un manque de connaissances concernant leurs besoins, ainsi que d'une discrimination ou d'un manque de sensibilité fréquents.

La World Professional Association for Transgender Health recommande que les soins de santé pour les personnes transgenres leur soient prodigués dans le cadre du système de soins de santé primaires, y compris le traitement hormonal et l'évaluation en vue d'une intervention chirurgicale, si le PS a reçu la formation adéquate. Il y a tout lieu de veiller à une communication et à une coordination de qualité entre les PS lorsque les personnes transgenres sont traitées dans une perspective familiale[186]. Si des PS ne se sentent pas à l'aise auprès de cette population, cela risque de renforcer leur sentiment de rejet et de susciter une réticence à obtenir des soins ou à y avoir accès. Lorsqu'ils soignent des personnes transgenres, ils devraient poser des questions à propos de leurs préférences en matière de prénom et de pronom (elle/il/autre pronom neutre) et utiliser un langage commun aux deux sexes.

Il est important de noter que les personnes transgenres ont les mêmes besoins que les autres en matière de soins, notamment pour ce qui est des soins de santé préventifs et du traitement des maladies aiguës et chroniques. Les soins prodigués devraient tenir compte de l'anatomie de la personne, mais aussi être respectueux de son identité de genre. Des soins optimaux nécessitent non seulement un savoir-faire culturel, mais aussi des compétences cliniques

[ii] Le sigle *LGBTQ* (ou *LGBTA)* est couramment utilisé pour inclure les personnes qui se définissent comme étant lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres ou queers (ou allosexuelles) ou en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle, ou comme transgenres par rapport à leur identité de genre. Les présentes lignes directrices reconnaissent que l'orientation sexuelle et l'identité de genre suivent un continuum qui peut évoluer au fil du temps et que la communauté en question est très diversifiée, comme toutes les communautés canadiennes.

pour répondre aux besoins propres au sexe particulier de cette population. Les personnes transgenres peuvent également chercher des soins qui leur sont spécifiquement destinés, comme le traitement hormonal substitutif et la chirurgie de confirmation de genre.

Toutes les personnes LGBTQ devraient être encouragées à élaborer un plan de procréation approprié et inclusif. Celles qui veulent des enfants demanderont probablement conseil à leur PS pour obtenir des renseignements sur les options possibles pour devenir enceintes de façon sécuritaire et efficace[187]. Des recherches semblent indiquer que certaines personnes LGBTQ pourraient présenter un risque accru quant à certains problèmes de santé reproductive, notamment des taux supérieurs de syndrome des ovaires polykystiques chez les personnes ayant des ovaires et un utérus. On ne devrait jamais supposer, uniquement d'après l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne, que celle-ci ne prévoit pas avoir d'enfants ou n'a jamais été enceinte. Les discussions au sujet des options de conception et de grossesse sont valables pour tous.

Les personnes LGBTQ peuvent avoir de la difficulté à accéder aux services de procréation assistée. L'American College of Obstetricians and Gynecologists et la SOGC affirment la responsabilité d'offrir des soins de qualité à tous, indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. À cet égard, la SOGC ajoute qu'«aucun individu ne devrait être exclu d'un service médical offert aux autres en raison de son orientation sexuelle (p. ex. l'insémination artificielle à partir du sperme testé provenant d'un donneur anonyme ou tout autre technique de fécondation). »[188,189,190 p209]. Les PS se reporteront aux directives de pratique clinique de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, qui donnent des conseils sur les soins en matière de fécondité.

Certaines approches peuvent être facilement intégrées aux soins habituels et aux politiques et procédures de bureau et de programmes afin de contribuer à créer un environnement accueillant, exempt de tout jugement, par exemple :

- publier une politique de non-discrimination qui établit en quoi consiste un environnement respectueux;
- formuler les questions de façon à ce qu'elles ne permettent pas d'émettre des hypothèses quant à l'identité de genre et à l'orientation ou aux comportements sexuels de la personne interrogée;
- utiliser un langage inclusif en suivant les indications des patients.

L'éducation est la première étape vers l'amélioration des soins offerts aux personnes LGBTQ, et de la formation est disponible pour aider les PS à accroître leurs connaissances et leur sensibilité dans ce domaine.

« **Toutes les personnes LGBTQ devraient être encouragées à élaborer un plan de procréation approprié et inclusif.**

7 FEMMES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

Environ 27 % des femmes enceintes sont atteintes d'une maladie chronique. Parmi les affections les plus courantes, on retrouve l'asthme, l'hypertension, le diabète, l'épilepsie et les troubles de santé mentale[191]. Peu de données sont disponibles en ce qui concerne le Canada; en effet, une seule étude présente une estimation de l'incidence des principales maladies chroniques préexistantes observées chez les femmes enceintes, qui est de 3,67 par 1000 naissances[192]. Les principes généraux recommandés sont les suivants :

- Prodiguer des soins et offrir du soutien en fonction des besoins de la femme et de sa famille. Pour faire des choix éclairés, les femmes et les familles doivent avoir des connaissances sur leur état de santé et les soins prodigués, ainsi que sur les options, risques et avantages des approches en matière de traitement.
- S'assurer que le problème médical est stable et maîtrisé avant la conception.
- S'assurer que les médicaments utilisés pour traiter l'affection ont été évalués aux fins d'innocuité pendant la grossesse et que les doses ont été ajustées en conséquence.
- Envisager d'aiguiller les patients vers des spécialistes possédant une expertise dans la gestion des troubles médicaux durant la grossesse.

7.1 HYPERTENSION

Environ 6 % des grossesses sont compliquées par des troubles hypertensifs, un nombre approximativement égal de cas d'hypertension chronique avant la grossesse et d'hypertension gestationnelle/prééclampsie[193]. Les femmes souffrant d'hypertension chronique doivent être encouragées à modifier leur mode de vie de façons diverses : améliorer leur alimentation, faire de l'exercice, conserver un poids santé ou y tendre, prendre des médicaments pour optimiser leur tension artérielle et pour améliorer leur état de santé général avant une grossesse.

« **Environ 27 % des femmes enceintes sont atteintes d'une maladie chronique. Parmi les affections les plus courantes, on retrouve l'asthme, l'hypertension, le diabète, l'épilepsie et les troubles de santé mentale.**

La période de préconception est également un bon moment pour écarter les causes secondaires sous-jacentes d'hypertension et pour évaluer les effets de l'hypertension sur les organes cibles par différents moyens : électrocardiogramme; analyse des électrolytes, de la créatinine et d'urine. Si l'électrocardiogramme est anormal, il vaut mieux effectuer un échocardiogramme. Il faut évaluer l'excrétion urinaire de protéines de base à l'aide du rapport microalbumine/créatinine ou d'une évaluation urinaire par bandelette. Si les résultats sont anormaux, il faut effectuer une collecte d'urine de 24 heures pour confirmer les résultats et songer à aiguiller la femme vers un spécialiste pour écarter la possibilité d'une néphropathie co-existante[194]. Les femmes présentant une néphropathie ou une cardiopathie co-existante pourraient nécessiter une évaluation supplémentaire des risques d'une grossesse pour la mère et le fœtus[192].

L'innocuité des antihypertenseurs devrait faire l'objet d'une évaluation à l'égard des risques et des avantages pour la mère et le fœtus[128]. Les PS consulteront la directive *Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse* de la SOGC pour des conseils précis à propos des médicaments[195].

7.2 DIABÈTE

Les taux de diabète de type 1, de type 2 et gestationnel sont tous à la hausse au Canada[196]. Chez les Canadiens âgés d'un an et plus, la prévalence du diabète diagnostiqué normalisée selon l'âge a augmenté de 70 %, passant de 3,3 % en 1998–1999 à 5,6 % en 2008–2009[197]. Le diabète non reconnu ou non contrôlé est associé à des taux plus élevés de complications en début et en fin de grossesse (notamment avortements spontanés récurrents, anomalies congénitales, plus particulièrement des anomalies cardiaques, retard de croissance ou nourrisson petit pour l'âge gestationnel, arrêt du travail, mortinaissance, hypoglycémie néonatale). L'hyperglycémie au moment de la conception est associée à un risque de 6 à 10 % de malformations importantes, le risque augmentant en fonction du niveau d'hyperglycémie. Par exemple, les femmes présentant une HbA1c (hémoglobine glyquée) supérieure à 10 % ont un risque global de 22 % de malformations congénitales, en particulier des malformations neurologiques et une maladie cardiaque congénitale complexe[198]. Une meilleure maîtrise de la glycémie avant la conception améliore les résultats[199]. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande le dépistage du diabète chez les personnes qui sont à risque élevé (≥ 33 % de risque sur une période de 10 ans, selon le calculateur FINDRISC) de HbA1c. Le dépistage est également recommandé pour les femmes et les hommes qui sont des immigrants et des réfugiés d'Asie du Sud, d'Amérique du Sud et d'Afrique de plus de 35 ans[200].

Les possibilités de complications doivent être évaluées chez les femmes atteintes de diabète avant la grossesse. Plus précisément, la rétinopathie proliférante peut empirer en raison de la grossesse, en particulier si l'hypertension et le diabète ne sont pas maîtrisés (à noter que la grossesse n'a pas d'incidence sur une rétinopathie stable légère à modérée)[201]. Les femmes atteintes d'insuffisance rénale chronique sont exposées à un risque accru de prééclampsie et peuvent souffrir d'une détérioration irréversible de la fonction rénale en raison de la grossesse[202]. L'hypertension, courante chez les femmes souffrant de diabète, devrait également être maîtrisée, et l'aiguillage vers un spécialiste est encouragé[203]. Les soins prodigués par une équipe interprofessionnelle (éducateurs spécialisés en diabète, diététiciens, obstétriciens et endocrinologues ou internistes) produiront les meilleurs résultats pour la mère et pour le bébé.

Le diabète de grossesse était auparavant géré avec l'insuline pour atteindre une concentration de HbA1c aussi normale que possible sans induire d'hypoglycémie. De récentes recherches ont démontré que la prise de certains hypoglycémiants par voie orale pourrait s'avérer sans danger durant la grossesse, ce qui remet potentiellement en cause la nécessité de remplacer ces médicaments par de l'insuline si une grossesse est prévue[204]. L'American College of Obstetrics and Gynecology et le National Institute of Health and Care Excellence du Royaume-Uni recommandent tous deux la prise de metformine ou de glibenclamide durant la grossesse [205,206]. Les femmes atteintes de diabète avant la grossesse qui envisagent de devenir enceintes devraient passer en revue leurs médicaments avec un PS. En outre, en raison du risque accru d'anomalies du tube neural, on leur conseillera de prendre une dose plus élevée d'acide folique pendant les 3 mois précédant la conception[207]. Pour les femmes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2, la directive *Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique* de la SOGC recommande ce qui suit : un régime composé d'aliments riches en folate et la prise quotidienne d'un complexe multivitaminé contenant 1 mg d'acide folique par jour pendant 3 mois avant la grossesse et jusqu'à la fin du premier trimestre, puis d'un complexe multivitaminé contenant 0,4 mg d'acide folique par jour tout au long du reste de la grossesse et pendant de 4 à 6 semaines post-partum ou tant et aussi longtemps que se poursuit l'allaitement[56].

7.3 TROUBLES THYROÏDIENS

Selon les estimations, 10 % de la population canadienne souffre de troubles thyroïdiens, et un grand nombre de cas ne sont pas diagnostiqués[208]. L'hypothyroïdie est courante durant la grossesse, puisqu'elle touche environ 3 % des femmes enceintes, tandis que l'hyperthyroïdie se produit chez moins de 1 % des femmes enceintes[209]. Les troubles thyroïdiens non traités sont associés à plusieurs complications pour la mère et le fœtus, notamment un risque accru de stérilité, d'avortement spontané, de naissance prématurée, de prééclampsie et de retard de développement.

Les exigences de la glande thyroïde augmentent considérablement au cours de la grossesse, la plupart de cette augmentation survenant dans le premier trimestre et aussi tôt que de 4 à 6 semaines de gestation[210]. Il est important que les femmes atteintes de troubles thyroïdiens en soient informées dès avant la conception, afin de les préparer à l'augmentation de la prise en charge médicale et des analyses qui seront nécessaires et de les encourager à se procurer tôt des soins prénataux[211]. Les PS devraient travailler avec ces femmes pour s'assurer que leur trouble thyroïdien est bien maîtrisé et revoir leurs modalités de traitement avant la conception afin d'améliorer les résultats.

7.4 TROUBLES CONVULSIFS

Jusqu'à 1 % des femmes enceintes souffrent de troubles convulsifs[212]. La maîtrise de ces troubles est très importante pour le bien-être de la mère et du fœtus. Cependant, de nombreux médicaments anticonvulsifs sont associés à de possibles malformations congénitales, le risque augmentant en fonction du nombre de médicaments[213].

Au cours de la période de préconception, il est important d'évaluer si les médicaments peuvent ou doivent être modifiés. Les médicaments qui entraînent un risque plus élevé pour l'organogenèse et le développement cognitif comprennent l'acide valproïque et la phénytoïne. Dans la mesure du possible, il est recommandé de les remplacer par la carbamazépine, la lamotrigine ou le lévétiracétam avant la grossesse, en tenant compte du temps nécessaire pour la diminution et le chevauchement des médicaments[214].

Étant donné que les agents anticonvulsifs sont associés à un risque accru d'anomalies du tube neural, la directive *Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique* de la SOGC recommande la prise quotidienne d'un complexe multivitaminé contenant 1 mg d'acide folique par jour pendant 3 mois avant la grossesse et jusqu'à la fin du premier trimestre, puis d'un complexe multivitaminé contenant 0,4 mg d'acide folique par jour tout au long du reste de la grossesse et pendant de 4 à 6 semaines post-partum ou tant et aussi longtemps que se poursuit l'allaitement[56].

7.5 ASTHME

Les femmes atteintes d'asthme traité de façon sous-optimale présentent des taux plus élevés de complications liées à la grossesse, y compris la prééclampsie et les bébés de faible poids[215]. Le traitement de l'asthme n'est généralement pas modifié, étant donné que les bronchodilatateurs et les stéroïdes par inhalation sont considérés comme étant sans danger pendant la grossesse et la période de préconception[216]. Le traitement des exacerbations aiguës est identique à celui de la population générale, comprenant la prise de stéroïdes systémiques et l'admission à l'hôpital, au besoin.

7.6 VIH

En 2014, on dénombrait 494 nouveaux cas de VIH chez les femmes au Canada, ainsi que 233 cas de nourrissons exposés en période périnatale en raison de la mère[217]. La plupart des femmes infectées reçoivent déjà vraisemblablement un traitement antiviral hautement actif avant la conception. Comme ce traitement réduit le taux de transmission périnatale à moins de 2 %, les femmes qui n'en ont jamais reçu sont susceptibles de choisir d'entreprendre un tel traitement pendant la grossesse afin de réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant[218]. La plupart des médicaments sont sans danger, à l'exception de l'éfavirenz, qui peut être associé à des effets neurologiques[219]. Étant donné que certains traitements antirétroviraux peuvent réduire l'efficacité de la contraception hormonale, les PS devraient insister sur la nécessité des méthodes contraceptives de barrière, non seulement pour éviter la transmission du VIH, mais également pour prévenir une grossesse[220].

Toutes les personnes séropositives pour le VIH ou dont le conjoint est séropositif devraient se voir offrir des conseils (notamment sur la contraception et sur la planification de la procréation) mettant l'accent sur leurs besoins particuliers en matière de santé. En fonction de leur plan de procréation, cela peut inclure des conseils sur la prévention de la grossesse ou sur les moyens de mener une grossesse en santé. Les PS consulteront les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* et les *Lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH* de la SOGC pour savoir comment conseiller les personnes infectées par le VIH en matière de santé sexuelle[144,221].

7.7 INFECTION CHRONIQUE PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE B

L'infection aiguë ou chronique par le virus de l'hépatite B touche environ 1 % de la population canadienne[222]. La prévalence n'est pas uniforme dans l'ensemble du pays, étant donné que les taux sont plus élevés chez les immigrants et les populations inuites[223,224]. Même s'il est recommandé de proposer un test de dépistage à toutes les femmes enceintes, les PS doivent envisager un dépistage *avant* la grossesse chez les femmes à risque plus élevé. Les femmes présentant un résultat positif au test de dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) qui persiste pendant au moins 6 mois après le test initial sont atteintes d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B. Des tests plus poussés sont nécessaires à ce stade en vue de guider les décisions en matière de prise en charge, y compris la nécessité d'un traitement. Les PS consulteront le document intitulé *Soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire* de l'ASPC pour obtenir de plus amples renseignements sur le dépistage et la prise en charge du virus de l'hépatite B[225].

La période de préconception est le moment idéal pour établir un diagnostic d'hépatite chronique, étant donné que la planification familiale peut avoir des répercussions sur le choix du traitement[226]. Par exemple, il est conseillé aux femmes de reporter leur grossesse si elles prennent un interféron, vu que son innocuité durant la grossesse n'a pas été établie. En revanche, les antiviraux administrés par voie orale comme le ténofovir, la telbivudine ou la lamivudine offrent un bon profil d'innocuité pour le développement du fœtus, risquent moins d'entraîner une résistance virale et sont efficaces pour réduire la charge virale[227]. Les femmes atteintes d'une cirrhose courent un risque plus élevé, pendant la grossesse, de complications comme les varices œsophagiennes et la splénomégalie accompagnée de thrombocytopénie. Des conseils supplémentaires sont nécessaires pour ces patientes[228].

> **« Même s'il est recommandé de proposer un test de dépistage à toutes les femmes enceintes, les PS doivent envisager un dépistage avant la grossesse chez les femmes à risque plus élevé.**

CONCLUSION

Le présent chapitre démontre les nombreux aspects selon lesquels la santé des parents, avant la grossesse, est essentielle à la santé optimale du bébé. À ce titre, la promotion de la santé globale et du bien-être des femmes, des hommes et des familles avant la grossesse constitue un élément important des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale.

Se préparer en vue d'une grossesse saine n'incombe pas uniquement à la future mère ou à son conjoint ou sa famille. Les habitudes de vie de chacun, les réseaux de soutien social et les déterminants sociaux de la santé sont tous des facteurs importants dans la conception et l'accouchement qui permettent d'élever des enfants en santé. Compte tenu de la grande diversité des femmes et des familles canadiennes, ce sont les programmes, les soins cliniques et le soutien fondés sur les caractéristiques, les expériences et les besoins de chacun qui s'avèrent véritablement efficaces. Les soins préconception efficaces sont prodigués dans un large éventail de milieux, aussi bien cliniques que communautaires, et englobent de nombreux secteurs, dont la santé, l'éducation et les services sociaux.

Les PS sont idéalement placés pour offrir des soins préconception et préconiser la mise en place d'une communauté saine et compréhensive pour les femmes et les hommes en âge de procréer. Ceux qui s'investiront ainsi dans les soins préconception établiront une collaboration permettant aux femmes et aux hommes de se pencher sur leur propre état de santé et ses effets sur la santé de leur bébé. À cet égard, le rôle du fournisseur est multiple : communiquer des renseignements clairs et précis en temps utile, dépister les éventuels obstacles à un bon résultat de la grossesse et prendre des mesures pour y remédier, appuyer la prise de décision, offrir aux patients des services adéquats ou les aiguiller vers ces services, au besoin. Les renseignements fournis, ainsi que les techniques employées pour établir une bonne communication, permettront à tous de prendre une décision éclairée quant à l'éventualité d'avoir un enfant. Pour tous les choix, bien entendu, la décision finale revient aux parents.

ANNEXE A – RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

DIRECTIVES CLINIQUE RELATIVES AUX SOINS DE PRÉCONCEPTION

Perinatal Services BC – Maternity Care Pathway
www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MaternityCarePathway.pdf

Société canadienne de fertilité et d'andrologie
https://cfas.ca/clinical-practice-guidelines

Société canadienne de pédiatrie
www.cps.ca/fr/documents/authors-auteurs/comite-de-la-sante-de-adolescent

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
https://sogc.org/fr/directives-cliniques.html

ALCOOL

Motherisk – Alcohol, Nicotine, Substance Use
www.motherisk.org/women/alcohol.jsp

Portico – Trousse à outils sur la toxicomanie en soins primaires : Conduite à tenir face aux problèmes liés à l'alcool
www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/alcohol-toolkit

LGBTQ

Collège des médecins de famille du Canada – Soins aux gais et lesbiennes
www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=1615&langType=3084

Gay and Lesbian Medical Association – Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients
https://npin.cdc.gov/publication/guidelines-care-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-patients

LGBTQ Parenting Network – A Guidebook for Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer People on Assisted Human Reproduction in Canada
http://lgbtqpn.ca/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/AHRC_BOOKLET_ENGLISH.pdf

LGBTQ Parenting Network – Meeting the Assisted Human Reproduction (AHR) Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer (LGBTQ) People in Canada: A Fact Sheet for AHR Service Providers
https://cfas.ca/wp-content/uploads/2014/12/factsheet_lgbtq_english.pdf

Meilleur départ – Welcoming and Celebrating Sexual Orientation and Gender Diversity in Families, From Preconception to Preschool
www.beststart.org/resources/howto/pdf/LGBTQ_Resource_fnl_online.pdf

Santé Canada – Exigences techniques en matière d'insémination thérapeutique avec sperme de donneur
www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/information-demandes-presentations/lignes-directrices/programme-acces-special-sperm/exigences-techniques-insemination-therapeutique-donneur.html

The Joint Commission – Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide
www.jointcommission.org/lgbt

MÉDICAMENTS

Centers for Disease Control and Prevention – Treating for Two
www.cdc.gov/pregnancy/meds/treatingfortwo

Le manuel Merck – Version pour professionnels de la santé
www.merckmanuals.com/fr-us/professional

Motherisk – Drugs in Pregnancy
www.motherisk.org/women/drugs.jsp

Santé Canada – Base de données sur les produits pharmaceutiques
www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html

POIDS SANTÉ/NUTRITION/ACTIVITÉ PHYSIQUE

Meilleur départ – Obesity in Preconception and Pregnancy – Report
www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?preadd=action&key=F07-E

Santé Canada – Fichier canadien sur les éléments nutritifs
https://food-nutrition.canada.ca/cnf-fce/switchlocale.do?lang=fr&url=t.search.recherche

Santé Canada – Les guides alimentaires du Canada : Éducateurs et communicateurs
www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/guide-alimentaire-canadien/educateurs-communicateurs.html

Société canadienne de physiologie de l'exercice – Directives
www.csep.ca/fr/directives/directives-pour-les-autres-ges

SANTÉ AUTOCHTONE

Anishnawbe Health Toronto – Aboriginal Cultural Safety Initiative
www.aht.ca/aboriginal-culture-safety

Meilleur départ – Open Hearts Open Minds
www.beststart.org/resources/howto/pdf/OHOM.pdf

Meilleur départ – Supporting the Sacred Journey: From Preconception to Parenting for First Nations Families in Ontario
www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/SupportingtheSacredJourney.pdf

Provincial Health Services Authority of British Columbia – Indigenous Cultural Safety Training
www.culturalcompetency.ca

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – Santé sexuelle Autochtone
www.aboriginalsexualhealth.ca/index_f.aspx

SANTÉ BUCCODENTAIRE

Association dentaire canadienne – La santé buccodentaire : pour vivre en santé
www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/good_for_life/

SANTÉ DE L'ADOLESCENT

Meilleur départ – Ma vie mon plan
www.meilleurdepart.org/resources/preconception/pdf/MLMP_FR_14MY01_Final.pdf

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – Le sexe et moi
www.sexandu.ca/fr

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Meilleur départ – Ressources sur la santé environnementale
www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?search=action&category=L00F&advanced=yes&sortkey=sku&sortorder=descending

Motherisk – Occupational/Environmental Exposures
www.motherisk.org/women/occupationalExposures.jsp

Santé Canada – Notre santé, notre environnement : un aperçu de la santé environnementale au Canada
http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H129-18-2012-fra.pdf

SANTÉ REPRODUCTIVE/PLANIFICATION FAMILIALE

BC Centre of Excellence for Women's Health – Publications
http://bccewh.bc.ca/publicationsresources/publications

Centre for Effective Practice – Outil sur les soins de santé avant la conception
https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2016/12/Preconception_Tool_2016_French_Final.pdf

Centers for Disease Control and Prevention – Preconception Health and Healthcare
www.cdc.gov/preconception/hcp/index.html

Centers for Disease Control and Prevention – Reproductive Life Plan Tool for Health Professionals
www.cdc.gov/preconception/rlptool.html

Meilleur départ – Ressources sur la préconception
www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?search=action&category=F00F&advanced=yes&sortkey=sku&sortorder=descending

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – Le sexe et moi
www.sexandu.ca/fr

TABAC

Association canadienne de santé publique – Vers une vie sans fumer
https://www.cpha.ca/fr/vers-une-vie-sans-fumer-ressources-pour-les-animatrices-dateliers-dabandon-du-tabac-0

CAN-ADAPTT – Lignes directrices et ressources
www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Pages/Home.aspx

Meilleur départ – Ressources sur l'abus du tabac
www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?search=action&category=N00F&advanced=yes&sortkey=sku&sortorder=descending

Motherisk – Alcohol, Nicotine, Substance Use
www.motherisk.org/women/alcohol.jsp

Portico – Trousse à outils sur la toxicomanie en soins primaires : Arrêt du tabagisme
www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/smoking-toolkit

USAGE DE SUBSTANCES

Motherisk – Alcohol, Nicotine, Substance Use
www.motherisk.org/women/alcohol.jsp

Portico – Trousse à outils sur la toxicomanie en soins primaires : L'usage abusif des opioïdes et la toxicomanie
www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/opioid-toolkit

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: 2012 Feb 6–7 meeting report. Genève (CH): OMS; 2013.
2. Rush J. Family-centred Maternity Care Scoring Tool Project: phase II: obtaining parent input. Toronto (ON): Ontario Ministry of Health, Institutional Services Branch, Maternal and Newborn Initiatives; 1997.
3. Zwelling E, Phillips CR. Family-centered maternity care in the new millennium: is it real or is it imagined? J Perinat Neonatal Nurs. 2001;15(3):1–12.
4. Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: the Canadian facts [Internet]. Toronto (ON): York University School of Health Policy and Management; 2010. Accès : www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf [consulté le 14 août 2015].
5. Statistique Canada. Portrait des familles et situation des particuliers dans les ménages au Canada. Familles, ménages et état matrimonial [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2011. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011001-fra.cfm [consulté le 11 fevrier 2014].
6. Marquis S, Butler E. Practice guidelines for prenatal and postnatal outreach in British Columbia, Canada. Victoria (BC): BC Ministry for Children and Families; 2001.
7. Kramer MS, Séguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? Paediatr Perinat Epidemiol. 2000;14(3):194–201.
8. Statistique Canada. Étude : Projections de la diversité de la population canadienne. Ottawa (ON): SC; 2010.
9. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health. 2006;38(2):90–6.
10. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa (ON): ASPC; 2009.
11. Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: What do women think? BMC Public Health. 2010;10:786.
12. Meilleur départ. Preconception health: awareness and behaviours in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Meilleur départ; 2009. Accès : www.beststart.org/resources/preconception/precon_health_survey1.pdf [consulté le 25 janvier 2016].
13. Wise PH. Transforming preconceptional, prenatal, and interconceptional care into a comprehensive commitment to women's health. Womens Health Issues. 2008;18(6 SUPPL.):S13–8.
14. Centers for Disease Control. Action plan for the national initiative on preconception health and health care. A report of the PCHHC Steering Committee 2012–2014 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2014. Accès : https://www.cdc.gov/preconception/documents/actionplannationalinitiativepchhc2012-2014.pdf [consulté le 22 février 2017].
15. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. Matern Child Health J. 2006;10(SUPPL 7):73–7.
16. Jack BW, Atrash H, Bickmore T, Johnson K. The future of preconception care: a clinical perspective. Womens Health Issues. 2008;18(6 SUPPL.):S19-S25.
17. Tough SC, Clarke M, Hicks M, Cook J. Pre-conception practices among family physicians and obstetrician-gynaecologists: results from a national survey. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(9):780–8.
18. Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-de Bruin KM, le Cessie S, Assendelft WJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Womens Health Issues. 2008;18(6 SUPPL.):S117–25.
19. Whitworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2009(4):CD007536.
20. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Avortement medical. Déclaration de principe de la SOGC n° 332. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(4):390–420.
21. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consensus canadien sur la contraception. Déclaration de principe de la SOGC n° 143. J Obstet Gynaecol Can. 2004;26(3):389–436.
22. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA. 2006;295(15):1809–23.
23. Conde-Agudelo A, Rosas- Bermúdez A, Castaño F, Norton MH. Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms. Stud Fam Plann. 2012;43(2):93–114.
24. Kwon S, Lazo-Escalante M, Villaran M, Li C. Relationship between interpregnancy interval and birth defects in Washington State. J Perinatol. 2012;32(1):45–50.
25. Organisation mondiale de la Santé . Report of a technical consultation on birth spacing: 13–15 June 2005 [Internet]. Genève (CH): OMS; 2006. Accès : www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing05/en/ [consulté le 28 octobre 2015].
26. Skjærven R, Wilcox AJ, Lie RT. The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia. N Engl J Med. 2002;346(1):33–8.
27. Mostello D, Catlin TK, Roman L, Holcomb WL, Leet T. Preeclampsia in the parous woman: who is at risk? Am J Obstet Gynecol. 2002;187(2):425–9.
28. Zhu B, Grigorescu V, Le T, Lin M, Copeland G, Barone M, *et al.* Labor dystocia and its association with interpregnancy interval. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(1):121–8.
29. Shachar BZ, Lyell DJ. Interpregnancy interval and obstetrical complications. Obstet Gynecol Surv. 2012;67(9):584–96.
30. Wong LF, Schliep KC, Silver RM, Mumford SL, Perkins NJ, Ye A, *et al.* The effect of a very short interpregnancy interval and outcomes following a previous pregnancy loss. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(3):375.e1–11.

31. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Accouchement vaginal chez une patiente ayant déjà subi une césarienne. Déclaration de principe de la SOGC n° 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(2):175–188.

32. Statistique Canada. Caractéristiques linguistiques des Canadiens [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2012. Accès : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/98-314-x2011001-fra.cfm [consulté le 3 décembre 2013].

33. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res. 2007;42(2):727–54.

34. Jezewski MA, Sotnik P. Culture brokering: providing culturally competent rehabilitation services to foreign-born persons. Buffalo (NY): Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange; 2001.

35. Reading CL, Wein F. Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health [Internet]. Prince George (BC): National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2009. Accès : https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf [consulté le 25 mai 2015].

36. Organisation nationale de la santé autochtone. Compétence et sécurité culturelles : guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé [Internet]. Ottawa (ON): ONSA; 2008. Accès : www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf [consulté le 3 décembre 2013].

37. Meilleur depart. Supporting the sacred journey: from preconception to parenting for First Nations families in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Meilleur départ; 2012. Accès : https://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/SupportingtheSacredJourney.pdf [consulté le 9 octobre 2015].

38. Di Lallo S. Prenatal care through the eyes of Canadian Aboriginal women. Nurs Womens Health. 2014;18(1):38–46.

39. Le Collège des médecins de famille du Canada. Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts [Internet]. Mississauga (ON): CMFC; 2016 Accès : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/_PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf [consulté le 12 octobre 2017].

40. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Santé sexuelle : éducation et promotion en milieux scolaires et parascolaires au Canada. Déclaration de principe de la SOGC n° 146. J Obstet Gynaecol Can. 2004;26(6):601–605.

41. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2009. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/lignes-directrices-canadiennes-education-matiere-sante-sexuelle.html [consulté le 1 mars 2017].

42. Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada. Sexual health education in the schools: questions and answers [Internet]. Toronto (ON): CIESCAN; 2015. Accès : http://sieccan.org/wp/wp-content/uploads/2015/08/SIECCAN-QA-Sexual-health-education-in-the-schools-2015-Ontario.pdf [consulté le 20 octobre 2015].

43. Weaver AD, Byers ES, Sears HA, Cohen JN, Randall HES. Sexual health education at school and at home: attitudes and experiences of New Brunswick parents. Can J Hum Sex. 2002;11(1):19–31.

44. Langille DB, Langille DJ, Beazley R, Doncaster H. Amherst parents' attitudes towards school-based sexual health education. Amherst (NS): Amherst Initiative for Healthy Adolescent Sexuality; 1996.

45. McKay A, Pietrusiak M, Holowaty P. Parents' opinions and attitudes towards sexuality education in the schools. Can J Human Sexual. 1998;7(2):139.

46. About Kids Health. C'est une bonne idée de commencer tôt avec des informations sur la sexualité adaptée à l'âge de l'enfant [Internet]. Toronto (ON): L'hôpital pour enfants; 2011. Accès : www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/FamilyandPeerRelations/Sexuality/Pages/Sex-Education-for-Children-Why-Parents-Should-Talk-to-their-Kids-About-Sex.aspx [consulté le 20 octobre 2015].

47. Wingspread Conference. Statement on the Precautionary Principle. Racine (WI): Johnson Foundation; January 1998.

48. Demianczuk N, Wanke M, Lightfoot P, Lavoie M, Tough S, Besner J, *et al.* Preconception health framework [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Perinatal Health Program; 2007. Accès : www.aphp.ca [consulté le 25 janvier].

49. Meilleur départ. Ne prenons pas de risque : stratégies à l'intention des fournisseurs de services en vue de réduire les risques environnementaux avant et pendant la grossesse et durant l'enfance [Internet]. Toronto (ON): Meilleur départ; 2013. Accès : www.meilleurdepart.org/resources/environ/pdf/BSM_rev_2013.pdf [consulté le 9 octobre 2015]

50. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. Lancet. 2010;376(9748):1261–71.

51. Newbold KB, Campos S. Media and social media in public health messages: a systematic review [Internet]. Hamilton (ON): McMaster Institute of Environment & Health; 2011. Accès : https://pdfs.semanticscholar.org/31b8/3cd75cb9e381213138c15f6bc07387534bab.pdf [consulté le 25 janvier 2016].

52. UNAIDS. The media and HIV/AIDS: making a difference [Internet]. Genève (CH): OMS. Accès : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc1000-media_en.pdf [consulté le 17 novembre 2016].

53. Centers for Disease Control and Prevention. Preconception health and health care [Internet]. Atlanta (GA): CDC. Accès : www.cdc.gov/preconception/index.html [consulté le 14 novembre 2016].

54. Stubblefield PG, Coonrod DV, Reddy UM, Sayegh R, Nicholson W, Rychlik DF, *et al.* The clinical content of preconception care: reproductive history. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6 SUPPL. B):S373–83.

55. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Considérations génétiques pour ce qui est de l'évaluation préconceptionnelle chez la femme. Déclaration de principe de la SOGC n° 253. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33(1):65–73.

56. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique. Déclaration de principe de la SOGC n° 324. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(6):S646–64.

57. Société des obstétriciens et gynécologues du Committee Opinion. Report de la grossesse – Opinion. Déclaration de principe de la SOGC n° 271. J Obstet Gynaecol Can. 2012;34(1):S1–17.

58. Agence de la santé publique du Canada. Les anomalies congénitales au Canada 2013 : rapport de surveillance sur la santé périnatale. Ottawa (ON): ASPC; 2013.

59. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Ottawa (ON): SC; 2009.

60. Comité consultatif national de l'immunisation. Thimérosal déclaration. CCDR 2003;29(DCC-1):1–10.

61. Santé Canada. Rapport final sur l'état des connaissances scientifiques concernant les effets du plomb sur la santé humaine. Ottawa (ON): SC; 2013.

62. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Le point en recherche et developpment. Précautions concernant le plomb [Internet]. North York (ON): SCHL. Accès : https://www.cmhc-schl.gc.ca/publications/fr/rh-pr/tech/92-206.pdf [consulté le 10 août 2016].

63. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the identification and management of lead exposure in pregnant and lactating women [Internet]. Atlanta (GA): CDC. Accès : https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf [consulté le 14 fevrier 2016].

64. Meilleur départ. Ne prenons pas de risque : stratégies à l'intention des fournisseurs de services en vue de réduire les risques environnementaux avant et pendant la grossesse et durant l'enfance [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2013. Accès : www.meilleurdepart.org/resources/environ/pdf/BSM_rev_2013.pdf [consulté le 9 octobre 2015].

65. Laslo-Baker D, Barrera M, Knittel-Keren D, Kozer E, Wolpin J, Khattak S, *et al.* Child neurodevelopmental outcome and maternal occupational exposure to solvents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158(10):956–61.

66. Sathyanarayana S, Focareta J, Dailey T, Buchanan S. Environmental exposures: how to counsel preconception and prenatal patients in the clinical setting. Am J Obstet Gynecol. 2012;207(6):463–70.

67. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive health in the workplace. Ionizing radiation [Internet]. Atlanta (GA): CDC. Accès : www.cdc.gov/niosh/topics/repro/ionizingradiation.html [consulté le 14 novembre 2016].

68. Ratnapalan S, Bona N, Koren G; Motherisk Team. Ionizing radiation during pregnancy. Can Fam Physician. 2003 Jul;49:873–4.

69. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, *et al.* Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? Lancet. 2013;382(9890):452–77.

70. Santé Canada. Guide alimentaire canadien [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2011. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol/insecurite-alimentaire-menages-canada-2007-2008-statistiques-graphiques-cles-surveillance-aliments-nutrition-sante-canada.html [consulté le 9 octobre 2014].

71. Santé Canada. Insécurité alimentaire des ménages au Canada en 2007–2008 : statistiques et graphiques [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2012. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol/insecurite-alimentaire-menages-canada-2007-2008-statistiques-graphiques-cles-surveillance-aliments-nutrition-sante-canada.html [consulté le 17 novembre 2017].

72. Santé Canada. Supplémentation plus élevée en acide folique – questions et réponses destinées aux professionnels de la santé [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2012. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-prenatale/supplementation-elevee-acide-folique.html [consulté le 20 octobre 2015].

73. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – nutrition [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2004. Accès : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvDocument&Item_Id=42303&InstaId=7498 [consulté le 16 novembre 2016].

74. Imdad A, Bhutta ZA. Effects of calcium supplementation during pregnancy on maternal, fetal and birth outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol. 2012;26(SUPPL. 1):138–52.

75. Santé Canada. La vitamine D et le calcium : révision des apports nutritionnels de reference [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2012. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/vitamines-mineraux/vitamine-calcium-revision-apports-nutritionnels-reference.html [consulté le 10 octobre 2015].

76. Les diététistes du Canada. Que fait la vitamine D pour ma santé [Internet]? Les diététistes du Canada, Toronto (ON): 2013. Accès : www.dietitians.ca/Your-Health/Nutrition-A-Z/Vitamins/Vitamin-D--What-you-need-to-know.aspx [consulté le 9 octobre 2015].

77. Organisation mondiale de la Santé. The prevalence of anaemia in women [Internet]. Genève (CH): OMS; 1992. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58994/1/WHO_MCH_MSM_92.2.pdf [consulté le 13 octobre 2015].

78. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé : tableaux de données du cycle 2, 2009 à 2011 [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2012. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/82-626-x/82-626-x2013001-fra.pdf [consulté le 9 octobre 2015].

79. Pottie K, Greenaway C, Feighter J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, *et al.* Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ. 2011;183(12):824–925.

80. Santé Canada. Apports nutritionnels de référence. Valeurs de référence relatives aux éléments. Ottawa (ON): SC; 2010. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/apports-nutritionnels-reference/tableaux/valeurs-reference-relatives-elements-tableaux-apports-nutritionnels-reference-2005.html [consulté le 9 octobre 2015].

81. Goh Y, Bollano E, Einarson T, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of pediatric cancers: a meta-analysis. Clin Pharmacol Ther. 2007;81(5):685–91.

82. Ray JG, Folic acid food fortification in Canada. Nutr Rev. 2004;62(Suppl 1):S35–9.

83. Agence de la santé publique du Canada. Incidence du poids de la mère sur l'issue de la grossesse [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2016. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/incidence-poids-mere-issue-grossesse.html [consulté le 15 novembre 2016].

84. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : gain de poids pendant la grossesse [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2014. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-prenatale/bien-manger-etre-active-gain-poids-approprie-pendant-grossesse-2010.html [consulté le 25 janvier 2016].

85. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(6):1726–30.

86. Viswanathan M, Siega-Riz AM, Moos M, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, *et al.* Outcomes of maternal weight gain. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2008;(168):1–223.

87. Margerison Zilko CE, Rehkopf D, Abrams B. Association of maternal gestational weight gain with short- and long-term maternal and child health outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(6):574.e1–8.

88. Tjepkema M. Adult obesity in Canada: measured height and weight. Nutrition: findings from the Canadian Community Health Survey. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2005;1:1–32.

89. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Obésité et grossesse. Déclaration de principe de la SOGC no 239. J Obstet Gynaecol Can. 2010;110(2):174–84.

90. Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009;301(6):636–50.

91. Hollowell J, Pillas D, Rowe R, Linsell L, Knight M, Brocklehurst P. The impact of maternal obesity on intrapartum outcomes in otherwise low risk women: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. BJOG. 2014;121(3):343–55.

92. Parker SE, Yazdy MM, Tinker SC, Mitchell AA, Werler MM. The impact of folic acid intake on the association among diabetes mellitus, obesity, and spina bifida. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(3):239.e1–8.

93. Clark AM, Ledger W, Galletly C, Tomlinson L, Blaney F, Wang X, *et al.* Weight loss results in significant improvement in pregnancy and ovulation rates in anovulatory obese women. Hum Reprod. 1995;10(10):2705–12.

94. Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4).CD000032.

95. Furber CM, McGown L, Bower P, Kontopantelis E, Quenby S, Lavender T. Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(1):CD009334.

96. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD003818.

97. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ. 2006;174(6):801–9.

98. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matiére d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 [Internet]. Ottawa (ON): SCPE; 2011 Accès : www.csep.ca/fr/directives/directives-pour-les-autres-ges [consulté le 15 novembre 2016].

99. Warren MP, Perlroth NE. The effects of intense exercise on the female reproductive system. J Endocrinol. 2001;170:3–11.

100. Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice. Activité physique et grossesse [Internet]. Ottawa (ON): ACMSE; 2008. Accès : http://casem-acmse.org/fr/education/enonce-de-position-do-acmse [consulté le 28 octobre 2015].

101. Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A, *et al.* The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. Am J Obstet Gynecol. 2008 12;199(6, Supplement B):S333–9.

102. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse. Déclaration de principe de la SOGC n° 245. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(8):S1–36.

103. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6):S389–95.

104. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55(513):305–12.

105. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils [Internet]. Ottawa (ON): CCLT; 2014. Accès : www.ccsa.ca/fra/topics/mental-health-and-substance-abuse/pages/default.aspx [consulté le 28 octobre 2015].

106. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Tendances actuelles du tabagisme [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2012. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11676-eng.htm [consulté le 16 fevrier 2016].

107. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev.2012;(12):CD010078.

108. Blalock JA, Fouladi RT, Wetter DW, Cinciripini PM. Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. Addict Behav. 2005;30(6):1195–208.

109. First Nations Information Governance Centre. RHS phase 2 national results: (2008/10) – RHS quick facts [Internet]. Akwesasne (ON): FNIGC; 2011. Accès : http://fnigc.ca/our-work/regional-health-survey/rhs-phase-2-national-results.html [consulté le 28 octobre 2015].

110. Heaman MI, Chalmers K. Prevalence and correlates of smoking during pregnancy: a comparison of aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. Birth. 2005;32(4):299–305.

111. Brown HL, Graves CR. Smoking and marijuana use in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2013;56(1):107–13.

112. Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008;93(5):F351–61.

113. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. Pediatrics. 2011;127(4):734–41.

114. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme [Internet]. Toronto (ON): CAN-ADAPTT; 2011. Accès : www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Pages/Home.aspx [consulté le 21 janvier 2016].

115. Association canadienne de santé publique. Vers une vie sans fumer : ressources pour les animatrices d'ateliers d'abandon du tabac [Internet]. Ottawa (ON): ACSP; 2006. Accès : www.cpha.ca/fr/vers-une-vie-sans-fumer-ressources-pour-les-animatrices-dateliers-dabandon-du-tabac-0 [consulté le 15 janvier 2016].

116. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : sommaire de 2015 [Intenet]. Ottawa (ON): SC; 2016. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html [consulté le 15 novembre 2016].

117. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada [Internet]. Ottawa (ON): CCLT; 2011. Accès : www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/alcohol/Pages/low_risk_drinking_guidelines.aspx [consulté le 28 octobre 2015].

118. Santé Canada. Les anomalies congénitales au Canada : rapport sur la santé périnatale 2002. Ottawa (ON) : SC; 2002.

119. Agence de la santé publique du Canada. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : un cadre d'action [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2012. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/ensemble-troubles-causes-alcoolisation-tale-etcaf-cadre-action.html [consulté le 15 janvier 2016].

120. May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO, *et al.* Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. Pediatrics. 2014;134(5):855–66.

121. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. J Addict Dis. 2010;29(2):175–91.

122. Cressman AM, Natekar A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Cocaine abuse during pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(7):628–31.

123. Goldschmidt L, Richardson GA, Cornelius MD, Day NL. Prenatal marijuana and alcohol exposure and academic achievement at age 10. Neurotoxicol Teratol. 2004;26(4):521–32.

124. Gray KA, Day NL, Leech S, Richardson GA. Prenatal marijuana exposure: effect on child depressive symptoms at ten years of age. Neurotoxicol Teratol. 2005;27(3):439–48.

125. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Déclaration de principe de la SOGC n° 256. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33(4):385–405

126. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Methadone maintenance treatment program standards and clinical guidelines [Internet]. Toronto (ON): OMCO; 2011. Accès : www.cpso.on.ca/policies-publications/cpgs-other-guidelines/methadone-program/mmt-program-standards-and-clinical-guidelines [consulté le 16 février 2016].

127. Blackburn ST. Maternal, fetal, & neonatal physiology: a clinical perspective. 4th ed. Philadelphia (PA): Saunders; 2012.

128. Briggs GG, Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk. 10th ed. Philidelphia (PA): Wolters Kluwer; 2014.

129. Motherisk. Drugs in pregnancy [Internet]. Toronto (ON). Accès : www.motherisk.org/women/drugs.jsp [consulté le 16 novembre 2016].

130. CHU Hospital Sainte-Justine. Info-Medicaments en allaitement et grossesse [Internet]. Montreal (QC). Accès : https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe [consulté le 17 novembre 2016].

131. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Matern Child Health J. 2006;10(Suppl 1):169–74.

132. Santé Canada. Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadiennes sur les mesures de la santé 2007–2009. Ottawa (ON): SC; 2010.

133. Weidlich P, Cimões R, Pannuti C, Oppermann R. Association between periodontal diseases and systemic diseases [Internet]. Braz Oral Res, August 2008. Accès : http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242008000500006 [consulté le 16 novembre 2016].

134. Preshaw M, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, *et al.* Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21–31.

135. Prasanna SJ. Causal relationship between periodontitis and chronic obstructive pulmonary disease. J Indian Soc Periodontol. 2011;15(4):359–65.

136. Yan S, Hong F, Yiqing S, Xuan Z, Jing Z, Zuomin W. Association between periodontitis and chronic obstructive pulmonary disease in a Chinese population. J Periodontol. 2012;83(10):1288–96.

137. Demmer RT, Desvarieux M. Periodontal infections and cardiovascular disease. The heart of the matter. J Am Dent Assoc. 2006;127:14S-20S.

138. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, *et al.* The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6 SUPPL. B):S296–309.

139. Santé Canada. Les fluorures et la santé humaine [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2010, Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/environnement/fluorures-sante-humaine.html [consulté le 16 novembre].

140. De Santis M, Cavaliere A, Straface G, Caruso A. Rubella infection in pregnancy. Reprod Toxicol. 2006;21(4):390–8.

141. Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation. Ottawa (ON) : ASPC; 2015. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html [consulté le 28 octobre 2015].

142. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Immunisation pendant la grossesse Déclaration de principe de la SOGC n° 220. J Obstet Gynaecol Can.2009;36(1):1155–62.

143. Greenaway C, Dongier P, Boivin J, Tapiero B, Miller M, Schwartzman K. Susceptibility to measles, mumps, and rubella in newly arrived adult immigrants and refugees. Ann Intern Med. 2007;146(1):20–4.

144. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2015. Accès : www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/sexually-transmitted-infections.html [consulté le 28 octobre 2015].

145. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Toxoplasmose pendant la grossesse : prévention, dépistage et traitement. Déclaration de principe de la SOGC n° 285. J Obstet Gynaecol Can. 2013; 35(1 suppl. élec. A):S1-S8.

146. Agence de la santé publique du Canada. Listéria feuillet d'information [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2012. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/listeriose.html [consulté le 28 octobre 2015].

147. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Intimate partner violence. Number 518. Obstet Gynecol. 2012;119:412–7.

148. US Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: recommendation statement [Internet]. Rockville (MD): USPSTF; 2013. Accès : https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening [consulté le 28 octobre 2015].

149. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD005124.

150. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. Int J Gynecol Obstet. 2014;124(1):6–11.

151. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Eady A, Tomlinson G, Dennis CL, *et al.* The effect of prenatal antidepressant exposure on neonatal adaptation: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013;74(4):e309–20.

152. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, *et al.* The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013;74(4):e321–41.

153. Organisation nationale de la santé autochtone. First Nations and Inuit Regional Health Surveys, 1997: a synthesis of the national and regional reports. Table 5–5: Mental health: Ontario First Nations (1997) compared to Canada (1994). Ottawa (ON): ONSA; 2004.

154. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dépistage de la dépression lignes directrices [Internet]. Ottawa (ON): GECSSP; 2013. Accès : https://canadiantaskforce.ca/portfolios/depistage-de-la-depression/?lang=fr [consulté le 28 octobre 2015].

155. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, *et al.* Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA. 2006;295(5):499–507.

156. Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Antidepressant use in pregnancy may lead to childhood obesity and diabetes. Hamilton (ON): Université McMaster; 2014. Accès : https://fhs.mcmaster.ca/main/news/news_2014/antidepressants_during_pregnancy_study.html [consulté le 29 octobre 2015].

157. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehm J, Dennis CL, *et al.* Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. J Clin Psychiatry. 2013;74(4):e293–308.

158. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E; ESHRE Reproduction and Society Task Force. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. Hum Reprod Update. 2011;17(6):848–60.

159. Institut canadien d'information sur la santé. Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant. Ottawa (ON): ICIS; 2011. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf [consulté le 29 octobre 2015].

160. Bahtiyar MO, Funai EF, Rosenberg V, Norwitz E, Lipkind H, Buhimschi C, *et al.* Stillbirth at term in women of advanced maternal age in the United States: when could the antenatal testing be initiated? Am J Perinatol. 2008;25(5):301–4.

161. Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston DW, Svenson LW, Rose S, Belik J. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. Pediatrics. 2002;109(3):399–403.

162. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Issues de grossesse à la suite du recours à la procréation assistée. Déclaration de principe de la SOGC n° 302. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(1):84–86.

163. Bushnik T, Cook JL, Yuzpe AA, Tough S, Collins J. Erratum: Estimating the prevalence of infertility in Canada (Hum Reprod 2012;27(738–46)). Hum Reprod. 2013;28(4):1151.

164. Santé Canada. Exigences techniques en matière d'insémination thérapeutique avec sperme de donneur [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2000. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/information-demandes-presentations/lignes-directrices/programme-acces-special-sperm/exigences-techniques-insemination-therapeutique-donneur.html [consulté le 9 décembre 2015].

165. Vilska S, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Poikkeus P, Repokari L, Sinkkonen J, *et al.* Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. Hum Reprod. 2009;24(2):367–77.

166. Gunby J. Canadian ART Register Annual Report – 2011: Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2011 results from the Canadian ART Register [Internet]. Montreal (QC): CFAS; 2011. Accès : https://cfas.ca/public-affairs/canadian-art-register/report-2011 [consulté le 2 novembre 2015].

167. Cook JL, Collins J, Buckett W, Racowsky C, Hughes E, Jarvi K. Assisted reproductive technology-related multiple births: Canada in an international context. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33(2):159–67.

168. Min JK, Breheny SA, MacLachlan V, Healy DL. What is the most relevant standard of success in assisted reproduction? The singleton, term gestation, live birth rate per cycle initiated: the BESST endpoint for assisted reproduction. Hum Reprod. 2004;19(1):3–7.

169. Reddy UM, Wapner RJ, Rebar RW, Tasca RJ. Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. Am J Obstet Gynecol. 2007;109(4):967–77.

170. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 : un rapport du système canadien de surveillance périnatale. Ottawa (ON): ASPC; 2013.

171. Hansen M, Bower C. The impact of assisted reproductive technologies on intra-uterine growth and birth defects in singletons. Semin Fetal Neonatal Med. 2014;19(4):228–33.

172. Fisher J, Hammorberg K, Wynter K, McBain J, Gibson F, Boivin J, *et al.* Assisted conception, maternal age and breastfeeding: an Australian cohort study. Acta Paediatr. 2013;102(10):970–6.

173. Canadian Fertility and Andrology Society. Clinical practice guidelines [Internet]. Montreal (QC): CFAS. Accès : https://cfas.ca/clinical-practice-guidelines [consulté le 18 novembre 2016].

174. Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Levin I, *et al.* Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a Canadian tertiary referral hospital? J Pediatr Adolesc Gynecol 2011;24(4):218–22.

175. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 2007;36(2):368–73.

176. Corcoran J. Consequences of adolescent pregnancy/parenting: a review of the literature. Soc Work Health Care. 1998;27(2):49–68.

177. Geronimus AT, Snow RC. The mutability of women's health with age: the sometimes rapid, and often enduring, health consequences of injustice. Womens Health. 2013:53(1);21–32.

178. Guimond E, Guthrie Valaskakis G, Dion Stout, M; (Editors). Restoring the balance: First Nations women, community and culture. Winnipeg (MB): University of Manitoba Press; 2009.

179. Stevens-Simon C, Kelly L, Singer D, Cox A. Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. J Adolesc Health. 1996;19(1):48–55.

180. Dash L. When children want children. The urban crisis of teenage childbearing. Chicago (IL): University of Illonois Press; 2003.

181. Crump AD, Haynie DL, Aarons SJ, Adair E, Woodward K, Simons-Morton BG. Pregnancy among urban African-American teens: ambivalence about prevention. Am J Health Behav. 1999;23(1):32–42.

182. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. Pediatrics. 2012;129(5):e1228–37.

183. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Excision/mutilation génitale féminine. Déclaration de principe de la SOGC n° 272. J Obstet Gynaecol Can 2012;34(2):S1-S4.

184. Chalmers B. Multicultural, multidisciplinary, psycho-social obstetric care. J Obstet Gynaecol Can. 199;21:975–79.

185. Association of American Medical Colleges. Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD [Internet]. Washington (DC): AAMA; 2014. Accès : https://members.aamc.org/eweb/upload/LGBTDSD%20Publication.pdf [consulté le 21 fevrier 2017].

186. World Professional Association for Transgender Health. Standards of care [Internet]. WPATH. Accès : www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351. [consulté le 21 fevrier 2017].

187. Steele LS, Stratmann H. Counseling lesbian patients about getting pregnant. Can Fam Physician. 2006;52:605–11.

188. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Health care for transgender individuals. Number 512. Obstet Gynecol. 2011;118:1454–8.

189. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Health care for lesbians and bisexual women. Number 525. Obstet Gynecol. 2012;119:1077–80.

190. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. Déclaration de principe de la SOGC n° 87. J Obstet Gynaecol Can. 2000;22(3):206–10.

191. Chatterjee S, Kotelchuck M, Sambamoorthi U. Prevalence of chronic illness in pregnancy, access to care, and health care costs: implications for interconception care. Womens Health Iss. 2008;18(6 SUPPL.):S107–16.

192. Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Rusen ID, *et al.* Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001. CMAJ. 2005 Sep 27;173(7):759–64.

193. Agence de la santé publique du Canada. Hypertension maternelle au Canada [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2014. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/hypertension-maternelle-canada.html [consulté le 16 novembre 2016].

194. Carson MP, Chen KK. Hypertension in a woman planning pregnancy. CMAJ. 2014;186(2):129–30.

195. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse. Déclaration de principe de la SOGC n° 307. J Obstet Gynaecol Can 2014;36(5):439–41.

196. Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres [Internet].Ottawa (ON): ASPC; 2011. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres.html [consulté le 10 novembre 2015].

197. Agence de la santé publique du Canada. Diabète maternel au Canada [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2014. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/diabete-maternel-canada.html [consulté le 16 novembre 2016].

198. Magon N, Chauhan M. Pregnancy in type 1 diabetes mellitus: how special are special issues? N Am J Med Sci. 2012;4(6):250–6.

199. Willhoite MB, Bennert Jr. HW, Palomaki GE, Zaremba MM, Herman WH, Williams JR, *et al.* The impact of preconception counseling on pregnancy outcomes: the experience of the Maine Diabetes in Pregnancy Program. Diabetes Care. 1993;16(2):450–5.

200. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. CMAJ. 2012 Oct 16;184(15):1687–96.

201. Axer-Siegel R, Hod M, Fink-Cohen S, Kramer M, Weinberger D, Schindel B, *et al.* Diabetic retinopathy during pregnancy. Ophthalmology. 1996;103(11):1815–9.

202. Purdy LP, Hantsch CE, Molitch ME, Metzger BE, Phelps RL, Dooley SL, *et al.* Effect of pregnancy on renal function in patients with moderate-to-severe diabetic renal insufficiency. Diabetes Care. 1996;19(10):1067–74.

203. Association canadienne du diabète. Treatment of hypertension [Internet]. Toronto (ON): ACD; 2013. Accès : http://guidelines.diabetes.ca/browse/Chapter25 [consulté le 16 février 2016].

204. Kavitha N, De S, Kanagasabai S. Oral hypoglycemic agents in pregnancy: an update. J Obstet Gynaecol India. 2013;63(2):82–87.

205. American Family Physican, Practice Guidelines. ACOG releases guideline on gestational diabetes. Am Fam Physician. 2014 Sep 15;90(6):416–17.

206. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. Guideline NG3 [Internet]. London (UK): NICE; 2015. Accès : https://www.nice.org.uk/guidance/ng3 [consulté le 1 mars 2017].

207. Association canadienne du diabète. Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Can J Diabetes 2013;37(suppl 1):S1-S212.

208. Thyroid Foundation of Canada. About thyroid disease [Internet]. Bath (ON). Accès : www.thyroid.ca/thyroid_disease.php [cited 20 February 2017].

209. Neale DM, Cootauco AC, Burrow G. Thyroid disease in pregnancy. Clin Perinatol. 2007;34(4):543–557, v–vi.

210. Yassa L, Marqusee E, Fawcett R, Alexander EK. Thyroid hormone early adjustment in pregnancy trial. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95(7):3234–3241.

211. The American Thyroid Association Taskforce. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011;21(10): 1081–1125.

212. Rosene-Montella K, editor. Medical management of the pregnant patient: a clinicians handbook. New York: Springer; 2015.

213. Morrow J, Russell A, Guthrie E, Parsons L, Robertson I, Waddell R, *et al.* Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77(2):193–8.

214. Harden CL, Hopp J, Ting TY, Pennell PB, French JA, Hauser WA, *et al.* Practice parameter update: management issues for women with epilepsy--focus on pregnancy (an evidence-based review): obstetrical complications and change in seizure frequency: report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. Neurology. 2009;73(2):126–32.

215. Enriquez R, Griffin MR, Carroll KN, Wu P, Cooper WO, Gebretsadik T, *et al.* Effect of maternal asthma and asthma control on pregnancy and perinatal outcomes. J Allergy Clin Immunol. 2007;120(3):625–30.

216. Hardy-Fairbanks AJ, Baker ER. Asthma in pregnancy: pathophysiology, diagnosis and management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2010;37(2):159–72.

217. Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada – rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014 . Ottawa (ON) : ASPC; 2015.

218. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, *et al.* Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002;29(5):484–94.

219. Greig JM, Anderson J. Optimizing antiretroviral therapy for women living with HIV. Curr Opin Infect Dis. 2014;27(1):46–52.

220. Aids Education and Training Center Program. Health care of HIV-infected women through the life cycle [Internet]. Newark (NJ): AETC; 2014. Accès : www.aidsetc.org/guide/health-care-hiv-infected-women-through-life-cycle?_ga=1.144407090.643510236.1453581880 [consulté le 17 novembre 2016].

221. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH. Déclaration de principe de la SOGC n° 278. J Obstet Gynaecol Can 2012;34(6 suppl. élec.):S1–S19J.

222. Zhang J, Zou S, Giulivi A. Epidemiology of hepatitis B in Canada. Can J Infect Dis. 2001;12(6):345–50.

223. Delage G, Montplaisir S, Remy-Prince S, Pierri E. Prevalence of hepatitis B virus infection in pregnant women in the Montreal area. CMAJ. 1986;134(8):897–901.

224. Osiowy C, Simons BC, Rempel JD. Distribution of viral hepatitis in indigenous populations of North America and the circumpolar Arctic. Antivir Ther (Lond). 2013;18(3 Pt B):467–73.

225. Agence de la santé publique du Canada. Soins primaires de l'hépatite B – aide-mémoire. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/soins-primaires-hepatite-b-aide-memoire.html [consulté le 26 septembre 2016].

226. Jack BW, Culpepper L. Preconception care: risk reduction and health promotion in preparation for pregnancy. JAMA. 1990;264(9):1147–9.

227. Jovaisas B, editor. Compendium of pharmaceuticals and specialities. Ottawa (ON): Canadian Pharmacists Association; 2015.

228. Coffin CS, Fung SK, Ma MM, Canadian Association for the Study of the Liver. Management of chronic hepatitis B: Canadian association for the study of the liver consensus guidelines. Can J Gastroenterol. 2012;26(12):917–38.