Santé Canada Health Canada

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES

Canada

Santé Canada Health Canada

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Also available in English under the title
Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

La présente publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca

Elle est également offerte sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Toute modification est interdite. Ce document peut être photocopié sans autorisation préalable.

Citation recommandée : Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales,* ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, 2000.

Publication autorisée par le ministre de la Santé

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000

N° de cat. H39-527/2000F
ISBN 0-662-84474-2

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales

— Chapitre 1 —

INTRODUCTION ET PHILOSOPHIE

— Chapitre 2 —

ORGANISATION DES SERVICES

— Chapitre 3 —

SOINS AVANT LA CONCEPTION

— Chapitre 4 —

SOINS PENDANT LA GROSSESSE

— Chapitre 5 —

SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE

— Chapitre 6 —

SOINS POSTNATALS MÈRE-ENFANT ET TRANSITION VERS LA COLLECTIVITÉ

— Chapitre 7 —

L'ALLAITEMENT

— Chapitre 8 —

PERTE ET DEUIL

— Chapitre 9 —

TRANSPORT

— Chapitre 10 —

INSTALLATIONS ET ÉQUIPEMENT

— Documents d'accompagnement —

Préface

La publication *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* est le fruit de la collaboration de soixante-dix professionnels et consommateurs canadiens qui ont travaillé sous l'égide de Santé Canada et de l'Institut canadien de la santé infantile.

Compte tenu de la multitude de personnes ayant un rôle à jouer dans les soins à la mère et au nouveau-né au Canada, l'élaboration des lignes directrices s'est appuyée sur une démarche participative et inclusive pour que le document soit mis en pratique et qu'il ait du retentissement. Les lignes directrices ont été élaborées en trois étapes : une enquête auprès des utilisateurs a lancé le projet; puis, une consultation à l'échelle nationale a permis de recueillir de l'information auprès d'organismes de professionnels et de consommateurs; par la suite, la rédaction et la révision du document ont été confiées à des personnes représentatives des différentes disciplines liées aux soins à la mère et au nouveau-né, des familles et de toutes les régions du pays.

Un groupe central d'organismes de professionnels et de consommateurs a été créé pour planifier l'élaboration des lignes directrices. Le groupe a dû dégager l'information récente et pertinente, planifier le processus de rédaction, formuler des recommandations quant à la structure du document, nommer les participants des groupes de travail chargés de la rédaction et déterminer le rôle de leurs organismes respectifs au moment de la distribution et de la mise en œuvre des lignes directrices.

Treize groupes de travail, structurés en fonction du contenu des lignes directrices, ont assumé la rédaction du document. Les groupes étaient composés de volontaires de différentes disciplines, et chacun était dirigé par la directrice de projet. La médecine (néonatalogie, obstétrique et périnatalogie, anesthésie et médecine familiale), les soins infirmiers (soins communautaires et hospitaliers), les sages-femmes, les familles, la formation relative à la naissance, l'administration, l'architecture et la planification y étaient représentés. Le groupe central a choisi les volontaires selon leurs compétences et leurs connaissances dans des domaines particuliers, tout en s'assurant de la représentation de toutes les régions du pays. Les télécommunications ont bien servi les volontaires, puisqu'ils ont tenu des téléréunions pour préciser les grandes lignes de leurs chapitres respectifs,

discuter du contenu et réviser les différentes versions; leurs échanges se sont également faits par courriel, par télécopieur et par la poste. Les volontaires ont rédigé les diverses sections du document; par la suite, la directrice de projet a regroupé et révisé les sections pour en faire un tout cohérent. Chaque chapitre a fait l'objet de trois ou quatre versions durant ce processus.

D'autres volontaires ont relu des chapitres spécifiques ou le document entier. De plus, le document a été révisé et corrigé par un comité officiel de révision. Ce comité était formé de quinze personnes de différentes disciplines, y compris des consommateurs, des représentants de chaque groupe de travail, des personnes qui n'avaient pas encore participé au processus et des représentants de toutes les régions du pays. Le travail de révision de chaque membre correspondait à son domaine de compétences. Le comité de révision a fait un examen approfondi du document; ses observations et ses commentaires ont donné lieu à trois versions subséquentes. Le comité a aussi cerné, étudié et résolu les questions litigieuses. Le comité s'est réuni uniquement par téléconférences — chaque chapitre ayant nécessité au moins trois appels — et la directrice de projet a assumé la responsabilité de la révision et de la correction de chacune des versions subséquentes, conformément aux recommandations du comité.

Grâce à leurs efforts inlassables, tous ces volontaires ont réussi à produire *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, version de l'an 2000.

Remerciements

L'ouvrage *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* n'aurait pu être mené à terme sans la collaboration et les efforts intenses déployés par les nombreuses personnes qui ont participé à son élaboration. Les conseillères de Santé Canada qui ont veillé au projet, Janice Ireland, Marie Labrèche et Rosemary Sloan, de la Division de l'enfance et de la jeunesse, sont reconnaissantes envers les professionnels et les consommateurs de divers horizons qui ont mis leurs compétences et leur sens de la collaboration au service de l'ouvrage.

Santé Canada tient à remercier de façon toute particulière l'Institut canadien de la santé infantile et, plus spécifiquement, Louise Hanvey, directrice du projet, pour son apport et ses conseils de même que pour l'orientation qu'elle a su donner à la préparation de ce document d'une grande valeur. Ses compétences et son dévouement ont assuré beaucoup de cohésion au projet. Il faut également souligner les habiletés de rédaction de Wendy Dayton, les compétences de révision et d'indexation de Judith Whitehead de même que son engagement constant, la collaboration continue de Rolande Ostiguy, gestionnaire de projets de publication, Santé Canada, de même que la qualité de la conception graphique et de la mise en pages de Stephanie Pelot, Pentafolio inc.

L'ouvrage *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* a été produit en collaboration avec les organismes suivants :

Association canadienne de santé publique
Association canadienne des soins de santé
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association internationale d'éducation périnatale
Association médicale canadienne
Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses — Canada
Coalition canadienne de régionalisation périnatale
Confédération canadienne des sages-femmes
Coalition canadienne pour la prévention des troubles du développement
Conseil canadien d'agrément des services de santé

Institut canadien de la santé infantile
Collège des médecins de famille du Canada
Native Physicians Association in Canada
Réseau canadien pour la santé des femmes
Société canadienne de pédiatrie
Société canadienne des anesthésistes
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

RÉVISION DU CONTENU ASSUMÉE PAR :

Louise Hanvey, inf., BN, MHA
Directrice du projet *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

EN COLLABORATION AVEC LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE RÉVISION :

Graham W. Chance, MB, FRCP, FRCPC
Professeur émérite, Département de pédiatrie
Université de Western Ontario
Ancien président de la Division of Neonatal-Perinatal Medicine
St. Joseph's Health Centre
London (Ontario)
Président, Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

William Fraser, MD, MSc
Professeur et titulaire d'une chaire
Département d'obstétrique et de gynécologie, Université Laval
Québec (Québec)

Guy-Paul Gagné, MD, CSPQ, FRCS(C)
Professeur agrégé d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Lasalle (Québec)

Michael C. Klein, MD, CCFP, FCFPC, FAAP (Néonatal-Périnatal)
Professeur, Department of Family Practice and Pediatrics
Université de la Colombie-Britannique
Chef, Department of Family Practice
British Columbia Women's and Children's Hospitals
Vancouver (Colombie-Britannique)

Susan Marshall, MSc
Membre du conseil
Manitoba Association for Childbirth and Family Education
Winnipeg (Manitoba)

Doug McMillan, MD, FRCP, FAAP
Professeur de pédiatrie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Carl Nimrod, MB, FRCSC
Chef, Département d'obstétrique et de gynécologie
Hôpital d'Ottawa — Campus général
Ottawa (Ontario)

Martha Nutbrown, BN
Infirmière visiteuse en soins périnatals
Reproductive Care Program of Nova Scotia
Coordonnatrice des ressources cliniques, Valley Regional Hospital
Kentville (Nova Scotia)

Laurie Reid, inf., BScN, IBCLC
Infirmière-ressource pour les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire
Community Care and Public Health
Capital Health
Edmonton (Alberta)

Larry Reynolds, MD, MSc, CCFP
Professeur de médecine familiale, Université de Western Ontario
Collège des médecins de famille du Canada
London (Ontario)

Kris Robinson, BSCN, SCM (UK), MSc
Infirmière clinicienne spécialisée/Sage-femme
Programme pour les femmes et les enfants
Hôpital général de Saint-Boniface
Winnipeg (Manitoba)

Vera Rosolowich, inf., SCM (UK), IBCLC
Animatrice pédagogique, Santé des femmes
Misericordia Health Centre
AWHONN Canada
Winnipeg (Manitoba)

Janet Rush, inf., PhD ©
Directrice de recherche en soins infirmiers, St. Joseph's Hospital
Professeure adjointe en clinique, Faculté des sciences de la santé
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Nancy McNinch Shosenberg, inf., BScN, MHSc
Présidente du groupe cadre de *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices*
Experte-conseil
Oshawa (Ontario)

Linda Uhrich, RNC, ICCE, ICPE
International Childbirth Education Association
Winnipeg (Manitoba)

Les auteurs des différents chapitres

CHAPITRE 1

Margaret J. Haworth-Brockman, BSc
Présidente, Equity/Access Committee
Manitoba Midwifery Implementation Council
Winnipeg (Manitoba)

Louise Hanvey, inf., BN, MHA
Conseillère, Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

Susan Marshall, MSc
Membre du conseil
Manitoba Association for Childbirth and Family Education
Winnipeg (Manitoba)

Larry Reynolds, MD, MSc, CCFP
Professeure de médecine familiale, Université de Western Ontario
Collège des médecins de famille du Canada
London (Ontario)

CHAPITRE 2

Sharon Dore, inf., PhD (c)
Infirmière clinicienne spécialisée — Obstétrique et gynécologie
Hamilton Health Sciences Corporation
Hamilton (Ontario)

Sidney Effer, MD, FRCSC
Professeur émérite — Obstétrique et gynécologie
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Lynn Julius, inf., BScN
Thunder Bay General Hospital
Thunder Bay (Ontario)

Doug McMillan, MD, FRCP, FAAP
Professeur de pédiatrie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Diane J. Sawchuck, MSN
Infirmière-conseil en soins périnatals
British Columbia Reproductive Care Program
Vancouver (Colombie-Britannique)

CHAPITRE 3

Noreen Agrey, BA, BEd
Éducatrice en santé
Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps
Saskatoon (Saskatchewan)

Katherine M. Crowe, inf., BSc, PHN, OPN
Superviseure, Santé génésique
Département de la santé de la municipalité régionale d'Ottawa-Carleton
Ottawa (Ontario)

Cheryl Levitt, MB, Bch, CCMF
Présidente, Département de la médecine familiale
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Jane MacDonald, BScN, MHSc
Conseillère en santé communautaire — Chercheure/Auteure
Ottawa (Ontario)

Diane MacLean
Présidente, Maternal/Newborn Care Program Community Advisory Panel
Wellesley Central Hospital
Toronto, Ontario

Viola Polomeno, inf., BSc, MSc (A), PhD (c)
Infirmière enseignante en milieu clinique
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Montréal (Québec)

CHAPITRE 4

Le Groupe ALPHA

Anne Biringer, MD, CCFP, FCFP
Chargée de cours
Département de la médecine familiale et communautaire
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

June Carroll, MD, CCFP, FCFP
Professeure agrégée et chercheure
Département de la médecine familiale et communautaire
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Beverley Chalmers, PhD
Professeure agrégée
Départements d'obstétrique et de gynécologie, sciences infirmières et sciences de la santé publique
Centre de recherche en santé des femmes, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Deana Midmer, BScN, EdD, FACCE
Chargée de cours et chercheure
Département de la médecine familiale et communautaire
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Anthony Reid, MD, MSc, CCFP, FCFP
Professeur agrégé
Département de la médecine familiale et communautaire
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Donna Stewart, MD, FRCPC
Professeure, Départements de psychiatrie, d'obstétrique et de gynécologie, Chaire d'études féminines
The Toronto Hospital, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Lynn Wilson, MD, CCFP, FCFP
Chargée de cours et chercheure
Département de la médecine familiale et communautaire
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Dorothy Dooley, inf., BN
Infirmière de santé communautaire et facilitatrice du Programme canadien de nutrition prénatale
Groupe de travail Liard Basin
Watson Lake (Yukon)

Philip F. Hall, MD, BScMed, FRCSC
Professeur et directeur, Programme provincial d'extension des services en obstétrique, Unité d'évaluation du fœtus
Hôpital général de Saint-Boniface, Département d'obstétrique, de gynécologie et de sciences de la reproduction, Université de Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Susan E. Hodges, inf., BScN (concentration en soins périnataux)
Coordonnatrice nationale de projet
Programme d'aide postnatale aux parents
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

Margaret Norum, inf., BScN
Coordonnatrice, Perinatal Education Program
Continuing Medical and Nursing Education
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Viola Polomeno, inf., BSc, MSc (A), PhD (c)
Infirmière enseignante en milieu clinique
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Montréal (Québec)

S. Nan Schuurmans, MD, FRCSC
Directeur des services cliniques du programme régional
Women's Health, Capital Health Authority
Ancien président (1996-1997), Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Edmonton (Alberta)

Bobbi Soderstrom, BA, MLS, BScN, RN, IBCLC, RM
Ottawa (Ontario)
Chargé de cours
Midwifery Education Programme, Ryerson Polytechnic University
Toronto (Ontario)

Linda Uhrich, RNC, ICCE, ICPE
Association internationale d'éducation périnatale
Winnipeg (Manitoba)

CHAPITRE 5

Susan Chesney, inf., BScN, SCM
Clinical Manager Obstetrics
Royal Alexandra Hospital, Women's Centre
Edmonton (Alberta)

William Fraser, MD, MSc
Professeur et titulaire de chaire
Département d'obstétrique et de gynécologie, Université Laval
Québec (Québec)

Guy-Paul Gagné, MD, CSPQ, FRCS(C)
Professeur agrégé d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Lasalle, Québec

Michael C. Klein, MD, CCFP, FCFPC, FAAP (Neonatal-Perinatal)
Professeur, Department of Family Practice and Pediatrics
Université de la Colombie-Britannique
Chef, Department of Family Practice
British Columbia Women's and Children's Hospitals
Vancouver (Colombie-Britannique)

Christine Kurtz Landy, inf., BScN, MScN
Gestionnaire — Santé génésique
Service de santé de Wellington Dufferin Guelph
Guelph (Ontario)

Heather Mains, BFA, CD
Conseillère en santé des consommateurs
Toronto (Ontario)

Dre Roanne Preston, MD, FRCPC
Présidente de la section d'obstétrique
Société canadienne des anesthésistes
Ottawa (Ontario)

Kris Robinson, BSCN, SCM (UK), MSc
Infirmière clinicienne spécialisée et sage-femme
Woman and Child Program
Hôpital général de Saint-Boniface
Winnipeg (Manitoba)

Jo Watson MacDonell, inf., MScN, IBCLC
Directrice, Centre de naissance, Clinique d'allaitement
Hôpital Women's College
Toronto (Ontario)

CHAPITRE 6

Oscar Casiro, MD, FRCPC
Professeur de pédiatrie
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Sheila Harvey, inf., MN, RM
Gestionnaire, Foothills Nurse-Midwifery Programme
Calgary Regional Health Authority
Calgary (Alberta)

Charlene McLelland, sage-femme
Confédération canadienne des sages-femmes
Kingsport (Nouvelle-Écosse)

Doug McMillan, MD, FRCP, FAAP
Professeur de pédiatrie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Arne Ohlsson, MD, MSc, FRCPC, FAAP
Directrice, Evidence Based Neonatal Care and Outcomes Research
Division of Neonatology, Department of Paediatrics
Professor, Departments of Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology
Public Health Sciences, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Laurie Reid, inf., BScN, IBCLC
Infirmière-ressource pour les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire
Community Care and Public Health
Capital Health
Edmonton (Alberta)

Catherine Royle, inf., BN, MN
Directrice de programme
Newfoundland and Labrador Provincial Perinatal Program
St. John's (Terre-Neuve)

Janet Rush, inf., PhD
Directrice de la recherche infirmière, Hôpital St. Joseph's
Professeur adjoint en clinique, Faculté des sciences de la santé
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Barbara Selwood, inf., BSN, MSc
Coordonnatrice en soins périnatals
Vancouver/Richmond Health Board
Vancouver (Colombie-Britannique)

Robin Walker, MB, ChB, FRCP(C), FAAP
Professeur de pédiatrie
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Nancy E. Watters, BScN, MScN, IBCLC
Coordonnatrice, Soins à la mère et au nouveau-né
Programme d'éducation périnatale de l'Est de l'Ontario
Ottawa (Ontario)

CHAPITRE 7

Gail Blair Storr, inf., MN, Med
Professeure
Faculté de soins infirmiers, Université du Nouveau-Brunswick
Fredericton (New Brunswick)

Mollie Butler, inf., BSN, MPA
Conseillère en soins périnatals
Victoria (Colombie-Britannique)

Jack Newman, MD, FRCPC
Président
INFACT Canada
Toronto (Ontario)

Nancy E. Watters, BScN, MScN, IBCLC
Coordonnatrice, Soins à la mère et au nouveau-né
Programme d'éducation périnatale de l'Est de l'Ontario
Ottawa (Ontario)

CHAPITRE 8

Elizabeth Becker, BA
Coordonnatrice de programme
Bereaved Families of Ontario
Toronto (Ontario)

Oscar Casiro, MD, FRCPC
Professeur de pédiatrie
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Christine M. Evanochko, RNC, MN, NNP
Infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne en soins néonatals
NICU, Stollery Children's Health Centre
Edmonton (Alberta)

Jane MacDonald, BScN, MHSc
Conseillère en santé communautaire — Chercheure/Auteure
Ottawa (Ontario)

Nancy E. Malcolm, inf., RNEd, MHSc
Vice-présidente
Patient Care Services, Women's College Hospital
Toronto (Ontario)

Margaret J. McGovern, inf., BScN, MScN
Directrice exécutive
Bereaved Families of Ontario
Toronto (Ontario)

Jacqueline Zalnasky, RNC, MN, BN
Directrice, Services infirmiers
Grace General Hospital
Winnipeg (Manitoba)

CHAPITRE 9

Sharon Dore, inf., PhD (c)
Infirmière clinicienne spécialisée — Obstétrique et gynécologie
Hamilton Health Sciences Corporation
Hamilton (Ontario)

Sidney Effer, MD, FRCSC
Professeur émérite — Obstétrique et gynécologie
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Lynn Julius, inf., BScN
Thunder Bay Regional Hospital
Thunder Bay (Ontario)

Doug McMillan, MD, FRCP, FAAP
Professeur de pédiatrie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Diane J. Sawchuck, MSN
Infirmière-conseil en soins périnataux
British Columbia Reproductive Care Program
Vancouver (Colombie-Britannique)

CHAPITRE 10

John E. Christie, B Arch, BES, OAA, MAIBC, MRAIC
Directeur
The Parkin Group
Toronto (Ontario)

Jeannine Gourlie, inf., CHE
Gestionnaire
Agnew Peckham Health Care Consultants
Toronto (Ontario)

Lynn Wilson Orr, BID, M.Arch, OAA, RAIC
Vice-présidente
Parkin Architects Limited
Toronto (Ontario)

Les personnes suivantes ont apporté leur précieux concours à la version française du document :

Denise De Montigny, Traduction QualiT
Nicole Henderson, STRATCOM

Diane Michaud, inf., B.Sc.Inf., CLSC Grande-Rivière, Aylmer (Québec)
Louise Dumas, inf., M.S.N., Ph.D., Université du Québec à Hull
Francine de Montigny, M.Sc.Inf., Université du Québec à Hull
Martine Legault, M.Sc.Inf., Hôpital Sainte-Justine, Montréal (Québec)
Andrée Gaumond-Béland, inf., B.Sc., Centre hospitalier universitaire de Québec, Saint-Sacrement (Québec)
Hélène Turcotte, infirmière clinicienne, Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario)

Santé Canada rend hommage particulièrement à Rolande Ostiguy, gestionnaire, projets de publication, Santé Canada, pour son apport inestimable.

— CHAPITRE 1 —

Introduction et philosophie

Table des matières

Introduction 5

Lignes directrices : historique et contexte 5

Lignes directrices : le but 7

Lignes directrices : le contenu 7

Qu'entend-on par soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale ? 8

Principes directeurs des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale 9

Application des lignes directrices : faciliter le changement 14

Étapes facilitant la réussite d'un changement 16

Soutien, perfectionnement et formation 16

Comment les femmes et les familles peuvent-elles participer efficacement ? 17

Conclusion 19

Bibliographie 21

Introduction[1]

Lignes directrices : historique et contexte

Les lignes directrices relatives aux soins à la mère et au nouveau-né ont été publiées pour la première fois au Canada en 1968, puis révisées en 1974 et en 1987. Elles sont présentées ici dans leur quatrième édition. Chacune des éditions tient compte des changements qui sont survenus dans la société canadienne et qui ont influencé les soins à la mère et au nouveau-né au Canada. Au cours des trente dernières années, la prestation des soins à la mère et au nouveau-né au Canada a subi l'influence de plusieurs changements fondamentaux. Le contexte dans lequel s'inscrivent les lignes directrices actuelles est présenté ci-après.

TECHNOLOGIE

L'explosion technologique de ces dernières années n'est un secret pour personne. On dispose maintenant de nouveaux outils technologiques plus perfectionnés pour prodiguer des soins à la mère ou au nouveau-né, tels que le moniteur fœtal ou différentes mesures analgésiques invasives. Les technologies de l'information ont nettement transformé les communications dans le milieu de la santé.

PARTICIPATION DES CONSOMMATEURS ET DES PROFESSIONNELS

Un nombre croissant de consommateurs et de professionnels interprètent dorénavant la naissance comme un événement familial naturel et déplorent qu'on prodigue soins et soutien aux familles en appliquant au cycle de la procréation un « modèle de maladie ». Certains remettent en question l'application courante de la technologie et d'autres pratiques de routine pour les soins à la mère et au nouveau-né. Ils insistent sur la pleine participation des femmes et des familles aux décisions concernant leurs soins. C'est à cette école de pensée que l'on doit l'expression « soins dans une perspective familiale ».

---

1. Dans la mesure du possible, les lignes directrices reflètent les expressions utilisées par les femmes. C'est pourquoi on y retrouve les termes « une femme et son bébé à naître » et « une femme et son bébé » plutôt que « une femme et son fœtus ».
   De plus, lorsque la grande majorité des personnes dans une catégorie d'emploi sont des femmes, le féminin est employé plutôt que le masculin.

RÉFORME DE LA SANTÉ

La réforme du système canadien de la santé se poursuit et elle se traduit par des contraintes budgétaires. Bien que cette réforme varie d'une région à l'autre, il en émerge néanmoins certains traits communs. On note par exemple une tendance à la décentralisation des services à partir du palier provincial vers le palier municipal et, dans certains endroits, à une régionalisation des services. Certains établissements réduisent actuellement leurs effectifs, d'autres ferment leurs portes, il y a transfert des services à d'autres établissements. Les séjours à l'hôpital sont de plus en plus courts. L'intégration et le rapprochement des organismes et des collectivités pour en arriver à un système totalement intégré font partie des objectifs déclarés.

PRATIQUES FONDÉES SUR DES PREUVES SCIENTIFIQUES

Les pratiques en matière de soins de santé font de plus en plus l'objet de discussions, et on exige maintenant qu'elles s'appuient sur des preuves scientifiques. En fait, les soins à la mère et au nouveau-né ont joué un rôle de premier plan dans l'évolution de cette pratique misant sur les preuves. La base de données Oxford des essais périnatals (maintenant la base de données sur la grossesse et la naissance du Centre de collaboration Cochrane/ *Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Database*) a été la première à étayer l'efficacité des interventions au moyen d'études systématiques fondées sur l'expérience clinique. De plus en plus de lignes directrices pour les pratiques cliniques des médecins, des infirmières[2] et des sages-femmes s'appuient sur des preuves scientifiques.

DIVERSITÉ DE LA POPULATION CANADIENNE

La population canadienne en âge d'avoir des enfants s'est diversifiée en termes de culture, d'ethnie, d'origine raciale, de statut socioéconomique et d'âge; cela n'est pas sans répercussions sur le soutien social et les systèmes de ressources des familles et des collectivités. Bien des femmes en âge de procréer sont maintenant sur le marché du travail. Elles sont plus nombreuses à décider d'avoir leurs enfants à un âge plus avancé. Bien des familles sont dans l'impossibilité de recevoir l'aide de leur famille élargie. Il faut donc que les programmes et les services répondent à leurs besoins et qu'ils leur soient accessibles. Il importe également de moduler tous les services pour

2. Dans le document, le terme « infirmière » désigne la titulaire d'un permis de pratique en règle du corps professionnel de sa province; par exemple, il désigne une infirmière autorisée en Ontario et au Québec et une infirmière immatriculée au Nouveau-Brunswick.

tenir compte des particularités des diverses collectivités auxquels ils s'adressent. En plus d'être attrayants et pertinents, ces services doivent être accessibles aux femmes et à leur famille, en particulier à celles qui sont moins portées à s'en prévaloir ou même hésitantes à le faire. Une telle diversité pose un défi à tous les intervenants qui prodiguent des soins aux mères et aux nouveau-nés.

Lignes directrices : le but

Les lignes directrices ont pour but d'aider les hôpitaux et les autres organismes du secteur de la santé à planifier, mettre en place et évaluer des programmes et des services de soins à la mère et au nouveau-né. Elles sont conçues à l'intention des décideurs, des intervenants de la santé (notamment les médecins, les infirmières et les sages-femmes), des parents, des planificateurs et des administrateurs de programmes. Bien qu'elles ne constituent pas à proprement parler des lignes directrices de pratique clinique, il arrive toutefois qu'elles renvoient aux lignes directrices régissant la pratique clinique actuelle ou en présentent un aperçu.

En raison de la diversité des régions et des collectivités canadiennes, le présent document se veut assez souple pour englober les différents protocoles, politiques et approches des établissements, organismes, collectivités et régions de tout le pays.

Lignes directrices : le contenu

Les lignes directrices établissent d'abord les principes généraux pour ensuite présenter des précisions. Le premier chapitre commence par une *présentation des concepts* sous-jacents aux soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, puis explique le fondement de ces soins — soit les principes directeurs. Le deuxième chapitre décrit l'*organisation des services* au sein d'un système régionalisé de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Les quatre chapitres suivants traitent des lignes directrices régissant les soins à prodiguer au cours du cycle de la procréation : *soins avant la conception, soins pendant la grossesse, soins durant le travail et la naissance, soins postnatals*[3] *mère-enfant et transition vers la collectivité.* Les trois chapitres suivants analysent des thèmes relatifs aux soins

3. La présente édition des lignes directrices tient compte de l'évolution de la terminologie dans les milieux de pratique au Canada. Par exemple, les termes « prénatal, pernatal et postnatal » sont utilisés de préférence à « antepartum, intrapartum et postpartum » et « naissance » au lieu d'accouchement, lorsque le contexte s'y prête.

à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : *allaitement, perte et deuil,* et *transport*. Le dernier chapitre décrit les lignes directrices relatives aux *installations* et à l'*équipement* nécessaires pour la prestation des soins.

Chaque chapitre énonce d'abord les principes directeurs pertinents à l'aspect des soins aux mères et aux nouveau-nés dont il est question. Chacun comprend des renvois à des ouvrages scientifiques. Les annexes à la fin de la plupart des chapitres fournissent des détails supplémentaires sur certains domaines spécifiques.

Les lignes directrices sont fondées sur les constats de la recherche. Si ces constats laissent planer un doute ou si un aspect des soins est encore controversé, mention en est faite. Si des travaux de recherche très concluants font ressortir clairement un certain avantage, cet avantage est expliqué en détail. S'il y a des risques, ils sont définis. Enfin, si la recherche fait défaut ou est insuffisante, il est recommandé d'étudier davantage la question.

Il importe de prendre connaissance des limites de la pratique fondée sur l'expérience clinique. De toute évidence, il faut poursuivre les recherches, surtout en ce qui touche les données qualitatives reliées aux aspects psychosociaux « vécus » de la grossesse et de la naissance. Il reste aussi d'importants défis à relever pour mettre en évidence l'efficacité des interventions auprès des femmes et des familles. Par exemple, le document de bonne notoriété *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Enkin et coll., 1995) répertorie plus de trente domaines où le manque de données de recherche ne permet pas de tirer des conclusions.

Qu'entend-on par soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale ?

Par soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, on entend un processus complexe, multidimensionnel et dynamique permettant de fournir des soins de toute sécurité, compétents et personnalisés, qui tiennent compte des besoins physiques, affectifs et psychosociaux de la femme et de sa famille. Dans une telle perspective, la grossesse et la naissance constituent une étape saine et normale de la vie. Cette perspective permet également de reconnaître l'importance du soutien aux familles, de leur participation et des choix qu'elles effectuent. De fait, lorsqu'on parle de

soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, on invoque une attitude plutôt qu'un protocole (Rush, 1997, p.1).

Principes directeurs des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale s'appuient sur les principes directeurs suivants :

La naissance est un événement heureux — un événement normal et sain.

La majorité des femmes vivent une grossesse sans problème et donnent naissance à un bébé en santé et très attendu. Grâce à l'appui de la famille et des proches, la naissance peut correspondre à un moment de grande joie et de satisfaction. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale sont fondés sur le principe suivant : la grossesse est un événement sain et naturel, et la naissance, un processus physiologique tout à fait normal. Il s'agit d'un événement marquant dans la vie d'une femme et de sa famille.

Par contre, certaines femmes et certaines familles n'ont peut-être pas prévu la grossesse ou ne la désirent pas; des complications peuvent survenir ou des circonstances sociales négatives peuvent entrer en jeu. La naissance elle-même peut s'avérer difficile et connaître un dénouement inattendu. Dans de telles situations, les soins prodigués dans une perspective familiale prennent encore plus d'importance, puisqu'ils sont axés sur les besoins particuliers de chaque famille.

Chaque femme vit sa grossesse et la naissance de façon unique.

Les femmes n'ont pas toutes le même vécu ni les mêmes besoins. Les femmes et les familles ont des philosophies différentes de la naissance d'après leurs connaissances, leurs expériences, leur culture, leurs contextes social et familial, et leur système de croyances. Le soutien et les soins offerts doivent donc tenir compte de ces facteurs. Certaines femmes éprouvent des craintes ou des sentiments négatifs face à la naissance et hésitent à prendre en charge leurs soins. Il faut savoir reconnaître ces sentiments. Pour prodiguer des soins adéquats aux mères et aux familles, il faut s'adapter à leurs besoins plutôt

que de s'attendre à ce que les femmes et les familles s'adaptent aux besoins des organismes ou des intervenants.

Le principal objectif de la prestation de soins aux femmes, aux bébés et aux familles est d'optimiser la probabilité qu'une femme en santé donne naissance à un bébé en santé.

La femme enceinte et sa famille se soucient plus que tout autre du dénouement heureux, en toute sécurité, de la grossesse. Elles visent à ce que la grossesse, la naissance et la période postnatale immédiate soient une expérience positive et enrichissante. C'est aussi le but des intervenants de la santé. De toute évidence, il faut reconnaître que chaque femme est un être à part entière et que chacune a besoin de renseignements impartiaux et clairs sur les choix qui s'offrent à elle.

Les soins à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques.

Les lignes directrices nationales s'appuient, dans la mesure du possible, sur des preuves scientifiques. Comme on l'a déjà mentionné, si les essais ne sont pas concluants, mention en est faite. Par contre, si un avantage se dégage clairement des essais cliniques, il est expliqué en détail. Les risques, s'il y a lieu, sont également rapportés. Si la recherche fait défaut ou si elle est insuffisante dans un domaine, il est recommandé d'élaborer des travaux de recherche. Les ressources suivantes peuvent aider à évaluer la recherche existante ainsi qu'à planifier et à réaliser des projets de recherche : la bibliothèque Cochrane (Cochrane Library); les programmes ou les écoles universitaires de sciences infirmières, de médecine, de sages-femmes et autres; les centres régionaux de périnatalité; les centres de santé communautaires et les centres locaux des services communautaires (CLSC); les chercheurs et les consultants. Enfin, il faut être conscient des limites des pratiques fondées sur des preuves scientifiques, la collecte de données probantes étant loin d'être terminée.

Les rapports entre les femmes, les familles et les intervenants de la santé reposent sur la confiance et le respect mutuel.

Il importe que les intervenants de la santé respectent et soutiennent la femme et sa famille. Cela aidera la femme à donner naissance en toute sécurité, dans la dignité et dans un contexte où elle aura davantage de contrôle sur l'expérience qu'elle vit. La femme et sa famille doivent, à leur tour, respecter

les intervenants et leur faire confiance. La prestation efficace de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale repose sur ce respect mutuel et ce lien de confiance.

Les soins sont prodigués aux femmes dans leur contexte familial.

La famille de la femme joue un rôle de première importance pendant la grossesse et la naissance. De fait, la famille fait partie du plan de soins. Il revient à la femme de définir sa famille et le soutien dont elle veut s'entourer; c'est à elle de choisir qui est inclus et qui est exclu. Sa définition de la famille peut n'inclure qu'une seule personne ou s'élargir à plusieurs; il peut s'agir du père, des frères, des sœurs et des grands-parents de l'enfant; du conjoint; des oncles et tantes de l'enfant; des amis; ainsi de suite. Les soins axés sur la famille considèrent la famille comme une unité de soins.

Pour faire des choix éclairés, les femmes et les familles ont besoin de connaissances sur les soins prodigués.

L'aptitude à choisir entre diverses possibilités repose sur l'information fournie à la femme et à sa famille relativement aux choix réels qui leur sont offerts, sur un dialogue respectueux de leurs craintes et de leurs opinions, et sur des politiques souples, favorables à la planification et à la prise de décisions. L'échange des renseignements devient la responsabilité mutuelle des intervenants de la santé, des organismes, des femmes et des familles. Les avantages et les risques de toutes les procédures doivent être expliqués aux femmes et aux familles, de même que tous les choix possibles. Il ne suffit pas de s'attendre à ce que les femmes fassent des «choix». Les intervenants de la santé doivent leur donner le temps, le soutien et l'encouragement nécessaires pour explorer les diverses possibilités entre lesquelles choisir.

Les femmes prennent des décisions autonomes. Grâce au respect qu'on leur manifeste et à la possibilité de faire des choix éclairés, les femmes sont en mesure d'assumer leurs responsabilités.

Les femmes sont les premières responsables des décisions relatives à leurs soins. De concert avec leur famille, elles fondent cependant leurs décisions sur divers facteurs — notamment les compétences des professionnels. Les intervenants de la santé peuvent encourager les femmes et les familles à trouver les ressources dont elles ont besoin pour prendre des décisions et ils peuvent les guider. Une fois qu'elles ont obtenu l'information susceptible de les aider à atteindre leurs buts, les femmes sont guidées, non dirigées,

par les intervenants avec qui elles ont choisi de partager la responsabilité de leurs soins.

Les intervenants de la santé exercent une profonde influence sur les femmes qui donnent naissance et leur famille.

Les sentiments d'une femme face à la grossesse et à la naissance sont déterminés par au moins deux facteurs importants : ses expériences antérieures et le soutien affectif reçu au cours de ces expériences. Des études portant sur la satisfaction des femmes envers leur expérience de la naissance et sur leur perception des répercussions personnelles de cette naissance démontrent que la satisfaction est associée davantage au soutien affectif reçu pendant le travail qu'au processus de la naissance. Les femmes se souviennent toute leur vie des événements entourant la naissance et des sentiments qui s'y rattachent (Simkin, 1996). Elles se souviennent aussi avec précision des mots et des gestes des intervenants. Leur satisfaction est liée au type de soins reçus et à leurs sentiments de maîtrise personnelle et de réalisation. Les intervenants de la santé doivent donc être conscients du pouvoir qu'ils ont d'influencer la portée à long terme de l'expérience de la naissance sur la vie de la femme.

Les soins à la mère et au nouveau-né peuvent être prodigués par des intervenants de différentes disciplines.

Les femmes choisissent entre différents types d'intervenants du secteur de la santé pour obtenir les soins et le soutien dont elles ont besoin pendant la grossesse, la naissance et les premiers mois suivant la naissance pour l'ajustement à leur nouveau rôle de parent. Il est important que les intervenants communiquent entre eux, se traitent avec respect et se fassent confiance pour travailler ensemble au bien-être de la femme, de son bébé et de sa famille. Ces intervenants comprennent des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des accompagnantes/accompagnatrices ou des doulas[4], des monitrices de cours prénatals et bien d'autres personnes qui aident à satisfaire différents besoins physiques et sociaux.

4. Doula, du grec ancien «servante de la femme». La doula accompagnatrice désigne une personne, autre qu'un être cher, qui procure un soutien physique et émotif et de l'information de façon continue à la mère et à son conjoint avant, pendant et immédiatement après la naissance du bébé. La doula postnatale apporte son aide aux familles pour le rétablissement postnatal. Les doulas ont une formation et une certification en soins périnatals, et elles travaillent à domicile et à l'hôpital. Elles n'appliquent que des techniques non médicales et n'accomplissent aucune tâche clinique (Simkin, 1998). Les fonctions des accompagnantes au Québec s'apparentent à celles des doulas.

En matière de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, la technologie est utilisée à bon escient.

Le recours à la technologie doit être judicieux et se faire à bon escient; il doit se limiter aux cas où l'on a démontré qu'il sera bénéfique. Par exemple, il est important de ne pas substituer la technologie aux soins de soutien directs ou à l'observation. De plus, on ne devrait pas justifier une intervention et une surveillance technologiques qui ne sont *pas nécessaires* en invoquant des raisons de sécurité; cela ne fait que reléguer l'expérience de la mère et de la famille au deuxième plan.

La qualité des soins se mesure à l'aide de plusieurs indicateurs.

Pour mesurer la qualité des soins, il faut non seulement tenir compte de divers indicateurs, comme les taux de morbidité et de mortalité, mais aussi évaluer l'expérience de la femme en matière de grossesse, de naissance et de soins postnatals. Il faut considérer l'évaluation de l'expérience de la femme durant la naissance et la période postnatale comme une activité importante d'assurance de la qualité des soins offerts. Les intervenants de la santé peuvent recourir à diverses méthodes pour obtenir les commentaires des femmes sur les différentes approches des soignants, sur le libre arbitre qu'elles peuvent exercer, leur confort et leur perception du milieu, la formation reçue, la qualité de la préparation, et ainsi de suite. Des entrevues, des sondages et des questionnaires réalisés de façon régulière, de même que des cartes de commentaires ou des boîtes à suggestions, peuvent aussi aider à recueillir leurs observations.

Le choix des mots est important.

Le niveau de langue et les mots choisis pour les affiches, les documents et les conversations en disent parfois aussi long que l'information elle-même. Les mots peuvent refléter une attitude de respect ou de manque de respect, d'inclusion ou d'exclusion, de jugement ou d'acceptation; il s'ensuit donc que le langage peut favoriser ou entraver la communication. Ainsi, d'une part, les expressions « lignes directrices », « travailler ensemble » et « bienvenue » transmettent des idées d'ouverture, de compréhension de la situation et de valorisation de la famille. D'autre part, les termes « politiques », « permis » et « interdit » laissent présager de la part des professionnels une position d'autorité sur les femmes et les familles. En qualifiant les parents et les membres de la famille de « partenaires », de « collègues », de « collaborateurs dans la prise de décision » ou « d'experts », on reconnaît

le rôle essentiel des familles : celles-ci apportent de l'information et des points de vue importants sur la grossesse et la naissance et, avec les professionnels de la santé, elles constituent une équipe.

Application des lignes directrices : faciliter le changement

La culture, les attitudes et les normes des organismes et des établissements influencent les approches et les pratiques des soins offerts aux femmes et à leur famille. Pour prodiguer des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, les organismes doivent continuer à développer et à mettre au point une culture plus humaniste. Pour apporter de véritables changements, il leur faut examiner d'abord leur propre culture et leurs valeurs. Cela signifie, notamment, qu'ils doivent comprendre comment, à titre d'organismes, ils s'insèrent dans cette culture humaniste et comment ils peuvent l'améliorer.

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale peuvent nécessiter un changement dans la façon de penser et d'exercer sa pratique. Il faudra peut-être aussi procéder à certaines modifications, dont les suivantes :

Passage	**à**
d'une perspective de maladie et de déficit	une perspective qui reconnaît les forces de la personne et de la famille, et qui mise sur ces forces;
d'une dépendance envers l'expertise professionnelle et institutionnelle	un partenariat et une collaboration des professionnels et des établissements avec les femmes et les familles;
de pratiques qui nourrissent un état de dépendance	des pratiques qui donnent du pouvoir aux femmes, aux familles et aux collectivités;
d'une dépendance envers la technologie	une reconnaissance des capacités et du savoir-faire des femmes, des familles et des professionnels, et un contexte qui limite la technologie à des indications spécifiques justifiables;
d'une conception des services et des programmes menée dans l'isolement	une redécouverte de l'importance de la participation communautaire et des partenariats avec la collectivité.

Adaptation de *Advances in Family-Centered Care,* Institute for Family-Centered Care, 1995, p. 2.

Un cadre de travail axé sur la famille peut modeler les pratiques des établissements et des services non seulement au niveau de l'organisation, mais aussi des interactions des personnes qui travaillent ensemble. Les organismes dont l'approche des soins et des services est déjà mieux axée sur la famille font appel aux stratégies suivantes pour assurer leur réussite :

- Ils témoignent de respect envers les femmes et les familles en s'informant de leur expérience, de leurs plans et de leurs besoins.
- Ils évaluent les ressources et les services existants, et sont disposés à répondre aux souhaits de la famille et d'y voir un complément aux politiques et aux programmes en place.
- Ils précisent clairement les valeurs fondamentales au moyen d'une démarche de colla-boration à grande échelle pour définir et promouvoir des valeurs axées sur la famille.
- Ils reconnaissent l'importance du leadership. Ainsi, les membres d'un organisme peuvent s'efforcer de prodiguer les meilleurs soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, mais de tels soins de qualité ne seront véritablement prodigués que dans la mesure où il y a correspondance avec les priorités et l'engagement du conseil de direction, de l'administration et des personnes clés parmi les médecins, les infirmières et les sages-femmes. Le soutien du milieu est nécessaire pour favoriser le changement.
- Ils modifient la prise de décisions relatives aux politiques administratives en invitant les femmes et les familles à intervenir dès le début du processus décisionnel, c'est-à-dire à partir de la planification des programmes, des services et des institutions, et de l'élaboration des politiques.
- Ils reconnaissent que le passage à une approche davantage axée sur la famille requiert des efforts soutenus, de la patience, de la créativité et une vision.

Adaptation de *Advances in Family-Centered Care*, Institute for Family-Centered Care, 1995, p. 3.

Étapes facilitant la réussite d'un changement

Le processus de changement comprend des étapes bien précises, comme le démontre le tableau 1.1.

Tableau 1.1 Étapes facilitant la réussite d'un changement

1. Déterminer le noyau de base dont le rôle sera de faciliter le changement.
2. Faire participer les femmes et les familles à toutes les étapes du processus de changement.
3. Créer des occasions pour en arriver à une compréhension commune des soins prodigués dans une perspective familiale. Par exemple, offrir aux soignants des occasions de perfectionnement et de partage des connaissances — réunissant des membres de la famille et des professionnels de différentes disciplines et de divers départements et organismes.
4. Encourager les gens à exprimer leurs divergences d'opinions.
5. Planifier d'abord des changements qui peuvent réussir. Ne pas s'attaquer de front aux tâches les plus complexes ou les plus difficiles. Commencer de façon modeste.
6. Demander à des membres clés du personnel de faire la démonstration des nouvelles façons de penser et de travailler. Les encourager à enseigner par l'exemple.
7. Donner des séances de perfectionnement et de formation à l'intention du personnel et des familles, et les aider à adopter de nouvelles façons de travailler.
8. Établir des mécanismes pour mesurer le changement et en évaluer les effets.

Adaptation de *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Johnson et coll., Association for the Care of Children's Health, 1992.

Soutien, perfectionnement et formation

Le soutien, le perfectionnement et la formation des intervenants sont essentiels au succès de la mise en œuvre des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Ce qui compte le plus, ce sont les attitudes et le savoir-faire.

Non seulement faut-il que les soignants aient diverses compétences, ils doivent de plus adopter des attitudes qui correspondent aux principes fondamentaux des soins prodigués dans une perspective familiale. De tels soins exigent des changements à la fois subtils et profonds dans les pratiques professionnelles : il faut passer du modèle traditionnel de service « spécialisé » à un modèle qui favorise la collaboration et incorpore un perfectionnement continu axé sur les valeurs, les attitudes et les pratiques (Cannon et Ploof, 1991).

De plus, il peut être nécessaire que le personnel explore ses attitudes, en prenant comme point de départ les concepts présentés au tableau 1.2.

Tableau 1.2 Concepts pour explorer les attitudes

- La volonté et la force nécessaires pour céder le contrôle (à l'exception des situations où il y a clairement des risques pour la santé).
- Une approche empathique et respectueuse à l'égard des femmes et des familles.
- La conviction que les compétences uniques des femmes et des familles enrichissent la relation intervenant-client.
- La conviction que les points de vue et les opinions des femmes et des familles sont aussi importants que ceux des professionnels.
- La présomption que toutes les femmes, toutes les familles et toutes les collectivités ont des forces, et la volonté de les découvrir.
- Un respect du rôle primordial des femmes et des familles dans la prise de décisions pour tous les niveaux de soins.
- La volonté d'améliorer les compétences en relations humaines et les efforts nécessaires pour y arriver.

Comment les femmes et les familles peuvent-elles participer efficacement?

Les femmes et les familles peuvent conseiller de différentes façons les responsables de la planification des programmes ou de la prestation des services. Cette participation peut être officielle et continue, ou simplement ponctuelle. Toute participation, quelle qu'elle soit, est nécessaire pour s'assurer que les services satisfont vraiment les besoins de la famille. Le tableau 1.3 présente diverses façons d'inciter les femmes et les familles à participer de manière efficace.

Tableau 1.3 Pour une participation efficace des familles

- Tenir des rencontres de groupes avec des femmes et des familles, à mesure que des problèmes et des questions se présentent.
- Prévoir une pause café mensuelle réunissant les familles et le personnel.
- Solliciter la rétroaction de familles pour évaluer les besoins de la collectivité et des programmes.
- Faire siéger des femmes et des familles aux comités sur les soins à la mère et au nouveau-né ou à d'autres comités ou conseils pertinents.
- Inclure des familles dans les équipes qui visitent d'autres programmes ou centres.
- Prévoir des séances de remue-méninges avec des familles avant d'élaborer du matériel éducatif.
- Demander aux familles de lire et de commenter les ébauches de tous les documents éducatifs écrits.
- Inviter des familles à présenter des exposés lors de la formation d'accueil des nouveaux employés.
- Élaborer un sondage pour mesurer la satisfaction des femmes et des familles.
- Tenir un livre de suggestions à portée de la main pour que les familles puissent y inscrire leurs idées.
- Inviter les familles à présenter des exposés dans le cadre d'ateliers organisés à l'interne pour le personnel.

Source : Jeppson E.S., J. Thomas. *Essential Allies: Families as Advisors,* Institute for Family-Centered Care, 1999.

Pour que les femmes et les parents puissent participer de façon efficace aux comités et aux conseils, il faut souvent modifier l'organisation du travail. Le tableau 1.4 offre quelques suggestions utiles.

Tableau 1.4 Pour une participation efficace des familles aux comités

- Préparer un plan pour préciser quelles seront les femmes et les familles qui seront invitées à participer.
- Aider le personnel à comprendre l'importance de la participation des familles.
- Prévoir le temps nécessaire pour présenter aux familles et au personnel les enjeux, les participants et le processus.
- Faire en sorte que l'heure et l'endroit des réunions conviennent aux familles.
- Rétribuer les familles pour le partage de leurs connaissances, leur temps et leurs dépenses.
- Fournir, avant la réunion, des renseignements exacts, à jour et opportuns, clairs, pertinents et dénués de jargon.
- Équilibrer la représentation des familles et des professionnels dans les comités; un seul représentant des familles ne suffit pas.
- Considérer la possibilité de direction conjointe; par exemple, un parent et un professionnel pourraient être coprésidents.
- Reconnaître que certaines familles pourraient avoir besoin d'aide supplémentaire pour participer de façon efficace.

Source : Jeppson, E.S., J. Thomas. *Essential Allies: Families as Advisors,* Institute for Family-Centered Care, 1999.

Une bonne planification est nécessaire pour inciter tous les partenaires de la collectivité à participer aux comités. On trouve des stratégies utiles au tableau 1.5.

Tableau 1.5 Stratégies pour stimuler la participation de la collectivité

- Organiser des groupes de discussion ou des tribunes pour connaître les réactions à des programmes ou à des enjeux précis.
- Préciser la composition des comités pour y inscrire officiellement des représentants de la collectivité ou des parents.
- Placer des annonces dans les journaux locaux, les bulletins des organismes et les affiches des départements pour recruter des représentants de la collectivité. Préciser les qualités requises suivantes :
  - la volonté d'assister aux réunions;
  - la capacité de faire valoir le point de vue des consommateurs;
  - la capacité d'être membre pour au moins un an (préciser le mandat);
  - le recours au programme durant la dernière année.
- S'assurer que tous saisissent clairement le rôle des représentants communautaires.
- Jumeler un membre du comité avec un représentant des parents à des fins de soutien, de présentation, de participation, d'information et de bilan.
- Considérer la possibilité de rembourser les frais de déplacement, de stationnement et de garde d'enfants, ou d'allouer des fonds à ces frais.
- Penser à d'autres « consommateurs » de la collectivité : des éducateurs dans le cadre de programmes s'adressant aux mères et aux familles; des organismes fréquemment sollicités (notamment les agences de protection de l'enfance, les centres d'accueil pour femmes violentées, les maisons de naissance, les centres de santé communautaires); des groupes choisis (par ex., des monitrices de cours prénatals, des doulas, des groupes de soutien pour parents, des cliniques de suivi périnatal); des représentants des médias ou du milieu de la publicité.

Conclusion

En participant davantage aux décisions concernant la grossesse, la naissance et les premiers mois après la naissance, les femmes et les familles ont davantage confiance en leur capacité de s'occuper des enfants. La création de liens efficaces parents-enfant commence dès avant la grossesse, se poursuit durant la période prénatale et s'intensifie lorsque les deux parents participent à la naissance et aux soins de l'enfant. Les parents confiants et compétents exercent une forte influence au sein de la société. Leur contribution est essentielle à la croissance et à l'épanouissement de leurs enfants.

Dans un contexte de soins axés sur la famille, la grossesse et la naissance sont des événements marqués par de grands changements affectifs,

sociaux et physiques, mais ils ne sont pas considérés comme des phases d'une maladie. D'une part, les intervenants mettent leur expertise à la disposition des parents; d'autre part, les intervenants et les parents font équipe.

Les soins décrits dans les lignes directrices nationales s'appuient sur la philosophie sous-jacente aux soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Ce premier chapitre a présenté un aperçu des principes directeurs des soins axés sur la famille. Le reste du livre vise à aider les intervenants du secteur de la santé et les parents à mettre ces principes en pratique.

Bibliographie

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Plan directeur de l'examen de certification en soins infirmiers en périnatalité*, chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification*, Canadian Nurses Association.

BLACK, Sir D. « The limitations of evidence », *Journal of the Royal College of Physicians of London*, vol. 32, n° 1 (1998), p. 23-26.

BRADLEY, C.R., et S. WIGGINS. « An evaluation of family-centered maternity care », *Women and Health*, vol. 8, n° 1 (1983), p. 35-47.

CANNON, S., et D. PLOOF. « Family-centered care in acute care hospitals », *Medical Home Newsletter* (1991), p. 3, 9-11.

CARROLL, J.C., et A. BIRINGER. « The growth of a family: a family-oriented approach to pregnancy care », *Canadian Family Physician – Médecin de famille canadien*, vol. 37 (1991), p. 1905-1912.

COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES. *The Mother-Friendly Childbirth Initiative*, Washington, chez l'auteur, 1996.

DAYA, S. « Evidence-based medicine », *Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 18 (1996), p. 851-855.

ENKIN, M., M.J.N.C. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1995.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. *Advances in Family-Centered Care*, Bethesda (MD), chez l'auteur, vol. 2, n° 1 (1995).

JEPPSON, E.S., et J. THOMAS. *Essential Allies: Families as Advisors*, Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care, 1999.

JOHNSON, B.H., E.S. JEPPSON et L. REDBURN. *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Bethesda (MD), Association for the Care of Children's Health, 1992.

« Language – harmful or helpful », *The Accoucheur: A Newsletter for Primary Care in Childbirth*, vol. 1, n° 1 (1995), p. 1-2.

McDERMOTT, C. « Choice », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 11, n° 3 (1996), p. 19.

MIDMER, D.K. « Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model », *Family Medecine*, vol. 24, n° 3 (1992), p. 216-221.

NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques), Oxford, Centre de collaboration Cochrane, 1re parution. Mise à jour du logiciel : 1998. [Base de données sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997.] Mise à jour trimestrielle.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « La surmédicalisation et le recours excessif à des méthodes invasives peuvent dresser des obstacles », *Améliorer la qualité des services de santé maternelle*, Journée mondiale de la Santé, Maternité sans risque, 7 avril 1998, JMS 98.08.

REYNOLDS, J.L. « Obstetric care one hundred years ago », *Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 18 (1996), p. 941-943.

RUSH, J. *Family-Centred Maternity Care Scoring Tool Project: Phase II: Obtaining Parent Input*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, Direction générale des services institutionnels, Initiatives face aux mères et aux nouveau-nés, 1997.

SIMKIN, P. « Le soutien pendant l'accouchement : doulas, sages-femmes et autres intervenants », ébauche de traduction du document en préparation, publié en anglais sous le titre *Labor Support by Doulas, Midwives, and Others*, 18 décembre 1998, et distribué par DONA (Doulas of North America), Seattle (WA).

SIMKIN, P. « The experience of maternity in a woman's life », *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, vol. 25, n° 3 (1996), p. 247-252.

YOUNG, D. « Changing childbirth: for better and for worse », *Birth*, vol. 22, n° 4 (1995), p.189-190.

YOUNG, D. « Family physicians and maternity care: High tech or high touch? », *Birth*, vol. 21, n° 4 (1994), p. 191-193.

Autres ressources

BHÉRER RACINE, A. « L'accompagnante – Une alternative méconnue pour faciliter l'accouchement », *Le Familier*, juin 1997, tiré à part distribué par Naissance Renaissance Outaouais (Québec).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. Montérégie. Programme de soins intégrés et personnalisés en pré, per et postnatal, Centre hospitalier Pierre-Boucher, Jocelyne Mailhot, inf. Bsc., *Répertoire d'expertises infirmières*, chez l'auteur, 3e éd., Montréal, 1997.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mieux vivre avec son enfant, de la naissance à deux ans, Guide pratique pour les parents*, chez l'auteur, gouvernement du Québec, 1997.

WIELAND LADEWIG, P., M. L. LONDON et S. BROOKENS OLD. *Soins infirmiers en maternité et néonatologie*, 2e éd., adaptation française par Joëlle De Courval, Éditions du Renouveau pédagogique, Montréal, 1996.

— CHAPITRE 2 —

Organisation des services

Table des matières

Introduction 5

Régionalisation des services 6

Description de la régionalisation 6

Le programme régional de soins à la mère et au nouveau-né 7

Modèles de programmes régionaux de soins à la mère et au nouveau-né 8

Définitions d'une région 8

Planification et coordination au niveau provincial ou territorial 8

Groupe consultatif régional sur les soins à la mère et au nouveau-né 9

Éventail complet des soins à la mère et au nouveau-né dans la région 10

Administration des programmes 12

Lignes directrices relatives aux soins 15

Soins prénatals ambulatoires 15

Soins prénatals ambulatoires primaires : niveau I 15

Soins prénatals ambulatoires secondaires : niveau II 15

Soins prénatals ambulatoires tertiaires : niveau III 16

Soins durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals 16

Soins primaires durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals : niveau I 16

Soins secondaires durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals : niveau II 18

Soins tertiaires durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals : niveau III 19

Exigences de la dotation en personnel : soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats 21

Exigences fondamentales pour le personnel 21

Personnel affecté à la réanimation néonatale 21

Personnel de niveau I 22

Niveau I : Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats 22

Niveau I : Soins postnatals à la mère et au nouveau-né 24

Personnel de niveau II 25

Niveau II : Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats 25

Niveau II : Soins postnatals à la mère et au nouveau-né 26

Niveau II : Soins néonatals 27

Personnel de niveau III 28

Niveau III : Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats 28

Niveau III : Soins postnatals à la mère et au nouveau-né 28

Niveau III : Soins néonatals 29

Services auxiliaires 32

Administration des programmes : niveaux I, II et III 33

Politiques et procédures 34

Dossiers 35

Formation et perfectionnement 35

Éducation en matière de santé à l'intention des femmes et des familles 36

Perfectionnement des professionnels de la santé 38

Évaluation des soins 39

Évaluation des technologies, des politiques et des traitements existants ou nouveaux 40

Bibliographie 42

Annexe 1 — Le Système canadien de surveillance périnatale 46

Annexe 2 — Interprétation des codes CIM-9 et CIM-10, et diagnostic de l'asphyxie 48

Introduction

Les *lignes directrices* relatives aux soins dans une perspective familiale servent à orienter l'organisation des soins aux mères et aux nouveau-nés, et ce, aux paliers national, provincial, régional et local. La grossesse et la naissance y sont considérées comme une expérience normale, saine et unique pour chaque femme. Le but principal des soins prodigués aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles est d'aider les femmes à donner naissance à des bébés en santé. Cela suppose que l'on s'occupe des femmes en tenant compte de leur famille. Pour prendre des décisions éclairées, les femmes et les familles doivent être pleinement renseignées sur les soins et les conditions entourant la naissance. Aujourd'hui, le droit des femmes à l'autonomie dans leurs décisions est reconnu. Quand on leur témoigne du respect et qu'on leur procure l'information nécessaire pour faire des choix, les femmes sont pleinement en mesure de prendre leurs responsabilités. Le respect mutuel et la confiance doivent gouverner l'interaction entre, d'une part, les différents soignants des services aux mères et nouveau-nés, et d'autre part, les mères et les familles. Enfin, la technologie doit être utilisée à bon escient dans une perspective familiale.

Les services à la mère et au nouveau-né doivent être organisés de façon à :

- favoriser la participation de toutes les personnes concernées par la planification et la prestation des soins, c'est-à-dire les parents, les groupes et les organismes communautaires, les intervenants, les centres de santé communautaires, y compris les CLSC, les cabinets de professionnels, les centres hospitaliers et les hôpitaux;
- considérer l'état de santé de la femme (avant et pendant la grossesse) pour être en mesure de la diriger vers les services de soins appropriés;
- rendre les soins disponibles et accessibles, en tenant compte des conditions géographiques, démographiques et culturelles des familles;
- intégrer des programmes institutionnels et communautaires pertinents aux soins à la mère, au nouveau-né et à la famille;
- favoriser la collaboration de tous les participants, tant les parents que les soignants, aux décisions en matière de consultation, de transport et d'orientation vers les services appropriés;
- veiller à la formation des femmes, des familles et des professionnels de la santé;

- coordonner les ressources de services et de soutien de la collectivité pour assurer la continuité des soins;
- évaluer les résultats;
- répartir le personnel, les installations et les ressources en fonction de l'efficacité et, ce faisant, s'appuyer sur des principes éthiques.

Régionalisation des services

Description de la régionalisation

La régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né ramène sous une même organisation tous les services permettant de donner les meilleurs soins possibles aux femmes, aux bébés et aux familles. Au cœur du concept de la régionalisation se situe l'évaluation des risques associée aux mécanismes d'orientation vers les services appropriés. Le système des soins de santé vise avant tout à satisfaire les besoins en matière de services appropriés, de perfectionnement professionnel, de recherche et d'évaluation (*March of Dimes Birth Defects Foundation*, 1993).

On recommande que la régionalisation des services à la mère et au nouveau-né ait l'objectif global suivant :

> *que toutes les femmes et leur famille aient accès à des soins appropriés, adaptés à leurs besoins, et que ces soins soient offerts aussi près de leur domicile que possible* (Iglesias et coll., 1998).

La régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né requiert la mise au point d'un système de soins coordonné et coopératif dans le cadre d'une région géographique déterminée. Les buts des soins régionalisés sont :

- de dispenser des soins de qualité à toutes les femmes, à tous les nouveau-nés et à toutes les familles;
- d'utiliser judicieusement le personnel et les installations;
- de coordonner les services;
- d'établir des mécanismes d'orientation vers les services appropriés;
- de favoriser l'accès au perfectionnement professionnel;
- d'intégrer la recherche et l'évaluation.

Les relations entre les organismes de prestation de soins et les responsabilités réciproquement assumées sont également essentielles au bon fonctionnement d'un système de soins régionalisé. Elles permettent d'apporter un soutien

adéquat aux mères, aux bébés et aux familles, et ce, aussi près de leur domicile que possible.

Les soins à la mère et au nouveau-né sont regroupés en cinq périodes distinctes : la préconception et les périodes prénatale, pernatale (c'est-à-dire le travail et la naissance), postnatale et néonatale. S'il est vrai que la majorité des mères et des bébés sont en santé et n'éprouvent aucune difficulté durant ces cinq périodes, d'autres peuvent néanmoins éprouver des problèmes. Ces problèmes peuvent être simples et n'engager que des dépenses minimales, ou être rares et complexes, et exiger des interventions coûteuses. Il faut donc mettre en place des systèmes coordonnés de soins à la mère et au nouveau-né dans les collectivités et les régions pour assurer l'accès à des soins complets et continus, suivant les besoins. Le présent chapitre énonce les lignes directrices d'un système régionalisé de soins à la mère et au nouveau-né.

Le succès de la régionalisation dépend de la collaboration et de l'apport d'un grand nombre d'organismes et de professionnels. Depuis vingt ans, la régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né a progressé à un rythme différent d'une région du Canada à l'autre. Le succès de la régionalisation est directement attribuable aux relations et à la communication entre les hôpitaux à tous les niveaux. Les centres de santé communautaires, les CLSC, les organismes communautaires, les programmes de soins à domicile et les regroupements de parents, pour n'en nommer que quelques-uns, ont également beaucoup contribué à ce succès. Il faut toutefois souligner que l'intégration de partenaires communautaires diffère considérablement d'une région à l'autre.

Le programme régional de soins à la mère et au nouveau-né

Le programme régional de soins à la mère et au nouveau-né fait partie intégrante d'*un système national, provincial et territorial*. Le système régional est défini par la géographie, l'environnement et la culture de la région, de même que par sa conjoncture politique, financière et juridique.

Le système régional de soins à la mère et au nouveau-né est un système ouvert qui comprend différents types et niveaux de services, allant des soins communautaires jusqu'aux soins hospitaliers actifs tertiaires. Un éventail de professionnels de la santé, d'auxiliaires et d'intervenants variés de même que

des groupes d'entraide parentale donnent des services au sein du système de soins de santé périnatals.

Modèles de programmes régionaux de soins à la mère et au nouveau-né

Malgré les variations possibles, certains éléments sont essentiels à l'établissement d'un système régional de soutien à la mère et au nouveau-né. Voici leurs caractéristiques.

DÉFINITIONS D'UNE RÉGION

Une région est une unité territoriale avec des frontières géographiques précises à l'intérieur desquelles sont organisés et coordonnés les services de soins. Idéalement, une région comprend tous les services nécessaires à la mère et au nouveau-né, soit une gamme complète de soins primaires, secondaires et tertiaires, ou de niveaux I, II et III. L'étendue et la capacité des régions peuvent varier en fonction des différences géographiques, de la densité de la population et de la répartition des intervenants et des services. En outre, les zones retenues pour les soins à la mère et au nouveau-né peuvent comprendre plusieurs « régions » organisées à d'autres fins administratives. Le meilleur moyen d'éviter le dédoublement et le morcellement est, sans aucun doute, de préciser clairement les frontières pour les soins à la mère et au nouveau-né.

PLANIFICATION ET COORDINATION AU NIVEAU PROVINCIAL OU TERRITORIAL

Comme les services sociaux et de santé sont financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, il est important que chaque province ou territoire adopte un mécanisme de planification et de coordination des services à la mère et au nouveau-né correspondant à ses orientations. Un tel mécanisme facilite la reddition de comptes et optimise l'usage efficace des fonds pour les soins de santé. Il peut en fait prendre différentes formes pour assurer la participation de chacune des régions.

Pour faciliter la coordination et la planification, chaque province ou territoire peut demander à des groupes ou à des organismes précis de prêter leur concours, notamment les collèges de médecins, les ordres et associations d'infirmières ou de sages-femmes, les associations médicales provinciales ou territoriales et les programmes de soins périnatals. Ces derniers programmes sont vraisemblablement les plus efficaces, car ils sont généralement pluridisciplinaires, ont un champ d'activité très vaste et permettent

la participation de parents. Ils doivent être associés au ministère provincial ou territorial de la Santé et en recevoir leur mandat. Un effort collectif doit d'autre part être consacré à une composante essentielle du système, à savoir la conception d'une banque de données et d'un système d'information qui facilitent l'élaboration de rapports d'activité annuels et, par conséquent, l'évaluation de l'efficacité et la planification future.

GROUPE CONSULTATIF RÉGIONAL SUR LES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Tout programme régional doit comprendre un groupe consultatif communautaire et pluridisciplinaire qui assume le leadership nécessaire au succès des soins et des programmes. La participation des parents est essentielle. Le groupe doit être composé d'intervenants dans la prestation de soins à la mère et au nouveau-né, de parents, de représentants du milieu hospitalier, d'intervenants de la santé communautaire ou publique et de représentants de groupes de soutien locaux. (Le tableau 2.1 propose des catégories de personnes qui peuvent être membres de ce groupe.) Il est essentiel que le groupe consultatif reçoive un mandat du ministère provincial ou territorial de la Santé pour aider à préciser les rôles, les responsabilités, les procédures de communication et les mécanismes de planification. Le groupe peut ensuite se servir des lignes directrices nationales et provinciales ou territoriales pour élaborer les politiques et les procédures de la région, et prendre dûment en considération la meilleure façon de les mettre en œuvre.

Tableau 2.1 Composition du groupe consultatif régional sur les soins à la mère et au nouveau-né

- Parents
- Médecins de famille
- Sages-femmes
- Pédiatres
- Obstétriciens
- Monitrices de cours prénatals
- Infirmières en périnatalité/soins mère-enfant en milieu hospitalier
- Infirmières en santé communautaire maternelle et infantile/petite enfance-famille
- Groupes de soutien à l'allaitement maternel
- Consultantes en lactation/conseillères en allaitement
- Groupes d'accompagnantes/groupes de doulas
- Travailleuses en développement du jeune enfant
- Groupes communautaires de promotion de la santé et groupes d'entraide parentale

ÉVENTAIL COMPLET DES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ DANS LA RÉGION

L'éventail complet des soins est assuré par diverses catégories d'intervenants qui jouent un rôle avant la conception et aux périodes prénatale, pernatale et postnatale. Il faut inclure également les personnes qui s'occupent du soutien aux parents, des soins de suivi à long terme, de l'évaluation et de la réadaptation. Les soins sont prodigués dans différents milieux, notamment les centres de soins primaires, les organismes communautaires et tous les endroits où les femmes donnent naissance. L'ensemble comprend en outre des programmes de perfectionnement et de soutien professionnel relatifs aux soins à la mère et au nouveau-né, qui sont offerts dans la collectivité.

Soins primaires. La plupart des services avant la conception et des services prénatals, postnatals et néonatals sont offerts dans des milieux de soins primaires, y compris les cabinets de pratique privée ou de groupe, les centres de soins communautaires, les cliniques des services de santé et les CLSC, et à domicile. Ces services portent sur la prévention et la promotion de la santé.

Soins communautaires. Un grand nombre de services sont offerts par des organismes communautaires gouvernementaux ou non gouvernementaux : cours prénatals, soutien à l'allaitement maternel, soutien en cas de décès de la mère ou du nouveau-né, soutien aux parents, soins infirmiers communautaires, garde d'enfants, soins à domicile, services sociaux et familiaux, et programmes axés sur le développement des enfants. Certains services sont aussi offerts par les centres de santé communautaires, les centres d'aide aux parents et les maisons de naissance.

Soins à la naissance. Au Canada, la vaste majorité des naissances ont lieu en milieu hospitalier. L'importance des hôpitaux varie, à partir de petites unités en milieu rural ou en région éloignée, où l'on dénombre moins de 100 naissances planifiées par année, jusqu'aux grands centres tertiaires faisant état de plus de 7 000 naissances par année[1]. Il existe maintenant quelques maisons de naissance autonomes; selon des études, il s'agit là d'un milieu où l'on peut donner naissance en sécurité (Rooks et coll., 1992).

Certaines femmes choisissent de donner naissance à la maison. De fait, plusieurs provinces reconnaissent aux femmes le droit de choisir l'endroit

1. Selon une enquête de 1993, intitulée *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens* (Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile, 1995), 201 hôpitaux rapportaient moins de 100 naissances par année, 138 hôpitaux rapportaient de 101 à 300 naissances, 103 hôpitaux, de 301 à 1 000 naissances, et 130 hôpitaux rapportaient 1 001 naissances et plus.

où elles souhaitent donner naissance, y compris leur propre domicile (Alberta Health, 1996; Midwifery Implementation Council, 1995; Eberts, 1987). Les naissances à domicile demeurent toutefois une question controversée au Canada. De récentes études bibliographiques soulignent que, jusqu'à maintenant, les recherches n'ont pas réussi à démontrer sans équivoque la supériorité, en termes de sécurité, des naissances planifiées qui ont lieu à domicile (pour les femmes sans risques reconnus) ou en milieu hospitalier. Ces études ont toutefois permis de constater que, dans le cas des naissances à domicile, les résultats sont toujours meilleurs lorsque les intervenants prennent des mesures strictes de dépistage, de planification, de secours en cas d'urgence ou d'orientation vers des services appropriés (Campbell et MacFarlane, 1994, 1986; Tew, 1990; Hoff et Schneiderman, 1985).

Il existe des ressemblances entre les services de périnatalité aux mères et aux nouveau-nés dont la grossesse et la naissance ne présentent pas de risques connus, dispensés en maisons de naissance autonomes, à domicile et dans les petits hôpitaux. Les services de base offerts par ces centres de niveau I sont résumés à la section « Soins primaires : niveau I », page 16.

Programmes de perfectionnement professionnel en soins aux mères et aux nouveau-nés dans la collectivité. La principale fonction des programmes de perfectionnement professionnel régionaux est d'aider les organismes, les établissements et les intervenants de la santé à prodiguer les meilleurs soins possibles dans leur collectivité, au moyen de programmes d'enseignement coordonnés. Ces programmes veillent notamment à :

- promouvoir le perfectionnement professionnel continu;
- faciliter les échanges professionnels et les occasions de formation;
- coordonner les colloques annuels de la région;
- donner des conseils sur la pratique, les soins, les politiques, les procédures, la résolution de problèmes et l'achat de matériel;
- aider à la collecte et à l'analyse de statistiques relatives au rendement et aux résultats;
- collaborer à la mise en œuvre de nouvelles approches en matière de soins;
- élaborer des plans pour les installations;
- assurer la qualité et l'amélioration continues;
- encourager la mise en commun de l'information, des bulletins, des bibliothèques de prêts et des manuels;
- favoriser l'interaction entre les différents organismes de la région;

- procurer un environnement favorable aux soins continus à la mère et au nouveau-né au sein de la collectivité;
- faciliter les liens entre le gouvernement et les organismes professionnels.

Administration des programmes

Les conseils d'administration des hôpitaux et d'autres établissements de prestation de soins maternels et infantiles, le personnel administratif et les dirigeants professionnels de différents organismes doivent démontrer leur engagement envers la mise en œuvre de soins dans une perspective familiale. En plus de planifier et d'établir leurs priorités, ils doivent adopter des politiques et mettre en œuvre des programmes et des pratiques qui répondent aux besoins physiques et psychosociaux des mères, des bébés et des familles.

La vision et le leadership vigoureux d'un organisme se traduisent par des gestes concrets et se répercutent dans les divers services, y compris les services de première ligne. Les femmes et les familles ont effectivement accès à des soins axés sur la famille dans la mesure où le conseil d'administration, la direction administrative et la direction professionnelle d'un établissement en font leur priorité et s'engagent à y donner suite. L'organisme qui veut relever ce défi doit avoir une vision clairement définie et formulée; il doit aussi être doté d'une structure qui favorise une collaboration pluridisciplinaire et une étroite collaboration avec les familles. En outre, il doit pouvoir compter sur des dirigeants engagés et dynamiques (Johnson et coll., 1992).

Chaque organisme doit énoncer sa mission et résumer sa philosophie et ses valeurs. L'énoncé de mission établit les objectifs fondamentaux de l'organisme et répond aux questions suivantes : Qui sommes-nous ? Que faisons-nous ? À qui offrons-nous nos services ? Pourquoi ? L'énoncé reflète à la fois les besoins de la collectivité et les principes régissant les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Les valeurs et les opinions, implicites ou explicites, aident l'organisme à remplir sa mission et à déterminer ce qui est essentiel — tant pour l'institution que pour ses employés (Johnson et coll., 1992). L'énoncé de mission et le résumé des valeurs et des perceptions sont d'importants moyens de communication avec les familles et doivent leur être facilement accessibles.

Les organismes et les établissements doivent encourager la collaboration et la communication pluridisciplinaires et ce, peu importe la structure de leurs services. Les cadres supérieurs d'établissements plus importants doivent représenter diverses disciplines, à l'image de l'importance accordée à la collaboration pluridisciplinaire et au respect des familles et des partenariats professionnels. L'organigramme doit refléter un regroupement des services qui favorise la collaboration et la résolution collective de problèmes (Johnson et coll., 1992).

Le tableau 2.2 présenté à la page suivante est un aide-mémoire des politiques et programmes essentiels à la prestation des soins dans une perspective familiale.

Tous les établissements, peu importe leur infrastructure, doivent mettre sur pied un comité pluridisciplinaire de soins à la mère et au nouveau-né et y assurer la représentation des parents et de l'équipe des intervenants en soins à la mère et au nouveau-né. Les membres de ce comité doivent se réunir régulièrement pour établir les politiques, en surveiller l'application et évaluer la qualité des soins de façon continue. (Le chapitre 1 suggère des façons d'encourager la participation des parents à ces comités.) Si l'importance et le mandat de l'établissement le justifient, on peut créer des sous-comités pour l'examen de la mortalité et de la morbidité, l'enseignement, la recherche et l'utilisation des statistiques. Dans certains cas, le comité sur les soins à la mère et au nouveau-né peut se charger directement de ces dossiers. Chaque comité ou sous-comité doit rédiger le procès-verbal de ses réunions et mettre d'autres documents à la disposition de tout le personnel et de la direction.

Tableau 2.2 Politiques et programmes : un aide-mémoire

Existe-t-il :

1. un document écrit sur l'énoncé de principes ou les normes de soins de l'établissement qui fait clairement état du rôle essentiel des parents et des familles ?
2. des mécanismes établis pour faciliter la participation des familles et des professionnels à l'élaboration et à l'application des politiques et programmes de l'hôpital ?
3. un comité sur les soins à la mère et au nouveau-né composé de représentants des intervenants et des familles ?
4. des mécanismes pour fournir au public une information descriptive et statistique, exacte et à jour, sur les pratiques et les procédures ?
5. des politiques et des paramètres établis qui donnent aux femmes l'entière liberté de choix des personnes qui les accompagneront et leur plein accès au soutien offert par les organismes d'accompagnement durant le travail et la naissance ?
6. des politiques et des services qui aident les femmes à prendre des décisions éclairées sur tout ce qui concerne la grossesse, le travail, la naissance et les soins au nouveau-né ?
7. des politiques et des paramètres précis pour décourager l'application systématique de pratiques et de procédures qui ne sont pas fondées sur des preuves scientifiques ?
8. des politiques et des paramètres précis qui encouragent les familles (mères, bébés, familles, etc.) à vivre ensemble les événements entourant la naissance ?
9. des politiques et des paramètres précis pour mettre en œuvre *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'OMS-UNICEF ? (Consulter le chapitre 7.)
10. des politiques et procédures de collaboration et de consultation entre les services ?
11. des politiques et des procédures précises pour que la mère, le bébé et la famille puissent se prévaloir des ressources communautaires appropriées ?
12. des mécanismes de rétroaction permettant aux parents d'indiquer s'ils sont satisfaits des politiques et des programmes de l'hôpital ?
13. des mécanismes officiels de coordination des soins entre les hôpitaux, les organismes de santé communautaire, les services de soutien communautaire et les intervenants communautaires de première ligne ?
14. une architecture, un décor et un aménagement des locaux qui satisfont les besoins des femmes et des familles, et qui favorisent la prestation de services dans une perspective familiale ?

Adaptation de *The Mother-friendly Childbirth Initiative*, Coalition for Improving Maternity Services, 1996, et de *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Johnson et coll., 1992.

Lignes directrices relatives aux soins

Tous les établissements de soins à la mère et au nouveau-né doivent assumer les responsabilités suivantes :

- promouvoir, dans la collectivité et la société, des politiques et des pratiques qui reposent sur des preuves scientifiques et qui favorisent la santé des mères, des bébés et des familles;
- faire partie d'un réseau de services régionaux à la mère et au nouveau-né, pour fournir les niveaux appropriés de soins, selon les besoins;
- contribuer au maintien d'un climat de collaboration entre tous les intervenants assumant l'éventail des soins, et cela pour assurer la prestation de services complets et accessibles;
- encourager l'adoption d'un modèle pluridisciplinaire de soins;
- faciliter la prestation de soins tenant compte de données sur les besoins fournies par les femmes et les familles;
- évaluer la fonction et les résultats de leurs programmes;
- encourager l'acquisition de connaissances pour améliorer les soins et les résultats.

Soins prénatals ambulatoires

Les soins prénatals sont offerts dans divers milieux : au cabinet d'un médecin ou d'une sage-femme, dans les centres de soins communautaires, les cliniques externes des hôpitaux, les centres de santé communautaires, les CLSC et les centres de soins en régions éloignées. (Consulter le chapitre 4.)

SOINS PRÉNATALS AMBULATOIRES PRIMAIRES : NIVEAU I

Les soins prénatals prodigués dans des installations de soins primaires visent à évaluer la progression normale de la grossesse. Ils comprennent des examens physiques, des analyses de laboratoire de routine, des tests de dépistage appropriés, la détermination des risques et, au besoin, une orientation vers les services appropriés, de l'information et une formation prénatales, un soutien et un counseling relatifs à la grossesse, à la naissance et aux compétences parentales.

SOINS PRÉNATALS AMBULATOIRES SECONDAIRES : NIVEAU II

Les soins prénatals secondaires englobent les soins primaires, les soins aux femmes qui ont des problèmes obstétricaux et médicaux courants, et les

épreuves diagnostiques fœtales (un profil biophysique, un examen de la réactivité fœtale [tests sans stress], une échographie fœtale et une analyse du liquide amniotique).

SOINS PRÉNATALS AMBULATOIRES TERTIAIRES : NIVEAU III

Les soins prénatals tertiaires ont trait aux soins primaires et secondaires, aux soins des problèmes complexes ou graves de la mère, aux épreuves diagnostiques fœtales poussées (p. ex., échographie ciblée et échocardiographie fœtale), aux thérapies fœtales (p. ex., transfusion sanguine intra-utérine et traitement de l'arythmie cardiaque) et aux consultations médicales, chirurgicales et génétiques en cas d'anomalies fœtales (*March of Dimes Birth Defects Foundation*, 1993).

Soins durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals

SOINS PRIMAIRES DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, SOINS POSTNATALS ET NÉONATALS : NIVEAU I

Tous les établissements (p. ex., les hôpitaux et les maisons de naissance) qui prodiguent des soins planifiés aux femmes, aux bébés et aux familles pendant le travail, la naissance et immédiatement après, doivent :

- assurer la prestation des soins aux mères et aux bébés en santé et aux familles, ainsi qu'aux mères et aux bébés aux prises avec des complications immédiates et peu nombreuses;
- assurer la présence d'un médecin de famille, d'un obstétricien ou d'une sage-femme à la naissance et, pour chaque bébé, l'accès à un deuxième professionnel certifié en réanimation;
- établir une politique écrite de dépistage et de triage prévoyant le transfert des mères au cours de la période prénatale ou pernatale, s'il y a lieu;
- établir des procédures et des protocoles pour les cas d'urgence (p. ex., une naissance par césarienne) qui pourraient exiger un transfert, pour que des mesures soient prises à temps et qu'elles se fondent sur les principes des protocoles de gestion des risques de l'établissement (Iglesias et coll., 1998);
- pouvoir compter sur des intervenants ayant une formation appropriée en administration d'analgésiques;
- adopter des directives pour l'évaluation et les soins des mères et des bébés durant le travail, la naissance, la réanimation du nouveau-né et immédiatement après la naissance;

- adopter des directives pour les cas d'urgence les plus fréquents pendant le travail et la naissance, y compris la dystocie des épaules, l'hypertension causée par la grossesse (dite hypertension gravidique) et l'hémorragie post-natale;
- donner des soins d'urgence aux mères et aux bébés;
- établir des directives pour l'évaluation, l'hospitalisation (ou les contre-indications au transfert) et les indications pour le transfert des mères et des nouveau-nés qui présentent des complications avant et pendant la naissance;
- assurer la sécurité et l'efficacité des transferts, le cas échéant;
- intégrer des normes professionnelles aux directives sur les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux familles;
- fournir un accès, 24 heures sur 24, à des services de laboratoire, de radiographie, d'échographie et de pharmacie; (Consulter la section « Services auxiliaires » à la page 32.)
- être en mesure d'effectuer des gazométries sanguines. Il s'agit là d'une remise en question des lignes directrices existantes relatives à la surveillance du fœtus selon lesquelles les établissements de niveau 1 n'auraient pas à faire d'analyses des gaz sanguins par prélèvement sanguin au niveau du cordon ombilical ou du cuir chevelu. Le groupe de travail composé de représentants du Collège des médecins de famille du Canada, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Society of Rural Physicians of Canada (Iglesias et coll., 1998), après avoir étudié de nouveau la situation, recommande fortement que tout établissement offrant des soins en périnatalité soit en mesure d'effectuer des gazométries sanguines. Il est évident que la mise en vigueur de cette nouvelle recommandation exige un certain temps, mais ce laps de temps doit être court;
- être en mesure d'offrir des services d'évaluation et des soins immédiats et continus aux mères et aux nouveau-nés, d'alimentation des nourrissons (en particulier sur l'allaitement) et une formation sur les besoins de santé futurs des mères et des bébés;
- mettre sur pied des mécanismes pour diriger les mères et les familles vers les services de soins communautaires;
- adopter des stratégies pour renseigner les parents sur l'éventail et la philosophie des soins offerts;

- établir des mécanismes pour la mise à jour régulière de toutes les politiques et procédures à la lumière des preuves scientifiques démontrant les meilleures pratiques cliniques;
- établir des mécanismes en vue de l'examen des résultats des soins.

SOINS SECONDAIRES DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, SOINS POSTNATALS ET NÉONATALS : NIVEAU II

La densité de la population, la géographie et, surtout, la proximité d'un centre de soins tertiaires influencent l'éventail des soins secondaires. En plus d'offrir les mêmes services que les centres de niveau I, les centres de niveau II doivent pouvoir :

- offrir des soins aux femmes enceintes d'environ 32 semaines qui présentent certaines complications, y compris une tocolyse continue (c'est-à dire l'administration d'un médicament tocolytique pour l'inhibition des contractions utérines);
- déclencher et accélérer le travail (ce service peut être modifié selon les situations et les besoins particuliers des régions; il peut aussi être offert par les centres de niveau I équipés pour les urgences obstétricales);
- s'occuper des femmes ayant des problèmes précis, comme la pré-éclampsie et l'hypertension simple;
- s'occuper des bébés présentant un syndrome de détresse respiratoire légère ou modérée, un problème potentiel de septicémie néonatale, de l'hypoglycémie ou des problèmes bénins ou modérés après la réanimation;
- établir des procédures et des protocoles pour les cas d'urgence, y compris les césariennes d'urgence, déterminant que les médecins doivent répondre aux appels dans les 15 minutes et être à l'hôpital dans les 30 minutes suivantes[2];
- procéder, au besoin, au monitorage fœtal externe ou interne continu (ce service peut aussi être offert dans les centres de niveau I équipés pour les urgences obstétricales);
- fournir des analyses de gazométrie sanguine (sang du cordon ombilical ou au niveau du cuir chevelu), d'examen de la réactivité fœtale (test sans stress) et d'échographie. Les recherches démontrent une augmentation du nombre de naissances par césarienne en l'absence de prélèvements sanguins au niveau du cuir chevelu pour mesurer le pH, car l'intervenant ne dispose pas des données lui indiquant qu'il peut laisser progresser le

2. Ces temps de réponse sont fondés sur des recommandations pratiques; ils ne reposent pas sur des preuves scientifiques.

travail. La prestation de tels services requerra du personnel expérimenté dans ce domaine de même que l'accès aux services de laboratoire pertinents;

- donner des soins aux nouveau-nés dont le poids à la naissance est de 1 500 g ou plus, ce qui inclut la ventilation assistée en attendant le transfert ou à court terme, conformément à la politique régionale (cette politique peut être modifiée en fonction des besoins particuliers et de la situation des régions);
- prodiguer des soins continus aux nouveau-nés de faible poids dont l'état est relativement stable;
- maintenir des relations de travail structurées avec les centres de niveau I de la région, y compris des mécanismes de collaboration, de consultation, de transport (aller et retour), de formation et d'échange d'informations;
- consulter un centre tertiaire (niveau III) en cas de problèmes graves de la mère ou du nouveau-né et, au besoin, les diriger vers ce centre ou les y transporter;
- rendre accessibles des services de travail social, de pastorale, de nutrition, de chirurgie et d'imagerie diagnostique;
- accueillir les nouveau-nés qui reviennent d'un centre de niveau III et leur prodiguer des soins;
- au besoin, avoir un accès direct aux rapports de consultation des obstétriciens et des pédiatres;
- effectuer régulièrement des analyses de la morbidité et de la mortalité;
- intégrer sans faute les locaux et l'organisation interne du centre au programme ou service de gynécologie pour assurer la qualité optimale des soins cliniques et de la formation en santé de la femme.

SOINS TERTIAIRES DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, SOINS POSTNATALS ET NÉONATALS : NIVEAU III

En plus de prodiguer les soins de niveaux I et II, les centres de niveau III doivent :

- prodiguer des soins aux femmes dont la grossesse à risque remonte à moins de 32 semaines, ou qui ont une rupture prématurée des membranes, ou dont le travail est prématuré, ou qui ont des saignements, ou encore des complications graves (telle une insuffisance cardiaque); aux femmes dont l'état exige des procédures diagnostiques ou thérapeutiques complexes; aux femmes qui ont un cancer pendant la grossesse ou des problèmes génétiques prénatals compliqués;

- prodiguer des soins aux bébés présentant un syndrome de détresse respiratoire grave, une septicémie néonatale, des problèmes graves après la réanimation, des maladies cardiaques congénitales graves et d'autres maladies systémiques, de même qu'aux bébés ayant des besoins spéciaux (p. ex., une alimentation parentérale prolongée);
- maintenir un système d'accueil des femmes qui ont été dirigées vers leur centre parce qu'elles ont une grossesse à risque élevé;
- offrir un programme de transport néonatal;
- disposer des ressources nécessaires pour diagnostiquer et traiter les femmes enceintes et les nouveau-nés qui présentent des complications graves;
- disposer des ressources nécessaires en matière de ventilation assistée à court et à long termes;
- avoir accès, au besoin, à des sous-spécialistes (p. ex., médecins spécialisés en soins mère-enfant, néonatalogistes et autres spécialistes);
- avoir un accès immédiat à des consultations médicales, chirurgicales et psychiatriques pour adultes;
- coordonner un programme établi de suivi à long terme pour les bébés atteints de complications à la naissance, qui comprend des critères pour le suivi à long terme des effets psychologiques, neurologiques, sociologiques et physiques des complications. Le programme doit être doté de méthodes d'évaluation normalisées, de services de réadaptation et d'outils de recherche pour l'évaluation des coûts et de l'efficacité des soins. Il doit mettre l'information nécessaire à la disposition des unités de soins qui prodiguent des soins de façon régulière, pour leur faciliter l'évaluation et l'amélioration des soins;
- intégrer sans faute les locaux et l'organisation interne du centre au programme ou service de gynécologie pour assurer la qualité optimale des soins cliniques et de la formation en santé de la femme.

La classification des soins en trois niveaux n'est toutefois pas absolue. Les régions peuvent les adapter en fonction de leurs besoins. Par exemple, l'étendue d'un territoire, la densité de la population et le niveau d'accès au personnel compétent peuvent obliger un centre de niveau I ou II à accueillir des mères et des nouveau-nés qui, dans d'autres circonstances, seraient transférés rapidement à un centre de niveau plus élevé. Dans des situations exigeant des soins hautement spécialisés, il faut parfois transférer les clients à un centre d'une autre région. Il est important de disposer de politiques régionales écrites pour de telles situations.

Exigences de la dotation en personnel : soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats

Exigences fondamentales pour le personnel

Peu importe leur lieu de travail, les professionnels de la santé qui prodiguent directement des soins aux femmes et aux nouveau-nés durant le travail et la naissance, et des soins postnatals immédiats, doivent avoir :

- une compréhension et une expérience pratique démontrées des principes et des valeurs régissant les soins dans une perspective familiale, présentés au chapitre 1;
- un droit d'exercice à jour des corporations ou collèges professionnels compétents;
- les connaissances et les compétences nécessaires pour apporter du soutien pendant le travail, la naissance et l'allaitement;
- les compétences et les connaissances nécessaires à l'évaluation des risques physiques et psychosociaux;
- l'immunité contre la rubéole et l'hépatite B, ou un document faisant état du refus d'être immunisé;
- des évaluations de rendement régulières ou des examens par les pairs attestant de la mise à jour de leurs connaissances et de leurs compétences en prestation de soins aux femmes et aux familles;
- des connaissances élémentaires et une appréciation de la recherche et des approches fondées sur les preuves scientifiques en matière de soins;
- un plan de formation et de perfectionnement.

Tous les intervenants de la santé doivent collaborer entre eux pour satisfaire les besoins des mères et des bébés à mesure qu'ils se manifestent.

PERSONNEL AFFECTÉ À LA RÉANIMATION NÉONATALE

Des professionnels de la santé formés en réanimation néonatale et capables de travailler en équipe doivent être prêts à intervenir à chaque naissance. La taille et la composition de l'équipe de réanimation peuvent varier en fonction du taux de naissances et du niveau de soins désigné du centre. L'équipe peut comprendre des infirmières, des médecins de famille, des sages-femmes, des pédiatres, des obstétriciens, des anesthésistes et des inhalothérapeutes.

Même après une grossesse normale, les nouveau-nés peuvent éprouver des difficultés soudaines et inattendues dans les premiers moments après la naissance, difficultés qui nécessitent l'intervention immédiate de personnel spécialisé. Il est donc recommandé que le professionnel (médecin ou sage-femme) chargé de la naissance soit secondé par un deuxième professionnel qui s'occupera principalement du bébé. Ce deuxième professionnel doit posséder les compétences nécessaires en réanimation, en ventilation avec masque et ballon, et en compressions thoraciques. S'il ne maîtrise pas d'autres techniques de réanimation (tubage endotrachéal et administration de médicaments), un troisième intervenant maîtrisant ces techniques doit être sur les lieux pour intervenir immédiatement sur appel. Chaque secteur de l'établissement réservé aux naissances doit déterminer les facteurs de risque qui exigent la présence de deux professionnels préposés aux soins du nouveau-né. Jusqu'à ce qu'un autre membre du personnel médical prenne la relève, c'est à l'obstétricien, au médecin de famille ou à la sage-femme qui assiste à la naissance que revient la responsabilité de s'occuper du nouveau-né. Pour s'acquitter efficacement de cette responsabilité, le professionnel qui assiste ou qui est présent à la naissance doit être certifié en réanimation néonatale.

La certification en réanimation néonatale est accordée par le Programme de réanimation néonatale (PRN) coordonné par la Société canadienne de pédiatrie et la Fondation des maladies du cœur du Canada. Les membres du personnel susceptibles de s'occuper des bébés immédiatement après la naissance doivent faire deux choses : s'inscrire au volet d'intervenant ou au volet d'instructeur, et renouveler périodiquement leur certification. Il est également important d'appuyer les efforts des établissements qui souhaitent organiser sur place un programme de formation en réanimation néonatale.

Personnel de niveau I

NIVEAU I : SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, ET SOINS POSTNATALS IMMÉDIATS

Les exigences minimales de dotation doivent être établies en fonction de la recommandation suivante : une infirmière ou une sage-femme par parturiente en travail actif pour prodiguer les soins jusqu'à la fin de la quatrième phase.

Soins infirmiers. L'infirmière[3] doit être formée adéquatement pour s'occuper des parturientes confiées à ses soins. Les responsabilités de l'infirmière sont décrites au tableau présenté ci-après.

Tableau 2.3. Responsabilités de l'infirmière

- Évaluation initiale de la femme en travail
- Évaluation des complications, le cas échéant, et triage
- Soutien au cours du travail et de la naissance (consulter le chapitre 5)
- Aide au confort et au soulagement de la douleur
- Évaluation continue de la mère et de l'enfant à naître au cours du travail et de la naissance*
- Évaluation de la progression du travail
- Évaluation des contractions utérines
- Signalement des constatations anormales ou inhabituelles aux membres désignés de l'équipe de soins
- Réaction aux situations d'urgence
- Réanimation de la mère et de l'enfant
- Stabilisation de la mère pour le transfert

* Inclut la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale par auscultation ou moniteur fœtal (là où on a recours à de tels moniteurs).

L'établissement doit désigner une équipe centrale d'infirmières dont l'expérience des soins aux mères durant le travail et la naissance inspire confiance. Si la situation géographique de l'établissement et la faible densité de sa zone de recrutement ne leur permettent pas de parfaire leur formation et d'acquérir l'expérience nécessaire, les infirmières devront se rendre dans un centre plus important pour le faire.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. Il est essentiel que toutes les naissances soient assistées par un médecin ou une sage-femme. Le médecin ou la sage-femme doit se trouver au centre de naissance durant la période prévue par le protocole de gestion des risques de l'établissement. En cas de complications inévitables liées à la naissance, de césariennes d'urgence ou de problèmes imprévus touchant l'enfant à naître, les médecins et les sages-femmes des centres de soins de niveau I doivent pouvoir compter sur l'aide d'un autre professionnel compétent. Les exigences d'accès à des professionnels en réanimation néonatale sont décrites plus haut dans

3. Désigne une infirmière autorisée au Québec et en Ontario et une infirmière immatriculée au Nouveau-Brunswick.

la section sur la réanimation néonatale. Les centres de niveau I ont besoin de personnes dont la formation les rend capables d'assumer la responsabilité de la surveillance, du choix et de l'administration d'analgésiques pharmacologiques et non pharmacologiques. Il faut établir un plan de soins pour les mères qui n'ont pas de médecin ou de sage-femme attitré(e) pour leur procurer des soins continus.

NIVEAU I : SOINS POSTNATALS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

> **Les exigences minimales de dotation** doivent être établies en fonction de la recommandation suivante : une infirmière par quatre dyades mères/bébés en santé, 24 heures sur 24.

Soins infirmiers. Jusqu'à maintenant, le rapport infirmières/mères-bébés pour les soins postnatals était fondé sur des recommandations pratiques plutôt que sur des études comportant des objectifs clairs et des évaluations précises. Étant donné que les situations varient énormément d'une femme à l'autre, il faut toujours faire preuve de jugement. La décision relative à la dotation doit s'appuyer, notamment, sur une évaluation concrète de la santé immédiate de la mère et de l'enfant, sur le niveau des besoins requis, la parité (c'est-à-dire le nombre de naissances après 20 semaines de gestation), l'expérience et les compétences des parents, de même que le niveau de préparation prénatale et de soutien familial.

Les dyades mère-enfant doivent être confiées à une infirmière spécialisée en périnatalité — capable de prodiguer des soins pour satisfaire tant les besoins de la mère que ceux du nouveau-né. (Le chapitre 6 présente plus d'information sur les soins infirmiers mère-enfant.) L'infirmière est responsable de l'évaluation initiale et continue, de la formation, de la transition vers la collectivité et de l'organisation du suivi de la mère et du nouveau-né. Elle doit posséder la formation et l'expérience nécessaires pour reconnaître les caractéristiques physiques et psychologiques normales de la mère et du nouveau-né, et déceler les anomalies. Elle doit aussi avoir la capacité et la volonté d'évaluer dans quelle mesure la femme et sa famille sont prêtes à pourvoir aux nouveaux besoins familiaux. L'infirmière doit également avoir suivi un programme de formation reconnu lui conférant les compétences et les connaissances nécessaires pour évaluer et encourager l'allaitement maternel.

Il est important de suivre de près l'état de la mère et du nouveau-né dans les premières heures après la naissance pour évaluer dans quelle mesure la mère récupère et surveiller la stabilité de l'état du nouveau-né. Pour faciliter la relation mère-enfant, on encourage les hôpitaux à consigner des observations initiales alors que le bébé se trouve auprès de sa mère. Chaque établissement doit établir une politique écrite en matière d'évaluation et de critères relatifs au placement du nouveau-né dans une pouponnière de soins spécialisés, une unité de soins intensifs néonatals ou une unité de soins mère-enfant en santé.

Prestation de soins par le médecin ou la sage-femme. À la phase postnatale, toutes les femmes et les nouveau-nés doivent être sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un médecin désigné. Cet intervenant doit être à la disposition de l'hôpital et présent sur les lieux au moment opportun, conformément au protocole de gestion des risques de l'établissement. Il doit avoir la capacité de déceler les problèmes de nature physique ou fonctionnelle de la mère et du nouveau-né, de les traiter pour stabiliser leur état ou leur prodiguer des soins d'urgence.

Personnel de niveau II

NIVEAU II : SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, ET SOINS POSTNATALS IMMÉDIATS

Prestation de soins par les infirmières. En plus de satisfaire aux exigences du niveau I, les soins de niveau II nécessitent la présence permanente, dans la chambre de naissance, d'une infirmière qui a une formation avancée et de l'expérience en soins aux femmes qui ont des complications durant la grossesse, le travail ou la naissance, ou dont le bébé est malade. Cette infirmière a, de préférence, une formation post-diplôme avancée[4] en soins infirmiers pernatals (durant le travail et la naissance). Elle doit de plus maîtriser les techniques de surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale à l'aide d'un moniteur, savoir reconnaître et signaler les anomalies, et superviser le travail d'infirmières ayant reçu moins de formation et disposant d'une expérience moindre.

4. La formation avancée peut prendre différentes formes selon les régions. Elle peut être offerte par un collège communautaire, un cégep, un programme régional de soins périnatals, une université ou dispensée par l'établissement de santé.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. Outre les soins de niveau I prodigués par le médecin et la sage-femme, le centre de niveau II doit offrir une gamme complète de services d'anesthésie obstétricale sous la responsabilité d'un anesthésiste qualifié ou d'un médecin de famille. Il doit aussi pouvoir obtenir sur-le-champ des consultations auprès d'obstétriciens, de pédiatres, de chirurgiens, radiologues, pathologistes et autres médecins. Les médecins sur appel pour consultations en obstétrique et en pédiatrie doivent répondre à un appel dans les 15 minutes et pouvoir être à l'hôpital dans les 30 minutes suivant l'appel[5]. Des intervenants qui ont des compétences pour soigner les mères et les nouveau-nés en cas d'urgence devraient être sur place et prodiguer des soins immédiats conformément aux protocoles hospitaliers définis, en attendant l'arrivée du médecin responsable.

NIVEAU II : SOINS POSTNATALS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Prestation de soins par les infirmières. En plus de fournir tous les soins de niveau I, les infirmières des centres de niveau II doivent posséder une formation spécialisée et de l'expérience dans les soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés qui ont des complications, et être capables de procurer un soutien aux mères et aux familles dont les nouveau-nés sont aux soins intensifs. Ces infirmières possèdent de préférence une formation post-diplôme avancée en soins infirmiers postnatals. Elles ont la responsabilité de coordonner les visites et les communications avec l'unité de soins intensifs néonatals, et doivent être en mesure de reconnaître le besoin de consulter d'autres intervenants, y compris les nutritionnistes, les travailleurs sociaux, les consultantes en lactation et le personnel de la pastorale. Ces infirmières doivent également posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre soin des mères et des nouveau-nés qui ont des problèmes postnatals et néonatals courants.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. Toutes les femmes et tous les nouveau-nés doivent être suivis par une sage-femme ou un médecin attitré durant la période postnatale.

Prestation de soins paramédicaux. Une diététiste[6] versée en nutrition maternelle et néonatale ainsi qu'une travailleuse sociale clinique doivent être

5. Ces temps de réponse sont fondés sur des recommandations pratiques plutôt que sur des preuves scientifiques.
6. Dans le document, le terme diététiste désigne la titulaire d'un permis de pratique en règle du corps professionnel de sa province.

accessibles sur semaine. Un conseiller en pastorale doit se trouver sur place tous les jours, de même qu'une consultante en lactation pour évaluer et encourager l'allaitement maternel, et donner la formation nécessaire. Il serait souhaitable que le centre ait aussi accès à d'autres spécialistes, notamment en physiothérapie, ergothérapie, audiologie, pharmacie, psychiatrie et éthique. Toute consultation doit être établie en fonction de la disponibilité de ces professionnels et des besoins des femmes et des familles.

NIVEAU II : SOINS NÉONATALS

Des exigences minimales de dotation doivent être établies en fonction des recommandations suivantes : une infirmière pour deux nouveau-nés dont l'état est plus critique ou instable, et une infirmière pour soigner trois bébés en convalescence.

Prestation de soins par les infirmières. L'infirmière qui soigne des nouveau-nés malades doit avoir les connaissances ou l'expérience nécessaires en soins infirmiers néonatals, *y compris un certificat en réanimation néonatale ou l'équivalent*; elle doit également avoir une formation post-diplôme avancée en néonatalogie. Toutes les infirmières responsables des soins aux nouveau-nés malades doivent avoir démontré leurs connaissances en matière d'observation et de traitement de ces nouveau-nés. Elles doivent également être compétentes en surveillance, installation et maintien des perfusions intraveineuses, en gavage (alimentation par sonde), tension artérielle et gestion de cathéters artériels.

Prestation de soins par les médecins. En règle générale, les bébés hospitalisés dans un centre de niveau II sont sous la responsabilité d'un pédiatre ou d'un néonatalogiste. Les médecins de famille peuvent s'occuper des bébés convalescents dont l'état est stable, conformément aux politiques de l'établissement.

Lorsque l'état d'un nouveau-né nécessite un ventilateur mécanique, il faut la présence permanente d'un médecin, d'une infirmière ou d'un inhalothérapeute ayant les compétences nécessaires pour pratiquer une intubation. Pour aider à maintenir la qualité des soins, plusieurs unités ont le privilège d'avoir un néonatalogiste ou un pédiatre spécialisé en soins néonatals qui assume la responsabilité générale de la prestation des soins. Les responsabilités de cet intervenant peuvent comprendre l'intégration et la coordination

des éléments suivants : un système de consultation et d'orientation vers les services appropriés; des programmes de perfectionnement professionnel à l'interne; les communications et la coordination avec l'équipe des soins à la mère et au nouveau-né; la définition et la mise en œuvre de procédures adéquates pour l'évaluation des soins en pouponnière, la recherche et le suivi néonatal.

Prestation de soins paramédicaux. Lorsque l'état d'un nouveau-né nécessite un ventilateur mécanique, il faut qu'un inhalothérapeute, un technologiste médical/technologue de laboratoire médical ou un technologue de laboratoire médical attitré pour la gazométrie sanguine et un technicien en radiologie soient sur place 24 heures sur 24.

Personnel de niveau III

NIVEAU III : SOINS DURANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE, ET SOINS POSTNATALS IMMÉDIATS

Prestation de soins par les infirmières. En plus de satisfaire aux exigences des niveaux I et II, les centres de niveau III doivent assurer la présence permanente, dans les chambres de naissance, d'infirmières capables de déceler les complications liées au travail et à la naissance, et de prodiguer les soins infirmiers nécessaires. Ces infirmières doivent aussi avoir reçu une formation post-diplôme avancée en soins infirmiers aux femmes présentant des complications durant le travail et la naissance. De plus, ces centres sont tenus de respecter les normes générales d'un cours de formation approuvé en surveillance de la santé des fœtus à risque élevé de même que le rapport d'une infirmière par cliente.

Prestation de soins par le médecin et la sage-femme. En plus de prodiguer des soins de niveau II, chaque centre doit avoir des mécanismes pour assurer la présence sur place d'un obstétricien 24 heures sur 24 lorsque des femmes admises présentent des risques importants de complications liées à la grossesse et à la naissance. Le centre doit donc disposer de suffisamment de ressources humaines et les rémunérer adéquatement. Dans les centres de niveau III, sur appel de l'obstétrique, les services d'anesthésie doivent être accessibles sur-le-champ.

NIVEAU III : SOINS POSTNATALS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Prestation de soins par les infirmières. En plus de fournir tous les soins de niveau II, les infirmières des centres de niveau III doivent avoir une

formation spécialisée et de l'expérience dans la prestation des soins postnatals aux mères qui ont eu des complications durant le travail et la naissance ou dont le nouveau-né est malade. Elles doivent aussi donner le soutien nécessaire aux mères et aux familles dont l'enfant requiert des soins intensifs. Ces infirmières doivent également avoir une formation post-diplôme avancée en soins infirmiers postnatals. Elles ont la responsabilité de coordonner les visites et les communications avec l'unité de soins intensifs néonatals et de reconnaître les situations où il est nécessaire de consulter d'autres intervenants, notamment des spécialistes en nutrition, travail social, pastorale, allaitement maternel et services à domicile et communautaires.

NIVEAU III : SOINS NÉONATALS

Les exigences minimales de dotation peuvent dépasser le rapport d'une infirmière par nouveau-né dont l'état nécessite beaucoup de soutien physiologique. Le rapport peut être d'une infirmière pour un ou deux bébés dont l'état est plus stable mais nécessite des soins aigus. Une infirmière ne doit toutefois pas avoir la responsabilité de plus d'un bébé dont la ventilation est assistée et d'un bébé qui respire de façon autonome, selon l'état de santé des deux bébés.

Prestation de soins par les infirmières. En plus de remplir les exigences imposées aux centres de niveau II, les infirmières de l'unité de soins intensifs néonatals doivent posséder les connaissances requises pour évaluer l'état des nouveau-nés gravement malades et pour les soigner. Cela comprend la réanimation et la stabilisation de l'état du bébé à la naissance; le soutien aux familles en deuil ou aux prises avec des préoccupations; les techniques de monitorage cardiorespiratoire; les soins aux bébés qui reçoivent une assistance cardiorespiratoire; l'entretien des tubulures de la ligne veineuse centrale pour l'alimentation parentérale; l'administration de surfactants; des compétences périopératoires; la connaissance des ressources communautaires pour les familles; les connaissances et compétences nécessaires pour la planification des transferts et des congés; les compétences et l'expérience pour former et aider les parents.

Les unités de soins intensifs des centres de niveau III ont parfois besoin d'infirmières qui ont une formation pratique avancée, c'est-à-dire d'infirmières cliniciennes et d'infirmières spécialisées en néonatalogie. Le nombre

requis d'infirmières et le rapport infirmière-enfant dépendent de la présence (ou de l'absence) de stagiaires en néonatalogie et de leur nombre.

Prestation de soins par les médecins. Tous les bébés dont l'état nécessite des soins aigus jour et nuit doivent être traités par un néonatalogiste qualifié. Aux fins de communication et pour obtenir des soins urgents au besoin, il est fortement recommandé que ce soit le même néonatalogiste par quart de travail qui assure le suivi du dossier des nouveau-nés. Dans un centre de niveau III, les bébés dont l'état nécessite des soins de niveau II doivent être traités de la façon décrite à la section sur les soins de niveau II. Dès que le soin d'un bébé est confié à un autre médecin, il est indispensable de lui transmettre tous les renseignements essentiels aux soins. Il faut aussi veiller à ce que, lors d'un changement de prise en charge, l'identité du médecin responsable des soins soit clairement déterminée en tout temps.

Le rapport personnel-enfant suggéré pour les médecins et les infirmières ayant une formation pratique avancée (par ex., des infirmières en pratique avancée, des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières spécialisées en néonatalogie) peut varier selon l'infrastructure clinique de l'unité et l'expérience des intervenants. Les lignes directrices ci-dessous sont suggérées. Il faut souligner qu'un intervenant peut être responsable de différentes catégories de patients.

Rapport néonatalogistes-bébés : lignes directrices

Le jour (jusqu'à ce que les plans de soins soient définis et mis en œuvre)	
• Bébés dont l'état est instable et nécessite une assistance cardiorespiratoire	1:4
• Bébés dont l'état est stable et nécessite des soins aigus	1:8 à 1:10
• Bébés dont l'état nécessite des soins de niveau II	1:12 à 1:16
La nuit	
• Bébés dont l'état est instable et nécessite une assistance cardiorespiratoire	1:4
• Bébés dont l'état est stable et nécessite des soins aigus	1:12 à 1:16
• Autres bébés :	soins d'urgence selon les besoins

Ces recommandations s'appliquent uniquement aux unités de soins intensifs néonatals. La participation à d'autres activités (comme le transport, la présence aux naissances, la formation et la recherche) nécessite des ressources supplémentaires.

Des sous-spécialistes en cardiologie, chirurgie pédiatrique, neurologie et génétique doivent être accessibles en permanence pour consultations. Durant le jour, des sous-spécialistes doivent être accessibles sur place pour des consultations en néphrologie, endocrinologie, gastroentérologie, nutrition, maladies infectieuses, pneumologie, hématologie et autres disciplines. Des sous-spécialistes en chirurgie pédiatrique (par ex., des chirurgiens cardiovasculaires, des neurochirurgiens et des chirurgiens en orthopédie, ophtalmologie, urologie et otolaryngologie) doivent aussi être accessibles pour des consultations et des traitements. Enfin, des médecins compétents pour administrer une anesthésie néonatale et pédiatrique doivent être accessibles au besoin.

Prestation de soins paramédicaux. Des inhalothérapeutes, des technologistes médicaux/technologues de laboratoire médical ou des technologues de laboratoire médical attitrés pour la gazométrie sanguine et des techniciens en radiologie doivent se trouver sur place en permanence. Bien qu'il varie en fonction des tâches des inhalothérapeutes, le rapport thérapeutes-bébés lorsque le bébé est branché à un ventilateur doit normalement se situer entre 1:4 et 1:6. Lorsque le nombre de bébés le permet, il est grandement souhaitable que le centre affecte des inhalothérapeutes exclusivement à l'unité des soins intensifs néonatals et aux programmes qui s'y rattachent.

Le centre a aussi besoin du personnel suivant: une diététiste possédant des connaissances en alimentation parentérale et entérale de bébés à risque élevé; des travailleuses sociales pour les mères et les nouveau-nés; des consultantes en lactation/conseillères en allaitement; du personnel de pastorale; un physiothérapeute du développement; des personnes ayant une formation pertinente et de l'aide pour diriger un programme d'éducation permanente sur les soins à la mère et au nouveau-né; un ingénieur compétent en surveillance électronique biomédicale et en pharmacie spécialisée.

Services auxiliaires

Le tableau suivant décrit les exigences en matière de services auxiliaires pour les soins à la mère et au nouveau-né.

	Niveau I	Niveau II	Niveau III
Laboratoire (micro-technique néonatale)			
Dans la première heure	Hématocrite, glucose, bilirubine totale, analyse d'urine de routine, gaz sanguins	Niveau I, plus : électrolytes, azote uréique, créatinine, études de coagulation, détermination du groupe sanguin et du facteur Rh et programme de dépistage	Niveaux I et II, plus : analyses spéciales du sang et du liquide amniotique
Entre 1 et 6 heures	Formule sanguine complète (FSC) et apparence des plaquettes sur frottis, analyses biochimiques, détermination du groupe sanguin et épreuve de compatibilité sanguine, test de Coombs, frottis bactérien	Niveau I, plus : formule leucocytaire/différentiel, études de coagulation, taux de magnésium, électrolytes et profil biochimique de l'urine, dépistage de l'hépatite B	Niveaux I et II
Entre 24 et 48 heures	Cultures bactériennes et réactions	Niveau I, plus : épreuve fonctionnelle hépatique, dépistage métabolique	Niveaux I et II, plus : analyses spéciales, dont la recherche d'acides aminés et organiques dans le plasma et l'urine
À l'hôpital ou dans les installations disponibles	Culture virale et recherche d'anticorps	—	—
Radiographie et échographie	Techniciens sur appel jour et nuit Appareils portatifs pour radiographie et échographie pour les chambres de naissance et les pouponnières	Techniciens d'expérience en radiologie, accessibles sur-le-champ à l'hôpital (sur appel pour les échographies) Compétences en échographies par effet Doppler Interprétation par un professionnel accessible sur-le-champ Matériel de radiographie portatif Matériel pour échographies : dans les chambres de naissance et dans la pouponnière Matériel pour examens d'urgence : accès permanent pour études génito-urinaires, de l'indice génétique ou du système nerveux central	Tomographie axiale informatisée Matériel pour échographies dans les chambres de naissance et accessible dans l'unité des soins intensifs néonatals Imagerie par résonance magnétique (peut nécessiter le transfert de la cliente)
Échocardiographie	—	Accessible en semaine, avec interprétation dans les 24 heures	Interprétation dans les six heures, jour et nuit
Banque de sang	Technologistes médicaux/technologues de laboratoire médical sur appel jour et nuit; disponibilité de sang de groupe O, Rh négatif pour les urgences	Technologues d'expérience accessibles sur-le-champ à l'hôpital pour la mise en banque du sang et la recherche d'anticorps inhabituels	Centre de documentation pour le réseau Communication directe avec les chambres de naissance et les pouponnières
Électroencéphalographie	—	Accessible en semaine, avec interprétation dans les 24 heures	Comme ci-dessus
Pathologie	Nécessité d'une entente préalable avec un autre centre (transfert du bébé ou d'échantillons, sans frais pour le patient)	Pathologiste général accessible tous les jours	Pathologiste pour la mère et le nouveau-né accessible tous les jours

Adaptation de *March of Dimes Birth Defects Foundation. Toward Improving the Outcome of Pregnancy*, 1993.

Administration des programmes : niveaux I, II et III

Les responsabilités administratives des intervenants qui participent à la prestation des soins aux mères et aux nouveau-nés doivent être clairement définies. Les services aux mères et aux bébés à risques peuvent être intégrés administrativement ou relever de différentes unités (p. ex., soins à la mère, soins aux nouveau-nés). Chaque service doit avoir une équipe pluridisciplinaire de cliniciens (p. ex., des infirmières, médecins, sages-femmes, consultantes en lactation/conseillères en allaitement, travailleuses sociales et autres professionnels de la santé) chargée d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et les procédures, et de veiller à l'administration générale des soins. Chaque unité doit déterminer les exigences administratives pour toutes les disciplines de la santé. Le personnel de chaque unité peut être composé d'un ou de plusieurs gestionnaires, selon leur expérience.

Dans les unités de soins à la mère et au nouveau-né de niveau II, un obstétricien qui a un intérêt particulier et une formation en médecine fœto-maternelle, un pédiatre avec une formation en médecine néonatale-périnatale et une infirmière avec une formation avancée dans ce domaine doivent collaborer à titre de codirecteurs. Dans les unités de niveau III, un praticien spécialisé en médecine fœto-maternelle, un praticien en médecine néonatale-périnatale et, si possible, deux infirmières (une qui possède des titres de compétence en soins à la mère et au fœtus; l'autre, en soins néonatals) doivent faire partie de l'équipe de gestion. Une unité de soins intensifs néonatals de niveau III située dans un hôpital pour enfants doit être dirigée par une équipe composée de médecins et d'infirmières possédant les compétences administratives et cliniques appropriées. Un spécialiste en médecine néonatale-périnatale et une infirmière spécialisée dans les soins intensifs néonatals doivent faire partie de l'équipe.

Les gestionnaires et les cadres supérieurs doivent œuvrer à la détermination et à l'atteinte des objectifs de l'unité en matière d'assurance de la qualité, d'activités de recherche et de perfectionnement professionnel, notamment des colloques à l'échelle locale, provinciale, territoriale et nationale. Ils doivent aussi inciter leurs collègues à manifester leur appui et à participer aux études et essais locaux et multicentriques.

Politiques et procédures

Il est important de consigner par écrit les politiques et les procédures et de les mettre à jour régulièrement. Tous les membres du personnel doivent pouvoir les consulter. Il faut aussi établir un mécanisme en vue de l'examen régulier de toutes les politiques et procédures, et de leur mise à jour lorsque de nouvelles données le justifient.

Les politiques et les procédures écrites comprennent celles décrites au tableau 2.4, sans toutefois s'y limiter.

Tableau 2.4 Politiques écrites

Il est important de consigner par écrit les politiques relatives aux domaines suivants :

- communications et relations avec la collectivité pour les soins et le soutien à donner aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles;
- admission des femmes, des bébés et des familles;
- évaluation et critères relatifs aux congés des femmes et des bébés;
- orientation vers les ressources communautaires;
- identification et orientation vers des services appropriés des femmes ou des bébés vivant dans un milieu violent ou potentiellement violent;
- transfert d'urgence des mères et des bébés, y compris l'obligation de prendre les mesures préliminaires nécessaires avec un établissement de santé qui peut les accueillir en cas d'urgence;
- réanimation du nouveau-né;
- soutien à l'allaitement maternel;
- tenue des dossiers de santé;
- contrôle des infections et précautions relatives aux dangers biologiques;
- entreposage des médicaments, y compris ceux pour traitements d'urgence;
- élaboration d'un système d'information sur les pratiques de sécurité et les produits dangereux utilisés au travail;
- interventions lors de situations d'urgence impliquant les mères et les nouveau-nés;
- évaluation et amélioration de la qualité des soins;
- élaboration d'un plan d'urgence interne, y compris les mesures à prendre en cas d'incendie;
- politiques relatives au personnel.

Dossiers

Les dossiers de santé sont un moyen d'assurer la continuité des soins et de documenter de façon lisible, uniforme, complète et exacte l'information sur la mère et sur le nouveau-né. Ils ont pour but de fournir une information facilement accessible aux intervenants dans le cadre d'un système qui protège la confidentialité, facilite le rangement et la récupération, et prévient les pertes.

La tenue des dossiers de santé doit assurer leur sécurité et la confidentialité des renseignements. Chaque inscription au dossier d'une mère ou d'un nouveau-né doit être datée et signée.

La tenue des dossiers de santé vise les objectifs suivants :

- faciliter la communication;
- concourir à la transmission de renseignements exacts aux différents niveaux de soins (pour la mère et le nouveau-né);
- améliorer l'efficacité des soins sur le plan des résultats et des coûts;
- appuyer les mécanismes d'assurance de la qualité;
- éviter le double emploi dans la collecte de renseignements;
- promouvoir l'échange d'information avec les familles qui peuvent avoir besoin d'aide pour la prise de décisions, l'examen des événements liés à la naissance et la formation.

Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada prépare actuellement un système de surveillance périnatale pour la collecte et l'analyse des données. Les dossiers médicaux normalisés relatifs aux soins prodigués aux périodes prénatale, pernatale et néonatale serviront à la fois de documentation pour les soins cliniques et d'instrument pour la collecte de données, permettant ainsi de préserver l'uniformité et d'éviter les chevauchements. (Consulter la description à l'annexe 1.)

Formation et perfectionnement

Le perfectionnement continu en soins aux mères et aux nouveau-nés est essentiel pour permettre de s'ajuster régulièrement aux nouveaux renseignements et aux résultats des travaux de recherche sur les meilleures

pratiques. Les soignants et les parents ont besoin d'occasions d'apprentissage et ils doivent exercer leurs responsabilités à ce sujet. Tout projet éducatif doit tenir compte des différents styles d'apprentissage des participants, du temps qu'ils peuvent consacrer à leur apprentissage, du contenu, des compétences à acquérir et de la disponibilité des ressources financières et humaines.

Éducation en matière de santé à l'intention des femmes et des familles

Puisque les parents participent activement aux décisions relatives aux soins et au style de vie de leur famille, les soignants doivent s'assurer que les femmes et les familles ont les renseignements nécessaires pour prendre des décisions éclairées. Les moyens à leur disposition comprennent des cours prénatals, de la documentation, des livres en librairie, des groupes de soutien communautaires, des services d'écoute téléphonique et du matériel audiovisuel. La télévision, Internet, les traditions culturelles de même que les amis et la famille sont aussi d'autres sources d'information, quoique de qualité plus variable. Les intervenants doivent prendre le temps d'aider les parents non seulement à trouver de bonnes sources d'information, mais aussi à en déterminer la valeur et la signification.

Quels que soient la méthode utilisée et le lieu où il est offert (par exemple en classe, dans un groupe ou au cabinet d'un intervenant), l'enseignement doit s'inspirer des principes de l'enseignement aux adultes et adopter une perspective axée sur l'apprenant. Le tableau 2.5 présente le sommaire de ces principes.

Tableau 2.5 Principes d'apprentissage des adultes

- L'intervenant joue un rôle d'animateur, non d'enseignant.
- L'animateur met l'accent sur la validité des antécédents et de l'expérience de l'apprenant.
- L'animateur détermine le contenu conjointement avec l'apprenant, ou selon ce que l'apprenant doit ou désire savoir, afin que le contenu soit pertinent pour l'apprenant.
- L'animateur détermine le processus (c'est-à-dire comment l'apprenant apprendra) conjointement avec l'apprenant.
- L'accent est mis sur l'interdépendance dans le contexte de l'apprentissage.
- L'apprenant se perfectionne dans la mesure où ses besoins d'apprentissage sont satisfaits.
- L'animateur et l'apprenant acceptent tous deux la responsabilité de la démarche d'apprentissage.
- L'apprenant participe à tous les aspects de la détermination du contenu et du processus d'apprentissage.

Quels que soient le sujet et la stratégie d'apprentissage retenus, les documents conçus ou recommandés doivent tous être conformes à certains principes d'éducation en matière de santé. Ces principes doivent être pris en compte pour toute information fournie aux parents, dont celle menant à un consentement ou visant des fins de recherche. Le tableau 2.6 décrit ces principes.

Tableau 2.6 Principes directeurs pour le matériel éducatif

Lisibilité

L'aisance à assimiler le contenu des textes imprimés varie selon la scolarité, les particularités des diverses populations et leur exposition à l'écrit. Pour les documents publiés à l'intention du grand public, il est souhaitable de viser un niveau de compréhension équivalant à une 5e année scolaire. Il faut parfois adapter le niveau de difficulté pour certains groupes. La meilleure façon de vérifier la lisibilité d'un texte est de le soumettre à un groupe témoin représentatif de la population cible.

Quantité d'information

Il vaut mieux présenter peu de renseignements à la fois et tenir compte de la nature du document écrit. Plus le contenu est diversifié, plus il est difficile de s'en souvenir. Par exemple, on se souvient moins bien d'une vidéocassette qui couvre tous les aspects de l'allaitement maternel que d'un document qui met l'accent sur un certain aspect pour lequel on a besoin d'une aide ponctuelle. L'information imprimée peut se limiter à un sujet par feuillet ou dépliant.

Uniformité de l'information

Les documents écrits et audiovisuels préparés en collaboration avec des groupes et des organismes communautaires, d'autres établissements et une équipe pluridisciplinaire sont plus susceptibles d'être valides, uniformes et pratiques.

Exactitude de l'information

L'information doit être passée en revue régulièrement et faire l'objet d'un consensus parmi les membres de l'équipe. L'équipe doit adopter un mécanisme pour s'assurer que l'information diffusée et les attitudes représentées reflètent l'état actuel des connaissances, les pratiques en vigueur et la disponibilité des ressources.

Présentation de l'information en temps opportun

Il est essentiel d'évaluer quand et comment donner l'information. Les ouvrages pédagogiques font souvent allusion au concept de « moment opportun » en matière d'apprentissage. De façon idéale, l'intervenant doit être accessible au moment opportun, c'est-à-dire au moment où le besoin d'apprendre est le plus évident.

Documentation et aspects juridiques connexes

Les renseignements relatifs à la formation des femmes et des familles en matière de santé, ou à l'information qu'elles ont obtenue d'autres sources, sont des éléments importants à verser aux dossiers de santé. Il peut être utile de disposer d'un formulaire pour consigner ces renseignements. Il est important également de conserver un exemplaire du matériel éducatif disponible.

Perfectionnement des professionnels de la santé

En règle générale, il incombe à la fois à l'organisme et au professionnel de maintenir les compétences et les habiletés requises. Toutefois, cela devient de plus en plus une responsabilité personnelle. Alors que certains des comportements et des compétences nécessaires sont établis par les associations et les collèges de professionnels, d'autres correspondent aux normes et aux besoins particuliers de l'organisme ou de l'unité de soins. La participation, les réalisations et les objectifs des professionnels en matière de perfectionnement doivent être documentés et faire partie des évaluations annuelles de rendement ou du renouvellement des privilèges.

Les activités de formation et de perfectionnement doivent être de nature pluridisciplinaire et attirer la participation de toutes les personnes concernées, notamment les médecins, les infirmières, les travailleuses sociales, les nutritionnistes, les consultantes en lactation/conseillères en allaitement, les inhalothérapeutes et bien d'autres. Les sujets de formation peuvent découler de la mise en œuvre de nouveaux traitements, de l'évolution des systèmes, de préoccupations cliniques ou de constats de recherche. Il convient de varier les niveaux de formation : à partir des soins à la mère et au nouveau-né fondés sur l'expérience clinique jusqu'aux soins spécialisés aux mères et aux bébés à risques élevés.

Divers moyens permettent de favoriser l'apprentissage : participation de l'apprenant aux visites ou cliniques d'un médecin, ateliers, congrès, trousses d'apprentissage, programmes d'études, télé-enseignement, auto-apprentissage, participation à de nouveaux comités, à de nouveaux projets ou à des travaux de recherche. Pour les régions déterminées en fonction des soins à la mère et au nouveau-né, il faut mettre en place des programmes régionaux qui permettent la coordination des activités d'enseignement de manière à uniformiser l'information et à réduire les chevauchements. En outre, les centres et les organismes ont de plus en plus recours au courriel, aux téléconférences et à Internet.

Les cours de certification, offerts dans la localité ou par télé-enseignement, sont de plus en plus privilégiés pour mettre à jour les compétences et pour satisfaire aux normes de rendement et de compétence.

Évaluation des soins

Dans tous les centres, le personnel affecté aux soins à la mère et au nouveau-né doit fournir des statistiques pertinentes ainsi que les données de base requises pour les études analytiques. En cas de décès de la mère ou du nouveau-né, il faut solliciter l'autorisation de pratiquer une autopsie pour confirmer le diagnostic. Un certificat de décès doit également être rempli pour permettre de déterminer les causes immédiates du décès et les principaux facteurs antécédents.

L'évaluation des soins requiert une documentation précise des démarches et des indicateurs de résultats relatifs à la qualité des soins, de même qu'une étude et une analyse minutieuses de l'information.

On considère souvent que l'évaluation des soins à la mère et au nouveau-né relève des organismes régionaux et nationaux. Toutefois, chaque unité et chaque intervenant doivent participer à l'évaluation pour déterminer dans quelle mesure les mères, les bébés et les familles ont bénéficié de soins accessibles, adéquats et abordables. C'est au comité pluridisciplinaire des soins à la mère ou au nouveau-né que revient cette fonction.

L'évaluation des soins touche les points suivants, sans toutefois s'y limiter :

- l'amélioration continue de la qualité, y compris la rétroaction et les activités de vérification;
- les politiques et les procédures qui tiennent compte de l'état actuel des connaissances et sont examinées régulièrement;
- le perfectionnement de tout le personnel, y compris l'auto-apprentissage;
- l'évaluation des résultats, y compris au moins un examen des cas de mortalité des mères et nouveau-nés, des principaux cas de morbidité et des incidents significatifs;
- l'utilisation des services hospitaliers;
- l'évaluation de l'intégration de la mère et du nouveau-né dans la collectivité, y compris le soutien à l'allaitement maternel.

L'évaluation des soins peut prendre plusieurs formes :

- un examen des incidents de mortalité et de morbidité;
- des commentaires et observations de la part des clients;
- des analyses épidémiologiques des problèmes et des résultats;
- une évaluation des méthodes d'exploration et des traitements usuels;

- une enquête sur les mécanismes en cause dans la maladie ou la prévention;
- des études sur la formation et l'apprentissage (y compris les activités pour les parents);
- des études sur l'utilisation des ressources.

Tous les organismes et toutes les unités doivent établir une politique écrite qui englobe, notamment, les méthodes d'évaluation courantes et un mécanisme facilitant l'approbation de nouvelles méthodes avant usage.

Évaluation des technologies, des politiques et des traitements existants ou nouveaux

Les travaux de recherche portant sur les technologies et les traitements existants ou nouveaux sont fortement encouragés. Tous les centres et tous les intervenants doivent contribuer à cette évaluation. Une collaboration polyvalente entre les centres et les organismes met à contribution les compétences d'un grand nombre d'intervenants; elle renforce également les buts, les relations ainsi que l'uniformité des pratiques du réseau de soins à la mère et au nouveau-né.

Avant d'adopter une nouvelle technique ou un nouveau traitement, ou de modifier une politique ou une pratique, les intervenants doivent se poser les questions suivantes :

Points à considérer avant de réaliser des changements

- L'évaluation des risques et des avantages s'appuie-t-elle sur des preuves scientifiques concluantes?
- Est-il nécessaire de procéder à une évaluation rigoureuse du traitement ou de la politique avant de procéder à sa mise en œuvre complète?
- Quelle est la nature du problème pour lequel un changement est envisagé?
- Serait-il utile de demander l'avis des consommateurs?
- Faut-il tenir compte de facteurs liés à la conformité aux normes, à l'enseignement et aux coûts à courte et longue échéances?
- Quels résultats faut-il surveiller pour mesurer le changement prévu?
- Comment les résultats seront-ils utilisés et diffusés au personnel de l'organisme ou de l'unité, dans la région et ailleurs?

Comme les répercussions des soins fournis à la mère et au nouveau-né s'échelonnent sur bien des années, tous les gestionnaires de programmes doivent continuer d'évaluer et d'améliorer les soins prodigués aux nouveau-nés et aux familles. En tant que partie intégrante des services à la mère et au nouveau-né, les programmes d'évaluation et d'amélioration de la qualité doivent faire partie du cadre général de l'administration et du financement.

Bibliographie

ALBERTA HEALTH. *Review of Province-wide Health Services in Alberta: Report of the Review Team*, Edmonton, Alberta Health, Health Services Review Team, 1996.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Guidelines for Perinatal Care*, 4e éd., Washington, chez l'auteur, 1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Réanimation néonatale*. Traduction par le Groupe de travail québécois, Fondation des maladies du cœur du Québec, 1999.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Obstetric care: policy statement », *Journal de l'Association médicale canadienne/Canadian Medical Association Journal*, vol. 150 (1994), p.760A.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Plan directeur de l'examen de certification en soins infirmiers en périnatalité*, chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification Examination*.

BLAIS, R., et coll. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec : Rapport final*, Montréal, Université de Montréal, 1997.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM. *Guidelines for Perinatal Care*, Vancouver, chez l'auteur, 1997.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM. *Intermediate Perinatal Care Task Force Report*, Vancouver, chez l'auteur, 1994.

CAMPBELL, R., et A. MACFARLANE. *Where to Be Born? The Debate and the Evidence*, 2e éd., Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.

CAMPBELL, R., et A. MACFARLANE. « Place of delivery: a review », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, nº 7 (1986), p. 675-683.

COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES. *The Mother-friendly Childbirth Initiative*, Washington (DC), chez l'auteur, 1996.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU MANITOBA. *Recommended Standards for Hospital Resources, Maternal and Newborn Care*, Winnipeg, College of Physicians and Surgeons of Manitoba, 1994.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ALBERTA. *Basic Obstetrics in Alberta Hospitals Providing Level I Obstetrical Care*, Edmonton, chez l'auteur, 1993.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. *Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, gouvernement du Québec, août 1999.

DELORME, H. *Bienvenue au service de néonatalogie*. Service des publications, Direction de l'enseignement, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1994.

EBERTS, M.A. *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario*. Toronto: Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, 1987.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU QUÉBEC. *Il ne faut que quatre heures pour apprendre à sauver une vie !*, chez l'auteur, février 1998.

HAGAN, L. « Éducation pour la santé », *L'Infirmière du Québec,* Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, janvier-février 1996.

HANSON, J.L., B.H. JOHNSON, E.S. JEPPSON, J. THOMAS et J.H. HALL. *Hospitals Moving Forward with Family-centered Care*, Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care, 1994.

HODNETT, E.D. « Alternative versus conventional delivery settings », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, en ligne et sur CD ROM, mise à jour le 2 décembre 1997), Oxford, Le Centre de collaboration Cochrane; 1re parution, mise à jour du logiciel : 1998. Mise à jour trimestrielle.

HOFF, G.A., et L.J. SCHNEIDERMAN. « Having babies at home: Is it safe? Is it ethical? », *Hastings Center Report*, vol. 15, nº 6 (1985), p. 19-27.

IGLESIAS, S., S.C.N. GRZYBOWSKI, M.C. KLEIN, G.P. GAGNÉ et A. LALONDE. « Rural obstetrics. Joint position paper on rural maternity care », *Canadian Journal of Rural Medecine*, vol. 3 (1998), p. 75.

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION (ICEA). *Planning Comprehensive Maternal and Newborn Services for the Childbearing Years*, Minneapolis, chez l'auteur, 1985.

JOHNSON, B.H., E.S. JEPPSON et L. REDBURN. *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Bethesda (MD), Association for the Care of Children's Health, 1992.

MARCH OF DIMES BIRTH DEFECTS FOUNDATION. *Toward Improving the Outcome of Pregnancy*, Willkes-Barre (PA), chez l'auteur, 1993.

MATERNAL-NEWBORN AND CHILD STEERING COMMITTEE : METROPOLITAN TORONTO DISTRICT HEALTH COUNCIL. *Taking the Next Steps: Regionalizing Maternal-Newborn and Child Health Services in Metro Toronto*, Toronto, chez l'auteur, 1994.

MIDWIFERY IMPLEMENTATION COUNCIL. *The Midwifery Model of Practice in Manitoba*, Winnipeg, Manitoba Health, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Accoucher avec une sage-femme à la maison de naissances*, dépliant, chez l'auteur, 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L' ONTARIO. *Étude sur les services hospitaliers à la mère et au nouveau-né en Ontario*, Toronto, Bureau de la santé de la femme, ministère de la Santé de l'Ontario, 1993.

NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.). Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, en ligne et sur CD-ROM; mise à jour le 2 décembre 1997),

Oxford, Le Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, mise à jour du logiciel : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NOVA SCOTIA HEALTH AND REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA. *Provincial Guidelines for Perinatal Health Care*, Halifax, chez l'auteur, 1996.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Directives concernant le lieu d'accouchement prévu*, Toronto, chez l'auteur, 1994a.

ORDRE DES SAGE-FEMMES DE L'ONTARIO. *Règlements, normes, politiques, lignes directrices*, Toronto, chez l'auteur, 1994b.

PHILLIPS, C. *Family-Centered Maternity Care*. Minneapolis, International Childbirth Education Association, 1994.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Perinatal Practice Guidelines*, Perinatal Education Program of Eastern Ontario, 1997.

REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA. *Reproductive Care Manual*, Halifax, chez l'auteur, 1992.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part III. Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, nº 6 (1992), p. 361-397.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part II. Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, nº 5 (1992), p. 301-330.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M., ERNST. « The national birth center study: part I. Methodology and prenatal care and referrals », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, nº 4 (1992), p. 222-253.

SANTÉ CANADA. [TUDIVER, S., et M. HALL.] *Les femmes et la prestation des services de santé au Canada*. Documents de conférences, s.d., site Internet, Santé Canada.

SANTÉ CANADA et INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1995.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Partir du bon pied : directives pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, chez l'auteur, 1998. Aussi publié en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).

TEW, M. *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*, Londres (Royaume-Uni), Chapman and Hall, 1990.

TUDIVER, S., et M. HALL. Les femmes et la prestation des services de santé au Canada, documents de conférence, s.d., site Internet, Santé Canada.

Autres ressources

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Plan directeur de l'examen de certification en soins infirmiers en périnatalité,* chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification Examination,* Canadian Nurses Association.

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC — PAVILLON SAINT-SACREMENT. Profil d'enseignement pour la mère qui vient d'accoucher, formulaires, chez l'auteur, Québec, s.d.

HAGAN, L. « Éducation pour la santé », *L'Infirmière du Québec,* Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, janvier-février 1996.

HÔPITAL MONTFORT. *Réquisitions pour épreuves de laboratoire,* Ottawa, 1999.

MAILLET, R., J.-P. SCHAAL et C. COLETTE. « La dystocie des épaules », Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SNGOF), site Internet, 1999.

ANNEXE 1

Le Système canadien de surveillance périnatale

Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par Santé Canada pour améliorer la capacité de surveillance nationale en matière de santé. Mis en œuvre par le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), le SCSP est un programme national continu de surveillance de la santé qui a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes enceintes, des mères et des enfants en bas âge au Canada. Le SCSP est administré par un comité directeur multisectoriel et pluridisciplinaire, qui donne au Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant des directives concernant le perfectionnement et l'exploitation du Système. Les membres du Comité directeur sont des spécialistes représentant des associations nationales de professionnels de la santé, des représentants des pouvoirs publics provinciaux et territoriaux, de groupes d'intérêt ou de défense des consommateurs et de ministères du gouvernement fédéral ainsi que des spécialistes canadiens et internationaux en santé périnatale et en épidémiologie.

Le SCSP est fondé sur le concept selon lequel la surveillance de la santé est un processus systématique et continu qui offre de l'information à jour et pertinente sur les tendances et les caractéristiques de l'état de santé d'une population de même que sur les facteurs qui influent sur cet état de santé. La surveillance est assurée en quatre étapes, soit la collecte de données, leur analyse spécialisée et leur interprétation, et l'intervention (communication d'information en vue de l'adoption de mesures).

Le SCSP a pour but de recueillir et d'analyser des données sur toutes les grossesses recensées, peu importe leur issue — interruption de grossesse, grossesse extra-utérine, mortinaissance ou naissance vivante — ainsi que sur la santé du nourrisson pendant sa première année de vie. Actuellement, le SCSP utilise les données provenant de plusieurs sources (principalement administratives) comme les statistiques nationales de l'état civil et les données sur l'hospitalisation. Ces données sont analysées en collaboration avec les partenaires de la surveillance de la santé périnatale.

Le volet intervention du SCSP prévoit la communication de l'information qui appuiera l'adoption de mesures visant l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des soins cliniques et guidera l'élaboration de politiques de

santé publique et de programmes touchant la santé de la mère et de l'enfant en bas âge. Les mécanismes et véhicules de diffusion de l'information varient selon le public visé (décideurs, fournisseurs de soins de santé, grand public, chercheurs) et englobent des feuillets d'information, des publications approuvées par des pairs et le Web.

Le SCSP a établi des objectifs à court, à moyen et à long terme. À court et à moyen terme, le SCSP :

- continuera d'analyser et de présenter les données nationales existantes sur la santé périnatale : les statistiques de l'état civil, les données sur l'hospitalisation et les enquêtes nationales (p. ex., l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes). Il fait appel à un ensemble d'indicateurs nationaux de la santé périnatale;
- travaillera en collaboration avec des partenaires à la normalisation des définitions des variables de la santé périnatale au pays et proposera l'ajout de variables clés aux bases de données existantes;
- renforcera et intensifiera la surveillance dans les secteurs prioritaires, à savoir (1) les anomalies congénitales et (2) les connaissances des femmes, leurs perspectives, leurs pratiques et leurs expériences pendant la grossesse, à la naissance et en tant que parents.

L'objectif à long terme du SCSP est de concevoir une base de données nationales complète en matière de périnatalité grâce au transfert électronique de données extraites de l'enregistrement des données de l'état civil ou obtenues auprès des services hospitaliers et des services communautaires.

Si vous souhaitez de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Système canadien de surveillance périnatale
Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant
DGPS, immeuble 7, indice de l'adresse 0701D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Courriel : CPSS@hc-sc.gc.ca
Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/brch/reprodf.html

ANNEXE 2

Interprétation des codes CIM-9 et CIM-10, et diagnostic de l'asphyxie

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié des instructions de codage[8] en matière d'asphyxie fœtale à l'intention des travailleurs canadiens de la santé. Les instructions de l'ICIS sont fondées sur les recommandations relatives à l'asphyxie fœtale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Le diagnostic d'asphyxie fœtale doit s'appuyer sur la détection d'une anomalie de l'équilibre acidobasique, détection effectuée au moyen d'un prélèvement sanguin au niveau du cordon fœtal in utero (cordocentèse), de l'analyse d'un échantillon de sang du cuir chevelu du fœtus durant le travail et de l'analyse du pH et de la pCO_2 du sang prélevé du cordon ombilical à la naissance. En l'absence de cette évaluation, on ne peut poser le diagnostic d'asphyxie fœtale.

Aucun des signes suivants pris isolément ou conjugué ne peut contribuer à poser un diagnostic d'asphyxie : indice d'Apgar faible, bradycardie fœtale, variations de la fréquence cardiaque fœtale, tachycardie fœtale, fréquence cardiaque fœtale non rassurante, méconium. Les travailleurs de la santé ne doivent parler « d'asphyxie » néonatale que s'il y a présence clinique d'acidémie, d'hypoxémie et d'acidose métabolique préjudiciables. Le diagnostic d'asphyxie à la naissance doit s'appuyer sur les critères suivants :

- acidémie métabolique profonde ou mixte, pH du sang du cordon sous 7,0;
- indice d'Apgar coté de 0 à 3 et qui se maintient pour au moins cinq minutes;
- présence de séquelles neurologiques néonatales (par ex., les convulsions, le coma et l'hypotonie, ainsi qu'une ou plusieurs des dysfonctions systémiques suivantes : cardiovasculaire, gastro-intestinale, hématologique, pulmonaire ou rénale.)

La SOGC et le ACOG recommandent que tous ces critères soient présents avant qu'un diagnostic d'asphyxie soit porté au dossier.

8. CIM-9 et CIM-10, dans le titre de l'annexe, sont des acronymes représentant les neuvième et dixième révisions de la Classification internationale des maladies.

— CHAPITRE 3 —

Soins avant la conception

Table des matières

Introduction 5

Diversité 6

Besoins relatifs aux soins avant la conception 7

Cadres des soins avant la conception 8

Milieu scolaire 8

Milieu de travail 9

Médias 9

Cadres de soins primaires 10

Collectivité 10

Évaluation, counseling et soutien avant la conception : enjeux 11

Soutien social 11

Stress 11

Qualité des relations 12

Agression et violence 12

Mutilation des organes génitaux de la femme 13

Style de vie sain 14

Tabagisme 14

Consommation d'alcool 16

Consommation de médicaments et de substances psychoactives 17

Conditions environnementales 18

Activité physique 19

Nutrition 20

Acquisition de bonnes habitudes alimentaires 20

Calcium et vitamine D 21

Fer 22

Acide folique 22

Consommation excessive de vitamine A 23

Poids et activité physique 24

Évaluation et counseling avant la conception 24

Counseling génétique 27

Bibliographie 28

Annexe 1 — Ressources sur la réduction du tabagisme 34

Introduction

L'état de santé des parents avant la conception est crucial pour la santé des enfants qu'ils auront. La promotion de la santé des femmes, des hommes et des familles avant la grossesse mérite donc notre attention, puisque c'est un aspect important des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale.

La période qui précède la conception ne correspond pas à un moment bien défini dans le temps. Durant toutes leurs années de fécondité, la plupart des femmes ne savent vraiment pas si elles seront enceintes ni quand elles le seront. Pourtant, l'accessibilité de moyens contraceptifs efficaces leur permet de faire des choix (Raphael-Lerr, 1991). En outre, au début de la grossesse, bien des femmes ne savent pas encore qu'elles sont enceintes et, paradoxalement, les huit premières semaines de la grossesse sont cruciales, car c'est le moment où le développement du fœtus risque le plus d'être compromis. Pour ces raisons, les soins avant la conception sont importants tout au long de la vie féconde.

Il n'incombe pas seulement à la mère et à la famille de bien se préparer à vivre une grossesse saine. D'autres facteurs contribuent à la conception, à l'enfantement et à l'éducation d'enfants en santé, nommément : le style de vie, le réseau social de soutien et les conditions de vie sociale. La pauvreté, par exemple, a de grandes répercussions sur la grossesse et sur les enfants, d'où l'importance pour les enfants et les familles de vivre au sein d'une collectivité et d'une société qui se préoccupent de leur bien-être et veillent à leur sécurité.

Les soins avant la conception comprennent plusieurs volets, lesquels s'inspirent des principes régissant les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale.

- Ces soins s'appuient, tout d'abord, sur des attitudes et des pratiques qui valorisent les femmes enceintes, les enfants et les familles.
- Ils incitent les femmes et les hommes à se préparer activement à la grossesse.
- Ils portent sur les environnements sociaux, psychologiques, spirituels, physiques et autres qui influencent la famille.
- Ils respectent les différents styles de vie et les expériences de chacun.

- Ils intègrent la notion de choix éclairé, c'est-à-dire l'importance d'aider la femme et son conjoint à comprendre les questions de santé qui ont une incidence sur la conception et la grossesse.
- Ils aident les femmes et les hommes à reconnaître leurs problèmes actuels et potentiels pour qu'ils soient le plus en santé possible (Moos, 1989).
- Ils aident aussi à dépister les risques génétiques et à fournir aux parents à risque les renseignements leur permettant de prendre des décisions éclairées quant aux choix qui s'offrent à eux (Levitt, 1993).

Les intervenants de la santé ont la responsabilité de prendre une part active dans la prestation des soins aux femmes et aux familles avant la conception. De plus, ils doivent faire des représentations pour que les collectivités valorisent la santé des femmes et des hommes en âge de procréer et qu'elles leur accordent le soutien nécessaire.

Les intervenants de la santé qui prennent une part active aux soins avant la conception collaborent avec la femme et son conjoint en les aidant à évaluer leur propre santé et son influence sur leur progéniture. Le rôle de l'intervenant est de fournir des renseignements exacts, de vulgariser et de communiquer ces renseignements de façon claire et précise, d'aider la femme et le couple à prendre des décisions éclairées et de leur offrir les services pertinents, ou de les guider vers ces services, selon les besoins. La transmission des renseignements appropriés et le recours à des techniques susceptibles de favoriser une discussion et une communication efficaces permettront à la femme et à son conjoint d'effectuer un choix en toute connaissance de cause. Évidemment, il revient aux parents de prendre la décision d'avoir un bébé ou non.

Diversité

Puisque la diversité est la norme dans notre société, les intervenants de la santé doivent en connaître les manifestations, y être sensibles et planifier en conséquence les programmes de soins avant la conception. Par exemple :

- Les structures familiales « typiques » peuvent inclure des couples hétérosexuels, des couples composés de deux lesbiennes ou de deux homosexuels, des familles monoparentales dont le chef est une femme ou un homme, des familles reconstituées, des familles élargies incluant les grands-parents, les tantes, les oncles ou des familles communautaires composées d'amis et de proches.

- Les Canadiennes et les Canadiens appartiennent à des milieux ethniques et culturels divers qui ont des croyances et des normes différentes concernant la grossesse, les compétences parentales et le rôle des femmes, des hommes et des enfants.
- L'environnement géographique de nos collectivités varie grandement, allant des grands centres urbains jusqu'aux petites collectivités rurales éloignées et isolées.
- L'âge où les femmes deviennent enceintes a considérablement changé au cours des vingt dernières années. En moyenne, elles ont maintenant leur premier enfant à un âge plus avancé. Par ailleurs, le pourcentage et le nombre de grossesses menées par des adolescentes ont augmenté (Conseil canadien de développement social, 1997).

Il est recommandé de faire appel à des femmes et à des hommes issus de divers milieux en regard de tous les aspects des soins avant la conception, y compris la détermination des priorités, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et la participation aux travaux des comités des établissements et des organismes. Une telle participation garantira que les soins offerts correspondent aux besoins de la collectivité.

Besoins relatifs aux soins avant la conception

Les soins avant la conception ne se limitent pas à la seule préparation physique à la grossesse et au rôle de parent. Ils portent aussi sur la préparation sociale, psychologique et spirituelle. On adopte très tôt des attitudes positives et réalistes face à la grossesse et aux compétences parentales, pour les raffiner tout au long de la vie. Il est certes important que la société en général soit sensibilisée aux notions de santé avant la conception. Toutefois, l'intérêt des gens varie selon divers facteurs, notamment l'âge, l'étape et les priorités de la vie, et les antécédents relatifs à la procréation.

Les intervenants de la santé doivent avoir accès à une information à jour exacte sur les questions de santé avant la conception. Ils ont besoin de perfectionnement au moyen de conférences, lectures et cours, et d'une information de pointe sur les constats scientifiques les plus récents et leurs applications. Ils doivent connaître les modèles des « meilleures pratiques cliniques » de prestation des soins avant la conception.

Cadres des soins avant la conception

Avant de décider où les programmes de soins avant la conception seront offerts, il importe de connaître :

- l'endroit où les gens travaillent et vont à l'école;
- l'endroit où ils se renseignent sur la santé et les soins de santé;
- avec quels médias ils interagissent;
- comment ils interprètent les messages véhiculés par les médias.

On devrait offrir les programmes et les soins avant la conception de manière polyvalente, dans différents cadres de la collectivité et selon diverses formules novatrices. On recommande d'intégrer l'information sur les soins avant la conception aux programmes d'études et au milieu de travail, de la diffuser par les médias et les organismes communautaires. On peut faire appel à une foule de mécanismes pour échanger de l'information, notamment Internet, des documents audio et vidéo, des imprimés et des séances d'information individuelles ou en groupes.

Milieu scolaire

On recommande d'intégrer l'éducation sexuelle aux programmes d'études de toutes les écoles du Canada. Des programmes d'éducation sexuelle portant sur tous les aspects de la santé sexuelle peuvent aider les jeunes à respecter et à protéger leur santé sexuelle. Étant donné la complexité des déterminants de l'activité sexuelle et de la grossesse, tous les programmes doivent être de portée générale et faire intervenir plusieurs secteurs de la collectivité. Les professeurs, les parents et les intervenants de la santé sont tous partenaires dans la planification de programmes efficaces pour les enfants et les adolescents. Il faut néanmoins appuyer des idées novatrices, comme les programmes d'entraide par les pairs, les cliniques de sexualité dans les écoles et les initiatives dirigées par les élèves (Santé Canada, 1994; Baskerville, 1993; McKay, 1993).

Il faut aussi porter une attention particulière aux jeunes enfants. On devrait favoriser, à partir de la maternelle jusqu'au début du secondaire, des programmes et des activités qui encouragent les jeunes à adopter des attitudes réalistes et appropriées à leur âge envers des styles de vie sains, des relations saines, la préparation au rôle de parent et la sexualité. Ces programmes et activités devraient souligner l'importance du respect mutuel. Il importe de

montrer aux jeunes que la décision d'avoir un bébé doit être prise dans la perspective à long terme « d'élever une famille », et qu'il est important de s'y préparer en conséquence.

Milieu de travail

Soixante pour cent (60 %) des Canadiennes occupent un emploi à l'extérieur du foyer (Bureau de la femme, Travail Canada, 1992). Il est donc recommandé d'offrir en milieu de travail des cours et des soins avant la conception. Nombre d'employeurs proposent déjà aux employés des programmes de santé et de mieux-être, portant notamment sur les soins du dos, le conditionnement physique, la santé du cœur, l'alimentation, la gestion du stress ou le renoncement au tabac. Ces programmes sont d'excellentes occasions d'informer les parents éventuels sur les questions qui touchent la grossesse sans problème et le rôle de parent (National Commission to Prevent Infant Mortality, 1988).

Médias

Dans la planification des programmes avant la conception, les intervenants de la santé doivent tenir compte des messages populaires sur la santé véhiculés par les médias et en traiter dans leurs discussions de planification. De toute évidence, la programmation et les messages publicitaires des médias populaires influencent beaucoup les décisions que prennent les gens en matière de santé et de style de vie.

La télévision, le cinéma et les magazines peuvent dresser un portrait peu réaliste, et parfois même dangereux, de la sexualité, de la grossesse et du rôle des parents. Ils présentent parfois une image corporelle irréaliste et ils prônent l'usage de l'alcool, des drogues et du tabac comme moyen d'acceptation dans la société et de réduction du stress. Ils minimisent les risques que présentent les relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires et ils banalisent les relations humaines. Tout compte fait, ils fournissent de bien piètres modèles aux adultes, aux jeunes et aux enfants.

Les intervenants de la santé doivent d'autre part faire appel aux médias pour communiquer au public des messages *appropriés*. Depuis quelques années, divers organismes parrainent des campagnes médiatiques et publicitaires pour mettre en valeur des styles de vie sains et traiter de prévention (par ex., les dangers de la conduite en état d'ébriété ou les effets du tabac et de l'alcool sur le bébé à naître). De tels efforts doivent être poursuivis et consolidés (Frede, 1993).

Cadres de soins primaires

Tout au long de leur vie, les femmes et les hommes voient leur médecin de famille pour diverses raisons. La plupart des femmes, cependant, ne font pas appel aux médecins pour obtenir de l'information avant la conception. On recommande donc d'offrir du counseling sur la santé avant la conception dans le cadre de soins plus généraux de prévention ou lors de visites pour soins primaires en raison d'autres problèmes de santé. Il serait très opportun d'aborder la question des soins avant la conception avec les femmes en âge de procréer au moment de leur test annuel de Papanicolaou, au cours d'un entretien sur le contrôle des naissances ou à l'occasion de l'examen prénuptial (Frede, 1993; Public Health Service Expert Panel, 1989). Les conseils sur la santé avant la conception prodigués à ces moments opportuns peuvent influencer les femmes, ou les femmes et les conjoints, qui ne solliciteraient probablement de l'aide qu'après confirmation de la grossesse (Swan et Apgar, 1995).

Collectivité

Les intervenants communautaires, comme les infirmières de la santé publique ou les intervenants des centres de santé ou de ressources communautaires, devraient intégrer des renseignements sur la santé avant la conception dans plusieurs de leurs programmes communautaires et activités de groupe. Les intervenants communautaires travaillent souvent étroitement avec des membres influents de la collectivité, notamment des enseignants et ministres du culte, et ils sont bien placés pour encourager l'intégration de l'information sur la santé avant la conception dans les programmes communautaires.

Les programmes de santé avant la conception peuvent être offerts dans tous les cadres où les hommes et les femmes se rassemblent. Puisque beaucoup de femmes n'ont pas systématiquement accès aux services de santé ou aux renseignements pertinents, il faut trouver d'autres façons de fournir ces services et renseignements. On peut le faire en faisant appel à des pairs formés à cette fin ou à des professionnels actifs au sein de programmes d'action communautaire, ou encore dans le cadre de programmes de visites individuelles et de tout programme offert ou affiché dans les centres communautaires, les églises, les garderies, les pharmacies et les épiceries.

Évaluation, counseling et soutien avant la conception : enjeux

Soutien social

Le soutien social peut contribuer à l'équilibre d'un milieu et à sa sécurité. Il arrive souvent que les personnes défavorisées sur le plan économique, les personnes nouvellement arrivées au pays ou qui ont peu d'amis ou de proches dans leur collectivité manquent de soutien. Malheureusement, la grossesse peut aussi contribuer à l'isolement social.

Les soins avant la conception doivent comprendre des discussions sur les sources et la nature du soutien social dont disposent les femmes et les hommes. Il faut, en outre, aider les futurs parents à déterminer l'aide dont ils peuvent avoir besoin pour élever un enfant et les encourager à explorer toutes les sources de soutien qui leur sont accessibles. Au bout du compte, les parents eux-mêmes décideront des sources de soutien qui leur conviennent. La période avant la conception constitue un bon moment pour repérer les femmes et les familles qui n'ont pas un soutien adéquat et les guider vers les ressources communautaires appropriées.

Stress

De nombreux facteurs peuvent contribuer au stress. Plus de 60 p. 100 des femmes qui ont des enfants d'âge préscolaire sont sur le marché du travail (Conseil canadien de développement social, 1997). Souvent, les femmes assument encore le gros du travail à la maison en plus de s'occuper des enfants; elles doivent donc concilier le travail, les responsabilités parentales, les relations humaines, le bénévolat et l'entretien de la maison. D'autres sont sans emploi ou occupent un emploi faiblement rémunéré, et elles vivent dans la pauvreté. Certaines sont aux prises avec la violence conjugale.

Le stress peut affecter les femmes de diverses manières. Le counseling avant la conception peut aider les femmes et les hommes à déterminer ce qui cause le stress et à examiner différentes façons de le maîtriser avant la grossesse. Le counseling permet aussi de renseigner les femmes sur les ressources communautaires et les réseaux de soutien, et de leur montrer comment y avoir accès avant de devenir enceintes.

Qualité des relations

Le counseling avant la conception permet d'examiner la qualité de la relation entre la femme et son conjoint, de même que les changements physiques, affectifs et sexuels propres à la grossesse et aux premiers mois vécus à titre de parents. Si une femme souhaite élever son enfant seule, les séances de counseling peuvent servir à lui faire prendre connaissance des ressources sociales et communautaires disponibles sur place et d'autres ressources offertes ailleurs.

Que le rôle de parent soit assumé seul ou avec un conjoint, il exige une certaine ouverture d'esprit aux valeurs et aux croyances humaines fondamentales. L'éducation, la formation et les soins avant la conception peuvent faciliter les échanges sur certaines questions pertinentes, comme la discipline, la place de la famille immédiate et élargie, la spiritualité, la garde des enfants, les projets d'avenir, les responsabilités domestiques, le rôle des parents et les finances (Aikey-Keller, 1992).

Agression et violence

Plusieurs femmes en âge d'avoir des enfants sont victimes de violence conjugale. Des recherches indiquent que 29 p. 100 des femmes sont, ou ont été, victimes de sévices de la part de leur conjoint actuel ou antérieur (Statistique Canada, 1993). Il arrive souvent que la femme et l'intervenant soient tous deux réticents à aborder la question de la violence. Toutefois, les intervenants de la santé doivent être sensibilisés aux conséquences de la violence et aux risques pour la santé de la femme et de sa famille éventuelle. La période avant la conception est un moment crucial pour détecter les femmes qui sont à risque d'agression et de violence familiale. Grâce aux conseils donnés pendant cette période, il est possible de modifier ces facteurs avant que la femme ne devienne enceinte.

Les intervenants doivent :

- être sensibilisés au problème de la violence;
- être en mesure de reconnaître et d'évaluer les signes de violence ou d'agression;
- assurer un encadrement privé et thérapeutique qui offre la sécurité et facilite les confidences;
- donner un soutien et des soins aux femmes.

Pour évaluer et dépister la violence, il faut :

- reconnaître les facteurs de risque et les signes cliniques de la violence;
- poser des questions directes et délicates. (Un outil de dépistage des agressions contre les femmes a été intégré au formulaire d'évaluation de la santé prénatale [formulaire ESP]; le chapitre 4 le décrit plus en détail à la page 13.)

Le matériel éducatif traitant de la violence doit être exposé bien en vue dans les salles d'attente, les salles d'examen et les toilettes (puisqu'il s'agit peut-être du seul endroit où la femme peut se rendre sans son conjoint). Les numéros de téléphone des centres d'hébergement et des services d'écoute téléphonique doivent également être bien en vue partout, y compris dans les toilettes.

Il peut arriver que certains intervenants soient eux-mêmes victimes de violence; ils auront alors beaucoup de réticence et de difficulté à soulever cette question avec leurs clientes. Il est donc important que tout intervenant aux prises avec la violence dans ses relations personnelles obtienne de l'aide.

Mutilation des organes génitaux de la femme

La mutilation des organes génitaux de la femme (y compris la circoncision féminine, l'incision et l'infibulation) est une pratique culturelle qui remonte à 4 000 ans. Dans le monde entier, de 85 à 115 millions de femmes et de fillettes ont subi cette intervention et, chaque année, deux millions ou plus se voient forcées de s'y soumettre. De nos jours, la mutilation des organes génitaux de la femme se pratique dans 26 pays africains, et des rapports font état de plus en plus de cas en Europe, au Canada, en Australie et aux États-Unis (Daya, 1995; OMS, 1994).

Vu la diversité culturelle du Canada, les intervenants de la santé peuvent avoir à soigner des femmes qui ont subi cette intervention. Il est impératif que ces femmes soient traitées avec compassion et respect. Au cours des séances de counseling avant la conception, il faut tenir compte de la mutilation des organes génitaux féminins, car elle peut contribuer à l'atteinte inflammatoire pelvienne chronique et rendre impossible l'examen complet de la région pelvienne. De plus, les femmes dont on a mutilé les organes génitaux peuvent craindre les rapports intimes, le travail de l'accouchement et la naissance. Ces questions délicates doivent être abordées avant la grossesse.

Il est possible que les femmes dont on a mutilé les organes génitaux désirent faire affaire uniquement avec des femmes. On serait bien avisé d'assigner à leurs soins des femmes médecins, des infirmières ou des sages-femmes, dans la mesure où on peut le faire (Daya, 1995).

Il est à noter qu'un certain nombre d'associations médicales ont interdit la pratique de la mutilation des organes génitaux de la femme au Canada, y compris la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et l'Association médicale canadienne (Lebourdais, 1995; SOGC, 1992).

Style de vie sain

Le counseling avant la conception fournit l'occasion d'aborder plusieurs thèmes reliés au style de vie de la femme. C'est à l'intervenant que reviennent les responsabilités suivantes :

- collaborer avec la femme pour évaluer son style de vie;
- cerner des stratégies efficaces pour traiter de questions mutuellement convenues;
- offrir de la formation, du soutien et du counseling ou diriger la femme vers les ressources communautaires pertinentes.

Le style de vie d'une femme est fortement influencé par son milieu. Il faut donc considérer ses comportements dans cette perspective. Il arrive souvent qu'on ne traite pas suffisamment des questions de styles de vie avec les femmes et les familles qui paraissent jouir d'une bonne santé et qui ne donnent pas l'impression d'être à risque.

Le counseling avant la conception permet de mettre en lumière les effets de certains styles de vie sur l'enfant à naître s'il y a maintien de ces styles pendant toute la durée de la grossesse. Il importe également de discuter des effets de ces styles de vie sur la fécondité de la femme ou de l'homme, et sur la capacité de la femme de mener sa grossesse à terme et de protéger sa propre santé et celle de son bébé après la naissance.

TABAGISME

Au Canada, 28 p. 100 des femmes âgées de plus de 15 ans fument régulièrement; dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans, l'incidence du tabagisme chez les femmes est de 34 p. 100 (Santé Canada, 1995a). On a démontré que le tabagisme peut être associé à l'infertilité, au faible décompte de spermatozoïdes, aux anomalies des spermatozoïdes, aux troubles du cycle menstruel, aux avortements spontanés, aux grossesses ectopiques, au faible poids à la

naissance, aux naissances prématurées, aux irrégularités du placenta, à la mortalité infantile, au syndrome de mort subite du nourrisson et à la morbidité des nouveau-nés et des enfants (Scher et Dix, 1990; Cefalo et Moos, 1988; Baird et Wilcox, 1985).

Les femmes fument pour bien des raisons et sous l'influence de plusieurs facteurs internes et externes. Par facteurs externes, on entend les normes sociales et culturelles, le cadre de réglementation et les comportements tabagiques des personnes avec qui la femme vit et travaille. Parmi les raisons invoquées le plus souvent, on retrouve l'accoutumance au tabac, l'ennui ou le stress, la perception qu'il s'agit là d'un moyen de contrôler son poids ou de prendre une pause dans le rythme trépidant de la vie (Santé Canada, 1995b). Certains groupes de femmes sont plus susceptibles de fumer que d'autres; il s'agit souvent de femmes qui vivent des situations très stressantes et pour qui l'usage du tabac devient une façon de survivre (Santé et Bien-être social Canada, 1990, 1987). Par exemple, on retrouve un plus fort pourcentage de fumeuses parmi les femmes célibataires, séparées ou divorcées et les femmes moins scolarisées, à faible revenu ou occupant un emploi moins reconnu ou valorisé (Santé et Bien-être social Canada, 1994).

Les fumeuses qui souhaitent devenir enceintes font face à un véritable dilemme. D'une part, elles veulent avoir une grossesse saine et un bébé en santé; d'autre part, elles se sentent sous l'emprise d'une forte dépendance physique et psychologique. Les intervenants doivent saisir cette occasion unique d'orienter leurs clientes vers des solutions positives (Santé Canada, 1995c).

Au cours des séances de counseling avant la conception pour la femme et son conjoint, il est important :

- d'évaluer les habitudes de tabagisme de la femme, ses connaissances des risques généraux du tabac pour la santé et de l'incidence sur la fertilité, de même que des répercussions du tabac sur l'enfant à naître advenant qu'elle devienne enceinte;
- d'évaluer dans quelle mesure la femme souhaite cesser de fumer ou diminuer sa consommation, et de l'aider à établir des stratégies pour y arriver;
- d'orienter la femme vers les services pertinents.

Il est important de bien examiner les difficultés que doit affronter toute personne qui tente de cesser de fumer. Il faut donc inviter la femme à réfléchir soigneusement aux raisons qui l'incitent à fumer, au stress qu'elle vit et à

son réseau de soutien social. Plusieurs options s'offrent à elle, notamment des programmes de groupes de renoncement au tabac, des techniques de relaxation, un counseling individuel, l'hypnose et le soutien du conjoint. L'annexe 1 énumère différentes ressources utiles aux intervenants de la santé.

CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation de boissons alcoolisées est très répandue et largement acceptée au Canada. La consommation et l'abus d'alcool de même que l'alcoolisme sont trois phénomènes qui se produisent dans un contexte social et qui affectent toutes les couches de notre société (Loney et coll., 1994). L'alcool, un tératogène connu, peut causer des anomalies congénitales, puisque cette substance affecte le développement du corps et du cerveau du fœtus. Le syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) est reconnu au Canada comme l'une des principales causes évitables d'anomalies congénitales et de retard de développement des enfants (Santé Canada, 1996). De plus, on associe la consommation d'alcool à une augmentation de l'infertilité des femmes en raison de facteurs ovulatoires ou d'endométriose (Grodstein et coll., 1994).

Dans la conclusion de son document, *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) au Canada,* Santé Canada (1996) affirme qu'aucune information ne fait autorité quant à la quantité d'alcool que les femmes peuvent consommer sans danger durant la grossesse. *Par conséquent, les femmes enceintes ou qui souhaitent devenir enceintes doivent, par mesure de prudence, s'abstenir de consommer des boissons alcoolisées.*

Au cours des séances de counseling avant la conception, il est important de repérer les femmes les plus susceptibles de consommer beaucoup d'alcool et celles qui risquent de continuer à boire durant leur grossesse. Divers outils peuvent aider à déterminer si une femme est à risque ou non, notamment le questionnaire de dépistage de la consommation d'alcool (Bradley et coll., 1998; Sokol et coll., 1989; Bush et coll., 1987). Les intervenants devraient interroger toutes leurs clientes sur leurs habitudes de consommation d'alcool, qu'ils soupçonnent ou non une possibilité de consommation excessive. Par ailleurs, il incombe aux intervenants de la santé de renseigner les femmes et de les aider en les dirigeant vers des services appropriés ou en leur offrant du soutien. Si la femme vit avec un conjoint ou une conjointe, cette personne devrait prendre part aux séances de counseling qui traitent de consommation d'alcool. En d'autres mots, il faut

encourager la femme à choisir de s'abstenir et à faire en sorte que le conjoint diminue sa consommation ou y mette fin. Il est en outre important de mettre sur pied des programmes de traitements communautaires et familiaux et d'y diriger au besoin les femmes et les familles.

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les femmes et les hommes consomment des médicaments et des substances psychoactives pour des raisons médicales ou personnelles. Il est assez facile de se procurer des substances psychoactives dans notre société, et certaines — notamment l'alcool, le tabac et la caféine — sont tellement utilisées qu'on ne les considère pas toujours comme des substances psychoactives. On peut se procurer des médicaments d'ordonnance, comme des narcotiques, en consultant un médecin. Les drogues illicites, dont on ne connaît pas toujours la pureté, la dose et même parfois la teneur, comprennent les narcotiques et stupéfiants, les stimulants et les substances cannabinoïdes et hallucinogènes (Koren, 1994).

Les femmes en âge de procréer consomment plus de substances psychoactives à des fins non médicales qu'il y a 20 ans (Koren, 1994). Certains intervenants de la santé (et d'autres personnes) peuvent croire que les femmes qui consomment des substances psychoactives en société ou pour se divertir et celles qui ont developpé une accoutumance à ces substances ne se soucient pas vraiment des risques pour leur santé. Toutefois, plus souvent qu'autrement, elles souhaitent que leur enfant ne soit pas exposé aux risques associés à la consommation de substances psychoactives.

On ne saurait établir une équivalence entre, d'une part, à la fois les caractéristiques des femmes issues d'une sous-culture où la toxicomanie est très présente et les effets des drogues sur les enfants à naître et, d'autre part, les caractéristiques des femmes qui n'en consomment qu'une seule fois, ou à l'occasion, dans un contexte social. Les effets des substances psychoactives sur une femme toxicomane — tant sur sa santé génésique que sur la santé de l'enfant à naître — ne sont pas exclusivement imputables à ses habitudes de consommation. Il est aussi essentiel de tenir compte de sa situation sociale et économique, et de son accès à des services de santé appropriés.

Les femmes qui éprouvent depuis longtemps des problèmes d'accoutumance aux substances psychoactives tireront profit d'un programme de soins avant la conception intégré à une cure de désintoxication. Bien entendu, la situation de chacune indiquera s'il faut un traitement dans un centre

spécialisé ou du counseling individuel ou de groupe en clinique externe. La candidate idéale est, de toute évidence, une femme motivée et prête à changer ses habitudes de consommation. Dans la plupart des cas, cependant, les soins sont sporadiques, et une intervention en situation de crise peut être la seule démarche acceptée. Chaque contact avec la femme devrait néanmoins être considéré comme une occasion de l'inciter à recevoir des soins continus. Il faut la renseigner sur les effets connus des substances psychoactives sur sa grossesse et l'encourager à cesser complètement toute consommation si elle veut donner naissance à un bébé en santé. Ces conseils doivent toujours être offerts avec respect et sans jugement (Koren, 1994).

On conseille aux intervenants de la santé de consulter quatre sources de renseignements qui expliquent en détail les effets des substances psychoactives sur la santé avant la conception et sur la reproduction :

Centre IMAGe — Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse
Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin
Faculté de pharmacie, Université de Montréal et
Département de pharmacie, Hôpital Sainte-Justine
Téléphone : (514) 345-2333 (réservé aux professionnels de la santé)
Télécopieur : (514) 345-4972 (réservé aux professionnels de la santé)
Site Internet pour le grand public :
http://www.hsj.qc.ca/pharm/image.htm

Motherisk Program
The Hospital for Sick Children
Téléphone : 1 (877) 327-4636
Télécopieur : (416) 813-7562
Adresse Internet : http://www.motherisk.org

Maternal-Fetal Toxicology, a Clinician's Guide
(sous la direction de Gideon Koren)

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Téléphone : (613) 235-4048
Télécopieur : (613) 235-8101
Adresse Internet : http://ccsa.ca/cclat.htm

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

Qu'on travaille ou non à l'extérieur du foyer, on est tous quotidiennement exposés à divers produits chimiques et à des toxines dans l'environnement. Les soins avant la conception doivent commencer par une évaluation du milieu de travail, du foyer et des lieux de loisirs pour tout ce qui touche à l'exposition aux toxines et aux situations dangereuses; il faut, en outre, évaluer dans quelle mesure les personnes ont déjà été exposées. Dans certains cas, on devra modifier les conditions de travail ou, du moins, prendre des

précautions supplémentaires. Il serait prudent d'envisager, avant la grossesse, une réaffectation préventive des femmes qui risquent d'éprouver des difficultés pendant la grossesse en raison de conditions de travail difficiles (ICSI, 1997a, b; Levitt, 1993).

Il existe un grand nombre de substances toxiques présentes dans l'environnement. En voici quelques-unes parmi les plus communes :

- les *produits chimiques*, tel le DDT;
- les *métaux*, tel le plomb, le cuivre et le zinc;
- les *monomères vinyliques*, tel le chlorure de vinyle;
- les *gaz anesthésiques*, que l'on retrouve dans les cabinets de dentistes et les salles d'opération;
- les *rayons*, notamment les rayons X que l'on retrouve dans les cabinets de dentistes ou de médecins et dans l'industrie de l'électronique (Scher et Dix, 1990; Cefalo et Moos, 1988).

On note aussi que les femmes qui font certains travaux ardus et doivent rester debout durant des périodes prolongées risquent davantage d'accoucher avant terme ou d'avoir un enfant de faible poids à la naissance (Teitleman et coll., 1990).

On conseille de nouveau aux intervenants de la santé de consulter les documents *Motherisk Program* et *Maternal-Fetal Toxicology, a Clinician's Guide* pour se renseigner davantage sur les toxines de l'environnement et sur les conseils à fournir.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les femmes qui songent à devenir enceinte devraient examiner soigneusement leur condition physique et leurs habitudes d'exercice physique. Le counseling avant la conception doit porter sur les activités physiques actuelles de la femme pour déterminer les changements qui assureront une grossesse saine. L'exercice physique régulier avant et pendant la grossesse semble améliorer (ou maintenir) la forme physique. Pour le moment, l'insuffisance des données ne permet pas de préciser les risques ou les avantages de l'activité physique pour la mère ou le bébé (Kramer, 1997).

Des exercices fréquents et intenses peuvent parfois causer des problèmes avant la conception. Le cycle menstruel peut être affecté, et il peut s'ensuivre des problèmes de fertilité (Cefalo et Moos, 1988). Toutefois, à l'exception possible de l'oligoménorrhée et de l'anovulation, rien n'indique que l'exercice physique cause l'infertilité (ACOG, 1992a). Toutefois, il faut informer les femmes qui suivent un programme de conditionnement

physique intense des effets tératogènes que peut entraîner l'hyperthermie et du risque plus élevé de tels effets dans les premières semaines de la grossesse (ACOG, 1994). De plus, toute femme qui essaie activement de concevoir doit éviter les bains tourbillons (ou cuves thermales) et les saunas, car la grossesse n'est souvent confirmée qu'une fois le développement fœtal engagé depuis un certain temps.

Nutrition

Le document *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer* (Santé Canada, 1999) souligne que de saines habitudes alimentaires avant la grossesse permettent à la femme d'absorber les éléments nutritifs nécessaires à une grossesse en santé. La période avant la conception est donc le moment idéal d'améliorer son alimentation et d'acquérir de saines habitudes alimentaires.

Avant la conception, les intervenants de la santé et les femmes devraient donc examiner les points suivants :

- l'importance d'acquérir de bonnes habitudes alimentaires;
- la consommation de calcium, de vitamine D, de fer et d'acide folique;
- l'importance d'éviter toute consommation excessive de vitamine A;
- le poids et l'activité physique, entre autres l'excès de poids et les troubles de l'alimentation.

Les intervenants et les éducateurs jouent un rôle de premier plan dans la formation et le soutien des femmes en âge de procréer. On leur conseille de consulter le document *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer* (Santé Canada, 1999) pour obtenir plus de détails à ce sujet. Une grande partie de l'information sur la nutrition présentée ci-dessous s'inspire des lignes directrices.

ACQUISITION DE BONNES HABITUDES ALIMENTAIRES

Trois documents publiés par Santé Canada (appelé Santé et Bien-être social Canada avant 1993) — le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (1997), les *Recommandations sur la nutrition : rapport du Comité scientifique de révision* (1990) et *Action concertée pour une saine alimentation : Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application* (1990) — servent de point de départ aux messages nationaux sur une saine alimentation. (Le Canada et les États-Unis étudient actuellement les données scientifiques sur les besoins

alimentaires, et de nouvelles recommandations relatives à la nutrition seront rendues publiques de façon périodique d'ici l'an 2002.) Les *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes* sont résumées au tableau 3.1.

On devrait encourager les femmes qui planifient une grossesse à adopter une alimentation saine, conforme au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé Canada, 1997) et riche en acide folique, en calcium, en fer et en activateurs de l'absorption du fer non hémique (comme la vitamine C).

Tableau 3.1 Action concertée pour une saine alimentation : Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiennes et des Canadiens et stratégies recommandées pour la mise en application

- Savourez une variété d'aliments.
- Choisissez de préférence des produits céréaliers (céréales, pain), des légumes et des fruits.
- Choisissez de préférence des produits laitiers faibles en gras, des viandes plus maigres et des aliments préparés avec moins de gras ou sans gras.
- Pour atteindre et maintenir votre poids santé, menez une vie active et mangez sainement.
- Limitez votre consommation de sel, d'alcool et de caféine.

Les intervenants de la santé doivent être conscients que plusieurs facteurs influent sur l'adoption de saines habitudes alimentaires, notamment le statut socioéconomique (surtout lorsqu'une femme n'a pas suffisamment d'argent pour acheter de la nourriture pour sa famille et pour elle-même), la diversité culturelle et l'âge.

CALCIUM ET VITAMINE D

Le rôle joué par le calcium et la vitamine D dans la croissance et le maintien de la masse osseuse démontre la nécessité de promouvoir une consommation adéquate de calcium et de vitamine D avant la conception. On recommande aux femmes qui ne sont pas enceintes de consommer 700 mg de calcium par jour et 100 UI de vitamine D (en supposant que la vitamine D requise, estimée à 500 UI, provienne en grande partie de l'exposition au soleil) (Santé et Bien-être social Canada, 1990). Les données actuelles laissent supposer que la consommation moyenne de calcium alimentaire des femmes en âge de procréer est inférieure au taux recommandé (Santé Canada, 1999).

FER

Les données canadiennes sur la consommation de fer des femmes en âge de procréer indiquent que l'apport quotidien moyen est inférieur à la quantité recommandée (Santé Canada, 1999). On recommande aux femmes entre 19 et 49 ans de consommer 13 mg de fer chaque jour. Le fer alimentaire se présente sous deux formes : le fer hémique et le fer non hémique. Le pourcentage de fer hémique absorbé est supérieur à celui du fer non hémique. Le fer hémique se retrouve uniquement dans la viande, la volaille et le poisson, tandis que le fer non hémique se retrouve dans les légumes, les fruits, les produits céréaliers, les noix, les œufs ainsi que dans les céréales et les pâtes enrichies de fer. La vitamine C et la viande, la volaille et le poisson favorisent l'absorption du fer non hémique.

ACIDE FOLIQUE

Des études ont démontré que le risque de malformations du tube neural (MTN) est fortement atténué chez les femmes qui prennent des suppléments de vitamines et d'acide folique (ou folacine) pendant la période de la conception. (Les MTN comprennent le spina-bifida, l'anencéphalie et l'encéphalocèle.) Au Canada, environ un bébé sur 1 000 (naissances vivantes et mortinaissances) vient au monde avec une malformation du tube neural. Les statistiques montrent que 90 à 95 p. 100 des cas de MTN surviennent dans des familles sans aucun antécédent de la sorte; toutefois, lorsqu'une femme a des antécédents familiaux ou obstétricaux de MTN, elle risque davantage de donner naissance à un bébé atteint d'une telle malformation (Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, 1994).

Selon une étude multicentrique aléatoire et contrôlée, des suppléments d'acide folique avant la conception peuvent diminuer le risque de malformations du tube neural *récidivantes* de 72 p. 100 (Association médicale canadienne et Santé Canada, 1998). Une autre étude a noté une réduction importante des *premières manifestations* de MTN lorsque les femmes prennent des suppléments de multivitamines, incluant 0,8 mg d'acide folique (Chitayat, 1994).

Les femmes qui planifient une grossesse devraient consommer 0,6 mg de folates par jour. D'après le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé Canada, 1997), une sélection minutieuse d'aliments riches en acide folique procurera environ 0,2 mg de folates; le reste de la quantité requise, soit 0,4 mg, devra provenir d'un supplément (Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, 1994). Les femmes qui planifient

une grossesse et qui n'ont jamais eu de bébé atteint de malformations du tube neural devraient commencer à prendre 0,4 mg de supplément de folacine au moins un mois avant le début de la grossesse et continuer à en prendre pendant les premières semaines de la grossesse; elles devraient aussi adopter un régime alimentaire sain, conforme au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, en prenant soin d'y inclure des aliments riches en acide folique.

Une femme qui a déjà donné naissance à un bébé atteint de malformations du tube neural court un plus grand risque de donner à nouveau naissance à un enfant atteint. Le risque est également plus élevé pour les femmes qui ont des antécédents familiaux de MTN, celles qui sont diabétiques ou celles qui prennent des anticonvulsivants. Ces femmes auront peut-être besoin d'une dose supérieure à 0,4 mg. (Consulter le document *Nutrition pour une grossesse en santé: lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer,* Santé Canada, 1999.)

Le Canada est en voie de rendre obligatoire l'enrichissement en acide folique des céréales vitaminées. Il s'agit d'une intervention passive qui peut contribuer à accroître la consommation d'acide folique pendant la période critique de la croissance du bébé à naître. Pour le moment, on n'a pas établi avec certitude qu'une consommation accrue d'acide folique par l'enrichissement des aliments produit un effet de protection; un apport complémentaire oral est peut-être nécessaire pour que les femmes bénéficient des effets protecteurs de l'acide folique (Association médicale canadienne et Santé Canada, 1998).

CONSOMMATION EXCESSIVE DE VITAMINE A

La consommation excessive de vitamine A peut avoir des effets tératogènes pendant les premières semaines de la grossesse. Personne ne connaît vraiment la dose tératogène minimale quoique les rapports de recherche révèlent une augmentation des risques de malformations congénitales lorsqu'il y a consommation de 10 000 UI chaque jour. (Les femmes doivent être conscientes qu'elles peuvent, par mégarde, consommer trop de vitamine A si elles prennent des multivitamines ou un médicament prescrit pour soigner l'acné.) On peut facilement consommer la quantité requise de vitamine A, qui est de 4 355 UI, en adoptant un régime alimentaire sain; par conséquent, l'apport complémentaire n'est pas recommandé (SOGC, 1998). Les femmes qui prennent des suppléments sous forme de multivitamines ou de multiminéraux doivent se limiter à un comprimé par jour.

POIDS ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Un poids santé favorise une bonne santé en général, réduit l'incidence des maladies et exerce une influence positive sur la grossesse. Par poids santé, on entend une gamme de poids relative à la taille que l'on associe à une bonne santé. Les problèmes de poids risquent de compromettre la santé de la mère et du bébé à naître; c'est pourquoi on doit autant que possible les corriger avant le début de la grossesse. Les intervenants ont la tâche difficile d'aider toutes les femmes à adopter une attitude et des valeurs saines par rapport à leur poids et à leur image corporelle, à acquérir de bonnes habitudes alimentaires et à faire des activités physiques qui leur permettront d'atteindre et de maintenir leur poids santé pendant toute leur vie. On évalue le poids à l'aide de l'Indice de masse corporelle (IMC), lequel établit un rapport entre le poids et la taille. Pour savoir comment déterminer l'IMC, on peut consulter le document *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer* (Santé Canada, 1999). Les intervenants de la santé devraient encourager les femmes à suivre le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* (Santé Canada et la Société canadienne pour la physiologie de l'exercice, 1998).

Évaluation et counseling avant la conception

L'analyse des antécédents s'inscrit dans l'évaluation de la santé avant la conception et constitue un volet important des services de santé à la mère (et à son conjoint). L'objectif des séances de counseling est de donner à la femme et à son conjoint des renseignements exacts sur leur santé en vue de la procréation et de la grossesse, et de déceler tout risque éventuel. Par la suite, il leur appartient de faire un choix éclairé. Le tableau suivant peut aider les intervenants de la santé à évaluer la santé des femmes avant la conception.

Tableau 3.2 Antécédents servant à l'évaluation et au counseling

ANTÉCÉDENTS GÉNÉTIQUES

Un examen approfondi des antécédents génétiques avant la conception permet de déceler les couples à risque. Lorsque la femme et son conjoint savent déjà, avant la conception, qu'ils risquent d'avoir un bébé atteint de malformation congénitale ou de désordre génétique, ils sont davantage en mesure de choisir d'autres avenues en matière de grossesse (y compris la contraception, l'insémination artificielle, l'adoption, un test invasif prénatal).

Antécédents familiaux

- Évaluer la santé des membres immédiats de la famille.
- Établir, au besoin et si cela est possible, la maladie exacte ou la cause de la mort (en particulier des parents, des frères et sœurs).
- Inclure une évaluation des *maladies génétiques*, y compris la dystrophie musculaire, l'hémophilie, la fibrose kystique, le syndrome de fragilité du chromosome X, la cardiopathie congénitale, la phénylcétonurie, le nanisme, l'anémie drépanocytaire et la maladie de Tay-Sachs.
- Inclure l'évaluation des *malformations congénitales multifactorielles,* comme le spina-bifida, l'anencéphalie, la fente palatine et le bec-de-lièvre, l'hypospadias et les cardiopathies congénitales.
- Inclure l'évaluation de *maladies familiales à composantes génétiques majeures*, comme les difficultés développementales, l'athérosclérose précoce, le diabète sucré, la psychose, les troubles épileptiques, l'hypertension, l'arthrite rhumatoïde, la surdité et les maladies graves de réfraction de l'œil.

Antécédents ethniques

- Établir les risques d'affections spécifiques liées à l'origine ethnique, telles que l'anémie drépanocytaire, la maladie de Tay-Sachs, les malformations du tube neural, la thalassémie alpha et la thalassémie bêta.

Âge

- Établir les risques associés à l'âge (par exemple, les femmes de moins de 15 ans ou de plus de 35 ans ont plus de risques d'ordre biologique). Certains risques génétiques sont associés à l'âge.

ANTÉCÉDENTS RELATIFS À LA SANTÉ

Nutrition

- Évaluer l'état de nutrition et les habitudes alimentaires actuelles de la femme, de son conjoint et de sa famille. Par exemple, évaluer les habitudes de végétarisme; les antécédents de troubles de l'alimentation; l'usage de suppléments; l'usage de médicaments; l'intolérance au lactose; les coutumes culturelles et religieuses.

Maladies chroniques

- Évaluer la présence de maladies chroniques qui peuvent influer sur la capacité de la femme de concevoir de même que la consommation de médicaments pour traiter des maladies chroniques et déterminer leurs effets éventuels sur la grossesse.
- Prendre en considération les affections spécifiques suivantes : le diabète sucré, l'anémie, les maladies thyroïdiennes, les troubles gynécologiques, l'hyperphénylalaninémie, l'asthme, les maladies transmissibles sexuellement, les maladies de cœur, l'hypertension, la thrombose veineuse profonde, les maladies rénales, le lupus érythémateux disséminé, l'épilepsie, les hémoglobinopathies, le cancer, les troubles convulsifs, la tuberculose, l'arthrite rhumatoïde et les troubles mentaux et psychiatriques.

Maladies infectieuses

- Repérer les femmes susceptibles d'attraper la *rubéole*. Offrir de les vacciner, à condition qu'elles n'essaient pas activement de devenir enceintes.
- Repérer et conseiller les femmes susceptibles d'avoir contracté *l'hépatite B (HBV)*. Un examen de routine pour dépister l'hépatite B avant la conception n'est pas recommandé pour l'instant.
- Conseiller aux femmes d'éviter tout contact avec les matières fécales des chats et les viandes crues et mal cuites. Les examens sérologiques de routine de *toxoplasmose* avant la conception ne sont pas recommandés.
- Offrir une détection des anticorps antizostériens aux femmes n'ayant aucun antécédent connu de *varicelle*. On conseille de vacciner les femmes susceptibles d'attraper cette maladie, à condition qu'elles n'essaient pas de devenir enceintes.
- Évaluer les risques d'exposition de la femme et de son conjoint à une *maladie transmissible sexuellement* (MTS). Le dépistage et le traitement des MTS avant la grossesse peuvent protéger la fertilité et atténuer les risques de travail prématuré.

  Les stratégies de counseling portent, notamment, sur la réduction ou l'élimination des risques de contracter d'autres infections.

  - Considérer la possibilité d'effectuer avant la conception un dépistage de la *chlamydiose* auprès de toutes les femmes qui ont des antécédents d'atteinte inflammatoire pelvienne, qui ont eu des relations avec de multiples partenaires ou qui ont déjà contracté une MTS. Les chlamydioses accroissent les risques d'inflammation pelvienne, de problèmes de fertilité, de mort fœtale in utero, de bébés de faible poids à la naissance et d'endométriose postnatale. La chlamydiose évolutive de la mère accuse un taux de transmission de 60 p. 100.
  - Évaluer les risques actuels de la femme et de son partenaire de contracter le *virus de l'immunodéficience humaine* (VIH). La contamination fœtale se fait dans environ 30 p. 100 des cas, et les traitements prénatals aident à réduire les risques. On devrait offrir à toutes les femmes de subir un test de dépistage du VIH avant la conception.
  - Examiner toutes les femmes qui ont des antécédents d'atteinte inflammatoire pelvienne, qui ont eu des relations avec de multiples partenaires ou qui ont déjà contracté une MTS, pour le dépistage de la *blennorragie* (souvent appelée gonorrhée). L'ophtalmie gonococcique du nouveau-né est une conséquence grave de la blennorragie maternelle. Si l'on craint qu'il y ait eu infection, on doit effectuer une culture avant la grossesse et donner le traitement approprié.
  - Évaluer les femmes pour détecter tout signe de *syphilis maternelle et néonatale*. Malgré l'augmentation du taux de cette maladie, un traitement rapide et efficace peut prévenir la syphilis congénitale.

Antécédents génésiques

- Recueillir de l'information sur les points suivants : menstruations, moyens de contraception utilisés; habitudes sexuelles; infertilité; réaction anormale au test de Papanicolaou; exposition intra-utérine au diéthylstilbestrol.
- Discuter des *antécédents obstétriques*, y compris les suivants : avortements précoces; nombre de grossesses; genre d'accouchement; durée du travail; complications spécifiques, telles le travail ou l'accouchement prématuré, le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique et la dépression postnatale.
- Discuter des *difficultés menstruelles*, en particulier un écoulement de sang menstruel trop abondant, l'aménorrhée et l'oligoménorrhée.

- Discuter des maladies gynécologiques, telles que l'endométriose ou l'atteinte inflammatoire pelvienne.

Histoire psychosociale

- Évaluer les *relations humaines et les sources de soutien social*, y compris l'aide de la famille et des amis, l'emploi, les problèmes socioéconomiques, la violence et les agressions.

Évaluation du style de vie

- Évaluer différentes *questions liées au style de vie*, telles que l'alimentation, l'activité physique, l'usage de médicaments d'ordonnance ou en vente libre, la consommation de drogues et de stupéfiants, et l'exposition actuelle ou antérieure à des polluants de l'environnement.

ÉTAT ACTUEL DE LA SANTÉ

Examen physique

- Effectuer un premier examen prénatal : y inclure les signes vitaux (tension artérielle, pouls, taille et poids), un examen physique général, un examen des seins, un examen pelvien et une pelvimétrie clinique.

Analyses de laboratoire

- Procéder aux analyses suivantes : hémoglobine ou hématocrite; facteur Rh; analyse à l'aide de bandelettes réactives pour détecter la présence de protéines et de glucose dans l'urine; détermination du groupe sanguin; test de Papanicolaou; dépistage de la blennorragie et de la chlamydiose au moyen d'une culture (tel que le recommandent les lignes directrices de la pratique clinique); dépistage de la syphilis, de l'hépatite B et du VIH (si le test de dépistage est disponible). Titrage des anticorps antizostériens et des anticorps de la rubéole (au besoin).

Sources : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1996; Cefalo et Moos, 1995; Swan et Apgar, 1995; Levitt, 1993.

Counseling génétique

Les services de counseling génétique doivent être offerts aux femmes et aux conjoints qui craignent que leurs futurs enfants héritent d'un trouble génétique ou aux parents d'un nouveau-né atteint de malformation congénitale. Partout au Canada, il y a des centres de counseling qui mettent à la disposition des parents l'information nécessaire pour déterminer les probabilités de problèmes génétiques. Ces centres offrent aussi un counseling exhaustif. Les intervenants de la santé devraient communiquer avec leurs centres régionaux pour obtenir des renseignements plus détaillés.

Bibliographie

AIKEY-KELLER, B. *Preconception: A Woman's Guide to Preparing for Pregnancy and Parenthood*, Santa Fe (NM), John Muir, 1992, p. 89.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Exercise during pregnancy and the postpartum period », *ACOG Technical Bulletin n° 189*, Washington, chez l'auteur, 1994.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Smoking and reproductive health », *Technical Bulletin n° 180*, Washington, chez l'auteur, 1993.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Committee Opinion », *Cocaine in Pregnancy*, Washington, chez l'auteur, 1992b.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Women and exercise », *ACOG Technical Bulletin n° 173*, Washington, chez l'auteur, 1992a.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE et SANTÉ CANADA. « Fortification par l'acide folique : qu'est-ce que cela signifie pour les patientes et les médecins? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 158 (1998), p. 775. « Folic acid fortification: what does it mean for patients and physicians? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158 (1998), p. 773-774.

BAIRD, D.D., et A.J. WILCOX. « Cigarette smoking associated with delayed conception », *Journal of the American Medical Association*, vol. 253, n° 20 (1985), p. 2979-2983.

BASKERVILLE, N.B. « The impact of school-based sexuality health centres », *Journal of Human Sexuality*, vol. 2, n° 2 (1993), p. 1-15.

BRADLEY, K.A., J. BOYD-WICKIZER, S.H. POWELL et M.L. BURMAN. « Alcohol Screening Questionnaires in Women: a Critical Review », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, n° 2 (1998), p. 166-171.

BUSH, B., S. SHAW, P. CLEARY, T.L. DELBANCO et M.D. ARONSON. « Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire », *American Journal of Medicine*, vol. 82, n° 2 (1987), p. 231-235.

CEFALO, R.K., et M.K. MOOS. *Preconceptional Health Care: A Practical Guide*, St. Louis (MO), Mosby, 1995, p. 3-18.

CEFALO, R.K., et M.K. MOOS. *Preconceptional Health Promotion: A Practical Guide*, Rockville (MD), Aspen, 1988.

CHITAYAT, D. « Recommendations for folic acid to prevent neural tube defects », *The Motherisk Newsletter*, vol. 3 (1994), p.1-2.

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Le progrès des enfants au Canada : 1997*, Ottawa, chez l'auteur, 1997. Aussi publié en anglais sous le titre *The Progress of Canada's Children: 1997*, Canadian Council on Social Development.

DAYA, M.B. « Female genital mutilation — a call to abandon this traditional custom », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 17 (1995), p. 315-318.

DENTON, A.B., et K.E. SKOTT. « Unintended and unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 85 (1994), p. 234-238.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA CONDITION FÉMININE DE L'ONTARIO, Gouvernement de l'Ontario. *Le travail et la famille : un équilibre délicat*, chez l'auteur, 1991.

ERNEST, A.A., et J. HANNIGAN. « Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences », *Neurotoxicol Teratol*, vol. 17, n° 4 (1995), p. 445.

FORMAN, R., N. SINGAL, V. PERELMAN, S. CHOU, L. HOFFMAN, P. PARKIN et coll. « Folic acid and prevention of neural tube defects: a study of Canadian mothers of infants with spina bifida », *Clinical and Investigative Medicine*, vol. 19, n° 3 (1996), p. 195-201.

FREDE, D. « Preconceptional education », *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 4, n° 1 (1993), p. 61.

GRODSTEIN, F., M.B. GOLDMAN et D. CRAMER. « Infertility in women and moderate alcohol use », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 9 (1994), p.1429.

GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. « Periodic health examination, 1994 update: 3. Primary and secondary prevention of neural tube defects », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, vol. 151, n° 2 (1994), p.159-166.

GUYON, L., M. DE KONINCK, P. MORRISSETTE et L. CHAYER. *Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, nov. 1998, p. 1.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *Colloque national sur les contaminants de l'environnement et leur impact sur la santé des enfants*, Ottawa, chez l'auteur, 1997b. Aussi publié en anglais sous le titre *A National Symposium on Environmental Contaminants and the Implications for Child Health*, Canadian Institute of Child Health (CICH).

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *Protéger les enfants contre les contaminants de l'environnement*, Ottawa, chez l'auteur, 1997a. Aussi publié en anglais sous le titre *Environmental Hazards: Protecting Children*, Canadian Institute of Child Health (CICH).

KOREN, G. (éd.). *Maternal-Fetal Toxicology: a Clinician's Guide*, 2e éd., New York, Marcel Dekker, 1994.

KRAMER, M.S. « Regular aerobic exercise during pregnancy », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT, G.J. HOFMEYR et M.J. RENFREW (éd.), [mise à jour le 5 décembre 1996], disponible à la bibliothèque Cochrane (base de données Cochrane, sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1997. Mise à jour trimestrielle.

LEBOURDAIS, E. « Circumcision no longer a 'routine' surgical procedure », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 152, n° 11 (1995), p. 1873-1876.

LEVITT, C. « Preconception health promotion. Primary Care », *Clinics in Office Practice*, vol. 20, n° 3 (1993), p. 537-549.

LEVITT, C., M. HAMMOND, L. HANVEY et A. CONTINELLI. *Approaching Smoking in Pregnancy — A Guide for Health Professionals*, Toronto, College of Family Physicians of Canada, 1997.

LIGHTFOOT-KLEIN, H., et E. SHAW. « Special needs of ritually circumcised women patients », *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, vol. 20, n° 2 (1991), p. 102.

LONEY, E., K. GREEN et J. NANSON. « A health promotion perspective on the House of Commons report « Foetal alcohol syndrome: a preventable tragedy », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 85, n° 4 (1994), p.248-250.

LUERSON, N.H., et C. Boucher. *Getting Pregnant: What Every Couple Needs to Know Right Now*, Fawcett Columbine (New York), 1991.

LUMLEY, J. « Periconceptional folic acid (0.36mg) vs placebo » [révisé le 26 avril 1993], dans KEIRSE M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON, et C. CROWTHER (éd.). Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

MACLEOD, T. « Female genital mutilation », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 17 (1995), p. 335.

McKAY, A. « Research supports broadly-based sex education », *Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 2, n° 2 (1993), p. 95.

MICHAUD, P. *Les services aux femmes enceintes ou mères de jeunes enfants qui consomment de façon problématique des psychotropes dans la région 03*, Maternité et Toxicomanie, Direction de la santé publique du Québec, Équipe Adaptation familiale et sociale, janvier 1999.

MIDMER, D., A. BIRINGER, J. CARROLL, A. REID, L. WILSON, D. STEWART et coll. *A Reference Guide for Providers: the ALPHA Form — Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*, 2e éd., Toronto, University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1996.

MOOS, M.K. « Preconceptional health promotion: a health education opportunity for all women », *Women Health*, vol. 15, n° 3 (1989), p. 55-57.

MOOS R.C., et Merry-K. MOOS. *Preconception Health Promotion*, Rockville (MD), Aspen, 1995, p. 25.

NATIONAL COMMISSION TO PREVENT INFANT MORTALITY. « The private sector's role in reducing infant mortality », dans MACLACHLAN, D., et S. MERKEL. « Prenatal education and family centered health promotion at the worksite », *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, vol. 38, n° 3 (1988), p. 114.

OHLSSON, A. « The ramifications of substance abuse in pregnancy », *Treating the Female Patient*, vol. 6, n° 1 (1992), p. 6.

ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. « Female circumcision, excision and infibulation », *College Notice no. 25,* College of Physicians and Surgeons of Ontario, Toronto, mars 1992.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mutilation des organes génitaux de la femme*, [document n° OMS/FHE/94, 31 juillet 1994] « Female genital mutilation » [document no. WHO/FHE/94, 31 July 1994], et « Female genital mutilation — a call to abandon this traditional custom » dans DAYA, M.B. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 17, n° 4 (1995), p. 333.342.

PUBLIC HEALTH SERVICE EXPERT PANEL ON THE CONTENT OF PRENATAL CARE. *Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care*, Washington (DC), Public Health Service, 1989.

RAPHAEL-LERR, J. *Psychological Processes of Childbearing*, Londres (Grande-Bretagne), Chapman and Hall, 1991, p. 3.

REPCHINSKY, C. « Nicotine replacement therapy », *CPNRPC*, mars 1993, p. 87-88.

REYCROFT HOLLINGSWORTH, D., et R. RESNIK. *Drugs and Reproduction. Maternal and Fetal Risks. Medical Counselling Before Pregnancy*, New York, Churchill Livingstone, 1988.

ROSENBLATT, D.S., F.C. FRASER et D.J. ROY. « Folic acid to prevent neural tube defects: time for food fortification », *Clinical and Investigative Medicine*, vol. 19, n° 3 (1996), p. 202-203.

SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Nutrition for a Healthy Pregnancy: National Guidelines for the Childbearing Years.*

SANTÉ CANADA. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Aussi publié en anglais sous le titre *Canada's Food Guide to Healthy Eating.*

SANTÉ CANADA. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme foetal (SAF) et des effets de l'alcoolisme foetal (EAF) au Canada*, Ottawa, chez les auteurs, 1996. Aussi publié en anglais sous le titre *Joint Statement: Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada.*

SANTÉ CANADA. *Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatales et postnatales*, chez l'auteur, Ottawa,1995c. Aussi publié en anglais sous le titre *Interventions in the Prenatal and Postpartum Periods.*

SANTÉ CANADA. *Le tabagisme et la grossesse : le dilemme de la femme*, Ottawa, Femmes et Programmes de lutte contre le tabagisme, 1995b. Aussi publié en anglais sous le titre *Smoking and Pregnancy: A Woman's Dilemma.*

SANTÉ CANADA. *Enquête sur le tabagisme au Canada — Le tabagisme chez les femmes, novembre 1994*, Ottawa, Direction générale des politiques sur la santé et la consultation, 1995a. Aussi publié en anglais sous le titre *Survey of Smoking in Canada — Smoking Behaviour of Women, Nov. 1994.*

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation sur la santé sexuelle*, Ottawa, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé et Division des systèmes de services de santé, Direction des services de santé, Direction générale des programmes et des services de santé, 1994. Aussi publié en anglais sous le titre *Canadian Guidelines for Sexual Health Education.*

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. [EDWARDS, N., N. SIMS-JONES, et S. HOTZ] *Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et postnatale,* résumé documentaire, Ottawa, Santé Canada, 1994.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Action concertée pour une saine alimentation : Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application,* Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1990. Aussi publié en anglais sous le titre *Action Towards Healthy Eating: Canada's Guidelines for Healthy Eating and Recommended Strategies for Implementation.*

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Recommandations sur la nutrition : rapport du Comité scientifique de révision,* Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1990. Aussi publié en anglais sous le titre *Nutrition Recommendations: The Report of the Scientific Review Committee.*

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. [GREAVES, L.] *Les femmes et le tabac : document de base et mise à jour,* Ottawa, chez l'auteur, 1987, 1990. Aussi publié en anglais sous le titre *Background Paper on Women and Tobacco and Update.*

SANTÉ CANADA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine,* Ottawa, Santé Canada, 1998. Aussi publié en anglais sous le titre *Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living.*

SCHER, J., et C. DIX. *Preventing Miscarriage: The Good News,* New York, Harper and Row, 1990, p. 184.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *Utilisation périconceptionnelle de l'acide folique pour la réduction du risque des malformations du tube neural,* Ottawa, chez l'auteur, 1995. Aussi publié en anglais sous le titre *Periconceptional Use of Folic Acid for Reduction of the Risk of Neural Tube Defects,* Canadian Paediatric Society.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Partir du bon pied : directives pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement,* Ottawa, chez l'auteur, 1998. Aussi publié en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *L'emploi de l'acide folique pour la prévention des malformations du tube neural,* Ottawa, chez l'auteur, 1993. Aussi publié en anglais sous le titre *The Use of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Énoncé de politique sur la mutilation des organes génitaux de la femme nº 12,* Ottawa, chez l'auteur, 1992. Aussi publié en anglais sous le titre *Female Genital Mutilation Policy Statement no. 12.*

SOKOL, R.J., S.S. MARTIER et J.W. AGER. « The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking », *American Journal of Obstetricians and Gynaecologists*, vol. 169, n° 4 (1989), p. 863-868.

STATISTIQUE CANADA. « Enquête sur la violence contre les femmes », *Le Quotidien*, Ottawa, 18 novembre 1993. Aussi publié en anglais sous le titre *The violence against women survey*, *The Daily.*

STEWART, P., et coll. « Change in smoking prevalence among pregnant women, 1982-1993 », dans LEVITT, C., et coll., *Canadian Journal of Public Health*, vol. 86, n° 1 (1995), p. 37-41.

SWAN, L., et B. APGAR. « Preconceptual obstetric risk assessment and health promotion », *American Family Physician*, vol. 51, n° 8 (1995), p. 1875-1885.

TEITELMAN, A.M., L.S. WELCH, K.G. HELLENBRAND, et M.B. BRACKEN. « Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight », *American Journal of Epidemiology*, vol. 131, n° 1 (1990), p. 104-113.

TRAVAIL CANADA. *S'adapter à une main d'oeuvre en mutation*, Ottawa, Travail Canada, Bureau de la femme, 1992.

VAN ALLEN, M.I., C. FRASER, J. ALLANSON, D.R. MCLEOD, E. ANDERMANN et J.M. FRIEDMAN. « Recommendations on the use of folic acid supplementation to prevent the recurrence of neural tube defects », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 149 (1993), p. 1239-1243.

Autre ressource

LA CROIX-ROUGE. *Guide de la pratique transfusionnelle*, 3e éd., chez l'auteur, 1993.

ANNEXE 1

Ressources sur la réduction du tabagisme

Guider vos patients vers un avenir sans tabac, un programme du Conseil canadien pour le contrôle du tabac, endossé par le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne
170, avenue Laurier Ouest
Bureau 1000
Ottawa (Ontario) K1P 5V5
Téléphone : (613) 567-3050
Télécopieur : (613) 567-2730
www.cctc.ca

Catching Our Breath
Women's Health Clinic
419, avenue Graham, 3e étage
Winnipeg (Manitoba) R3C OM3
Télécopieur : (204) 943-3844

Lutte contre le tabagisme
Livrets à l'intention des intervenants de la santé prénatale et postnatale
Publications Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
www.hc-sc.gc.ca

Approaching Smoking in Pregnancy: A Guide for Health Professionals
Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga (Ontario) L4W 5A4
Téléphone : (905) 629-0900
Télécopieur : (905) 629-0893

Yes, I Quit! / Oui j'arrête !
Habitudes de vie / Santé du cœur
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2J 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2512

Stop Smoking: A Program for Women
Département de marketing
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Téléphone : 1 (800) 661-1111
Télécopieur : (416) 593-4694
www.arf.org

Se prendre en charge : Guide d'action sur les femmes et le tabac
Conseil canadien sur le tabagisme et la santé
170, avenue Laurier Ouest
Bureau 1000
Ottawa (Ontario) K1P 5V5
Téléphone : (613) 567-3050
Télécopieur : (613) 567-2730

— CHAPITRE 4 —

Soins pendant la grossesse

Table des matières

Introduction 5

Questions relatives à l'organisation et à la prestation des soins prénatals 5

Intervenants 6

Choix des intervenants en santé prénatale 7

Continuité des soins 7

Visites prénatales 8

Premières visites 8

Dossier prénatal 8

Collecte des données sur les antécédents 9

Examen physique 10

Détermination des risques 11

Tests de dépistage et épreuves de laboratoire 11

Dépistage 12

Évaluation psychosociale 12

Éléments de l'évaluation psychosociale et du counseling 13

Nutrition 22

Acquisition d'habitudes alimentaires saines 22

Nutriments à surveiller pendant la grossesse 23

Gain de poids pendant la grossesse 24

Stratégies novatrices de nutrition prénatale 25

Soins continus 25

Planification de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale 25

Évaluation continue 25

Malaises pendant la grossesse 26

Formation pour aider la femme enceinte à reconnaître certaines complications de la grossesse 26

Formation prénatale 28

Rôle de l'éducatrice prénatale 29

Connaissances préalables et compétences 29

Composantes de la formation prénatale 30

Contenu 30

Se familiariser avec le lieu de la naissance 32

Groupes qui ont des besoins spéciaux 32

Conclusion 33

Bibliographie 34

Annexe 1 — Exemple d'un dossier prénatal tenu par la femme 46

Annexe 2 — Dépistage 48

Annexe 3 — Évaluation de la santé psychosociale prénatale (ALPHA) 55

Annexe 4 — Nutriments d'importance particulière pendant la grossesse 58

Annexe 5 — Malaises courants pendant la grossesse 61

Introduction

La prestation des soins prénatals a pour but d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être des mères, des bébés et des familles. Cela signifie qu'il faut sans cesse évaluer et suivre de près l'état de santé des femmes et des bébés à naître. Dans l'esprit des valeurs qui sous-tendent la prestation des soins dans une perspective familiale, on recommande de prodiguer les soins prénatals dans un environnement où :

- la grossesse est considérée comme un état normal;
- les femmes et les familles sont valorisées et respectées;
- la relation entre les femmes et les intervenants de la santé repose sur la consultation mutuelle et l'interaction;
- les différents besoins des femmes sont reconnus, tout comme les perceptions personnelles et culturelles variées qu'ont ces femmes et leur famille de la grossesse;
- les intervenants facilitent des prises de décisions éclairées.

Le chapitre présente un plan d'ensemble pour la prestation des soins et des services prénatals, plan qu'il faudra adapter aux différents besoins locaux et régionaux, et aux besoins individuels des femmes et des familles. Les aspects des soins décrits dans le chapitre ne sont pas tous pertinents ou nécessaires dans toutes les situations.

Questions relatives à l'organisation et à la prestation des soins prénatals

Un grand nombre d'études ont démontré que les femmes qui reçoivent des soins prénatals précoces et réguliers vivent une meilleure grossesse que celles qui n'en reçoivent pas. Quoiqu'on ait tendance à associer les soins prénatals réguliers à une grossesse saine, il faut reconnaître que les femmes portées à se prévaloir des soins prénatals semblent d'habitude plus à l'aise au plan financier que la moyenne : elles appartiennent souvent à la classe socio-économique moyenne ou supérieure et profitent de réseaux de soutien bien organisés.

Plusieurs facteurs influent sur la santé d'une femme enceinte et de son bébé à naître, notamment les conditions socioéconomiques, les mesures

sociales, les ressources financières et humaines, et l'organisation communautaire des soins de santé (Enkin et coll., 1995). En outre, la géographie, le climat, les conditions de vie et les caractéristiques démographiques des collectivités sont variés. Il faut donc adopter des approches de prestation des soins de santé qui sont axées sur la collectivité ou sur la population pour que l'accès aux soins de santé soit équitable.

Bien des raisons expliquent pourquoi certaines femmes ne se prévalent pas de soins prénatals. Ce peut être lié à des désavantages socioéconomiques, à la culture, à la langue, à l'âge et à la géographie. Il faut donc organiser les services de manière que ces conditions n'entravent pas l'accès aux soins.

Intervenants

La prestation des soins prénatals exige la collaboration et la coordination d'un grand nombre d'intervenants et de services. Le tableau 4.1 présente les effectifs, organismes et services à considérer lors de la planification d'un système complet.

Tableau 4.1 Intervenants de la santé, organismes et services de soins prénatals

Intervenants	*Organismes et services*
• intervenants en soins de première ligne (médecins, sages-femmes et infirmières) • spécialistes-conseillers • infirmières en santé communautaire • infirmières régionales ou en régions isolées • nutritionnistes/diététistes • éducatrices prénatales • travailleurs sociaux • travailleurs en santé mentale • visiteuses à domicile • physiothérapeutes • doulas/accompagnantes/accompagnatrices durant le travail • travailleuses de soutien à domicile	• centres de santé communautaires et CLSC • organismes de services sociaux • services aux malades hospitalisés • groupes de soutien durant le travail • services des centres de naissance • ressources communautaires • groupes d'entraide • services de génétique • services de laboratoire • unités d'échographie • services d'intervention ou de transport d'urgence • programmes de conditionnement physique • programmes de renoncement au tabac • services de préparation à l'allaitement maternel (p. ex., Ligue La Leche, consultantes en lactation/conseillères en allaitement) • organismes spécialisés dans les toxicomanies et l'abus de substances psychoactives (alcool, drogues) • services pour les adolescentes enceintes • agences d'adoption et services de counseling

CHOIX DES INTERVENANTS EN SANTÉ PRÉNATALE

Certaines collectivités ont un vaste choix de soignants compétents en santé prénatale tandis que d'autres n'en ont pas. L'accès à de tels intervenants dépend de la taille de la collectivité, de son emplacement géographique et de ses ressources. Peu importe la gamme des services offerts, les intervenants qui prodiguent des soins prénatals aux femmes et aux familles sont tenus de respecter les principes fondamentaux de la prestation des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : choix éclairés, continuité des soins, soins fondés sur des preuves scientifiques et respect de la personne.

En plus des intervenants de la santé et autres prestataires de services, le réseau de soutien d'une femme peut comprendre son conjoint, sa famille immédiate ou élargie, ses amis, la collectivité où elle habite, son accompagnante ou sa doula, son conseiller spirituel et toute autre personne qu'elle estime nécessaire à son bien-être physique, affectif et social. En règle générale, la femme choisit son propre réseau de soutien. Il est donc important que les intervenants accueillent bien les membres du réseau de soutien de la femme et qu'ils tiennent compte des besoins et des préoccupations de ces personnes pour la durée de la prestation des soins à la femme.

Continuité des soins

Il faut tout mettre en œuvre pour que la femme soit suivie par le même intervenant ou groupe d'intervenants tout au long de sa grossesse et au moment de la naissance. Les femmes insistent depuis longtemps sur l'importance de la continuité dans les soins. Les recherches démontrent les multiples effets positifs de cette continuité. En voici quelques-uns : meilleure assiduité aux cours prénatals; risques moindres d'admission prénatale à l'hôpital; recours moindre à la pharmacothérapie pour atténuer la douleur pendant le travail; risques moindres que le nouveau-né ait besoin de réanimation; satisfaction accrue envers les soins prénatals, le travail, la naissance et les soins postnatals (Hodnett, 1997).

Les groupes sont plus efficaces lorsque leurs membres partagent la même philosophie et la même perspective de prestation des soins aux femmes. Les réseaux de documentation qui facilitent une communication efficace entre les intervenants améliorent la continuité des soins et l'enseignement. Ils réduisent aussi les risques de chevauchements et de lacunes dans les soins.

Visites prénatales

La fréquence des visites prénatales doit être déterminée selon les besoins physiques et psychosociaux de la femme et du bébé à naître. Jusqu'à présent, aucune donnée ne permet de préciser le nombre ou le rythme optimal de visites. On fonde généralement la fréquence des visites sur des décisions arbitraires et sur l'habitude plutôt que sur des besoins réels. De plus amples recherches s'imposent pour préciser la question du nombre et du rythme des visites (Villar et Khan-Neelofur, 1998; McDuffie et coll., 1996; Sikorski et coll., 1996)[1].

On recommande de suivre les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), lesquelles stipulent que : « après la première visite prénatale, la femme sans risque évident devrait être évaluée aux 4 à 6 semaines jusqu'à la 30e semaine de gestation. Après la 30e semaine, les visites devraient avoir lieu à toutes les 2 ou 3 semaines et, après la 36e semaine de gestation, chaque semaine ou aux deux semaines jusqu'à l'accouchement. L'évaluation à chaque étape devrait porter sur différents enjeux propres à l'âge gestationnel » (SOGC, 1998a).

Premières visites

Les premières visites prénatales ont un grand nombre de composantes essentielles. Il faut que la femme, sa famille et l'intervenant de la santé conviennent des rôles, des responsabilités et de l'organisation des services. Il faut aussi établir un dossier prénatal et faire la collecte des données sur les antécédents, un examen physique général et tous les examens de dépistage, de diagnostic et de laboratoire requis. Il faut aussi évaluer et conseiller, de même que renseigner sur les ressources communautaires et les choix possibles en matière de soins.

Dossier prénatal

On recommande que chaque province ou territoire uniformise le dossier des soins prénatals, de la naissance et des soins aux nouveau-nés, et que le pays s'efforce d'établir un modèle de dossier national. Ce genre de dossier

1. L'Organisation mondiale de la santé examine actuellement cette question dans le cadre d'une étude importante.

fournirait la documentation nécessaire à la prestation des soins cliniques. Il s'agirait là d'un instrument de collecte de données globales, utiles aux intervenants, consommateurs, planificateurs et chercheurs en soins de santé.

On recommande aux mères de se procurer une copie de leur dossier prénatal contenant tous les renseignements essentiels. Des preuves scientifiques étayent une telle pratique. En effet, les mères qui ont une copie de leur dossier prénatal sentent qu'elles contrôlent mieux leur grossesse. On valorise, de ce fait, une communication efficace entre les mères et les intervenants, et on encourage la formation de partenariats. La continuité des soins est aussi renforcée (Webster et coll., 1996; Hodnett, 1995).

Il est important que les mères apportent leur dossier au centre où elles donneront naissance et lors de consultations avec un autre intervenant de la santé. (Si les mères ne peuvent pas apporter leur dossier, les intervenants de la santé doivent acheminer des copies de l'information essentielle au centre où elles donneront naissance.)

Le dossier de santé tenu par la mère peut prendre diverses formes, mais il doit contenir l'information de base sur son bilan de santé. Il doit aussi permettre à la mère d'inscrire ses plans pour sa grossesse et la naissance de son bébé, et toutes ses questions ou préoccupations au sujet de la grossesse. Les intervenants devraient pouvoir y consigner des renseignements. Le dossier sert ainsi de journal de bord pour chaque grossesse et naissance. (L'annexe 1 présente un exemple d'un dossier tenu par la femme.)

Collecte des données sur les antécédents

La collecte de données exhaustives sur les antécédents vise non seulement la santé physique de la mère et de sa famille, ses grossesses antérieures et ses préoccupations sur sa santé génésique, mais aussi des renseignements sur sa situation sociale et affective. Il est important que tous ces antécédents soient recueillis dans un endroit confortable et dans un contexte de détente. Les éléments à inclure au dossier sont énumérés au tableau 4.2. La plupart des provinces et territoires utilisent des formulaires uniformisés qui précisent l'information à recueillir. Cependant, si les formulaires doivent être refaits, on suggère de consulter la liste du tableau 4.2.

Tableau 4.2 Éléments des antécédents prénatals

- Antécédents familiaux (de la mère et du père du bébé)
- Histoire génétique : points à approfondir ou qui devraient faire l'objet de counseling et de tests supplémentaires (programmes de dépistage, âge de la mère, âge du père, antécédents de la famille ou naissance précédente d'un enfant atteint d'anomalies génétiques, origine ethnique)
- Antécédents médicaux et chirurgicaux, avec une attention particulière aux affections qui peuvent influencer la grossesse et l'allaitement maternel ou que la grossesse risque d'aggraver
- Antécédents des menstruations, pour déterminer la date de la conception, l'âge gestationnel, l'utilisation antérieure ou récente de contraceptifs
- Antécédents de la santé sexuelle
- Antécédents obstétricaux et gynécologiques pour évaluer les risques et le taux de récidive possible de troubles pouvant affecter la grossesse
- Évolution de la grossesse actuelle et des sentiments et réactions qu'elle provoque chez la mère et sa famille
- Consommation actuelle de médicaments (sur ordonnance ou en vente libre)
- Allergies ou réactions à des médicaments, à des aliments et à certaines substances (p. ex., le latex)
- Exposition passée ou actuelle à des agents polluants présents dans l'environnement
- Antécédents alimentaires et état nutritionnel actuel
- Profil d'activités : travail, repos, loisirs
- Antécédents psychosociaux : questions exploratoires portant sur le style de vie (tabagisme, consommation d'alcool ou d'autres drogues), les relations humaines, les niveaux de stress et d'anxiété, la qualité du soutien personnel et familial, la situation financière et les conditions de travail et de logement (au début de la grossesse, voir le formulaire *Évaluation de la santé prénatale* (ESP)
- Antécédents d'agressions physiques, sexuelles ou psychologiques
- Attentes face à la grossesse, à la naissance et au rôle de parent
- Expériences antérieures personnelles du travail, de la naissance, de la phase postnatale et de l'allaitement maternel
- Pratiques traditionnelles liées à la naissance et à la phase postnatale, influencées par les antécédents religieux ou ethniques de la mère
- Tout autre facteur qui, selon la mère, est pertinent aux soins que son bébé, sa famille et elle-même pourraient ou devraient recevoir

Examen physique

Il est essentiel de faire un examen physique complet, conformément aux lignes directrices présentées dans le document *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement* (SOGC, 1998a). Cet examen doit comprendre un examen des seins, préparatoire à l'allaitement maternel. (Consulter le chapitre 7.)

Détermination des risques

Une évaluation de l'état de santé de la mère et du bébé à naître est essentielle au début et tout au long de la grossesse; il faut également évaluer les risques de problèmes éventuels. Une telle évaluation facilite la prestation de soins adéquats pendant la grossesse et la naissance, par un intervenant compétent et dans le lieu approprié. Cette évaluation sert aussi à préciser vers quelles ressources régionales on peut diriger la mère ou son bébé. Elle permet enfin de recenser les divers facteurs qui influencent la santé de la mère et du bébé à naître, et l'issue de l'accouchement.

Le manque de preuves scientifiques empêche de recommander l'application générale de systèmes de pondération et de classement des risques selon une échelle de gravité minime, modérée ou élevée. Leur prévisibilité est plutôt médiocre à cause de différents facteurs, tels que la validité des instruments de recherche et les différences dans les méthodes, l'usage et l'interprétation (Enkin et coll., 1995; Hall, 1994; Hutchison et Milner, 1994).

Un système de pondération des risques ne saurait capter les multiples nuances de l'évaluation d'une grossesse. Il faut, pour cela, un professionnel expérimenté, conscient de l'état de santé de la femme, des ressources locales et régionales en soins de santé, de la probabilité de complications et des risques d'issues défavorables.

Tests de dépistage et épreuves de laboratoire

On recommande aux intervenants de la santé de consulter le document *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement* (SOGC, 1998) pour connaître les tests de dépistage et les épreuves de laboratoire recommandés pour le diagnostic prénatal. Ces directives stipulent que les tests suivants sont indiqués après la confirmation de la grossesse : le niveau d'hémoglobine, la détermination du groupe sanguin et la recherche d'anticorps, le titrage des anticorps de la rubéole, la recherche de l'antigène de surface de l'hépatite B et le dépistage de la syphilis (test VDRL) (SOGC, 1998a).

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada suggère d'effectuer d'autres tests pertinents dans certaines situations.

DÉPISTAGE

Des tests de dépistage sont justifiés dans les cas suivants :

- La maladie en cause présente une menace grave pour la santé.
- La maladie est à la phase présymptomatique — le traitement peut alors modifier le cours de la maladie avec beaucoup plus de succès qu'à la phase symptomatique.
- Le public accepte la méthode de dépistage et le traitement qui s'ensuit.
- La méthode de dépistage présente une sensibilité et une spécificité acceptables.
- Les résultats obtenus par la méthode de dépistage et le traitement subséquent valent les frais engagés (Carroll, 1993).

Dans tous les cas où l'on procède à un dépistage, il faut respecter les lignes directrices suivantes :

- donner une formation adéquate aux parents et aux intervenants de la santé;
- avoir accès à des épreuves de laboratoire exactes et rapides;
- avoir accès à des services de counseling et de soutien compétents;
- pouvoir consulter des spécialistes, au besoin;
- avoir accès à un traitement adéquat (Carroll, 1994);
- pouvoir obtenir les résultats efficacement et sans délai.

L'administration de plusieurs types de tests de dépistage pendant la grossesse fait l'objet de controverses. Il s'agit de l'échographie, du dépistage de la chlamydiose, du diabète gestationnel, du streptocoque B, du VIH-sida et du dépistage des marqueurs sériques de la maladie chez la mère. Des recommandations précises, d'application générale, ne sont pas possibles dans de telles situations; les décisions ne peuvent être prises qu'après examen de toutes les données accessibles. L'annexe 2 explique ces tests plus en détail.

Évaluation psychosociale

Depuis longtemps, les soins prénatals visent presque exclusivement la détection de problèmes médicaux et obstétricaux; par contre, les problèmes psychosociaux commencent à être reconnus comme des déterminants importants de la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés (Enkin et coll., 1995; Culpepper et Jack, 1993; Rosen, 1989; Santé nationale et Bien-être social, 1987).

L'évaluation des risques psychosociaux peut être faite avec efficacité par les intervenants de la santé au moment où ils prodiguent des soins prénatals,

ce qui leur permet d'adapter les interventions aux besoins de chacune des mères. Les recherches démontrent que des interventions adéquates peuvent améliorer la santé psychosociale (Midmer et coll., 1995; MacMillan et coll., 1993; Oakley, 1992; Holden et coll., 1989). Toutefois, un grand nombre de problèmes ne pourront être détectés sans une enquête systématique. On recommande donc d'inclure une évaluation de la santé psychosociale aux soins prénatals de routine.

Le formulaire ESP (Évaluation de la santé prénatale) a été conçu dans le but de faciliter la collecte systématique des données. (Consulter l'annexe 3.) À partir d'une étude systématique (Wilson et coll., 1996), certains facteurs de risques prénatals ont été choisis en vue d'un dépistage; ces facteurs sont associés à des situations familiales postnatales difficiles, notamment la violence contre la femme, la violence envers les enfants, une dépression postnatale, des problèmes conjugaux et une augmentation des maladies physiques. L'outil ESP est recommandé lorsque les intervenants essaient de recueillir de nouveaux renseignements pertinents sur les femmes et les familles. Cette information est nécessaire lorsque les femmes doivent prendre une décision au sujet de leur situation personnelle ou chercher de l'aide pour régler des problèmes psychosociaux. Les femmes se sentent à l'aise avec cette façon de procéder, et les intervenants ont constaté une amélioration de leurs rapports avec elles après cette évaluation (Reid et coll., 1998; Midmer et coll., 1996).

Le tableau 4.3, présenté à la page suivante, résume les recommandations relatives à l'utilisation de ce formulaire.

ÉLÉMENTS DE L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE ET DU COUNSELING

Adaptation à la grossesse. Lorsqu'une femme devient enceinte, elle doit s'adapter à des changements physiques et psychologiques tout en se préparant à la naissance et à son rôle de mère. Il est donc important d'examiner comment la femme enceinte perçoit les complexités associées à son rôle de mère, d'évaluer son attachement à son bébé à naître et de voir dans quelle mesure sa famille et son réseau de soutien acceptent l'enfant.

Soutien à la femme enceinte durant la grossesse. Une femme a besoin du soutien de son entourage tout au long de la grossesse. Ce soutien social lui procure un sentiment d'appartenance et de sécurité, puisqu'elle sait qu'elle peut compter sur la sollicitude de son conjoint, de sa famille ou de sa

Tableau 4.3 Recommandations relatives à l'utilisation du formulaire ESP[2]

1. Le formulaire ESP propose une méthode systématique d'évaluation des aspects psychosociaux de la vie d'une femme. La présence d'un facteur de risque n'est pas nécessairement signe de causalité, mais plutôt d'une possibilité accrue d'un lien avec les résultats. Le formulaire devrait servir à déceler les problèmes pour ensuite permettre, avec la collaboration de la femme, de décider s'ils doivent être abordés et comment il conviendrait de le faire. Cela pourrait mener à un suivi plus rigoureux, à du soutien ou à un recours à des ressources ou interventions supplémentaires, et à une orientation vers d'autres ressources communautaires durant la période postnatale.
2. La collecte de l'information nécessaire peut se faire dans une seule entrevue ou au cours d'une série de visites[3]. Le second trimestre de la grossesse, de la 20e à la 30e semaine, est une période propice à une telle évaluation, puisqu'on dispose alors habituellement de temps et que la relation avec l'intervenant est plus solide.
3. L'information doit rester confidentielle. Si la femme y consent, l'intervenant peut partager cette information avec d'autres professionnels compétents durant la période prénatale (une travailleuse sociale, p. ex.), périnatale (les infirmières qui assistent au travail et à la naissance) ou postnatale (le médecin de famille, le pédiatre).
4. La prudence s'impose lorsqu'il s'agit de communications interculturelles. Il faut demeurer sensible aux autres ethnies et à leurs valeurs culturelles. Il peut arriver que les intervenants qui travaillent auprès de gens d'autres cultures aient à s'intérroger sur ce qui convient aux personnes de ces cultures et leur est acceptable.
5. Dans la mesure du possible, les femmes doivent être interviewées seules au moins une fois pendant la phase prénatale, pour qu'elles puissent discuter de certaines questions délicates concernant leur conjoint ou des membres de la famille qui les accompagneront peut-être.
6. Les intervenants devraient compiler une liste des ressources accessibles dans leur collectivité pour donner suite aux préoccupations relevées dans l'évaluation ESP. Les préoccupations peuvent varier selon le milieu et la culture.

Adaptation de *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form,* Midmer et coll., 1996.

collectivité. L'insuffisance du soutien social pendant la grossesse se manifeste par l'isolement, un manque d'aide pour accomplir les tâches quotidiennes ou faire face à des événements stressants ou à des crises, et l'absence de soutien de la part de l'époux, d'un ami proche ou d'un membre de la famille. Le manque de soutien social a également été associé à la violence à l'égard des enfants et des femmes et à la dépression postnatale (Midmer et coll., 1996).

2. Il est possible de se procurer le document *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form* (Midmer et coll., 1996) à l'adresse suivante : Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 8e étage, 620, avenue University, Toronto (ON) M5G 2C1.
3. Ce formulaire existe maintenant dans une « version à remplir soi-même » et a été mis à l'essai dans le cadre d'un projet-pilote. Une fois le formulaire rempli, les intervenants devront le passer en revue avec leurs clientes et planifier un suivi ou des interventions.

Pour évaluer le soutien social, les lignes directrices de l'ESP suggèrent les questions suivantes :

- Comment votre conjoint et votre famille se sentent-ils face à votre grossesse ?
- Quel soutien recevez-vous de votre famille, de vos amis et de votre conjoint ?
- Qui vous aidera lorsque vous rentrerez à la maison avec le bébé ?
- Avez-vous de la famille ou des amis qui habitent la même ville que vous ?
- À qui vous adressez-vous lorsque vous avez un problème ou une mauvaise journée ?

Stress et anxiété durant la grossesse. Il est inévitable de vivre un certain stress psychologique pendant la grossesse, puisqu'il s'agit d'une période de changements. Certaines femmes enceintes peuvent éprouver plus de stress que d'autres, surtout dans le cas de conditions sociales difficiles, de complications associées à la grossesse ou au bébé à naître, d'hospitalisation nécessaire, de grossesse accidentelle ou de changements dans la situation familiale de la femme (p. ex., une séparation du couple) (Midmer et coll., 1996).

Pour évaluer les événements stressants de la vie, les lignes directrices de l'ESP suggèrent les questions suivantes :

- Quels changements importants avez-vous vécus cette année ? Par exemple, y a-t-il eu une perte d'emploi, des ennuis financiers, de la maladie ou la mort d'un être cher, un déménagement à cause du travail ou pour des raisons familiales ?
- Quels changements prévoyez-vous pendant votre grossesse ?
- Comment faites-vous face au stress dans votre vie ? Comment votre conjoint y fait-il face ?

Soutien aux pères. Lorsqu'il s'agit de familles hétérosexuelles biparentales, il est important que les pères participent aux soins prénatals. Habituellement, à mesure que la venue du bébé se rapproche, le père sent une plus grande responsabilité envers sa famille et l'enfant à naître (Jordan, 1990). Les hommes ont des besoins psychologiques, affectifs et physiques particuliers en matière de préparation à leur rôle de père et de capacité de s'adapter à ce nouveau rôle (Mason et Elwood, 1995). À mesure qu'ils intègrent leur rôle de père à leur identité, ils commencent à adopter des comportements paternels (Jordan, 1990).

La grossesse peut être, pour le futur père, l'occasion idéale de faire le bilan de sa propre santé et de ses habitudes de vie, et d'analyser leurs effets possibles sur sa nouvelle famille. Il peut en profiter pour modifier ses propres habitudes de vie et appuyer les choix de sa conjointe à l'égard de sa propre santé et de celle du bébé à naître (Polomeno, 1998, 1997).

La maternité et la paternité modifient le rôle et la situation de *tous* les membres de la famille. Il est donc normal de ressentir du stress et de l'anxiété pendant cette période. Les pères et les mères qui, au moment où ils commencent à assumer leur rôle de parent, disposent de ressources personnelles et d'une bonne facilité d'adaptation ont ce qu'il faut pour maintenir une bonne santé mentale et physique. Le soutien social et la communication au sein du couple sont les meilleurs outils pour contrer le stress. En s'appuyant mutuellement durant la grossesse, ils pourront mieux affronter les changements importants que la grossesse imposera à leur relation (Schroeder-Zwelling, 1988).

Relation du couple. Afin d'évaluer la relation du couple, les lignes directrices de l'ESP suggèrent les questions suivantes :

- Comment votre conjoint participera-t-il aux soins prodigués au bébé ?
- Comment partagez-vous les tâches quotidiennes entre vous ? Comment vous sentez-vous à ce sujet ?
- Votre relation a-t-elle changé depuis le début de la grossesse ? Comment sera-t-elle après la naissance du bébé ?
- Avez-vous des préoccupations au sujet de votre relation avec votre conjoint ?
- Dans votre culture, comment la relation du couple évolue-t-elle habituellement après la naissance d'un bébé ?

Sexualité pendant la grossesse. La grossesse, le travail et la naissance font tous partie de la sexualité de la femme. La grossesse suscite une gamme étendue de réactions physiologiques sexuelles, et il arrive souvent que le désir sexuel, la fréquence des relations et la satisfaction sexuelle de l'homme et de la femme changent. Les relations sexuelles pendant la grossesse dépendent de nombreux facteurs, y compris la qualité de la relation de couple et des relations des conjoints face à tous les aspects de leur vie, les valeurs et les attitudes sexuelles, les croyances religieuses, la santé en général et les problèmes de santé liés à la grossesse (Phillips, 1996).

La femme enceinte et son conjoint devraient être en mesure de comprendre globalement la sexualité et ses effets sur la grossesse. Le couple a besoin d'information sur différents points : les changements physiques et psychologiques pendant la grossesse, et leur influence sur les réactions physiques et émotives lors des relations sexuelles; les différentes façons de se procurer du plaisir; l'importance pour le couple de parler entre eux des changements ainsi que de leurs besoins et de leurs désirs. Certaines restrictions sexuelles peuvent s'imposer pendant la grossesse, notamment en cas de saignement vaginal, de rupture des membranes ou d'un déclenchement prématuré du travail.

Les intervenants de la santé doivent bien comprendre la gamme d'attitudes et de sentiments que peuvent entretenir les femmes enceintes et leur conjoint durant leurs relations intimes. Ils doivent aussi être conscients de leurs propres attitudes, valeurs et préjugés, et de l'influence de ces facteurs sur leur évaluation de la santé sexuelle de la femme. On incite donc les intervenants à analyser et à comprendre leurs attitudes et valeurs personnelles en ce qui a trait aux rapports sexuels et à la sexualité. Ils doivent avoir des compétences en évaluation de la santé sexuelle. (Consulter MacLaren, 1995, pour une description approfondie de l'évaluation de la santé sexuelle.) Les intervenants doivent aussi reconnaître leurs limites en évaluation de la santé sexuelle et ne pas hésiter, s'il le faut, à diriger les femmes et leur conjoint vers d'autres professionnels.

Violence pendant la grossesse. Le taux de violence pendant la grossesse se situe entre 4 et 17 p. 100 (SOGC, 1996). La grossesse accroît souvent le risque d'agression à cause de sentiments ambivalents liés à la grossesse, de la plus grande vulnérabilité des femmes, de l'intensification des pressions économiques et de la diminution des rapports sexuels (Stewart et Cecutti, 1993).

Il peut y avoir une certaine réticence de la part de la femme, de l'intervenant, ou des deux, à aborder le problème de la violence. Les intervenants doivent toutefois être vigilants pour détecter tout signe de sévices susceptibles de nuire à la santé de la femme et à celle du bébé à naître.

Les intervenants de la santé doivent :

- être conscients des problèmes de violence;
- être en mesure d'évaluer et de reconnaître les mauvais traitements;

- fournir un environnement thérapeutique qui procure la sécurité et protège la vie privée pour faciliter les confidences;
- procurer du soutien et des soins à la femme.

Pour évaluer et reconnaître les signes d'agression, il faut :

- être capable de reconnaître les facteurs de risques et les indices cliniques de la violence (consulter le tableau 4.4);
- être capable de poser des questions directes et délicates. Un outil de dépistage de la violence contre la femme a été incorporé dans le formulaire d'évaluation de la santé prénatale (ESP) (Brown et coll., 1996). Le tableau 4.5 présente un sommaire des questions. L'énoncé de position de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sur la violence contre les femmes comporte aussi des questions pertinentes (SOGC, 1996).

Des documents éducatifs sur la violence devraient être placés bien en vue dans les salles d'attente, les salles d'examen et les toilettes. Les numéros de téléphone des centres d'hébergement locaux et des services d'aide téléphonique devraient être affichés partout, surtout dans les toilettes.

Lorsqu'il y a aveu de violence, les intervenants de la santé devraient montrer clairement que les agressions physiques, sexuelles et psychologiques ne sont pas acceptables et que la femme n'est nullement à blâmer pour cette situation. Il importe de rassurer la femme quant à la confidentialité de tous les renseignements qu'elle donne. En plus de l'aider à prendre des décisions, les intervenants devraient reconnaître et appuyer ses efforts pour prendre sa vie en main. Ils devraient aussi l'assurer de leur appui, qu'elle décide de quitter son conjoint ou de rester avec lui. Ils devraient interroger la femme pour savoir comment elle perçoit sa propre sécurité et si elle a déjà préparé un plan de fuite ou d'hébergement de sécurité si sa situation s'aggrave. Ils devraient d'ailleurs l'aider à planifier toute éventualité. Il faut aussi explorer les réseaux de soutien de la famille et de la collectivité et s'assurer que la femme connaît les ressources et les centres de soutien communautaires. Enfin, il faut lui fournir de l'information sur les ressources communautaires, en précisant les adresses et les numéros de téléphone pertinents (Ferris et coll., 1997; Martin et Younger-Lewis, 1997; Midmer et coll., 1996; SOGC, 1996).

Tabagisme. Au Canada, le tabagisme chez les mères constitue un des principaux facteurs de risque de bébés prématurés ou de faible poids à la naissance, de même que de mortalité périnatale. Les femmes fument pour bien des

Tableau 4.4 Quand soupçonner la présence d'agression physique

Il y a lieu de soupçonner l'agression physique lorsque la femme se rend fréquemment chez un intervenant et manifeste des problèmes tels que :

- des maux de tête, de l'insomnie;
- une sensation de suffocation, de l'hyperventilation;
- des symptômes gastro-intestinaux, des douleurs chroniques;
- de la timidité, de la peur, de la honte;
- des manières évasives, de la passivité;
- des pleurs fréquents;
- la présence fréquente du conjoint aux rencontres, qui hésite à la laisser seule;
- une consommation abusive ou une surdose de drogues ou d'alcool;
- des tentatives d'auto-agression ou de suicide;
- une dépression;
- des problèmes sexuels;
- des blessures incompatibles avec la cause mentionnée.

Adaptation de l'*Énoncé de politique : violence contre les femmes* de la SOGC, 1996.

Tableau 4.5 Questions à poser pour déterminer si la femme enceinte est victime de violence

- Dans l'ensemble, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint?
- Comment réglez-vous vos disputes, votre conjoint et vous?
- Vous sentez-vous parfois menacée par les paroles et les gestes de votre conjoint?
- Votre conjoint vous a-t-il déjà frappée, poussée, bousculée ou giflée?
- Votre conjoint vous a-t-il déjà humiliée ou agressée psychologiquement d'autres façons?
- Avez-vous déjà été contrainte à avoir des relations sexuelles contre votre gré?
- Dans votre culture, que pensent les gens d'un homme qui est violent envers une femme?

Sources : le formulaire ESP, Brown et coll., 1996; Midmer et coll., 1996.

raisons et sont influencées à la fois par des facteurs externes et internes. Les facteurs externes comprennent, notamment, les normes sociales et culturelles, les lois, les habitudes de tabagisme des personnes avec qui la femme vit et travaille. Certaines femmes mènent une vie très stressante et, pour elles, fumer est un moyen qui les aident à y faire face (Santé et Bien-être social Canada, 1990 et 1987). (Consulter la section sur le tabagisme, à la page 14 du chapitre 3.)

Les femmes font appel à divers systèmes de soutien et consultent différentes sources d'information lorsqu'elles décident de cesser de fumer ou de fumer moins. Par exemple, elles vont chercher conseil et appui auprès

de leurs amis, leurs proches et leur conjoint; elles peuvent également faire appel aux intervenants de la santé (Levitt et coll., 1997). La façon la plus efficace de cesser de fumer ou de fumer moins semble toutefois l'adoption de stratégies personnelles (Lumley et Astbury, 1989). Les intervenants disposent de plusieurs ressources pour traiter de cette question avec les femmes enceintes; on en trouve des exemples à l'annexe 1 du chapitre 3.

Alcool. La consommation d'alcool est répandue et largement acceptée au Canada. La consommation et l'abus des boissons alcoolisées de même que la dépendance à l'alcool se font dans un contexte social et touchent toutes les couches de notre société (Loney et coll., 1994). Le syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) est reconnu depuis quelques années comme l'une des principales causes d'anomalies congénitales et de retard de développement évitables chez les enfants. Dans le document intitulé *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) au Canada* (1996), Santé Canada conclut qu'il n'est pas encore possible de formuler des directives précises quant à la quantité d'alcool acceptable pendant la grossesse. *C'est pourquoi les femmes enceintes, ou celles qui songent à le devenir, devraient, par mesure de prudence, s'abstenir de consommer de l'alcool.*

Il existe divers outils permettant de reconnaître les femmes à risque. (Consulter le chapitre 3.) Le formulaire ESP comprend des questions sur la consommation d'alcool. Les intervenants devraient interroger toutes leurs clientes sur leurs habitudes de consommation d'alcool. En fait, il incombe aux intervenants de la santé de renseigner les femmes vulnérables et de les aider en les dirigeant vers des services adéquats ou en leur procurant du soutien. Si la femme vit avec un conjoint ou une partenaire, cette personne devrait prendre part aux séances de counseling qui traitent de consommation d'alcool. Il faudra insister pendant le counseling sur l'importance d'appuyer la décision la femme de ne pas consommer d'alcool.

Autres drogues. Toutes les drogues peuvent influer sur la mère et l'enfant à naître. Par drogues, on entend les médicaments en vente libre (p. ex., l'aspirine, les médicaments contre le rhume, les antihistaminiques, les antinauséeux, la codéine, des vitamines à hautes doses), les médicaments sur ordonnance, les produits à base de plantes et d'herbes médicinales (phytothérapeutiques), la caféine, la marijuana, les narcotiques (p. ex. la méthadone, l'héroïne, la cocaïne) et les solvants.

On recommande de poser des questions sur la consommation de médicaments et de drogues au cours de l'évaluation prénatale. Il peut être

nécessaire de diriger la femme vers un programme de désintoxication. On ne doit pas oublier que le sevrage de certaines drogues et la désintoxication de la mère impliquent des risques de sevrage fœtal (SOGC, 1998a). Pour obtenir des précisions sur les effets des médicaments et des drogues sur la grossesse et sur l'enfant à naître, de même que des renseignements sur le counseling dans ce domaine, les intervenants de la santé peuvent consulter les ressources suivantes :

Centre IMAGe — Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse
Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin
Faculté de pharmacie, Université de Montréal et
Département de pharmacie, Hôpital Sainte-Justine
Téléphone : (514) 345-2333 (réservé aux professionnels de la santé)
Télécopieur : (514) 345-4972 (réservé aux professionnels de la santé)
Site Internet pour le grand public :
http://www.hsj.qc.ca/pharm/image.htm

Motherisk Program
The Hospital for Sick Children
Téléphone : 1 (877) 327-4636
Télécopieur : (416) 813-7562
Adresse Internet : http://www.motherisk.org

Maternal-Fetal Toxicology, a Clinician's Guide
(Koren, 1994)

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Téléphone : (613) 235-4048
Télécopieur : (613) 235-8101
Adresse Internet : http://ccsa.ca/cclat.htm

Depuis quelques années, les préparations à base d'herbes médicinales sont de plus en plus répandues en raison de leur popularité auprès du public. Contrairement aux produits pharmaceutiques, les produits phytothérapeutiques ne sont assujettis à aucune réglementation; de plus, il est difficile de trouver de la documentation sur les risques qu'ils peuvent présenter pour la grossesse. Les intervenants intéressés à se renseigner sur ces produits peuvent consulter la section pertinente de l'ouvrage intitulé *Drug Information Perspectives* (Lepik, 1996) et le document *Maternal-Fetal Toxicology: A Clinician's Guide* (Koren, 1994).

Activité physique. L'exercice physique régulier pendant la grossesse semble améliorer (ou maintenir) la forme physique. Pour le moment, l'insuffisance des données ne permet pas de préciser les risques ou les avantages de l'activité physique pour la mère ou le bébé (Kramer, 1997).

Certaines contre-indications aux exercices physiques intenses pendant la grossesse ont toutefois été relevées (ACOG, 1994) :

- des antécédents de trois fausses couches ou plus;
- des antécédents de rupture prématurée des membranes;
- des antécédents de travail prématuré;
- une béance du col;
- des antécédents de *placenta praevia;*
- des antécédents de retard de croissance intra-utérine.

Les femmes qui suivent d'intenses programmes de conditionnement physique devraient être informées des effets tératogènes que peut avoir l'hyperthermie et du risque plus élevé de tels effets dans les premières semaines de la grossesse (ACOG, 1994).

Conditions de travail et exposition aux substances de l'environnement. Un grand nombre de femmes enceintes continuent de travailler à l'extérieur du foyer. Il faut donc déterminer si le travail de la mère nuit au bébé à naître ou non. La réponse à cette question dépend du genre de travail, des heures de travail, des niveaux de stress physique et affectif, et de l'état de santé de la mère. Un travail ardu et soutenu peut être associé à une plus grande incidence de naissances de bébés de faible poids ou prématurés et de fausses couches. Les conditions de travail des femmes devraient donc être évaluées au tout début de la grossesse.

Pour évaluer les conditions de travail de la femme et recommander les modifications qui s'imposent, les intervenants de la santé devraient consulter les lignes directrices du document intitulé *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement* (SOGC, 1998a).

Qu'on travaille ou non à l'extérieur de la maison, on est tous quotidiennement exposés à divers produits chimiques et à des toxines. Il est important d'évaluer l'exposition actuelle et antérieure de la femme aux toxines de l'environnement (ICSI, 1997a, b). (Consulter le chapitre 3 pour plus de précisions à ce sujet.)

Nutrition

ACQUISITION D'HABITUDES ALIMENTAIRES SAINES

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé Canada, 1997) recommande aux femmes enceintes de manger chaque jour entre cinq et douze portions de produits céréaliers, de cinq à dix portions de légumes et

de fruits, trois ou quatre portions de produits laitiers et deux ou trois portions de viande ou substituts. L'information dans le document intitulé *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer* (Santé Canada, 1999) s'ajoute aux renseignements sur la nutrition présentés ci-dessous. Le chapitre 3 du présent document contient aussi des renseignements sur la nutrition.

NUTRIMENTS À SURVEILLER PENDANT LA GROSSESSE

Certains nutriments nécessitent une attention particulière au cours de la grossesse. Les intervenants de la santé doivent examiner l'alimentation de la femme enceinte pour déterminer avec elle si tous ces éléments sont consommés en quantité suffisante; le tableau 4.6 en dresse une liste. D'autres précisions se trouvent à l'annexe 4.

Tableau 4.6 Nutriments à surveiller pendant la grossesse

Calcium	L'apport quotidien recommandé se situe entre 1 200 mg et 1 500 mg, selon l'âge. Les données actuelles indiquent que l'apport quotidien moyen dans le régime alimentaire des Canadiennes en âge de procréer est inférieur à l'apport recommandé.
Vitamine D	L'apport quotidien recommandé est de 5,0 mg ou 200 UI; on a établi cette dose en supposant qu'un fort pourcentage de la dose requise provient en grande partie de l'exposition au soleil.
Fer	L'apport quotidien recommandé est de 13 mg pendant le premier trimestre, de 18 mg pendant le deuxième et de 23 mg pendant le troisième. Le bilan en fer devrait être évalué au début de la grossesse et à intervalles réguliers par la suite.
Acide folique	On conseille aux femmes de commencer à prendre un supplément quotidien de 0,4 mg d'acide folique au moins un mois avant le début de la grossesse et de continuer d'en prendre pendant les premières semaines de la grossesse, d'adopter une alimentation saine conforme au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé Canada, 1997), en veillant à consommer des aliments riches en acide folique.
Suppléments de vitamines et de minéraux	Les femmes qui s'alimentent bien n'ont probablement pas besoin de suppléments de vitamines et de minéraux. Les suppléments doivent servir à combler les carences alimentaires.
Acides gras essentiels	L'apport quotidien recommandé en acides gras essentiels est plus élevé pendant la grossesse; les femmes enceintes doivent donc être encouragées à augmenter leur consommation d'acides gras essentiels.

Source : *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

GAIN DE POIDS PENDANT LA GROSSESSE

Le poids santé par rapport à la taille de la femme avant la grossesse, plutôt que le gain de poids comme tel, est le facteur le plus significatif et celui qui prédit avec le plus d'exactitude la croissance du bébé à naître. Bien que le gain de poids ne soit pas lié aussi étroitement qu'on le croyait auparavant à la croissance du bébé à naître et au poids à la naissance, la surveillance du poids représente un moyen facile et pratique de suivre l'évolution de la grossesse, surtout au cours des deux derniers trimestres.

Le gain de poids adéquat varie d'une femme à l'autre et dépend de l'indice de masse corporelle (IMC) de chacune avant la grossesse, lequel reflète le poids santé de la mère en rapport avec sa taille. En règle générale, la croissance du bébé à naître est optimale quand les femmes dont l'IMC avant la grossesse était faible (<20) prennent plus de poids, et les femmes dont l'IMC avant la grossesse était élevé (>27) prennent moins de poids que les femmes dont l'IMC avant la grossesse se situait dans les normes du poids santé (entre 20 et 25). Pour obtenir des précisions sur le calcul de l'IMC, on recommande de consulter l'ouvrage intitulé *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer* (Santé Canada, 1999).

Des recherches récentes ont remis en question les limites inférieure et supérieure établies pour le gain de poids durant la grossesse (Feig et Naylor, 1998). Puisque ces constats de recherche ont déclenché une réévaluation des recommandations relatives au gain de poids, les intervenants ne devraient consulter que les plus récentes lignes directrices régissant la pratique clinique.

Il existe de nombreuses catégories de femmes qui, à cause de leur régime alimentaire, courent le risque de donner naissance à un bébé de faible poids. Il s'agit notamment des adolescentes, des femmes aux prises avec des troubles de l'alimentation, des immigrantes qui sont sous-alimentées et peuvent accuser un retard de croissance, et des femmes provenant de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique.

Bien que le gain de poids soit un bon outil d'évaluation de la grossesse, les praticiens signalent qu'il peut être nuisible d'y accorder une trop grande importance.

STRATÉGIES NOVATRICES DE NUTRITION PRÉNATALE

Il faut des stratégies novatrices pour aider les collectivités à élaborer ou à améliorer des programmes exhaustifs de nutrition prénatale pour les femmes enceintes. Le Canada a déjà plusieurs programmes de ce genre, notamment des programmes qui traitent des points suivants : suppléments alimentaires; évaluation de l'alimentation et counseling; soutien social; orientation des clientes vers l'organisme approprié; sensibilisation à différents problèmes liés au style de vie, tels que le tabagisme, l'abus de substances psychoactives, la violence familiale et le stress. Ces programmes sont souvent conçus dans le but d'aider les organismes et les groupes communautaires à répondre aux besoins des femmes autochtones, des femmes qui vivent dans la pauvreté, des adolescentes et des femmes isolées d'un point de vue géographique, social ou culturel. (Consulter à titre d'exemple *Le programme canadien de nutrition prénatale : guide d'inscription,* Santé Canada, 1994c.)

Soins continus

Planification de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale

La consultation et la collaboration peuvent aider les femmes et les intervenants de la santé à planifier ensemble la grossesse, la naissance et la période postnatale. Les discussions doivent porter sur différents aspects, dont le dépistage prénatal, la présence du père ou du conjoint à la naissance, les mesures à prendre pour assurer le confort, la gestion de la douleur, les interventions médicales, l'endroit où aura lieu la naissance, les préoccupations et les craintes, les soins au nouveau-né, les urgences possibles, l'alimentation du nourrisson, le soutien familial et les ressources communautaires accessibles après la naissance, et toute autre question d'intérêt pour la mère. (Consulter le chapitre 5 pour plus de détails sur la planification de la naissance.)

Évaluation continue

Durant les visites prénatales, les intervenants doivent évaluer certains aspects liés aux besoins de la femme et à l'âge gestationnel du bébé à naître. Pendant ces évaluations, il est important que l'intervenant explique ce qu'il fait et à quoi sert l'information recueillie. Le fait qu'on lui explique les différentes procédures permet à la femme de participer à l'élaboration de son plan de

soins. La tenue d'un journal par un nombre de plus en plus grand de femmes facilite encore davantage le processus d'évaluation continue. On conseille aux intervenants de la santé de consulter le document *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement* (SOGC, 1998a) pour des directives pratiques sur l'évaluation continue.

Malaises pendant la grossesse

Bien des femmes en santé éprouvent divers symptômes ou malaises pendant la grossesse. La plupart de ces malaises accompagnent les changements physiologiques normaux de l'organisme à mesure que celui-ci s'adapte à la grossesse. Certains de ces symptômes durent toute la grossesse, d'autres ne sont que passagers. Les intervenants doivent renseigner les femmes à l'avance sur les malaises qu'elles sont susceptibles de ressentir et proposer des solutions pratiques. Les causes de ces malaises et les stratégies d'adaptation sont décrites à l'annexe 5.

Formation pour aider la femme enceinte à reconnaître certaines complications de la grossesse

Les femmes souhaitent être en mesure de reconnaître tout signe ou symptôme d'une complication de la grossesse. Les intervenants de la santé peuvent les aider en leur procurant des renseignements pertinents. À titre d'exemple, il faut conseiller aux femmes enceintes de communiquer immédiatement avec leur soignant si un des symptômes énumérés ci-dessous se manifeste. Ces symptômes peuvent annoncer une fausse couche, une hémorragie prénatale, un travail prématuré, la rupture prématurée des membranes, des problèmes d'hypertension gravidique, une grossesse post-terme, une infection ou des vomissements incoercibles de la grossesse. Voici une liste de ces symptômes :

- saignement du vagin, y compris de petites pertes de sang;
- pertes liquides du vagin à n'importe quel moment avant le début du travail;
- enflure ou boursouflure soudaine du visage, des mains ou des pieds, (surtout si l'enflure s'aggrave ou change);
- étourdissements, vertige, évanouissement ou perte de connaissance;
- maux de tête intenses et prolongés;
- troubles de la vision, tels qu'une vision floue ou brouillée, des points brillants ou noirs, des éblouissements soudains ou une vision double;

- douleurs abdominales;
- douleurs à la poitrine;
- douleurs ou brûlures à la miction;
- frissons, fièvre ou éruptions cutanées suivant une fièvre;
- nausées ou vomissements pendant toute la journée;
- absence ou diminution de la fréquence des mouvements du fœtus après la 24e semaine de la grossesse;
- signes de travail prématuré (surtout dans le cas d'une grossesse multiple) (consulter le tableau 4.7);
- exposition aux maladies infectieuses, telles que la rubéole, la rougeole, l'hépatite B et les maladies transmissibles sexuellement, y compris le VIH;
- ictère ou urines foncées.

Les femmes doivent être en mesure de reconnaître les signes d'un travail prématuré. Elles doivent savoir quoi faire si ces signes se manifestent. Cette information est résumée au tableau 4.7.

Tableau 4.7 Signes d'un travail prématuré

N'importe lequel ou plusieurs des signes suivants :

- contractions régulières ou sensation de constriction
- augmentation ou modification des pertes vaginales (liquides, muqueuses ou sanguines)
- crampes, comme celles associées aux menstruations, ou douleur sourde dans le bas du dos
- sensation de pression pelvienne
- besoin inhabituel (pressant ou fréquent) d'uriner
- crampes abdominales, avec ou sans diarrhée

Mesures que la femme devrait prendre si un des signes suivants de travail prématuré se manifeste :

- cesser toute activié et se reposer
- téléphoner à l'établissement où elle doit donner naissance et décrire ses symptômes à l'infirmière du poste

Situations où la femme doit se rendre immédiatement au service d'urgence le plus proche :

- ses membranes se rompent
- elle a des saignements vaginaux
- elle éprouve des douleurs abdominales
- elle a des contractions régulières qui se rapprochent et deviennent plus fortes

Source : SOGC, *Partir du bon pied : guide de grossesse et d'accouchement*, 1998.

Formation prénatale

Dans l'esprit des principes régissant les soins dans une perspective familiale, les intervenants de la santé devraient tenter d'intégrer l'apprentissage et le partage de l'information à toutes leurs rencontres avec la femme et sa famille. La formation prénatale vise différents objectifs : encourager l'adoption de styles de vie sains; améliorer l'estime de soi ou la confiance en sa propre compétence; renforcer les liens familiaux, y compris la communication entre la femme et son conjoint; préparer la femme et sa famille à la naissance; permettre un ajustement postnatal en douceur; donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né (présenter l'allaitement maternel comme étant le meilleur choix); permettre une meilleure communication entre la femme et les intervenants de la santé; faire accepter la naissance comme une étape normale et saine de la vie. Les intervenants ont le choix d'appliquer toute une gamme de stratégies d'apprentissage pour transmettre cette information.

Bon nombre de femmes et de familles choisissent de participer aux programmes de formation prénatale de groupe. Les séances peuvent se tenir à divers endroits : dans les établissements hospitaliers, les centres de santé communautaires ou les CLSC, les cabinets de médecins ou lieux de rencontres avec la sage-femme, les services de santé et les organismes communautaires, les bureaux d'associations de consommateurs, les collèges, au cabinet privé de l'éducatrice ou à la maison de la cliente ou de l'éducatrice. Chacun de ces lieux offre des avantages et des inconvénients; il n'existe pas d'endroit idéal pour toutes les familles.

Les avantages de la participation à un programme de formation prénatale sont difficiles à étayer de façon systématique. La grande popularité de ces programmes prouve bien l'intérêt marqué des futurs parents (Enkin et coll., 1995). Selon Enkin, il est possible que l'existence même des cours prénatals soit plus importante que ce que l'on y enseigne — en fait, le médium est le message (Enkin et coll., 1995). Leurs avantages ont été démontrés par la diminution d'analgésiques et une plus grande satisfaction liée à la naissance. Cependant, l'effet global de l'enseignement prénatal ne peut pas s'évaluer seulement en fonction de ses répercussions sur chaque femme, puisqu'il peut y avoir des effets indirects qui modifient de façon significative l'ambiance de la naissance pour toutes les femmes (Enkin et

coll., 1995). Le fait d'offrir un vaste choix de programmes accompagnés d'objectifs explicites permet à la femme (ou au couple) de trouver celui qui satisfera le mieux ses besoins immédiats.

Quel que soit le cadre de « la formation prénatale », celle-ci devrait s'inspirer des préceptes directeurs de l'enseignement aux adultes et adopter une perspective axée sur l'apprenante. L'éducatrice est davantage une animatrice qu'une enseignante. À ce titre, elle doit valoriser les connaissances et l'expérience de l'apprenante, définir de concert avec elle le contenu (ce que l'apprenante devrait ou doit connaître pour que le contenu soit pertinent) et la démarche (comment l'apprenante apprend), mettre l'accent sur l'interdépendance dans l'apprentissage et faciliter l'apprentissage en comblant les besoins de l'apprenante. Il s'agit en définitive d'un partage de la responsabilité de l'apprentissage entre l'éducatrice et l'apprenante.

Rôle de l'éducatrice prénatale

L'éducatrice prénatale ne représente qu'une partie du réseau de santé de la femme. Elle travaille en collaboration avec d'autres intervenants, et non sous leur direction. Par conséquent, elle doit :

- faire de l'enseignement, c'est-à-dire transmettre de l'information sur les aspects physiques, affectifs et sociaux de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois qui suivent la naissance;
- aider la femme et les membres de son réseau de soutien à acquérir les habiletés nécessaires pour faire face à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers mois après la naissance;
- mettre à profit les connaissances innées de la femme sur le processus de la naissance;
- représenter les intérêts des familles qui attendent un enfant et promouvoir les soins à la mère dans une perspective familiale.

CONNAISSANCES PRÉALABLES ET COMPÉTENCES

La formation prénatale réunit des aspects de l'art et des sciences de nombreuses disciplines, y compris la profession infirmière ou de sage-femme, la physiothérapie, le travail social et l'enseignement. Aucune formation universitaire particulière n'est un préalable au rôle d'éducatrice prénatale. Comme dans toute autre profession, les compétences varient.

L'éducatrice prénatale doit être enthousiaste, sensible et témoigner du respect aux parents. Elle doit les considérer comme des égaux capables de

prendre des décisions quant aux soins à recevoir. Elle doit être en mesure d'accomplir les tâches suivantes :

- présenter l'information de façon claire, concise, mais sans pour autant adopter un ton autoritaire;
- préparer un programme axé sur l'apprenant;
- fixer des objectifs et les atteindre;
- choisir et utiliser des documents audiovisuels pertinents;
- s'inspirer des principes de l'enseignement aux adultes;
- utiliser diverses méthodes pédagogiques pouvant correspondre aux diverses façons d'apprendre : cours magistral, jeux de rôle, travail en sous-groupes, discussions en petits ou grands groupes, vidéocassettes, diaporamas ou autres moyens audiovisuels comme les affiches, les maquettes et les aides visuelles, démonstrations par l'éducatrice et répétition par l'apprenant devant l'éducatrice des techniques présentées, documents à lire et autres;
- s'inspirer des principes d'animation de groupes;
- s'auto-évaluer;
- faire la distinction entre les croyances personnelles et les faits scientifiques;
- maintenir ses connaissances à jour sur les nouveaux constats de recherche et les changements survenus en obstétrique;
- diriger les femmes et les familles vers des ressources communautaires;
- aider les parents à se fixer des buts réalistes pour la grossesse, la naissance et les premiers mois qui suivent;
- encourager la collaboration et la coopération parmi les intervenants de la santé;
- appuyer le droit de la femme de faire des choix éclairés fondés sur la connaissance des avantages, des risques et des options.

Composantes de la formation prénatale

CONTENU

Toutes les questions liées à la grossesse, au travail et à la naissance qui peuvent avoir des répercussions sur la femme et sa famille doivent être abordées de façon proactive dans le contexte de la formation prénatale. Dans sa définition la plus large, la formation prénatale traite notamment des sujets suivants : la préparation à la grossesse, le travail, l'accouchement, les compétences des parents pendant les premiers mois, l'alimentation du nourrisson, l'évolution

des rôles et des relations, la sexualité et la planification des naissances. Le contenu devrait être offert à un moment propice de la grossesse. Toute cette information peut faire l'objet d'une seule série ou de programmes distincts selon les diverses phases : début de la grossesse, préparation au travail et à la naissance, et période postnatale.

Le contenu devrait inclure de l'information sur les cycles physiologiques et psychologiques naturels de la grossesse, du travail, de la naissance et de la période postnatale. Il faudrait traiter des points suivants :

- anatomie et physiologie du système reproducteur masculin et féminin, et sexualité humaine;
- changements physiques et affectifs pendant la grossesse;
- croissance et développement de l'enfant à naître;
- dépistage prénatal et tests de diagnostic : but et utilisation;
- influences tératogènes et iatrogènes sur la grossesse;
- changements normaux et signes avertisseurs;
- complications de la grossesse et mécanismes d'adaptation à une grossesse à risque élevé;
- alimentation de la mère et du nourrisson, avec insistance sur l'allaitement maternel comme la meilleure façon de nourrir le bébé;
- travail et accouchement normaux;
- césarienne et accouchement vaginal après césarienne;
- interventions et procédures médicales courantes, y compris les justifications, risques, avantages et solutions de rechange de chacune;
- caractéristiques et comportement du bébé;
- rôle des personnes qui assureront l'accompagnement pendant la naissance;
- conseils portant sur la période postnatale, incluant l'allaitement, les soins au bébé, les changements normaux auxquels il faut s'attendre et le soutien affectif et physique à la mère;
- signes avertisseurs précoces de complications postnatales pour la mère ou le bébé;
- techniques pour faciliter le travail et la naissance : de détente (relaxation progressive, toucher thérapeutique, visualisation, imagerie mentale, musique); de respiration (dirigée, contrôlée ou adaptée au rythme naturel du travail); de confort (massage, effleurage, contrepression, thérapie par la chaleur, le froid, l'eau, offre de nourriture, position du corps et mouvements); exercices pour mieux connaître son corps et être en forme.

SE FAMILIARISER AVEC LE LIEU DE LA NAISSANCE

Habituellement, les éducatrices prénatales offrent ou suggèrent aux femmes enceintes et aux conjoints et familles, de visiter l'endroit où se déroulera la naissance. Cette visite guidée est utile à bien des points de vue : elle atténue les préoccupations et les craintes au sujet de l'hôpital, du centre de naissance ou de la maison de naissance; elle permet à l'éducatrice de présenter de nouveaux renseignements de manière concise et de faire des démonstrations concrètes.

Ces visites aident à rendre plus réelle l'arrivée imminente du bébé. Il importe que l'éducatrice connaisse très bien l'endroit, puisque les participants peuvent avoir besoin de se faire montrer le « chemin » qu'ils suivront lorsqu'ils se présenteront pour la naissance. De plus, les familles peuvent avoir besoin de se familiariser avec différents aspects des lieux, tels que les lits de naissance, les barres de soutien en position accroupie, les bancs de naissance, les différents moniteurs et appareils, les lits chauffants (par ex., les unités néonatales) ou les tables chauffantes, les incubateurs (appelés aussi isolettes) et ainsi de suite. C'est aussi l'occasion de passer en revue les règlements et les politiques, tels que les heures de visite. Il faut prévoir assez de temps à la fin des visites guidées pour permettre aux familles de poser des questions.

GROUPES QUI ONT DES BESOINS SPÉCIAUX

La formation prénatale fait partie intégrante des soins prénatals, et ce pour *toutes* les familles. Il se peut que certains groupes de femmes n'aient jamais eu recours aux services existants, notamment les adolescentes, les femmes autochtones, les immigrantes, les réfugiées, les femmes à faible revenu, les détenues et les femmes ayant déjà accouché. De plus, toutes les femmes ne sont pas nécessairement à l'aise au sein d'un groupe. Il faut donc découvrir, en consultation avec elles, des stratégies novatrices pour que la formation prénatale soit donnée à toutes les femmes. De tels programmes devraient être offerts dans les collectivités pour permettre aux femmes et aux familles de se sentir à l'aise et de participer pleinement au processus de planification.

Les éducatrices et les soignants doivent travailler avec les femmes de tous les milieux de la collectivité pour connaître les raisons qui empêchent de profiter des programmes de formation prénatale offerts et pour trouver des moyens de surmonter ces obstacles. Pour justifier leur absence ou leur refus de participer aux programmes de formation prénatale, les femmes invoquent le travail et les obligations professionnelles; l'impossibilité de faire

garder les enfants; l'horaire inopportun des cours; la difficulté d'accès à l'endroit; les différentes orientations culturelles, ethniques ou religieuses; le coût excessif; l'ignorance pure et simple de l'existence de ces programmes.

Il n'est pas nécessaire de prévoir un contenu différent pour la formation prénatale destinée aux adolescentes enceintes bien qu'il soit cependant utile de modifier les méthodes pédagogiques pour le présenter. Les buts de la formation prénatale ont plus de chance d'être atteints si la formation est donnée dans une atmosphère d'entraide, informelle et exempte de jugements. Il est plus facile et moins intimidant pour les adolescentes de participer à des programmes offerts dans leur milieu de vie (Altendorf et Klepacki, 1991). Un cours prénatal avec crédit dans le cadre du programme scolaire pourrait bien être la meilleure façon de rejoindre les jeunes femmes enceintes qui fréquentent encore l'école.

Le coût peut être un facteur à considérer, quel que soit le groupe. Certains ministères provinciaux de la santé et certains centres de santé communautaires ou CLSC offrent ces services gratuitement ou, du moins, sont en mesure de renoncer aux frais d'utilisation. Toutefois, même lorsque cela se fait avec la plus grande délicatesse, le simple geste de renoncer aux frais peut mettre la femme dans l'embarras et contribuer encore davantage à son isolement, ce qui risque de la décourager de prendre part aux activités prévues dans le cadre de la formation prénatale.

Conclusion

L'organisation et la prestation des soins prénatals dans une perspective familiale permettent aux femmes, aux familles et aux enfants à naître de vivre les étapes de la grossesse et de la naissance dans les meilleures conditions possibles de santé et de bien-être. De plus, le travail en partenariat avec les femmes et les familles offre aux intervenants de la santé une excellente occasion d'influencer la santé de générations à venir.

Bibliographie

ABEL, E., et J. HANNIGAN. « Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences », *Neurotoxicol Teratol*, vol. 17, n° 4 (1995), p. 455.

ALTENDORF, J., et L. KLEPACKI. « Childbirth education for adolescents », *NAACOGS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*, vol. 2, n° 2 (1991), p. 229-243.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Guidelines for Perinatal Care*, 4e éd., Washington, chez l'auteur, 1996.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Guidelines for exercise during pregnancy », *ACOG Technical Bulletin n° 189*, Washington, chez l'auteur, 1994.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. « Effects of pregnancy on work performance », *Journal of the American Medical Association*, vol. 251 (1984), p.1995-1997.

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Diabetes and Pregnancy (A Project of the National Education Committee)*, Ottawa, Canadian Diabetes Association, 1987.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Lignes directrices pour le counselling — le diagnostic du VIH*, Ottawa, chez l'auteur, 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Counselling Guidelines for HIV Testing*, Canadian Medical Association.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH AND OBSTETRICAL AND NEONATAL NURSING. *Competencies and Program Guidelines for Nurse Providers of Perinatal Education*, Washington, chez l'auteur, 1993.

BOBAK, I.M., et J.M. DUNCAN. *Maternity and Gynaecologic Care — The Nurse and the Family*, 5e éd., Toronto, Mosby, 1993.

BOWIE, W.R., et N.E. MacDONALD. *Relevé des maladies transmissibles au Canada — Mise à jour 1995 — lignes directrices des normes canadiennes*, Canada, Association médicale canadienne, vol. 21S4 (1995). Publié aussi en anglais sous le titre *Canadian STD Guidelines. Canada Communicable Disease Report — Supplement*, Canada: Canadian Medical Association.

BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. *Manual of Nutritional Care*, 4e éd., Vancouver, British Columbia's Dieticians' and Nutritionists' Association, 1992, p. 1, 3-6.

BRITISH COLUMBIA, MINISTRY OF HEALTH. *Baby's Best Chance: Instructional Guide*, Victoria, ministère de la Santé de la C.-B., Services de prévention, 1987, p. 110-112, 261-263.

BROWN, J.B., B. LENT, P.J. BRETT, G. SAS et L.L. PEDERSON. « Development of the woman abuse screening tool for use in family practice », *Family Medicine*, vol. 28, n° 6 (1996), p. 422-428.

BURIAN, J. « Helping survivors of sexual abuse through labor », *Maternal-Child Nursing Journal*, vol. 20, n° 5 (1992), p. 252-256.

CALLISTER, L.C. « Cultural meanings of childbirth », *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, n° 24 (1995), p.327-331.

CAMPBELL, J.C. « Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse », *Seminars of Perinatology*, vol. 19, (1995), p. 301-306.

CARROLL, J.C. « Maternal serum screening », *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 40 (1994), p. 1756-1764.

CARROLL, J.C. « Chlamydia trachomatis during pregnancy: to screen or not to screen », *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 39 (1993), p. 97-102.

CARROLL, J.C., A.J. REID, C.A. WOODWARD, J.A. PERMAUL-WOODS, S. DOMB, G. RYAN et coll. « Ontario maternal serum screening program: practices, knowledge and opinions of health care providers », *Canadian Medical Association Journal/ Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156 (1997), p. 775-784.

CHALMERS I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. *Un guide complet des soins aux personnes atteintes du VIH, Module 1 : adultes*, Toronto, chez l'auteur, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *A comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease. Module 1: adults*, College of Family Physicians of Canada.

CROWE, K. « Prenatal classes in the 90's — we've come a long way », *The Perinatal Newsletter*, vol. 11, n° 3 (1994), p. 1-2.

CULPEPPER, L., et B. JACK. « Psychosocial issues in pregnancy », *Primary Care*, vol. 20, n° 3 (1993), p. 566-619.

CURRY, M.A. « Stress, social support and self-esteem during pregnancy », *NAACOGS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*, vol. 1, n° 3 (1990), p. 303-310.

DAVIES, H.D., et E.E.L. WANG. « Periodic health examination, 1996 update: 2. Screening for chlamydial infections », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, n° 11 (1996), p. 1631-1643.

DAWES, M., et J. GRUDZINKAS. « Patterns of maternal weight gain in pregnancy », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 98 (1991), p. 195-201.

DICK, P.T., et CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. « Le dépistage et le diagnostic prénatals de la trisomie 21. Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs », mise à jour 1996, http://www.ctfphc.org/French_Text/DOWNS.htm. Traduction de « Periodic health examination, 1996 update: 1. Prenatal screening for and diagnosis of Down syndrome », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, n° 4 (1996), p. 465-479.

EDMONTON BOARD OF HEALTH. *Health for 2: Mother and Child*, Edmonton, chez l'auteur, 1993, p. 26-27.

EISENBERG, A., H.E. MURKOFF et S.E. HATHAWAY. *What to Expect When You're Expecting: The Pregnancy Guide That Reassuringly Answers the Concerns of Mothers- and Fathers-to-be, from the Planning Stage Through Postpartum*, 2e éd., New York, Workman Publishing, 1991, p. 54, 57, 87, 127, 148 et 427.

ELBOURNE, D., A. OAKLEY et I. CHALMERS. « Social and psychological support during pregnancy », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, New York, Oxford University Press, 1989, p. 221-236.

ENKIN, M., J.N.C. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2e éd., Toronto, Oxford University Press, 1995.

FALCON, L., L. PIPERNO et P. SÉGUIN. *Manuel de nutrition clinique*, Corporation professionnelle des diététistes du Québec, 1998.

FEDAK, J.M., D.E. PEART et L.M. CONNOLLY. « Focus on quality: a teen-driven prenatal program », *The Canadian Nurse/L'Infirmière canadienne*, janvier (1996), p. 51-52.

FEIG, D.S., et C.D. NAYLOR. « Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal? » *Lancet*, vol. 351, nº 9108 (1998), p.1054-1055.

FERRIS, L.E., M. McMAIN-KLEIN et L. SILVER. « Documenting wife abuse: a guide for physicians », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156 (1997), p. 1015-1022.

FOGEL, C.I., et D. LAUVER (éd.). *Sexual Health Promotion*, Philadelphia, WB Saunders, 1990.

GESSNER, B.A. « Adult education — the cornerstone of patient teaching », *Nursing Clinics of North America*, vol. 24, nº 3 (1989), p. 589-595.

GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.147 (1992), p. 627-633.

GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. « Periodic health examination, update: 3. Primary and secondary prevention of neural tube defects », 3e mise à jour, *Journal de l'Association médicale canadienne/Canadian Medical Association Journal*, vol. 147 (1992), p. 435-443.

HALL, P.F. « Repenser la notion de risque », *Médecin de famille canadien*, vol. 40 (1994), p. 1246-1251. Publié en anglais sous le titre « Rethinking risk », *Canadian Family Physician.*

HANDLER, A., K. RAUBE, M. KELLEY et A. GLACHELLO. « Women's satisfaction with prenatal care settings: a focus group study », *Birth*, vol. 23, nº 1 (1996), p. 31-37.

HODNETT, E.D. « Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques sur disquette, CD-ROM et en ligne, mise à jour le 1er septembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 4e parution, Oxford, logiciel de mise à jour: 1997. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. « Women carrying their own case-notes during pregnancy » [révisé le 12 mai 1993], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON, et C. CROWTHER (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane

sur la grossesse et la naissance sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

HOLDEN, J.M., R. SAGOVSKY et J.L. COX. « Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression », *British Medical Journal*, vol. 289 (1989), p. 223-226.

HUTCHISON, B.G., et R. MILNER. « Reliability of the guide to pregnancy risk grading of the Ontario antenatal record in assessing obstetric risk », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 150, nº 12 (1994), p.1983-1987.

INSEL, P.M. « Are you getting enough folate? », *Healthline*, vol. 15, nº 2 (1996), p. 6-7.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Colloque national sur les contaminants de l'environnement et leur impact sur la santé des enfants*, Ottawa, chez l'auteur, 1997b. Publié aussi en anglais sous le titre *A National Symposium on Environmental Contaminants and the Implications for Child Health*, Canadian Institute of Child Health.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Protéger les enfants contre les contaminants de l'environnement*, Ottawa, chez l'auteur, 1997a. Publié aussi en anglais sous le titre *Environmental Hazards: Protecting Children*, Canadian Institute of Child Health.

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION POSITION STATEMENT. *The Role of the Childbirth Educator and the Scope of Childbirth Education*, Minneapolis, chez l'auteur, 1986.

JEFFERS, D.F. « Outreach childbirth education classes for low-income families: a strategy for program development », *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 4, nº 1 (1993), p.95-99.

JORDAN, P.L. « Labouring for relevance: expectant and new fatherhood », *Nursing Research*, vol. 39, nº 1 (1990), p. 11-16.

KITZINGER, S. « Birth speak », *Birth*, vol. 23, nº 1 (1996), p. 46-47.

KOREN, G. *Maternal-Fetal Toxicology: A Clinician's Guide*, 2e éd., New York, Marcel Dekker, 1994.

KRAMER, M.S. « Regular aerobic exercise during pregnancy », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT, G.J. HOFMEYR et M.J.N.C. KEIRSE (éd.), [mise à jour le 5 décembre 1996], disponible à la bibliothèque Cochrane [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1997. Mise à jour trimestrielle.

LEDERMAN, R.P. *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*, New Jersey, Prentice-Hall, 1984.

LEPIK, K. « Safety of herbal medications in pregnancy », *Drug Information Perspectives*, vol. 16, nº 3 (1996), p. 1-6.

LEVITT, C., M. HAMMOND, L. HANVEY et A. CONTINELLI. *Approaching Smoking in Pregnancy: A Guide for Health Professionals*, Toronto, College of Family Physicians of Canada/Collège des médecins de famille du Canada, 1997.

LONEY, E., K. GREEN et J. NANSON. « A health promotion perspective on the House of Commons report 'Fœtal alcohol syndrome: a preventable tragedy' », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 85, n° 4 (1994), p. 248-250.

LORIG, K. *Patient Education — A Practical Approach*, Londres (Royaume-Uni), Sage Publications, 1996.

LOTHIAN, J.A. « Critical dimensions in perinatal education », *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 4, n° 1 (1993), p. 20-27.

LUMLEY, J., et J. ASTBURY. « Lifestyle during pregnancy », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989.

MacLAREN, A. « Primary care for women: comprehensive sexual health assessment », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 40, n° 2 (1995), p. 104-119.

MacMILLAN, J.L., J.H. MacMILLAN, D.R. OFFORD et CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. « Periodic health examination, 1993, update: 1. Primary prevention of child maltreatment », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 148, n° 2 (1993), p. 151-163.

MAHOMED, K., et A.M. GULMEZOGLU. « Vitamin D supplementation in pregnancy », dans NEILSON J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques sur disquette, CD-ROM et en ligne, mise à jour le 2 décembre, 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, logiciel de mise à jour, 1998. Mise à jour trimestrielle.

MARCH OF DIMES BIRTH DEFECTS FOUNDATION. *Folic Acid: Good News for Women and Babies*, [dépliant] Wilkes-Barre (PA), chez l'auteur, 1994.

MARTIN, E., et C. YOUNGER-LEWIS. « More than meets the eye: recognizing and responding to spousal abuse », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 157 (1997), p. 1555-1558.

MASON, C., et R. ELWOOD. « Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? », *International Journal of Nursing Studies/Journal international d'étude des soins médicaux*, vol. 32, n° 2 (1995), p. 137-148.

MASTERS, W., et V. JOHNSON. *Human Sexual Response*, Boston, Little Brown, 1988.

McDUFFIE, R.S. Jr, A. BECK, K. BISCHOFF, J. CROSS et M. ORLEANS. « Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women: a randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, n° 11 (1996), p. 847-851.

McFARLANE, J., et B. PARKER. « Preventing abuse during pregnancy: an assessment and intervention protocol », *Maternal-Child Nursing Journal*, vol. 19 (1994), p. 321-324.

MIDMER, D., A. BIRINGER, J. CARROLL, A. REID, L. WILSON, D. STEWART et coll. *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form — Antenatal Psychosocial Health*

Assessment Form, 2e éd., Toronto, University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1996.

MIDMER, D., L. WILSON et S. CUMMINGS. « A randomized controlled trial of the influence of prenatal parenting education on postpartum anxiety and marital adjustment », *Family Medicine*, vol. 27 (1995), p. 200-205.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, ONTARIO. *Le SIDA et l'infection par le VIH : informations destinées aux hôpitaux et aux professionnels de la santé*, Canada, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1998.

MODELAND, A., R. BOLARIA et A. McKENNA. « Domestic violence during pregnancy », *Saskatchewan Medicine Journal*, vol. 6, nº 3 (1995), p. 4-9.

MOLNAR, P., A. BIRINGER, A. McGEER et W. McISAAC. « Can pregnant women obtain their own specimens for group B streptococcus? A comparison of maternal versus physician screening. The Mount Sinai GBS Screening Group », *Family Practice*, vol. 14, nº 5 (1997), p. 403-406.

MUELLER, L.S. « Pregnancy and sexuality », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, juillet et août (1985), p. 289-294.

NAYLOR, C.D., M. SERMER, E. CHEN et D. FARINE. « Selective screening for gestational diabetes mellitus », *New England Journal of Medicine*, vol. 337, nº 22 (1997), p. 1591-1596.

NEILSON, J.P. « Routine ultrasound in early pregnancy [Cochrane Review] », disponible à la bibliothèque Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NEILSON, J., et A. GRANT. « Ultrasound in pregnancy », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 419-439.

NIMROD, C., et P. STEWART. « Screening concepts simplified », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 19 (1997), p. 1441-1442.

NONESUCH, K. *The Popular Guide to Pregnancy, Birth and Baby Care*, Vancouver et Toronto, Douglas & McIntyre Ltd. et Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1991, p. 23, 40, 45-46.

OAKLEY, A. « Measuring the effectiveness of psychosocial interventions in pregnancy », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 8, nº 1 (1992), p. 129-138.

OHLSSON, A. « The ramifications of substance abuse in pregnancy », *Treating the Female Patient*, vol. 6, nº 1 (1992), p. 6.

PAAVONEN, J. « Chlamydia, gonorrhea, and reproductive health », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 17, nº 11 (1995), p. 1067-1075.

PHILLIPS, C.R. *Family-Centred Maternity and Newborn Care: A Basic Text*, 4e éd., Toronto, Mosby, 1996.

PIPER, S., et P. PARKS. « Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey », *Birth*, vol. 23, n° 1 (1996), p. 9-12.

PIVARNIK, J.M. « Maternal exercise during pregnancy », *Sports Medicine*, vol. 18 (1994), p. 215-217.

PODGURSKI, M.J. « School-based adolescent pregnancy classes », *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*, vol. 4, n° 1 (1993), p. 80-94.

POLOMENO, V. « Health promotion for expectant fathers: part II. Practical considerations », *Journal of Perinatal Education*, vol. 7, n° 2 (1998), p. 35-44.

POLOMENO, V. « Health promotion for expectant fathers: part I. Documenting the need », *Journal of Perinatal Education*, vol. 7, n° 11 (1997a), p. 1-8.

RANKIN, S., et K. DUFFY. *Patient Education: Issues, Principles and Guidelines*, New York, J.B. Lippincott, 1983.

RATCLIFFE, S.D., J.E. BYRD et E. SAKORNBUT. *Handbook of Pregnancy and Perinatal Care in Family Practice — Science and Practice*, Philadelphia, Hanley and Belfus, 1996.

REID, A.J., A. BIRINGER, J.C. CARROLL, D. MIDMER, L. WILSON, B. CHALMERS et D.E. STEWART. « Using the ALPHA Form in practice to assess antenatal psychosocial health », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 159, n° 6 (1998), p. 677-684.

RICH, L. *When Pregnancy Isn't Perfect: A Layperson's Guide to Complications in Pregnancy*, New York, Plume, 1993.

ROSEN, M.G. *Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care: Report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care*, Washington, Public Health Service, Department of Health and Human Services, 1989.

ROSS, D. « Hot tubs, saunas, fevers increase risk of some birth defects », *Healthline*, vol. 11, n° 12 (1992), p. 9.

ROZOVSKY, L. *The Canadian Patient's Book of Rights — A Consumer's Guide to Canadian Health Law*, (revu et mis à jour), Toronto, Doubleday Canada, 1994.

RYBURN, Starn J. « Cultural childbearing: beliefs and practices », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 38, n° 1 (1991), p. 39-40.

SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, chez l'auteur, 1999. Publié aussi en anglais sous le titre *Nutrition for a Healthy Pregnancy: National Guidelines for the Childbearing Years*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Publié aussi en anglais sous le titre *Canada's Food Guide to Healthy Eating*, Health Canada, Minister of Public Works and Government Services Canada.

SANTÉ CANADA. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *Joint statement: Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada*.

SANTÉ CANADA (EDWARDS, N., N. SIMS-JONES et S. HOTZ). *Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatales et post-natales, résumé documentaire*, Ottawa, chez l'auteur, 1995e. Publié aussi en anglais sous le titre *Pre and Postnatal Smoking: A Review of Literature.*

SANTÉ CANADA. *Atelier national sur la prévention primaire des malformations du tube neural*, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1995d. Publié aussi en anglais sous le titre *National Workshop on the Primary Prevention of Neural Tube Defects*, Health Protection Branch, Health Canada.

SANTÉ CANADA, LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. « Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la gestion et le traitement des maladies transmissibles sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes (v.21S4) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (suppl.), Ottawa, Santé Canada, 1995c. Publié aussi en anglais sous le titre « Canadian guidelines for the prevention, diagnosis, management and treatment of sexually transmitted diseases in neonates, children, adolescents and adults (v.21S4) », *Canada Communicable Disease Report* (Suppl.), Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatales et post-natales*, Ottawa, Femmes et Programmes de lutte contre le tabagisme, Santé Canada, 1995b. Publié aussi en anglais sous le titre *Smoking Interventions in the Prenatal and Postpartum Periods*, Women and Tobacco Reduction Programs.

SANTÉ CANADA. *Le tabagisme et la grossesse : le dilemme de la femme*, Ottawa, Femmes et Programmes de lutte contre le tabagisme, 1995a. Publié aussi en anglais sous le titre *Smoking and Pregnancy: A Woman's Dilemma*, Women and Tobacco Reduction Programs, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Le programme canadien de nutrition prénatale : guide d'inscription*, 1994c. Publié aussi en anglais sous le titre *The Canada Prenatal Nutrition Program: Guide for Applicants*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents : guide de mise en œuvre*, Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1994b. Publié aussi en anglais sous le titre *Postpartum Parent Support Program: Implementation Handbook*. Health Promotion Directorate, Health Services and Promotion Branch, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Le guide clinique canadien sur les soins préventifs de santé par le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1994a. Publié aussi en anglais sous le titre *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care by the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, Health Canada, Supply and Services Canada.

SANTÉ CANADA. *Acide folique : La vitamine qui aide à protéger contre les malformations du tube neural*, Ottawa, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *Folic Acid: The Vitamin That Helps Protect Against Neural Tube (Birth Defects)*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Utiliser le guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, ministère de l'Approvisionnement et des Services, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *Using the Food Guide to Healthy Eating*, Minister of Supply and Services, Health Canada.

SANTÉ CANADA, FONDATION CANADIENNE SUR L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ INFANTILE, INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, *Réduisez le risque du syndrome de la mort subite du nourrisson au Canada. Énoncé conjoint,* Ottawa, chez l'auteur, 1999. Publié aussi en anglais sous le titre *Reducing the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in Canada. Joint Statement,* Health Canada, Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, Canadian Institute of Child Health, Canadian Pediatric Society.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA [GREAVES, L.]. *Les femmes et le tabac : document de base et mise à jour*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1987, 1990. Publié aussi en anglais sous le titre *Background Paper on Women and Tobacco and Update,* Health and Welfare Canada.

SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*, Ottawa, Direction des services de santé, 1987. Publié aussi en anglais sous le titre *Family-Centred Maternity and Newborn Care*, National Health and Welfare.

SCHROEDER-ZWELLING, E. « The pregnancy experience », dans NICHOLS, F.H., Humenick S. SMITH (éd.), *Childbirth Education: Practice, Research and Theory*, Philadelphia, WB Sanders, 1988, p. 37-51.

SEARS, W., et M. SEARS. *The Baby Book: Everything You Need to Know About Your Baby — From Birth to Age Two*, Toronto, Little Brown, 1993.

SIKORSKI, J., J. WILSON, S. CLEMENT, S. DAS et N. SMEETON. « A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project », *British Medical Journal*, vol. 312 (1996), p. 546-553.

SMAILL, F. « Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT, G.J. HOFMEYR et M.J.N.C. KEIRSE (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance sur disquette et CD-ROM, mise à jour le 5 décembre 1996), Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1997. Mise à jour trimestrielle.

SMAILL, F. « Antepartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation » [révisé le 28 juillet 1992], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON, et C. CROWTHER (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *La consommation préconceptionnelle d'acide folique pour réduire le risque d'anomalies du tube neural,* Comité de pharmacologie et des substances dangereuses, chez l'auteur, nº de référence DT95-0, 1995.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. « Devrait-on procéder au dépistage systématique de l'infection par le VIH pour la grossesse ? », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 5 (1994), p. 203-204. Publié aussi en anglais sous le titre *Should There Be Routine Testing for Human Immunodeficiency Virus Infection in Pregnancy?* Canadian Paediatric Society.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Déclaration de consensus sur la prévention des infections à streptocoque de type B à début précoce chez les nouveau-nés*, Canada, chez les auteurs, n° 29 (août 1994). Publié aussi en anglais sous le titre *Policy Statement — National Consensus Statement on the Prevention of Early-onset Group B Streptococcal Infections in the Newborn.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Énoncé de politique de la SOGC/SOGC Policy Statement — Guidelines for Ultrasound as Part of Routine Prenatal Care, no. 78*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1999.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Partir du bon pied : guide de grossesse et d'accouchement*, chez l'auteur, 1998b. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Your Handbook for Pregnancy and Birth*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, chez l'auteur, 1998a. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques de la SOGC — énoncé de politique n° 62. Dépistage du VIH pendant la grossesse*, Ottawa, chez l'auteur, 1997b. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Clinical Practice Guidelines — Policy Statement no. 62. HIV Testing in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques de la SOGC — énoncé de politique n° 61. Déclaration sur la prévention des infections à streptocoque de type B à début précoce chez les nouveau-nés*, Ottawa, chez l'auteur, 1997a. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Clinical Practice Guidelines — Policy Statement no. 61. Statement on the Prevention of Early-onset Group B Streptococcal Infections in the Newborn*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. « Énoncé de politique : violence contre les femmes », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 18 (1996), p. 803-807. Publié aussi en anglais sous le titre *Policy Statement: Violence Against Women*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques n° 62 de la SOGC* — Dépistage du VIH pendant la grossesse, juin 1997b. Remplace la directive clinique n° 17 de décembre 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Clinical Practice Guidelines — Policy Statement no. 62. HIV Testing in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Opinion du Comité n° 12 : Lignes directrices sur le traitement des nausées et des vomissements de la grossesse*, Ottawa, chez l'auteur, 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Committee Opinion no. 12: Guidelines for the Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Opinion du Comité de la SOGC — maladies transmissibles sexuellement, lignes directrices canadiennes : autrefois, maintenant et à l'avenir, n° 8*, Ottawa, chez l'auteur, 1994b. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Committee Opinion — Sexually Transmitted Diseases, Canadian Guidelines: Then, Now and the Future, no. 8,* Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques concernant les soins obstétricaux et gynécologiques aux femmes vivant avec le VIH*, Ottawa, chez l'auteur, 1994a. Publié aussi en anglais sous le titre *Practice Guidelines for Obstetrical and Gynaecological Care of Women Living with HIV,* Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Énoncé de politique de la SOGC sur l'emploi de l'acide folique pour la prévention des malformations du tube neural, n° 19*, Ottawa, chez l'auteur, 1993a. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Policy Statement — The Use of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects, no. 19,* Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Opinion du Comité de la SOGC sur le dépistage de routine du diabète gestationnel*, Ottawa, chez l'auteur, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Committee Opinion on Routine Screening for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy,* Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

STATISTIQUE CANADA. « Enquête sur la violence contre les femmes », *Le Quotidien*, Ottawa, 18 novembre 1993, p. 1-9. Publié aussi en anglais sous le titre « The violence against women survey », *The Daily,* Statistics Canada.

STEWART, D.E., et A. CECUTTI. « Physical abuse in pregnancy », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 149, n° 9 (1993), p. 1257-1262.

TOBIN, M.A., F.J. CHOW et M.I. BOMER (éd.). *Un guide complet des soins aux personnes atteintes d'une infection à VIH, Collège des médecins de famille du Canada, module 1, adultes, femmes et adolescents*, Toronto, Collège des médecins de famille du Canada, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease, College of Family Physicians of Canada, Module 1, Adults, Women and Adolescents.* College of Family Physicians of Canada.

VILLAR, J., et D. KHAN-NEELOFUR. « Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

WALKINSHAW, S.A. « Glucose polymer vs glucose for screening for/diagnosing 'gestational diabetes' » (révisé le 20 avril 1993), dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et

de la naissance, base de données Cochrane sur disque et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

WEBSTER, J., K. FORBES, S. FOSTER, I. THOMAS, A. GRIFFIN et H. TIMMS. « Sharing antenatal care: client satisfaction and use of the patient-held record », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 36 (février 1996), p. 1, 11-14.

WILSON, L., A. REID, D. MIDMER, A. BIRINGER, J. CARROLL et D. STEWART. « Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, nº 6 (1996), p. 785-799.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1994.

YEO, S. « Exercise guidelines for pregnant women », *Image — The Journal of Nursing School*, vol. 6, 1992, p. 265-270.

Autre ressource

BOULVAIN, M., et W. FRASER. *Anomalies fonctionnelles de la progression du travail d'accouchement*, revue dans le cadre de l'enseignement prégradué, collaboration : Dr Boulvain, Unité de Développement en Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève et prof. Fraser, Département de Gynécologie et Obstétrique, Université Laval, Québec Canada, Internet, 1999.

ANNEXE 1

Exemple d'un dossier prénatal tenu par la femme

Noms et numéros de téléphone des médecins ou sages-femmes :

.....

.....

.....

Nom de la personne qui apportera son aide durant le travail : .....

Numéro de téléphone : .....

Numéro de téléphone du pédiatre : .....

Autres numéros de téléphone : .....

.....

Médecin de garde

Votre médecin (ou celui avec qui il fait équipe) est à votre disposition 24 heures par jour, de 8 h le lundi à 17 h le vendredi. Demandez à parler à votre médecin ou à la personne avec qui il fait équipe en appelant l'opérateur du téléavertisseur au numéro 000-0000.

Plan d'accouchement

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires/Notes

.....

.....

.....

Cours prénatals :		Rendez-vous à la clinique :	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Nom : .....

.....

Partenaire : .....

.....

Âge : .....

DPA : .....

DR : .....

Taille : .....

Poids avant la grossesse :

.....

Examens hématologiques :

☐ Groupe sanguin

☐ Dépistage de l'hépatite

☐ Anticorps

☐ Dosage du glucose

☐ Anticorps antirubéoleux

☐ VIH

☐ Hémoglobine

☐ Syphilis

Autres tests :

☐ Échographie

.....

.....

.....

.....

☐ Allergies

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date	Poids	Tension artérielle	Urine – Protéines	Urine – Glucose	Âge gestationnel (en semaines)	Hauteur utérine (cm)	Fréquence cardiaque et activités fœtales	Présentation et position	Observations	Retour à la clinique

Source : BC Women's Family Practice Maternity Service, Vancouver (Colombie-Britannique), 1998.

ANNEXE 2

Dépistage

CHLAMYDIOSE

Bien que cette question soit encore controversée, de nombreux constats de recherche confirment le bien-fondé de faire subir aux femmes enceintes, pendant le premier trimestre de leur grossesse, une épreuve de dépistage de la chlamydiose (infection à Chlamydia) et de les traiter au besoin (Davies et Wang, 1996). On peut également envisager de soumettre une femme enceinte à ce dépistage si elle répond à l'un des critères suivants : elle a moins de 20 ans, elle est célibataire, a des antécédents d'autres maladies transmises sexuellement (MTS), a plusieurs partenaires sexuels ou un partenaire qui a plusieurs contacts sexuels.

DIABÈTE GESTATIONNEL

La question de l'efficacité des programmes de dépistage du diabète gestationnel continue de prêter à controverse. Les données actuelles n'étayent pas la recommandation générale voulant que les femmes enceintes subissent des épreuves de dépistage du diabète gestationnel (Enkin et coll., 1995; Walkinshaw, 1995). Toutefois, on prévoit effectuer des essais cliniques et on encourage les centres à y participer. Selon des données récentes, l'examen des caractéristiques cliniques des femmes permet d'effectuer un dépistage sélectif efficace de cette affection (Naylor et coll., 1997). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a également formulé des recommandations (SOGC, 1992). Les centres qui n'ont pas la possibilité de participer à des essais cliniques devraient consulter ces lignes directrices et définir une approche pour leur région.

STREPTOCOQUE DU GROUPE B

Le dépistage systématique du streptocoque du groupe B (SGB) soulève une controverse. Aucun essai satisfaisant n'a encore été effectué pour démontrer l'efficacité d'un tel dépistage (Smaill, 1995). Il faut réaliser des essais cliniques multicentriques pour en évaluer l'efficacité dans la prévention de la septicémie néonatale.

L'antibiothérapie pernatale permet de réduire la colonisation et la septicémie des nouveau-nés, mais il est toutefois difficile de repérer chez les

femmes qui entrent en travail la présence d'un risque élevé en raison d'une colonisation à SGB (Smaill, 1997). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et la Société canadienne de pédiatrie ont élaboré un document de consensus qui recommande les mesures suivantes.

Tant que des renseignements plus précis ne seront pas disponibles, deux méthodes sont acceptables pour l'identification et la prise en charge des femmes dont les nouveau-nés sont à plus haut risque de contracter une affection à SGB. Ce sont :

- *le dépistage universel de toutes les femmes enceintes entre les 35e et 37e semaines de gestation par un seul écouvillonnage vaginal et anorectal combiné[1] et l'offre d'une chimioprophylaxie pernatale à toutes les femmes présentant une colonisation à SGB;*
- *aucun dépistage universel mais une chimioprophylaxie pernatale pour toutes les femmes qui présentent des facteurs de risque bien établis. Cette stratégie devrait également être utilisée dans les cas qui font l'objet d'une politique de dépistage universel, lorsque le dépistage n'a pas été exécuté ou que ses résultats sont inaccessibles.*

La chimioprophylaxie pernatale est recommandée lorsque les facteurs de risques suivants sont relevés :

- *travail prématuré (plus de 37 semaines de gestation);*
- *travail à terme (37 semaines de gestation ou plus);*
- *rupture prolongée des membranes. La chimioprophylaxie doit être appliquée si le travail ou la rupture des membranes risquent de se prolonger plus de 18 heures (les avantages néonatals sont optimaux lorsque les antibiotiques sont administrés au moins 4 heures avant la naissance);*
- *fièvre de la mère pendant le travail (plus de 38 °C, par voie orale).*

(SOGC, 1997a)

DOSAGE DES MARQUEURS SÉRIQUES DE LA MÈRE

Le dosage des marqueurs sériques de la mère permet de déterminer si une femme enceinte est exposée à un risque plus élevé de porter un bébé atteint du syndrome de Down (trisomie 21) ou d'une anomalie du tube neural. Les trois marqueurs sériques mesurés sont l'alpha-fœtoprotéine, la gonadotrophine chorianique humaine et l'œstriol non conjugué. Il s'agit d'un programme de dépistage d'anomalies congénitales en pleine évolution, et la

1. On peut aussi proposer aux femmes d'effectuer leur propre écouvillonage (c'est-à-dire un prélèvement à l'aide d'un coton-tige ou écouvillon) (Molnar et coll., 1997).

disponibilité du dépistage varie d'une province à l'autre. Dans certaines provinces ou territoires, les trois marqueurs ne sont pas tous mesurés. Dans certaines provinces, les femmes doivent défrayer leur épreuve de dépistage.

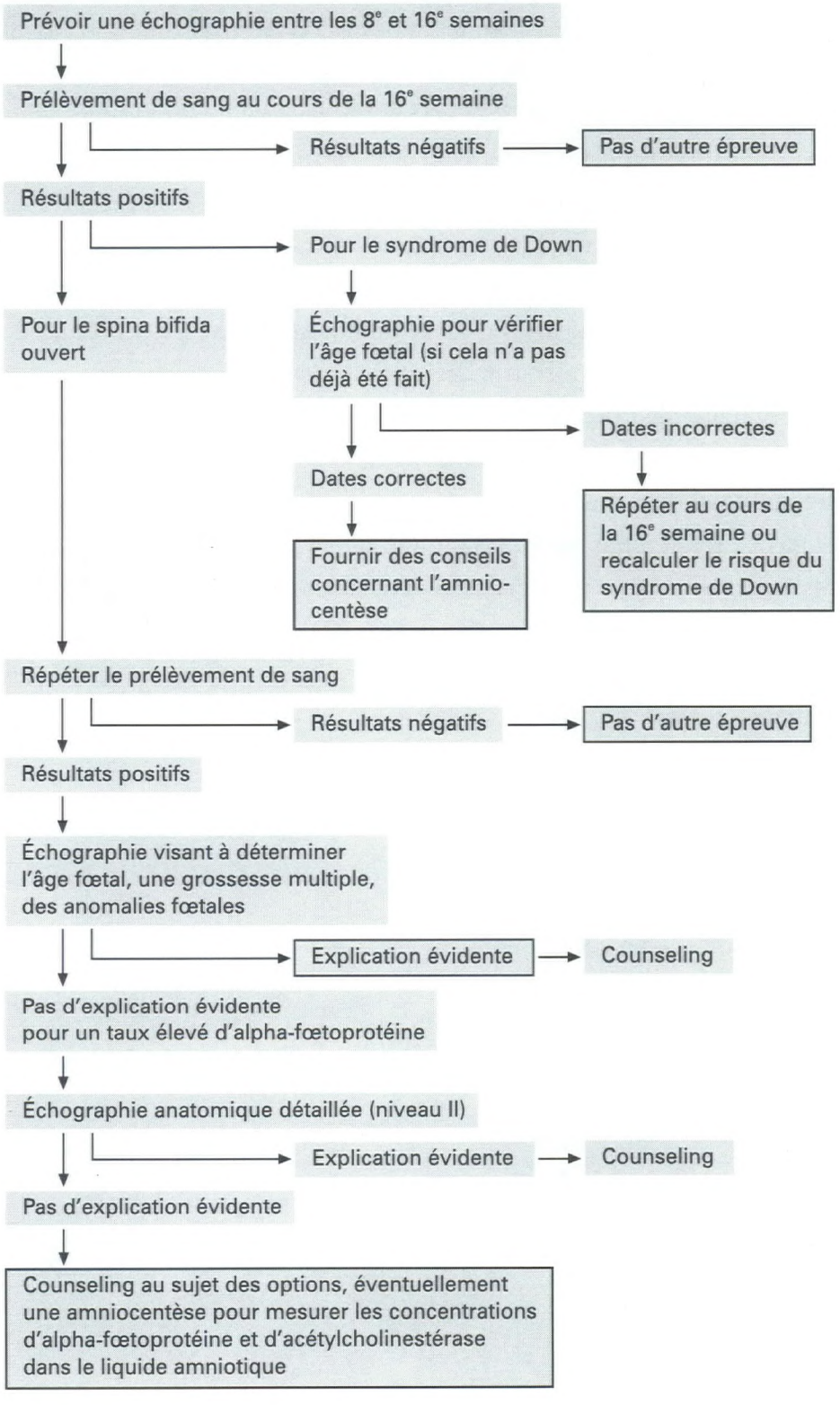
Selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, il existe des preuves acceptables pour recommander le dosage des trois marqueurs auprès des femmes de moins de 35 ans dans le cadre d'un programme complet de dépistage et de diagnostic prénatals (qui comprend la formation, l'interprétation et le suivi). Toutefois, on s'inquiète de la faible sensibilité de cette épreuve de dépistage et du nombre élevé de femmes dont les résultats sont faussement positifs et de femmes qui ne subissent pas d'amniocentèse à la suite de résultats positifs (Dick, en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1996; Carroll, 1994). Les études démontrent la pertinence d'offrir une amniocentèse aux femmes de plus de 35 ans. Les femmes peuvent aussi opter pour le dosage des marqueurs sériques maternels comme solution de rechange.

Il faut informer les femmes de toutes les étapes nécessaires à la confirmation d'une épreuve positive. Par ailleurs, le dépistage ne devrait être offert que dans le cadre d'un programme complet de dépistage et de diagnostic prénatals à trois volets : formation, interprétation et suivi (Dick, en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1996). Les femmes et les familles doivent recevoir de l'information sur le dosage des trois marqueurs durant la grossesse, de manière à pouvoir décider si elles veulent s'y soumettre ou non. Il est essentiel de donner une information complète à tous les parents intéressés au dépistage. Certaines femmes aiment recevoir des renseignements par écrit, comme des brochures. Il faut également offrir du counseling sur l'épreuve de dépistage, y compris sur les résultats possibles, les épreuves supplémentaires et les risques. Si la femme décide de subir l'épreuve, l'échantillon de sérum doit être prélevé entre la 16^{e} et la 18^{e} semaine de grossesse — période de sensibilité optimale pour l'épreuve. Un protocole de counseling doit être suivi. (Consulter le tableau présenté plus loin.)

Pour offrir le dosage des marqueurs sériques de la mère, plusieurs conditions s'imposent : la formation des femmes et des intervenants de la santé, des épreuves de laboratoire exactes et rapides, des services de counseling et de soutien compétents, l'accès à des consultants pour l'échographie et le diagnostic prénatal complexe, et diverses solutions permettant d'interrompre la grossesse. Cette méthode de dépistage coûte cher à la

population et est une source de stress pour les femmes (Carroll, 1994). Le dosage des marqueurs sériques est une méthode complexe, difficile à expliquer et à comprendre. La difficulté réside dans la façon d'expliquer en quoi consiste l'épreuve de dépistage, la différence qui existe entre ce genre d'épreuve et une épreuve de diagnostic, et l'interprétation des résultats. Plus précisément, les femmes peuvent avoir de la difficulté à comprendre pourquoi une personne dont l'épreuve de dépistage d'une affection est négative peut quand même être atteinte de cette affection, ou encore qu'une autre personne dont le résultat est positif peut ne pas en être atteinte. Dans le contexte du dosage des trois marqueurs, la valeur limite initiale est très élevée, et de nombreuses femmes obtiennent des résultats positifs. Cela permet ainsi de repérer une proportion élevée des femmes qui portent un bébé atteint du syndrome de Down ou d'une anomalie du tube neural. En revanche, cela signifie aussi que de nombreuses femmes dont le bébé n'est pas atteint de l'une de ces affections devront subir une épreuve de diagnostic (Nimrod et Stewart, 1997). Les parents risquent donc d'éprouver beaucoup d'anxiété à ce sujet, et le taux de résultats faussement positifs risque d'être élevé. De toute évidence, il est important de mieux éduquer les intervenants et les femmes à ce sujet (Carroll et coll., 1997).

Protocole de dosage sérique chez la mère



Source : Carroll J. « Maternal serum screening », *Canadian Family Physician*, vol. 40, nº 1760, 1994. Reproduit avec la permission de la revue *Médecin de famille canadien*.

ÉCHOGRAPHIE

L'échographie systématique durant la grossesse soulève une controverse, car cette méthode n'a pas d'effet global statistiquement significatif sur la mortalité périnatale. La question mise en cause n'est pas la capacité reconnue de l'échographie de déceler certaines anomalies congénitales, mais le fait que les femmes et les familles décident parfois de ne prendre aucune mesure à la suite des résultats obtenus. L'échographie de routine au cours du deuxième trimestre est aussi utilisée principalement pour établir avec précision l'âge gestationnel. Toutefois, lorsque les femmes connaissent la date exacte de leurs dernières règles, l'échographie apporte peu d'information supplémentaire. En fait, dans ces cas, une estimation basée sur la dernière période menstruelle est plus exacte. La bibliothèque Cochrane souligne ce qui suit : « L'utilisation systématique de l'échographie permet de déceler plus tôt les grossesses multiples et de réduire le taux de déclenchement du travail dans le cas de grossesses « prolongées », mais rien ne prouve qu'elle améliore fondamentalement les résultats cliniques » (Neilson, 1998). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande qu'après discussion des avantages possibles, des limites et des enjeux liés à la sécurité de l'examen, on offre aux femmes la possibilité de subir une échographie entre les 18e et 19e semaines de grossesse (SOGC, 1999). Selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1992), il existe des preuves acceptables pour justifier l'inclusion d'une échographie unique systématique dans la prise en charge des femmes pour lesquelles il n'y a aucune indication clinique d'échographie prénatale.

À la lumière de cette information ambiguë, les cliniciens et les planificateurs de la santé devront décider si ces résultats justifient le fait d'offrir et de payer une échographie systématique en début de grossesse (Neilson, 1998). Il incombera à chaque femme de juger si l'examen fournira des renseignements qui pourront éventuellement l'aider à prendre des décisions.

VIH/SIDA

L'idée d'offrir à toutes les femmes enceintes la possibilité de subir un test de détection du VIH s'appuie sur trois facteurs : le taux croissant d'infection à VIH chez les femmes; l'effet potentiellement dévastateur sur le bébé de la transmission verticale du virus par la mère et l'efficacité établie de l'AZT pour réduire la transmission verticale (SOGC, 1997b).

Il est donc recommandé d'offrir à toutes les femmes enceintes l'épreuve de dépistage du VIH. Cette recommandation est appuyée par la Société des

obstétriciens et gynécologues du Canada (1997b), la Société canadienne de pédiatrie (1994), le Collège des médecins de famille du Canada (1993) et l'Association médicale canadienne (1995). Il faut fournir aux femmes de l'information sur les épreuves de dépistage du VIH, sur les risques et les avantages associés à des résultats positifs, et sur l'efficacité du traitement pour réduire la transmission verticale. Il faut obtenir le consentement de la femme pour procéder à cette épreuve, et l'assurer du respect de la confidentialité. Les femmes séropositives devront être dirigées vers un spécialiste ayant reçu une formation spéciale dans le domaine; on devra aussi leur offrir le traitement recommandé à l'heure actuelle, soit celui par l'AZT (SOGC, 1997b).

Chaque fois qu'un test de dépistage du VIH est effectué, il est essentiel d'offrir du counseling avant et après le test.

ANNEXE 3

Évaluation de la santé psychosociale prénatale (ALPHA)

Des problèmes psychosociaux prénatals peuvent être associés à des issues postnatales défavorables. Le questionnaire ci-après est un moyen de se renseigner sur la santé psychosociale de la femme.

Les sujets de grande préoccupation pour la femme, sa famille ou l'intervenant révèlent habituellement un besoin de soutien et de services supplémentaires. Lorsqu'on décèle des problèmes, il faut prévoir un suivi ou une orientation vers des services spécialisés. L'ALPHA Guide* contient des renseignements plus détaillés sur ce formulaire.

Adressographe

Tenir compte du caractère confidentiel de l'information avant de la partager avec d'autres soignants.

FACTEURS PRÉNATALS	COMMENTAIRES/PLAN
FACTEURS FAMILIAUX	
Soutien social (***VE***, ***VF***, DP) Comment votre conjoint et votre famille se sentent-ils face à votre grossesse ? Qui vous aidera lorsque vous rentrerez à la maison avec votre bébé ?	
Événements stressants vécus récemment (***VE***, ***VF***, ***DP***, MP) Quels changements importants avez-vous vécus cette année ? Quels changements prévoyez-vous pendant votre grossesse ?	
Relation de couple (***DC***, ***DP***, VF, VE) Comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ? Selon vous, comment sera-t-elle après la naissance ?	
FACTEURS MATERNELS	
Soins prénatals (consultation tardive) (***VF***) Première consultation prénatale au cours du troisième trimestre ? (Vérifier les dossiers)	
Cours prénatals (refus ou abandon) (***VE***) Quels sont vos projets concernant les cours prénatals ?	
Sentiments à l'égard de la grossesse après 20 semaines (***VE***, ***VF***) Comment vous êtes-vous sentie lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ? Comment vous sentez-vous maintenant ?	

Issues postnatales

Il a été démontré que les facteurs prénatals figurant dans la colonne de gauche sont associés aux issues postnatales énumérées ci-dessous. Les ***caractères gras*** et ***italiques*** indiquent une ***bonne preuve*** d'association. Le texte en caractère normal indique une preuve assez bonne d'association.

VE – Violence envers les enfants **DC** – Dysfonctionnement du couple **MP** – Maladie physique
DP – Dépression postnatale **VF** – Violence envers la femme

FACTEURS PRÉNATALS	COMMENTAIRES/PLAN
Relations avec les parents durant l'enfance (*VE*) Comment vous entendiez-vous avec vos parents ? Vous sentiez-vous aimée de vos parents ?	
Estime de soi (*VE*, VF) Quelles inquiétudes suscitent chez vous le fait de devenir/d'être mère ?	
Antécédents de problèmes psychiatriques ou affectifs (VE,*VF*, DP) Avez-vous déjà eu des problèmes affectifs ? Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un thérapeute ?	
Dépression au cours de cette grossesse (*DP*) Comment décririez-vous votre humeur durant cette grossesse ?	
TOXICOMANIES	
Abus d'alcool ou de drogues (*VF*, VE) Combien de verres d'alcool buvez-vous par semaine ? Y a-t-il des périodes où vous en consommez davantage ? Est-ce que vous ou votre conjoint consommez des drogues à usage récréatif ? Est-ce que vous ou votre conjoint avez un problème d'alcool ou de drogues ? Autoquestionnaire DETA (**D**iminuer, **E**ntourage, **T**rop, **A**lcool le matin).	
VIOLENCE FAMILIALE	
La femme ou le conjoint a été victime ou témoin de violence (physique, psychologique, sexuelle) (*VE*, VF) Comment était la relation entre vos parents ? Votre père a-t-il déjà fait peur ou fait mal à votre mère ? Vos parents vous ont-ils déjà fait peur ou fait mal ? Avez-vous déjà été victime de violence sexuelle durant votre enfance ?	
Violence actuelle ou passée envers la femme (*VF*, VE, MP) Comment vous et votre conjoint résolvez-vous vos disputes ? Votre conjoint vous a-t-il déjà fait peur par ses propos ou ses gestes ? Avez-vous déjà été frappée, poussée ou giflée par un conjoint ? Votre conjoint vous a-t-il déjà humiliée ou fait subir de la violence psychologique ? Vous a-t-on déjà forcée à avoir une relation sexuelle ?	
Violence envers les enfants infligée par la femme ou le conjoint dans le passé (*VE*) Est-ce que vous ou votre conjoint avez des enfants qui ne vivent pas avec vous ? Si oui, pourquoi ? Avez-vous déjà eu affaire avec une agence de protection de l'enfance (ex. : Société de l'aide à l'enfance) ?	

FACTEURS PRÉNATALS	COMMENTAIRES/PLAN
Punitions imposées aux enfants (*VE*) Comment vous punissait-on lorsque vous étiez enfant? Comment comptez-vous punir votre enfant lorsqu'il n'écoutera pas? Comment traitez-vous vos enfants à la maison lorsqu'ils désobéissent?	

PLAN DE SUIVI :

- ☐ Counseling d'appoint par l'intervenant
- ☐ Consultations prénatales supplémentaires
- ☐ Consultations postnatales supplémentaires
- ☐ Visites supplémentaires pour bébés bien portants
- ☐ Orientation vers des services de santé publique
- ☐ Services d'éducation prénatale
- ☐ Nutritionniste
- ☐ Ressources communautaires/groupe de mères
- ☐ Soins à domicile
- ☐ Cours sur le rôle parental/groupe de soutien des parents
- ☐ Programme de traitement des toxicomanies
- ☐ Ressources pour le renoncement au tabac
- ☐ Travailleur social
- ☐ Psychologue/psychiatre
- ☐ Spécialiste en psychothérapie/psychothérapie conjugale/thérapie familiale
- ☐ Ligne secours/refuge/counseling pour femmes victimes de violence
- ☐ Avis juridique
- ☐ Société d'aide à l'enfance
- ☐ Autre : .....
- ☐ Autre : .....
- ☐ Autre : .....
- ☐ Autre : .....

COMMENTAIRES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date ..... Signature .....

Tous droits réservés ©ALPHA Project 1993 Version : mai 1998

* Il est possible de se procurer le document ALPHA Guide auprès du Department of Family and Community Medicine, University of Toronto.

ANNEXE 4

Nutriments d'importance particulière pendant la grossesse

CALCIUM ET VITAMINE D

Les femmes enceintes ont besoin d'un apport accru de calcium et de vitamine D pour maintenir l'intégrité de leurs os tout en assurant le développement du squelette du bébé à naître. L'apport quotidien recommandé pendant la grossesse est de 1 200 à 1 500 mg de calcium, selon l'âge, et 5,0 μg ou 200 UI de vitamine D (Santé Canada, 1999).

Les données actuelles indiquent que l'apport alimentaire quotidien moyen en calcium des Canadiennes en âge de procréer est inférieur à l'apport recommandé. Certains groupes risquent davantage d'avoir un faible apport en calcium, notamment les femmes de milieux défavorisés et de certains groupes culturels, les adolescentes enceintes et les végétaliennes. Bien que les signes manifestes de carence en vitamine D ne soient pas répandus chez les Canadiens en général, certains groupes peuvent être à risque. Mentionnons, par exemple, les personnes qui ne consomment pas de lait liquide, évaporé ou en poudre, ni de margarine; celles dont les coutumes vestimentaires réduisent l'exposition de la peau aux rayons de soleil; celles qui vivent dans des collectivités du Nord où il n'y a pas beaucoup d'heures d'ensoleillement durant les mois d'hiver; celles qui demeurent à l'intérieur la majeure partie du temps; celles qui ont une pigmentation foncée de la peau (Santé Canada, 1999).

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (1997) recommande aux femmes enceintes de manger chaque jour trois ou quatre portions de produits laitiers comme sources de calcium et de vitamine D. Les produits laitiers sont les sources alimentaires les plus concentrées de calcium hautement assimilable, et la vitamine D contenue dans le lait liquide, en particulier, facilite l'absorption du calcium. Lorsque les habitudes alimentaires révèlent un apport insuffisant en calcium ou en vitamine D, et lorsque l'exposition au soleil est limitée, il est recommandé d'ajouter des sources de ces nutriments au régime alimentaire. (Pour connaître les sources de ces nutriments, consulter *Nutrition pour une grossesse en santé : Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Santé Canada, 1999.)

Des suppléments de calcium ou de vitamine D peuvent être indiqués pour certaines femmes.

FER

Le bilan en fer a une influence importante durant la grossesse tant pour la mère que pour l'enfant. L'apport quotidien recommandé pour les femmes de 19 à 49 ans est de 13 mg pendant le premier trimestre de la grossesse, de 18 mg pendant le deuxième et de 23 mg pendant le troisième. L'augmentation de l'apport recommandé durant les deuxième et troisième trimestres tient compte non seulement du risque que les réserves en fer de la femme soient faibles, mais également du fait que les sources alimentaires de fer ne suffisent peut-être pas pour obtenir l'apport recommandé. On doit évaluer le bilan en fer de toutes les femmes au cours des premières semaines de la grossesse en déterminant leur taux d'hémoglobine; elles devront ensuite faire tous les efforts possibles pour améliorer ou maintenir leurs réserves en fer tout au long de la grossesse.

Selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, les données actuelles ne sont pas assez concluantes pour recommander ou déconseiller l'administration systématique de suppléments de fer à toutes les femmes enceintes. Conscients qu'un grand nombre de femmes ont des réserves de fer insuffisantes pour répondre à leurs besoins durant la grossesse, le Comité de révision scientifique du Groupe d'étude et l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis recommandent que toutes les femmes enceintes reçoivent un supplément quotidien de fer à faible dose au cours des deuxième et troisième trimestres (Santé Canada, 1999).

ACIDE FOLIQUE

Des études ont démontré clairement qu'une supplémentation en acide folique avant le début de la grossesse peut réduire le risque d'anomalie du tube neural du fœtus. Les malformations comprennent le spina-bifida, l'anencéphalie et l'encéphalocèle. Il est généralement reconnu que toutes les femmes qui planifient une grossesse et les femmes dont la grossesse commence devraient consommer quotidiennement 0,6 mg de folate. (Cette question est traitée plus en détail dans le chapitre 3.)

On conseille aux femmes de commencer à prendre un supplément quotidien de 0,4 mg d'acide folique au moins un mois avant le début de la grossesse et de continuer d'en prendre pendant les premières semaines de la grossesse, d'adopter une alimentation saine conforme au *Guide alimentaire*

canadien pour manger sainement (Santé Canada, 1997), en veillant à consommer des aliments riches en folate. Les femmes à risque élevé peuvent avoir besoin d'une dose plus élevée.

ACIDES GRAS ESSENTIELS

Il est important que les femmes enceintes incluent dans leur alimentation quotidienne des quantités suffisantes d'acides gras essentiels (AGE), d'acide linoléique et d'acide α-linolénique pour assurer le bon développement nerveux et visuel du bébé à naître. L'apport nutritionnel recommandé en AGE doit augmenter pendant la grossesse pour satisfaire les besoins de croissance du bébé à naître. Il faut donc encourager les femmes enceintes à augmenter leur consommation d'acides gras essentiels pour qu'elles atteignent l'apport recommandé.

Il faudrait encourager les femmes enceintes à inclure dans leur alimentation quotidienne des sources d'AGE, comme les huiles de soya et de canola, les margarines non hydrogénées, les produits à base de soya (tofu, végéburger) et les vinaigrettes à base d'huile de canola ou de soya.

SUPPLÉMENTS DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX

L'adoption de saines habitudes alimentaires, selon le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, constitue la meilleure façon de combler ses besoins nutritionnels à toutes les étapes de la vie, y compris durant une grossesse. Si l'on soupçonne un apport nutritionnel inadéquat, une supplémentation en vitamines ou en minéraux pourra compléter les apports quotidiens et ainsi permettre d'obtenir les apports recommandés. Il faut avertir les femmes qui prennent des suppléments multivitaminiques et multiminéraux de se limiter à un comprimé par jour, de façon à ne pas dépasser la dose maximale quotidienne de 10 000 UI de vitamine A. Il est connu que la surconsommation de vitamine A (rétinol) augmente le risque de malformations congénitales. Il faut éviter de prendre de la poudre d'os et de la dolomite en tant que suppléments de calcium. Des analyses d'échantillons de ces deux produits ont révélé une contamination par le plomb (Santé Canada, 1999).

ANNEXE 5

Malaises courants pendant la grossesse

Malaise et cause	Approche
Fatigue : elle est due à la croissance et au développement du placenta, qui ne seront pas terminés avant la fin du premier trimestre. L'organisme s'adapte également aux nombreuses autres contraintes physiques et émotives de la grossesse.	Une fois que le placenta est complètement développé, vers la fin du quatrième mois, et l'organisme adapté, la femme retrouve habituellement un niveau d'énergie plus normal. Du repos, une bonne alimentation, une diminution de la charge de travail et le soutien des proches pendant cette période sont autant de moyens d'atténuer la fatigue.
Nausées et vomissements : leur cause est inconnue, mais ces malaises peuvent être associés aux changements hormonaux. Ils affectent de nombreuses femmes, apparaissant souvent au début de la grossesse et disparaissant autour de la 14e semaine. Ils peuvent se manifester n'importe quand durant la journée, mais surviennent plus souvent lorsque la glycémie est basse, habituellement le matin.	Plusieurs moyens permettent de soulager les symptômes et d'atténuer ces malaises : consommer des aliments riches en protéines et en glucides complexes; boire beaucoup de liquides; éviter de regarder, sentir et goûter les aliments qui provoquent la nausée; avoir recours à l'acupression; manger souvent, avant d'avoir faim ou d'avoir la nausée.
Brûlures d'estomac et indigestion : elles sont liées à la sécrétion de progestérone au début de la grossesse. La motilité du tractus gastro-intestinal et la digestion sont ralenties; le péristaltisme est inversé, et la jonction œso-gastrique se relâche, permettant un reflux d'acide gastrique.	Prendre souvent de petits repas. Éliminer les aliments qui provoquent des malaises gastro-intestinaux (aliments piquants, épicés, frits, gras et transformés; caféine; alcool). Éviter de s'allonger immédiatement après le repas. Éviter de fumer. Se reposer ou dormir avec la tête et le thorax surélevés d'environ six pouces. Prendre des antiacides **seulement** après avoir consulté les intervenants.
Salivation excessive : la cause est inconnue, mais elle peut être liée à la réticence à avaler la salive associée aux nausées.	Se brosser les dents fréquemment, utiliser un rince-bouche ou mâcher de la gomme peut aider à assécher la bouche.
Constipation : elle est reliée à la sécrétion de la progestérone. Celle-ci provoque une réduction de la motilité gastro-intestinale, laquelle entraîne une plus grande absorption de l'eau et un durcissement des selles. Une diminution de l'activité physique peut aussi contribuer à la constipation. Plus tard durant la grossesse, l'utérus en expansion exerce une compression intestinale qui contribue également à la constipation.	Éviter les aliments raffinés qui constipent. Augmenter la consommation de fibres alimentaires (aliments riches en fibres). Augmenter la consommation de liquides et l'activité physique. Ne pas utiliser de laxatifs sans avoir consulté les intervenants.
Gaz : ils sont causés par la réduction de la motilité gastro-intestinale due à la sécrétion de progestérone.	Maintenir une évacuation intestinale régulière, manger lentement, éviter les aliments qui donnent des gaz et faire de l'exercice.

Malaise et cause	Approche
Hémorroïdes et saignements rectaux : ils sont dus à la pression exercée par l'utérus gravide et à une constipation non traitée qui s'accompagne d'efforts d'expulsion. Une diminution de l'activité physique peut aussi en être un facteur.	Éviter la constipation par une alimentation adéquate et une consommation suffisante de liquides. Dormir sur le côté et non sur le dos (pour éviter une pression sur les veines rectales). Éviter de rester debout ou assise trop longtemps. Éviter les efforts d'expulsion pendant la défécation. Durant la période postnatale, appliquer des compresses froides ou prendre des bains de siège tièdes pour soulager l'inconfort. Utiliser des médicaments topiques ou des suppositoires. L'exercice de Kegel peut favoriser la circulation veineuse de retour.
Urgence et fréquence de la miction : elles sont causées par une augmentation de la pression de l'utérus sur la vessie, qui empêche cette dernière de se remplir entièrement au début de la grossesse. La femme a donc un besoin pressant d'uriner. Vers la fin de la grossesse, lorsque l'utérus est remonté dans le bassin, l'engagement de la présentation exerce de nouveau une pression sur la vessie, avec les mêmes résultats. La femme enceinte devrait signaler à l'intervenant toute sensation de brûlure ou toute douleur à la miction, pour faire vérifier s'il y une infection urinaire.	S'assurer que la vessie se vide complètement. Limiter la consommation de liquides avant le coucher, mais pas durant la journée.
Incontinence d'urine à l'effort : elle est due à la pression exercée sur la vessie par l'utérus qui grossit. Beaucoup de femmes enceintes ont donc tendance à avoir des pertes involontaires d'urine au cours du dernier trimestre, lorsqu'elles toussent, rient ou éternuent.	Faire souvent l'exercice de Kegel pour renforcer les muscles périnéaux.
Varices : elles sont causées par une augmentation de la pression veineuse dans le bassin et les membres inférieurs vers la fin de la grossesse. La sécrétion hormonale entraîne un relâchement des parois veineuses. La fatigue et des antécédents familiaux peuvent contribuer au problème.	Prévenir ou atténuer les symptômes. Il est indiqué, pour les femmes enceintes, de porter des bas de soutien élastiques, de se reposer, de surélever les pieds et les jambes lorsqu'elles sont assises ou couchées (ne pas croiser les jambes au niveau des genoux lorsqu'elles sont assises), d'éviter les vêtements qui gênent le mouvement et de faire de l'exercice (marche) pour améliorer la circulation. La vulve peut également présenter des varicosités, et le port de bas élastiques est efficace dans ce cas.
Oedème (enflure) : il est provoqué par le ralentissement de la circulation dû à la pression exercée par l'utérus sur la veine cave inférieure. Ce malaise se manifeste habituellement au cours du dernier trimestre, causant une enflure des pieds et des chevilles.	Appliquer plusieurs des mesures mentionnées pour les varices. Il faut conseiller aux femmes de signaler tout œdème qui se manifeste subitement ou une enflure des mains ou du visage.
Saignements de nez et congestion nasale : ils résultent d'une augmentation de la circulation dans la région nasale (provoquée par l'œstrogène). Des changements se produisent dans les comets du nez; ils s'accompagnent d'un œdème qui entraîne une congestion. La congestion et la sécheresse accroissent la fréquence des saignements de nez chez les femmes enceintes.	Appliquer de la vaseline dans les narines pour diminuer la sécheresse et prévenir les saignements. Augmenter l'humidité ambiante. En cas de saignement de nez, maîtriser le saignement au moyen des techniques classiques de premiers soins. Si le saignement persiste ou est difficile à maîtriser, il faut consulter l'intervenant. Un apport alimentaire suffisant en vitamine C permet d'assurer la santé et l'élasticité des veines.

Malaise et cause	Approche
Changements dans la pigmentation de la peau et problèmes de teint: ils sont dus à la stimulation hormonale des mélanocytes provoquée par la progestérone et l'œstrogène. La pigmentation de la peau est de plus en plus prononcée; la peau peut devenir plus grasse ou il peut y avoir une poussée d'acné. Le prurit peut aussi être un problème (dans la région abdominale); bien que la cause en soit inconnue, il peut s'expliquer par l'étirement de la peau et une intensification de la fonction excrétrice de la peau. Il est impossible de prévenir ces problèmes, et il faut rassurer les femmes en les informant qu'ils disparaissent habituellement après la grossesse.	Les mesures suivantes peuvent aider à maintenir l'humidité et à soulager les problèmes cutanés: boire beaucoup de liquides; appliquer un hydratant pendant que la peau est encore humide; maintenir l'humidité ambiante; diminuer la fréquence des bains et utiliser un nettoyant doux sans savon. Éviter de se gratter, car cela ne fera qu'entraîner des lésions. Éviter une exposition excessive au soleil et porter un écran solaire ayant un FPS 15 ou plus lorsqu'on s'expose.
Changements des seins: ils sont causés par les taux d'œstrogène et de progestérone qui provoquent des changements dans le développement des canaux, des lobules et des alvéoles.	Les femmes devraient porter un soutien-gorge offrant un maintien ferme si cela leur fait du bien. Celles qui ont une poitrine plus forte peuvent porter un soutien-gorge la nuit. Elles doivent éviter de se savonner les mamelons, car le savon assèche la peau.
Maux de tête: ils sont habituellement causés par un œdème de la muqueuse nasale et une congestion des sinus. On pense aussi qu'ils peuvent être provoqués par la fatigue et le stress.	Se détendre, se reposer, bien s'alimenter et appliquer en alternance des compresses chaudes et des compresses froides pour les céphalées de tension ou la sinusite. L'application de glace sur la nuque peut aussi aider. Avertir l'intervenant si les maux de tête s'accompagnent de fièvre, de troubles de la vue ou d'un œdème des mains et du visage.
Maux de dos: ils sont habituellement provoqués par la pression et le poids de l'utérus qui grossit et le relâchement des ligaments (causé par la sécrétion d'hormones). Une mauvaise posture et l'obésité peuvent aussi contribuer au problème.	Le gain de poids ne doit pas dépasser les paramètres recommandés. Éviter les chaussures sans soutien adéquat. Soulever et transporter les objets de la façon appropriée. Dormir sur un matelas ferme. Faire quotidiennement des exercices consistant à incliner le bassin et à arquer le dos. Un massage peut également apporter un soulagement et une détente.
Douleurs abdominales: lorsqu'elles sont occasionnelles et non persistantes, elles peuvent être dues à un étirement des muscles et des ligaments supportant l'utérus.	Se reposer dans une position confortable. Si les douleurs s'accompagnent de fièvre, de frissons, de saignements, de pertes vaginales plus abondantes, de contractions, d'étourdissements ou d'autres symptômes inhabituels, il faut communiquer immédiatement avec l'intervenant.
Crampes dans les jambes: elles sont dues à la pression exercée par l'utérus sur les vaisseaux sanguins et les nerfs abdominaux. Une circulation insuffisante vers les jambes causée par une augmentation de la pression veineuse peut aussi entraîner une fatigue des jambes et des crampes douloureuses (habituellement la nuit).	Porter des bas élastiques. Surélever les pieds. En cas de crampes, mettre la jambe bien droite et fléchir la cheville et les orteils vers le haut. Éviter de masser une crampe. Communiquer avec l'intervenant si la douleur persiste (possibilité de thrombus).
Chaleur excessive: elle est due à une sécrétion accrue d'hormones.	Prendre des bains. Se vêtir de façon à pouvoir enlever des épaisseurs de vêtements. Boire des liquides pour compenser la perte d'eau occasionnée par la transpiration.

— CHAPITRE 5 —

Soins durant le travail et la naissance

Table des matières

Introduction 5

Lieu de naissance 6

Plan de naissance 8

Intervenants pour le travail et la naissance 9

Continuité des intervenants 11

Participation de la famille 11

Soins pendant le travail et la naissance 12

Diagnostic et début du travail 12

Évaluation initiale 13

Soins de soutien 14

Évaluation de la progression du travail 17

Alimentation et hydratation durant le travail 17

Positions et marche au cours du travail et de la naissance 18

Surveillance de la santé fœtale 19

Le choix des mots pour bien communiquer 20

Ces recommandations sont-elles réalistes ? 20

Douleurs pendant le travail 21

Mesures de confort 21

Méthodes pharmacologiques de contrôle de la douleur 23

Épisiotomie 26

La naissance et immédiatement après 27

Deuxième phase du travail 27

Naissance et contact mère-enfant 28

Soins durant la troisième phase du travail 29

Dystocie 29

Gestion active du travail 30

Stimulation du travail 31

Intervention médicale pour le traitement de la dystocie 31

Induction du travail 32

Réduction de l'incidence des naissances par césarienne 33

Césarienne : soins dans une perspective familiale 34

Bibliographie 36

Annexe 1 — Plan de naissance 51

Annexe 2 — Méthodes d'induction et de stimulation 54

Annexe 3 — Amélioration continue de la qualité (ACQ) 57

Introduction

Pour la plupart des femmes et des familles, le travail et la naissance sont à la fois sources de joie et de fébrilité, d'incertitude, d'anxiété et de peur. Le fait de donner naissance marque une transition importante dans la vie d'une femme : non seulement elle devient mère, mais elle change et apprend tout au long du processus. Les femmes se souviennent toute leur vie de cette expérience, d'où l'importance capitale du soutien et des soins qu'elles reçoivent. En fait, l'objectif général du soutien durant le travail et l'accouchement est d'en faire une expérience positive pour la femme et sa famille, en plus de veiller au maintien de la santé, de prévenir les complications et d'intervenir en cas d'urgence.

Il est particulièrement important pendant cette période d'appliquer les principes des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, dont les suivants :

- la naissance est un moment privilégié et réjouissant pour tous les membres de la famille et les intervenants présents;
- la naissance est un processus sain;
- les intervenants de la santé jouent un rôle crucial au moment de la naissance et favorisent, en particulier, l'attachement mère-enfant et l'intimité de la famille;
- la continuité des intervenants et des lieux est nettement à conseiller. Par exemple, le travail et la naissance devraient se dérouler dans la même pièce, à moins qu'on ne prévoie une naissance par césarienne;
- les politiques et les procédures sont axées sur les besoins physiques, sociaux et psychologiques de la mère et de son bébé;
- les décisions sont prises en étroite collaboration avec la mère et ses proches;
- la mère et sa famille ont besoin de confort et d'intimité en tout temps, et tout particulièrement durant le travail et la naissance;
- la famille constitue une unité dont les membres sont habituellement inséparables pendant leur séjour à l'hôpital ou au centre de naissance.

Plusieurs particularités de l'environnement influencent la prestation des soins à la mère pendant le travail et la naissance, notamment les méthodes de dotation en personnel, les politiques et les pratiques courantes, les attitudes du personnel et les attentes à la fois des professionnels et des clients. Ces

particularités sont tributaires de la culture locale et de l'interaction des différentes sphères d'action (nationales, régionales et professionnelles), qui sont à leur tour régies par les croyances, les traditions et les normes en vigueur. En interprétant la naissance comme un événement médical plutôt que personnel, on risque de minimiser l'importance d'aspects fondamentaux, tels que le soutien à la mère, le contrôle qu'elle exerce sur la situation et sa capacité d'adaptation, les liens mère-enfant et le caractère sain et naturel de la naissance. Les études comparatives de diverses pratiques cliniques portant sur des femmes dont la grossesse est normale, menées par des intervenants de différentes disciplines, en sont toutes arrivées à la même conclusion : le soutien et les soins de santé continus, et le recours approprié à la technologie sont essentiels au succès optimal de la grossesse et de la naissance (Hodnett, 1998a).

Il faut faire preuve d'initiative pour déterminer quels changements apporter au comportement et à l'environnement, et pour les mettre en œuvre. Il peut être utile d'adopter des concepts tirés d'études sur les chambres de naissance, les soins mère-enfant dans une pièce unique et les maisons de naissance. Toutefois, de tels changements de milieu ne seront vraiment efficaces que dans la mesure où le personnel est conscient du rôle primordial des comportements et des croyances, et où l'on adopte une philosophie cohérente des soins. Sinon, les changements dans l'aménagement physique risquent de n'être rien d'autre qu'un exercice de marketing (Klein, 1993).

Lieu de naissance

Au Canada, la plupart des femmes donnent naissance à l'hôpital. Il existe toutefois quelques maisons de naissance autonomes[1], et un nombre petit mais croissant de femmes choisissent de donner naissance à la maison. Il y a des points communs entre les maisons de naissance autonomes, les naissances à la maison et les petits hôpitaux de niveau I qui dispensent des services de périnatalité aux femmes qui ont une grossesse normale et aux familles. On recommande d'y offrir des services périnatals de base et de veiller à la présence sur place d'intervenants compétents. Le chapitre 2 décrit en détail ces services et les compétences requises.

1. Au Québec, par exemple, des huit projets pilotes autorisés par la loi en 1990, sept maisons de naissance fonctionnent actuellement : six maisons de naissance complètement autonomes, et la maternité de Povungnituk à l'intérieur d'un centre de santé.

Ce n'est pas nécessairement la conception physique des installations du centre de naissance qui rend possible la prestation de soins à la mère et au nouveau-né mieux orientés vers une perspective familiale. En réalité, ce sont les intervenants de la santé qui constituent les piliers de la philosophie des soins. Comme ils estiment qu'un environnement « familial » est un milieu de travail plus agréable, cet environnement peut influer favorablement sur leurs attitudes. Toutefois, des études démontrent que les changements doivent porter bien plus sur les intervenants eux-mêmes que sur les installations physiques de l'unité de naissance. Les modifications des installations doivent s'accompagner de mesures favorisant un changement de mentalité des intervenants de la santé pour qu'ils prodiguent un soutien aux parturientes conformément aux principes des soins dans une perspective familiale (Hodnett, 1998a).

Depuis le début des années 1980, la prestation des soins hospitaliers à la mère et au nouveau-né a subi de profondes transformations. Dans le passé, les hôpitaux disposaient de chambres, d'unités ou de salles distinctes pour le travail, la naissance, la récupération et les soins postnatals. Depuis, des stratégies novatrices ont permis d'améliorer la continuité, l'efficacité et l'efficience des soins. Les femmes peuvent maintenant rester dans la même chambre pour le travail, la naissance et la période postnatale immédiate. Dans un nombre croissant d'hôpitaux, non seulement demeurent-elles dans cette *même* chambre pour les soins postnatals, mais elles y sont soignées par les *mêmes* intervenants de la santé. Les « chambres de naissance » sont des pièces pour le travail, la naissance et la récupération, et parfois même la période postnatale, et le concept global est celui des « soins de périnatalité en chambre unique ». Selon l'équipement, l'aménagement et le nombre de lits, on peut y dispenser des soins à la fois simples et complexes. Une telle évolution vers la chambre unique s'est accompagnée de changements simples ou complexes au niveau des installations, des habiletés et du style.

On recommande d'adopter la chambre de naissance unique comme norme pour la prestation des soins de périnatalité; il s'agit d'une unité mère-enfant affectée au travail, à la naissance et à la période postnatale. Une telle norme assure la continuité des soins et des soignants.

De pair, on recommande de renoncer au système de transferts multiples, selon lequel le travail a lieu dans une chambre, la naissance dans une autre et la période postnatale dans une troisième.

Plan de naissance

Toutes les femmes enceintes et les familles ont des attentes. C'est pourquoi les mères et les intervenants de la santé doivent planifier la naissance de façon à couvrir tout ce que les trois parties (les mères, les familles et les intervenants) estiment important à divers titres. Pour atteindre cet objectif, il est très utile d'encourager les mères à établir leur plan de naissance ou à écrire un sommaire de leurs attentes, souhaits, besoins et craintes. Une telle pratique aide les mères et les intervenants à viser un même but, à savoir que la naissance soit une expérience positive qui se passe en toute sécurité. (Consulter l'annexe 1 pour un exemple de plan de naissance.)

Un plan de naissance écrit offre de nombreux avantages :

- Il peut fournir des points de repère et mener à une discussion ouverte et franche facilitant une prise de décision éclairée et conjointe.
- Il constitue un point de départ permettant à la femme d'exprimer ses craintes, ses attentes, ses souhaits et ses besoins.
- Il crée un climat de confiance en permettant d'examiner toutes les préoccupations individuelles de la femme.
- Il sert d'outil de formation (p. ex., sur les choix quant au lieu de naissance et sur les recherches et les preuves scientifiques étayant certaines pratiques).
- Il permet une utilisation efficace du temps des intervenants; au fur et à mesure que le plan se précise, les intervenants peuvent aider les mères à trouver les ressources communautaires pertinentes.
- Il donne au personnel qui assiste au travail et à la naissance une occasion d'en savoir plus long sur la femme, sur ses connaissances et sur ses souhaits.
- Il permet à la femme de remettre en question les pratiques locales.

Qu'il y ait ou non un plan de naissance écrit, il est important que, pendant la période prénatale, les intervenants de la santé et les femmes enceintes prennent le temps de discuter de leurs attentes respectives.

Intervenants pour le travail et la naissance

Les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les doulas, les accompagnantes, les familles et les proches peuvent tous participer à la prestation des soins prodigués aux femmes durant le travail et la naissance. Tous les intervenants doivent se respecter mutuellement, communiquer et collaborer efficacement. En d'autres mots, ils doivent reconnaître le rôle vital que chacun doit jouer pour que la naissance se passe en toute sécurité et constitue une expérience satisfaisante pour les mères et les familles; s'organiser pour que leurs interventions se complètent; tenir compte des compétences et des limites de chacun pour savoir quand communiquer, consulter et, le cas échéant, diriger la parturiente vers d'autres services. Il est important que les lignes directrices sur la consultation et le transfert de la responsabilité des soins entre professionnels soient énoncées clairement et fassent l'objet d'un consensus. (On trouvera un exemple de lignes directrices efficaces dans *Indications pour les discussions, consultations et transferts de soins obligatoires*, Ordre des sages-femmes de l'Ontario, 1997). Compte tenu des réalités géographiques du Canada, il existe de nombreuses possibilités de développer des modèles de soins selon diverses formes de partenariats entre les infirmières, les sages-femmes, les médecins de famille, les obstétriciens et d'autres médecins (tels les chirurgiens et les anesthésistes). Les milieux ruraux et isolés connaissent toutefois des difficultés particulières.

On doit encourager la présence intermittente ou continue du médecin traitant de la parturiente durant tout le travail. Il faut également mettre en place des mécanismes pour que le médecin soit facilement accessible pour rassurer la mère, la conseiller et lui prodiguer des soins. De plus, tous devraient bien comprendre la nécessité de communications interprofessionnelles continues, tout particulièrement entre les infirmières et les médecins. (Consulter le chapitre 2 pour des recommandations au sujet de l'accessibilité des médecins.)

Il y a une recrudescence d'intérêt au Canada envers le rôle que jouent les sages-femmes auprès des mères dont la grossesse est normale. Bien que les pratiques des sages-femmes varient d'une région à l'autre du pays[2], les

2. Au Québec, la sage-femme exerce dans une maison de naissance. Dans chaque maison de naissance, il y a un Conseil multidisciplinaire de la pratique des sages-femmes regroupant des professionnels de la santé (sages-femmes, médecins, infirmières) et une usagère (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1993).

principes fondamentaux sur lesquels elles s'appuient préconisent habituellement des choix éclairés, la possibilité de choisir le lieu de naissance et la continuité des soins.

Les infirmières ont à la fois le privilège et la responsabilité de soigner des femmes pendant le travail et la naissance en milieu hospitalier. Les soins infirmiers qu'elles prodiguent visent à promouvoir le plus grand bien-être physique et affectif de la femme, de son bébé et de sa famille (Reeder et coll., 1996). Dans le milieu hospitalier, les infirmières sont plus en contact avec la femme et sa famille durant la naissance que les autres professionnels. Elles exercent donc une grande influence sur la façon dont la femme et sa famille vivent cette expérience (Bryanton et coll., 1994).

Pour que la naissance soit une expérience heureuse, il faut établir une relation de confiance et une bonne communication entre les intervenants de la santé et la parturiente. L'infirmière présente durant le travail et la naissance doit connaître la distinction entre un déroulement normal et un déroulement anormal du travail et de la naissance; elle doit maîtriser les compétences techniques pertinentes, communiquer et collaborer efficacement avec l'équipe des soins de santé, et avoir le jugement, la confiance en soi et le savoir-faire pour réagir adéquatement aux situations stressantes et urgentes (AIIC, 1999; AWHONN, 1997; Reeder et coll., 1996). Elle doit aussi être capable d'évaluer les besoins de la mère en tenant compte de la culture de celle-ci (comment la mère interprète l'expérience de la naissance), de même que de ses attentes, de ses besoins et de ses souhaits. Elle doit aider la parturiente à rendre cette expérience la plus positive possible. Enfin, elle doit défendre les intérêts de sa cliente, lui prodiguer des soins physiques et psychologiques, et lui transmettre toute information pertinente; ces interventions relèvent toutes de la pratique infirmière (AIIC, 1999).

Des recherches ont démontré que les infirmières consacrent, en réalité, très peu de temps à réconforter les femmes pendant le travail (Gagnon et Waghorn, 1996; McNiven et coll., 1992). Il faut donc mettre en place des politiques et procédures qui favorisent la présence de l'infirmière au chevet de la parturiente dans la chambre de naissance pour lui donner du soutien. (Consulter la section sur l'évaluation de la progression du travail, à la page 17.)

Continuité des intervenants

Il est préférable de réduire au minimum le nombre d'intervenants durant le travail et la naissance et d'opter pour des modèles de soins qui assurent la présence continue d'au moins un professionnel que la mère connaît. Selon certaines recherches, les femmes qui reçoivent des soins par les mêmes intervenants attentifs tout au long du travail et de la naissance vivent une expérience beaucoup plus positive. La continuité des soins se traduit par une réduction des interventions; on note moins d'indices d'Apgar dont la cote est basse, moins d'intubations et de réanimations, et moins d'épisiotomies; de plus, on observe une augmentation de la satisfaction (Hodnett, 1998b; Klein et coll., 1985; Klein et coll., 1983a et b).

De nombreux intervenants pratiquent en groupe. *La communication avec les mères et les familles d'une part, et entre les intervenants d'autre part, revêt alors une importance capitale.* Les intervenants de la santé doivent expliquer aux mères la structure du groupe et le mode de pratique de ses membres. Si l'intervenant principal ne peut être présent durant la naissance, des mécanismes devraient être mis en place pour permettre à son suppléant d'avoir accès à l'information sur la santé de la parturiente et sur le plan de soins prévu. On devrait offrir à la mère la possibilité de rencontrer dès que possible les autres membres de l'équipe d'intervenants sur appel. Au moment d'organiser un système d'appel, on doit viser un équilibre entre deux besoins, soit d'assurer la continuité des soins à la parturiente et de réserver des périodes de répit pour les professionnels.

Participation de la famille

Une approche axée sur la famille encourage sa participation. La mère devrait déterminer elle-même le ou les rôles de chaque membre de sa famille. Quelques personnes souhaitent peut-être assister à la naissance alors que d'autres préfèrent jouer un rôle de soutien. Certaines cultures précisent quels membres de la famille doivent être présents. Les politiques en matière de visites et de participation doivent reconnaître le rôle primordial de la famille et offrir assez de souplesse pour satisfaire les besoins de soutien familial de la mère. Il faut examiner individuellement chacune des pratiques bien établies, telles que le nombre arbitraire ou déterminé de personnes qui accompagnent la mère dans la chambre, pour tenir compte des besoins de chaque mère.

Soins pendant le travail et la naissance

Diagnostic et début du travail

L'approche adoptée pour l'évaluation et les soins au début du travail peut fortement influencer l'issue de la naissance. Ainsi, on recommande de ne pas procéder à l'admission, dans la chambre de naissance, de mères dont la grossesse est normale si elles ne sont pas en travail actif. Leur admission pourrait conduire à des interventions précoces qui risquent de ne pas être nécessaires (McNiven et coll., 1998; Morris et coll., 1996). Ces mères bénéficient d'un meilleur soutien à la maison ou dans un milieu moins interventionniste, car elles ont alors facilement accès aux mesures de confort et elles peuvent s'alimenter. Les mères qui se rendent à la chambre de naissance dès le début du travail le font habituellement parce qu'elles pensent avoir besoin de soutien et de soins. Le personnel compétent devrait donc les diriger dans une salle d'évaluation de la progression du travail pour faire une évaluation d'admission et un triage. Dans la mesure du possible, cette pièce ne devrait pas servir aux parturientes en travail actif.

Il est important que les unités des centres de naissance définissent des stratégies claires quant à l'évaluation de la mère et de son bébé à naître, au diagnostic du travail, aux critères d'admission, au genre et au moment opportun des interventions médicales au début du travail, et au soutien à procurer aux mères pendant cette période. On recommande d'appliquer les critères suivants pour diagnostiquer le travail actif (SOGC, 1998) :

- dilatation du col de 3 à 4 cm et effacement de 80 à 90 p. 100 chez les femmes qui n'ont jamais donné naissance (nullipares);
- dilatation du col de 3 à 4 cm et effacement de 70 à 80 p. 100 chez les femmes ayant déjà donné naissance (primipares et multipares).

Si la femme est à la phase latente du travail, elle a besoin d'être rassurée et renseignée sur la situation. On peut lui demander de retourner à la maison (si cela lui convient ainsi qu'à sa famille) ou de demeurer dans la salle de triage ou dans une salle d'attente. La marche, les mesures favorisant le confort, l'alimentation et l'hydratation sont particulièrement importantes pendant cette période. *Même au début de la dilatation du col, la douleur liée au travail et l'anxiété peuvent être intenses; certaines mères peuvent avoir besoin de soins supplémentaires et de soutien* (voir la section à la page 21 sur les douleurs

pendant le travail). À cet effet, différentes stratégies sont appropriées telles que des visites à la maison pour évaluer le progrès du travail et aider la mère, ou l'embauche d'une accompagnante ou d'une doula.

Si la mère est en travail actif, elle doit être admise dans la chambre de naissance. À cette phase, les parturientes bénéficient de la présence continue d'un professionnel. La décision d'admettre une femme à la chambre de naissance indique que ce niveau de soins lui sera prodigué jusqu'à la naissance.

Évaluation initiale

Les mères sont souvent inquiètes et craintives lorsque le travail commence et qu'elles entrent à l'hôpital (Chalmers et coll., 1989). Les intervenants de la santé qui accueillent les mères et les familles, et leur donnent du soutien, doivent être conscients de la peur et de l'inquiétude qu'éprouvent beaucoup de femmes, leur conjoint et les personnes qui les accompagnent. Les soins que les parturientes reçoivent pendant cette période auront un effet profond et durable (Simkin, 1991; Green et coll., 1990).

L'infirmière est généralement la première professionnelle à rencontrer la mère. Le moment de l'admission représente une excellente occasion d'établir une relation de confiance avec la mère et les personnes qui l'accompagnent. C'est aussi le moment de revoir le plan de naissance, écrit ou verbal, avec la mère et son conjoint, de discuter de leurs inquiétudes et de leurs préoccupations, et d'expliquer à la mère la nature et les raisons des différents examens et interventions. Une visite du milieu et une présentation du personnel et de leur rôle sont particulièrement importantes si la mère n'a pas fait de visite prénatale guidée.

Lorsqu'une mère entre dans le centre de naissance, l'infirmière détermine ses antécédents et fait une évaluation. Cette évaluation porte sur l'état de la mère et du bébé à naître, sur leur bien-être physique et affectif, leurs besoins individuels et le progrès du travail. Cette évaluation initiale devrait se faire de façon à ne pas perturber la mère ni sa famille.

L'information peut être recueillie au cours d'un entretien avec la mère, en consultant le dossier prénatal et un dossier antérieur de l'hôpital (s'il est accessible) et, au besoin, en posant des questions à la personne qui accompagne la mère. Les dossiers prénatals tenus par le médecin, la sage-femme ou la mère doivent être accessibles pour consultation. Voici les éléments importants d'une première évaluation, qui font normalement partie du formulaire prénatal provincial ou territorial : antécédents obstétricaux; date

de la dernière menstruation; date approximative de la naissance; toute complication associée à la grossesse actuelle; antécédents psychosociaux; problèmes de santé; allergies; maladies transmissibles; résultats du dépistage du streptocoque du groupe B et de l'hépatite B; groupe sanguin et facteur Rh. Les intervenants doivent consulter les directives des pratiques cliniques pour les éléments essentiels de l'évaluation physique de la femme et du bébé à naître (AWHONN, 1997; SOGC, 1998).

Dans quelques centres canadiens, on a recours à certaines pratiques et interventions ne présentant, selon les preuves scientifiques existantes, aucun avantage pour la mère, son enfant à naître et les personnes qui l'accompagnent. On recommande donc les mesures suivantes :

- ne plus demander automatiquement à la mère de porter la chemise d'hôpital;
- ne plus donner un lavement et raser les poils du pubis;
- ne plus obliger systématiquement la parturiente à rester au lit;
- ne plus ordonner systématiquement une perfusion intraveineuse;
- ne plus ordonner systématiquement la surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale, y compris un tracé d'admission du moniteur fœtal;
- ne plus restreindre systématiquement la nourriture et les breuvages;
- ne plus ordonner systématiquement la rupture artificielle des membranes (RAM).

(Neilson et coll., 1998; SOGC, 1998; Chalmers et coll., 1989).

Soins de soutien

On devrait permettre à chaque mère de choisir sa source première de soutien social pendant le travail — que ce soit son conjoint, des amis ou des membres de sa famille. Il faut respecter ces choix. Cependant, un professionnel doit également participer aux soins de soutien. Les recherches ont en effet démontré que le soutien procuré à la parturiente par une personne de son choix ne remplace nullement le soutien d'une sage-femme expérimentée ou d'une doula dont l'engagement est uniquement envers la mère. De plus, ce soutien social exerce une influence positive sur la naissance (Hodnett, 1998c).

Les effets du soutien procuré par une professionnelle compétente dont la responsabilité unique est de soigner la femme en travail sont bien étayés dans les écrits scientifiques (Levitt et coll., 1995). Parmi ces effets, on note un taux moins élevé de naissances par césarienne; un recours moins fréquent à l'ocytocine, à l'anesthésie épéridurale, à l'analgésie ou à l'anesthésie; de meilleurs indices d'Apgar; une diminution des naissances vaginales à l'aide d'instruments; un taux moins élevé d'admissions aux unités de soins intensifs prénatals; une période d'allaitement plus longue (Wolman et coll., 1993; Hofmeyr et coll., 1991; Kennell et coll., 1991; Klaus et coll., 1986; Sosa et coll., 1980). D'autres essais aléatoires ont démontré que les parturientes accompagnées de leur conjoint et d'une sage-femme accréditée sont moins susceptibles de recevoir une anesthésie épidurale (dite aussi péridurale), une anesthésie générale et toute autre forme d'analgésie, qu'elles ont moins d'épisiotomies et se sentent plus en contrôle pendant le travail que les parturientes accompagnées de leur conjoint mais non d'une sage-femme (Blais et coll., 1997; Breart et coll., 1992; Hemminki et coll., 1990; Hodnett et Osborn, 1989a et b; Cogan et Spinnato, 1988). Des études des milieux de pratique où les infirmières passent du temps au chevet de la parturiente, telles que dans l'essai d'auscultation intermittente, ont permis d'observer des effets positifs (Gagnon et coll., 1997; Neilson, 1995a et b; Thacker et Stroup, 1995).

Les soins de soutien exigent la présence continue d'un intervenant et comprennent les différents éléments suivants : un soutien physique (différentes mesures pour assurer le confort de la personne, telles que les massages, le toucher, les compresses froides ou chaudes, etc.); un soutien affectif (encouragement et réconfort); un soutien informatif (directives, renseignements et conseils); la défense des intérêts (communication des souhaits de la mère ou du couple aux autres membres de l'équipe, démarches au nom de la mère) (Hodnett, 1996 et 1998c; McNiven et coll., 1992; Hodnett et Osborn, 1989b).

Il est essentiel aussi que *le milieu soit favorable au soutien.* Le milieu doit être propice à l'intimité et à la tranquillité de la famille, et limiter les dérangements au maximum. Pour créer et maintenir un milieu favorable, il faut adopter une approche pluridisciplinaire qui encourage la participation de tous les intervenants de la santé et tient compte des points de vue des consommateurs; cela permet de convenir d'objectifs mutuels et de suivre de près leur mise en œuvre (Hodnett, 1998a; Philipps, 1994).

On devrait confier à des infirmières[3] la prestation des soins aux familles dans les unités de travail et de naissance. L'envergure de la pratique infirmière convient mieux à la complexité des évaluations requises, sans oublier la possibilité d'imprévus dans la progression du travail. Comme on l'a mentionné précédemment, le plan de dotation devra absolument prévoir la présence continue de l'infirmière auprès de la parturiente pour assurer le soutien. *Les recommandations en matière de dotation font valoir l'importance de la présence d'une infirmière par parturiente à partir de la phase du travail actif et de la naissance jusqu'à la fin de la quatrième phase du travail.*

Les administrateurs d'hôpitaux devraient explorer différentes méthodes novatrices et souples qui assurent la présence d'infirmières pour prodiguer des soins de soutien efficaces; ils devraient établir des politiques et des normes préconisant de tels soins. C'est là un défi de taille, compte tenu de l'utilisation irrégulière des chambres de naissance. Il est donc essentiel d'établir une politique visant la création d'équipes d'intervenants à temps partiel, sur appel, pour appuyer le personnel de base des services de périnatalité.

D'autres mesures permettent aussi aux infirmières de dispenser des soins de soutien, dont les suivantes : promulguer l'idée que des soins de soutien ont une valeur égale ou plus grande que les soins techniques; concevoir des cours de perfectionnement sur l'art et la science du soutien pendant le travail; instaurer des systèmes qui préconisent la tenue des dossiers de soins dans les chambres; structurer les documents de manière à reconnaître l'importance des soins infirmiers de soutien; mettre en œuvre divers changements structuraux, y compris l'emplacement stratégique de chaises et d'ordinateurs; éliminer les tâches inutiles ou l'obligation d'accomplir des tâches qui ne relèvent pas de la compétence des infirmières.

Les infirmières qui prodiguent des soins aux familles à cette étape critique du travail et de la naissance doivent avoir les connaissances, les compétences et l'expérience nécessaires pour s'occuper adéquatement des mères et des bébés confiés à leurs soins. Elles devraient avoir une formation adéquate, adaptée à l'état des mères dont elles ont la responsabilité. (Le tableau 2.3 du chapitre 2 décrit les responsabilités des infirmières responsables de la prestation de soins aux mères durant le travail et la naissance.)

3. Infirmière désigne une infirmière autorisée au Québec et en Ontario et une infirmière immatriculée au Nouveau-Brunswick (AIIC, 1999).

Les infirmières doivent avoir accès à des programmes de formation post-diplôme et à des cours de formation permanente pour développer leurs compétences dans ces domaines de soins. En fait, les organismes doivent encourager la formation et le perfectionnement continus des infirmières; ils devraient explorer la possibilité d'instaurer différents incitatifs sous forme d'avancement clinique et de progression dans l'échelle des salaires, et corriger divers facteurs démotivants, tels que la perte de salaire et les frais de garde d'enfants. La formation permanente peut être dispensée de différentes façons, selon les régions; les cours peuvent être offerts dans des collèges communautaires, par l'entremise de programmes périnatals régionaux, dans des universités ou au moyen d'ateliers de formation à l'interne.

Évaluation de la progression du travail

Le rythme normal de la progression du travail varie grandement, tant à la première qu'à la seconde phase. Lorsqu'on évalue la progression, on doit prendre en considération les nombreux facteurs qui influencent la durée du travail : la parité (nombre de grossesses antérieures de plus de 20 semaines), l'état du col utérin au début du travail, la sorte de travail (spontané ou induit), l'administration et la forme d'analgésie épidurale.

Durant toute la période du travail, on doit évaluer les éléments suivants : le bien-être de la femme et sa capacité d'endurance; les signes vitaux de la femme; la fréquence, la durée et l'intensité des contractions; l'intensité de la douleur; la descente, la flexion, la rotation et la position de la partie du corps du bébé qui se présente; le degré d'effacement et de dilatation du col utérin; la fréquence cardiaque fœtale; le liquide amniotique (couleur, odeur, consistance); les pertes vaginales muco-sanguines.

Alimentation et hydratation durant le travail

Même si de nombreux établissements interdisent aux parturientes toute ingestion d'aliments ou de liquides lorsque leur travail est commencé, le bien-fondé de cette pratique est de plus en plus contesté. L'utilité de cette pratique n'a pas été confirmée dans les études rapportées par les publications savantes. En outre, comme chaque femme et, par conséquent, chaque naissance sont uniques, il semble raisonnable de conclure qu'on ne peut se contenter d'appliquer systématiquement une seule pratique en matière d'alimentation. Les décisions en ce sens doivent donc être prises individuellement, en consultation avec chaque mère. On n'a pas encore déterminé la

quantité adéquate d'aliments ou de liquides qu'une parturiente peut ingérer. Comme c'est le cas pour tant d'autres questions non résolues, il serait temps de songer à effectuer des essais contrôlés. De tels essais devraient explorer tant la question de l'ingestion d'aliments et de liquides durant le travail que le type d'aliments et de liquides acceptables (Ludka et Roberts, 1993; Endler et coll., 1988; McKay et Mahan, 1988; Sachs et coll., 1987).

Positions et marche au cours du travail et de la naissance

Une politique visant à encourager la parturiente à marcher, en particulier au début du travail, peut faciliter la progression du travail et accroître le confort de la parturiente (Nikodem, 1995). La liberté de choisir différentes positions lors du travail et de la naissance entraîne peu de risques et peut même s'avérer bénéfique (Nikodem, 1995).

Les politiques qui encouragent les parturientes à adopter une position assise verticale ou à rester debout durant la première phase du travail sont généralement associées à une réduction des douleurs et à une administration moindre de narcotiques et d'analgésies épidurales. On constate aussi une moins grande variabilité de la fréquence cardiaque fœtale pour les parturientes qui adoptent des positions verticales plutôt que horizontales. Toutefois, aucun essai clinique n'a réussi à confirmer que, durant la première phase du travail, les positions verticales par rapport aux positions horizontales produisent des différences au plan des indicateurs de l'état néonatal (Nikodem, 1995).

Des preuves scientifiques portant sur la seconde phase du travail démontrent que les positions verticales et les positions conventionnelles horizontales ou semi-horizontales ont une incidence similaire sur la durée de la seconde phase du travail, sur la sorte de naissance et sur le risque de traumatisme périnéal (Nikodem, 1995). Les positions verticales tendent néanmoins à être associées à un risque plus élevé de déchirures labiales. Quant aux quelques études sur les effets des positions verticales sur le degré d'inconfort de la mère, elles demeurent peu concluantes (Crowley et coll., 1991; Stewart et Spiby, 1989).

Plusieurs essais ont toutefois rapporté que les positions verticales durant la seconde phase du travail augmentaient les pertes sanguines postnatales (Crowley et coll., 1991). L'administration intramusculaire d'ocytocine au début de la troisième phase du travail, qui réduit les hémorragies après la naissance, devrait aussi minimiser ce risque pour les mères préférant accoucher en position verticale (Prendiville et Elbourne, 1989).

On recommande donc que les unités adoptent des politiques souples sur la position de la mère durant le travail et la naissance pour lui permettre de choisir ce qui lui procure le plus de confort. De plus, on doit encourager le personnel médical et infirmier à prodiguer autant de soins aux mères qui souhaitent accoucher en position verticale qu'à celles qui choisissent des positions horizontales. Toutes les positions suivantes sont possibles : des positions verticales, telles que se tenir debout ou marcher, s'asseoir, s'accroupir et s'agenouiller; différentes positions assises dans une chaise ajustable ou avec le dos appuyé sur une personne ou sur un coussin triangulaire, ou encore assise sur un ballon de naissance; des positions couchées, sur le dos ou sur le côté. En effet, la plupart des femmes varient leurs positions de façon intermittente au cours du travail; la phase même du travail déterminera fort probablement le choix de la position.

Surveillance de la santé fœtale

La surveillance de la santé fœtale (ou monitorage fœtal) est le terme général utilisé lorsqu'on évalue l'état de l'enfant à naître durant le travail. Pour les femmes dont la grossesse ne présente aucun risque apparent, on recommande l'auscultation intermittente, habituellement à l'aide d'un fœtoscope par Doptone, pour surveiller le fœtus (SOGC, 1995a). L'utilisation systématique d'un appareil électronique pour la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale est actuellement remise en question. En effet, son association à un taux plus élevé de naissances par césarienne n'a pas amélioré le pronostic fœtal, ce dernier ayant atteint un plateau; on doute donc de son efficacité (SOGC, 1995a). En fait, il faut enseigner des techniques d'auscultation intermittente pour les phases actives du travail et les appliquer de façon pertinente, soit toutes les 15 à 30 minutes durant la première phase de travail actif et toutes les 5 minutes durant la seconde phase du travail quand la parturiente a commencé à pousser. Dans les cas où l'auscultation intermittente décèle une fréquence cardiaque fœtale non rassurante, il convient d'utiliser un appareil électronique pour effectuer une surveillance continue du fœtus.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande, dans certaines situations particulières, d'instaurer la surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale et de procéder à des prélèvements de sang au niveau du cuir chevelu du fœtus. Au nombre de ces situations, on note un travail prolongé; un travail stimulé par l'administration d'ocytocine; un travail où l'auscultation révèle des signes non rassurants;

un travail présentant un risque particulièrement élevé d'acidose fœtale (SOGC, 1995a).

De nombreuses études démontrent que dans les cas où aucun prélèvement de sang du cuir chevelu du fœtus n'est effectué pour vérifier une fréquence cardiaque fœtale non rassurante (décelée par auscultation intermittente ou par surveillance électronique continue), il en résulte une augmentation des naissances par césarienne qui ne sont d'aucun avantage pour le fœtus. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande donc de faire des prélèvements de sang du cuir chevelu du fœtus en présence d'une fréquence cardiaque fœtale non rassurante (SOGC, 1995a). (Consulter le chapitre 2.)

LE CHOIX DES MOTS POUR BIEN COMMUNIQUER

Une des premières règles est de ne pas choisir des termes physiologiques pour décrire des conditions inconnues ou soupçonnées. Par conséquent, quelle que soit la méthode de surveillance fœtale adoptée avant la naissance, il faut éviter de dire qu'il y a « souffrance fœtale », « asphyxie » ou « dysfonctionnement placentaire » pour décrire l'état de l'enfant à naître. Ces termes ne doivent être employés *qu'après* la naissance, lorsqu'on aura établi un profil clinique complet, c'est-à-dire lorsqu'on aura déterminé l'implication d'autres systèmes que le cerveau et effectué une analyse adéquate des gaz sanguins. Si l'état de l'enfant à naître suscite des inquiétudes, il est approprié de dire que la surveillance fœtale signale des données « rassurantes » ou « non rassurantes ». Les fréquences non rassurantes, déterminées au moyen d'appareils électroniques de surveillance fœtale ou d'auscultation intermittente, doivent être examinées à fond, après quoi il faudra prendre des mesures pour améliorer la situation (changement de position de la mère, oxygène, etc.); ou encore, elles devront être confirmées à l'aide d'un prélèvement de sang au niveau du cuir chevelu du fœtus. Si, malgré cela, on ne réussit pas à rendre la situation « rassurante », il faut accélérer la naissance.

CES RECOMMANDATIONS SONT-ELLES RÉALISTES ?

Le document de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Monitorage fœtal durant le travail* (1995a), a souvent été ignoré, ayant été jugé irréaliste et impossible à appliquer en raison de contraintes budgétaires et du manque d'effectifs. En revanche, les preuves scientifiques démontrent la validité de ces directives de façon suffisamment convaincante pour qu'on exige que toutes les unités de soins périnatals disposent des effectifs

nécessaires pour les mettre en application. *Les soins infirmiers prodigués dans un rapport d'une infirmière par parturiente durant la phase active du travail devraient maintenant être une condition essentielle des soins en périnatalité au Canada.* Il a été démontré que des soins infirmiers de grande qualité, prodigués dans un rapport d'une infirmière par parturiente, sont essentiels à l'utilisation en toute sécurité de l'auscultation intermittente comme principale méthode de surveillance fœtale. Compte tenu de l'état actuel des connaissances, quand une unité exige la surveillance électronique continue du fœtus comme méthode appropriée de soins infirmiers de surveillance fœtale, on peut supposer, en réalité, qu'elle accepte de prodiguer des soins périnatals de qualité inférieure. De toute évidence, il devrait être inacceptable, au Canada, que la prestation de soins infirmiers s'écarte de la norme d'une infirmière par parturiente durant la phase active du travail et ce, quelle que soit la méthode de monitorage fœtal employée.

Douleurs pendant le travail

La douleur est une caractéristique universelle de la naissance. Toutefois, l'intensité de la douleur et la capacité de chaque femme de la supporter varient selon différents facteurs : l'expérience de la mère, sa constitution psychologique, son niveau de préparation à la naissance, ses croyances et pratiques culturelles, la qualité et l'intensité des contractions utérines, le soutien qu'elle reçoit durant le travail et la naissance, et la position du fœtus (Simkin, 1995; ICEA, 1993).

Divers moyens permettent de soulager les douleurs pendant le travail. Il est important que les mères aient l'occasion, bien avant la date prévue de la naissance, de discuter de tous ces choix, qui impliquent un degré d'intervention variant du plus petit au plus grand, et d'exprimer leurs préférences pour faciliter une prise de décision éclairée.

MESURES DE CONFORT

La majorité des parturientes ne veulent pas prendre de médicaments pour soulager la douleur ou souhaitent en retarder l'utilisation le plus possible tandis que d'autres préfèrent en prendre. Un soutien professionnel continu peut fort bien être la méthode non pharmacologique la plus puissante de gestion de la douleur durant le travail (Hodnett, 1998c).

Le soutien du conjoint ou des proches et l'aide professionnelle d'une doula, d'une sage-femme ou d'une infirmière font partie intégrante du soutien à la mère pendant le travail. Les publications savantes démontrent

bien l'importance et les avantages des soins de soutien, dont une utilisation moins élevée de médicaments pour soulager la douleur (Hodnett, 1998c). Les soins de soutien comprennent différents éléments : la présence continue d'une soignante, des mesures particulières pour assurer le confort physique, de l'encouragement, du réconfort et de l'information (Hodnett et Osborn, 1989). Il est important que la mère ait accès à la totalité des mesures de soutien pour les utiliser selon ses besoins.

Les soins de soutien et les mesures de réconfort sont nombreux et variés. De l'avis de certaines femmes, le toucher aide à supporter les douleurs du travail, à condition que cela se fasse avec compétence, compassion et dans un but de soutien et de réconfort (Weaver, 1990). Les techniques de toucher comprennent la contrepression, habituellement au bas du dos, l'effleurage et le massage.

La relaxation est le but de bien des méthodes non pharmacologiques de contrôle de la douleur. Selon Dick-Read et coll. (1994), les techniques psychoprophylactiques, comprenant la respiration dirigée, la vocalisation contrôlée, les gémissements et le chant (lent et monotone), peuvent aider la mère à relaxer. On a pu constater que les femmes formées à l'utilisation de différentes techniques psychoprophylactiques ont moins besoin de médicaments pour soulager la douleur. L'imagerie mentale dirigée ou autoguidée est une autre de ces techniques; elle mise sur la concentration et vise à distraire de la douleur.

Les parturientes peuvent aussi se détendre en prenant une douche ou bien un bain tourbillon ou à jets d'air. On a observé que l'immersion dans l'eau au cours de la première phase du travail réduit le besoin d'avoir recours à d'autres méthodes de soulagement de la douleur; jusqu'à maintenant, aucun effet nocif d'importance n'a été relevé (Nikodem, 1998). Il faut toutefois utiliser les baignoires avec prudence, en gardant à l'esprit les points suivants : la température de l'eau du bain doit être de moins de 39 °C pour minimiser les risques (Hall et coll., 1990); les mères doivent continuer à boire, puisque les bains augmentent la diurèse; les signes vitaux des mères doivent être notés avant leur entrée dans la baignoire et toutes les 30 minutes par la suite. (L'auscultation du cœur fœtal pendant la première phase du travail peut être effectuée au moyen d'un appareil portatif à effet Doppler ou d'un fœtoscope.) Enfin, chaque établissement devrait établir ses propres politiques pour le nettoyage et l'entretien des baignoires. Certains rapports soulignent une légère augmentation de la température corporelle de la mère et de la fréquence

cardiaque fœtale pendant les 15 à 30 minutes après le bain (Schorn et coll., 1993). Des études n'indiquent cependant aucune augmentation d'infections fœtales ou maternelles attribuables à l'utilisation de l'hydrothérapie pendant le travail; cela inclut les femmes dont les membranes sont rupturées (Rush et coll., 1996; Schorn et coll., 1993; Waldenstrom et Nilsson, 1992; Lenstrop et coll., 1987; Odent, 1983).

Les *douleurs du dos* pendant le travail peuvent être soulagées ou éliminées au moyen d'injections intradermiques d'eau stérilisée. Cette technique, qui consiste à utiliser de l'eau stérilisée pour soulever quatre papules au-dessus du sacrum en des endroits précis, peut être facilement apprise par toute personne capable d'administrer un test cutané à la tuberculine. Il faut utiliser de l'eau stérilisée et non du soluté physiologique. Bien que la technique provoque une douleur locale transitoire après l'injection, elle peut réduire la nécessité d'utiliser des méthodes plus invasives pour soulager la douleur si elle est utilisée avec d'autres techniques de soutien, telles que la respiration et la relaxation (Reynolds, 1994, 1992; Trolle et coll., 1991; Ader et coll., 1990; Lytzen et coll., 1989; Melzack et Schaffelberg, 1987).

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES DE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

De nombreux médicaments peuvent être utilisés pour soulager les douleurs du travail. Il est important que les intervenants de la santé discutent des avantages et des risques de chacun de ces médicaments avec les femmes et les familles dans le cadre des soins prénatals, pour permettre de prendre des décisions éclairées.

Les narcotiques peuvent être administrés par injection intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC), par perfusion intraveineuse ou par analgésie intraveineuse contrôlée par la parturiente. Les agonistes narcotiques (morphine, mépéridine, fentanyl) ou les agonistes-antagonistes (nalbuphine, butorphanol) sont utiles lors du travail. L'analgésie intraveineuse auto-administrée permet à la mère de contrôler la douleur selon des paramètres définis, tout en assurant une thérapie plus continue avec de meilleurs niveaux de médicament et moins d'effets secondaires aigus que ceux associés aux bols intramusculaires à plus hautes doses. L'administration de narcotiques par voie parentérale comporte plusieurs désavantages : sédation de la mère; nausées et vomissements; soulagement incomplet de la douleur; hallucinations; dépression respiratoire; transfert au fœtus menant à une sédation et à une dépression respiratoire fœtales ou néonatales. Les moments où l'on peut

utiliser des narcotiques sont donc restreints, et des doses plus importantes par voie intramusculaire ou intraveineuse ne devraient pas être administrées dans les deux heures environ précédant la naissance. En revanche, le recours à l'analgésie intraveineuse auto-administrée n'est pas contre-indiquée durant les deux dernières heures du travail. Toutefois, si on décide d'en faire usage, une personne qualifiée doit être présente lors de la naissance pour traiter les dépressions respiratoires néonatales possibles.

De tous les anesthésiques administrés par inhalation, seul l'oxyde nitreux dans l'oxygène (mélange 50:50) est utilisé pour une analgésie durant le travail. L'oxyde nitreux produit des effets analgésiques légers. Certains de ses avantages sont psychologiques : par exemple, il fournit une distraction pendant les contractions. Le désavantage, c'est qu'il n'est efficace que pour de courtes périodes. Il est donc mieux de l'utiliser lorsque le col est presque complètement dilaté ou dans l'attente d'autres méthodes de soulagement de la douleur. Il faut toutefois s'assurer d'une récupération adéquate des gaz pour éviter l'inhalation de l'anesthésique par le personnel qui prête assistance à la mère. Parmi les effets secondaires de l'oxyde nitreux sur la mère, on retrouve les nausées, les étourdissements, la sédation et des séquences d'hyperventilation ou d'hypoventilation menant à l'hypoxémie entre les contractions.

L'analgésie épidurale, dite aussi péridurale, a été utilisée efficacement et avec sécurité depuis les années 1960 (Reynolds, 1989). L'analgésie épéridurale durant le travail soulage la douleur tout en maintenant l'état de conscience de la mère (Howell et Chalmers, 1992; Harrison et coll., 1987). Des études indiquent que les femmes en sont très satisfaites (Philipsen et Jensen, 1990; Harrison et coll., 1987; Robinson et coll., 1980). Toutefois, des études récentes en ont démontré les effets négatifs sur la progression du travail et sur la capacité des parturientes d'avoir une naissance vaginale spontanée et non assistée, particulièrement pour celles qui accouchent de leur premier enfant (Howell et Chalmers, 1992).

L'analgésie épidurale est associée à une augmentation des naissances vaginales à l'aide d'instruments durant la seconde phase du travail, en particulier celles nécessitant la rotation de la tête fœtale (Howell, 1992). Dans certains contextes cliniques, les analgésies épéridurales peuvent constituer un facteur de risque de naissance par césarienne. Des recherches plus poussées sont cependant nécessaires pour évaluer l'exactitude de cette association présumée. Plusieurs méthodes ont été proposées pour minimiser

les effets des analgésies épidurales sur la progression du travail durant la seconde phase : l'utilisation d'infusions locales continues de solutions anesthésiques ou narcotiques diluées pour minimiser le blocage moteur (Vertommen et coll., 1991); l'utilisation de l'ocytocine pour stimuler le travail pendant la seconde phase (Saunders et coll., 1989); l'utilisation de la technique visant à retarder la poussée (Vause et coll., 1998; Fraser et coll., 1997).

Dans le cas de nullipares auxquelles on administre une analgésie épidurale, on a démontré que le fait d'utiliser une technique visant à retarder la poussée jusqu'à deux heures après la dilatation complète du col contribue à une réduction du nombre de naissances difficiles à partir de la seconde phase (Fraser et coll., 1997). Les mères dont le bébé se présente par le siège ou en position transverse sont les plus susceptibles de bénéficier de cette technique.

Parmi les techniques récentes d'analgésie épidurale, on note l'analgésie spinale-épidurale combinée et l'analgésie épidurale auto-administrée. Lorsqu'on a recours à l'analgésie spinale-épidurale combinée, la phase initiale de l'analgésie comprend l'administration intrathécale (c'est-à-dire dans l'espace sous-arachnoïdien) d'un narcotique avec ou sans anesthésique local. Cette méthode minimise les risques de blocage moteur et laisse la mère libre de marcher durant la phase initiale. Une étude récente a démontré que la durée de la première phase du travail était moindre avec l'analgésie spinale-épidurale combinée, comparativement à l'analgésie épidurale conventionnelle (Tsen et coll., 1999). Avec l'analgésie épidurale auto-administrée, la dose totale d'agents utilisés est réduite au minimum. Des essais contrôlés, aléatoires et multicentriques, actuellement en cours au Canada et aux États-Unis, comparent l'analgésie intraveineuse auto-administrée à l'analgésie épidurale pendant le travail pour déterminer l'incidence des épidurales sur les interventions qui doivent être faites durant la seconde phase du travail (Sharma et coll., 1997).

Si les parturientes ont accès à une analgésie épidurale, il est important de donner aux femmes enceintes, bien avant la date prévue de la naissance, l'information sur les avantages et les risques de cette méthode pour qu'elles aient le temps d'y réfléchir. On recommande de ne pas considérer uniquement l'utilisation de l'épidurale comme technique de choix pour soulager la douleur, mais de réserver plutôt son utilisation au moment où les autres méthodes, comme les mesures de confort décrites plus haut, se révèlent inefficaces. Il est également recommandé que tous les intervenants

de la santé — médecins de famille, obstétriciens, sages-femmes, infirmières et anesthésistes — travaillent en étroite collaboration pour optimiser le recours à toutes les formes de contrôle de la douleur par les femmes. En outre, les praticiens des centres de soins de santé devraient prévoir un cheminement déterminant les méthodes de soulagement de la douleur et utiliser des échelles de mesure de la douleur, telles les échelles analogiques visuelles.

Épisiotomie

Compte tenu de l'accumulation des preuves recueillies, il faut cesser d'avoir *systématiquement* recours à l'épisiotomie. En fait, des recherches démontrent que les traumatismes sont causés par l'épisiotomie elle-même plutôt que par les conséquences associées à l'absence d'épisiotomie. Parmi les seuls essais aléatoires effectués en Amérique du Nord, auxquels ont participé plus de 700 femmes, les meilleurs résultats ont été obtenus par les femmes dont le périnée était intact, suivis de celles qui avaient des déchirures spontanées du deuxième degré; les pires résultats ont été observés chez les femmes ayant eu une épisiotomie ou chez celles dont les épisiotomies s'accompagnaient d'une déchirure du troisième ou quatrième degré. En outre, les femmes dont le périnée était intact ou qui avaient une déchirure spontanée du deuxième degré ressentaient généralement moins de douleurs périnéales au cours de la première, de la deuxième et de la dixième journées postnatales; selon les résultats de recherches, cet effet se prolongeait jusqu'à trois mois après la naissance. De plus, la satisfaction sexuelle après la naissance est accrue lorsqu'on évite de pratiquer l'épisiotomie. Les preuves scientifiques indiquent que les femmes qui ont subi une épisiotomie lors de leur premier accouchement sont vingt fois plus susceptibles d'avoir une déchirure du troisième ou du quatrième degré que celles qui n'ont pas eu cette intervention (Klein et coll., 1992, 1994, 1995).

Comme l'épisiotomie médio-latérale est plus douloureuse que l'épisiotomie médiane, et que toutes deux sont associées à une morbidité maternelle accrue, sans avantage démontrable pour la mère ou le bébé à naître lorsqu'elles sont pratiquées de façon systématique, on devrait réserver ces deux interventions aux cas spéciaux, surtout lorsque le bien-être du bébé à naître suscite des inquiétudes (en présence d'une progression non rassurante du travail) et en présence d'indications maternelles très limitées. En fait, les ventouses et les forceps peuvent être employés sans épisiotomie, laquelle ne

devrait être pratiquée que lorsqu'il faut accélérer la naissance à cause de préoccupations au sujet de l'état du bébé. Chaque hôpital doit réexaminer ses procédures relatives aux épisiotomies à la lumière de ces concepts, lesquels doivent de plus être intégrés aux programmes d'études en médecine.

La naissance et immédiatement après

Deuxième phase du travail

On définit habituellement la deuxième phase du travail comme la période allant de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance du bébé. Il est important de reconnaître que le travail est un processus et sa progression, un continuum. Ainsi, plutôt que d'émettre systématiquement des directives arbitraires, les intervenants de la santé doivent réagir aux signaux de la parturiente. Ils doivent également bien connaître les paramètres relatifs à la sécurité de la mère et du fœtus (SOGC, 1998).

La durée de la deuxième phase du travail ne devrait pas être définie de façon arbitraire; elle devrait plutôt être évaluée individuellement pour chaque parturiente. Ainsi, s'il y a signe de progrès et que l'état de la mère et celui du bébé sont satisfaisants, il n'est pas nécessaire d'intervenir (SOGC, 1998). Dans le passé, on avait déterminé que deux heures représentaient la limite supérieure normale de la durée de la deuxième phase du travail pour les nullipares. D'après les données les plus récentes, la durée moyenne de la deuxième phase peut se prolonger, compte tenu de l'utilisation d'analgésie épidurale (Howell et Chalmers, 1992; Paterson et coll., 1988). Il semble qu'en présence d'anesthésie épidurale, il n'y ait aucun lien entre la durée de la deuxième phase et le risque d'une issue néonatale défavorable (Saunders et coll., 1992; Moon et coll., 1990; Cohen, 1977). Les cliniciens devraient donc éviter d'imposer des limites à la durée de la deuxième phase lorsqu'il y a analgésie épidurale. Tant et aussi longtemps que l'on constate une progression continue (mesurée par la descente de la tête du bébé) et que l'état du bébé et de la mère restent satisfaisants, on devrait opter pour la gestion non interventionniste (aussi appelée gestion attentiste ou expectante), c'est-à-dire laisser le travail se dérouler naturellement sans intervenir. (Consulter le texte relatif aux épidurales à la page 24.)

Naissance et contact mère-enfant

À mesure que la tête du bébé apparaît, la pression du vagin sur le thorax du bébé lui fait expulser les sécrétions des voies respiratoires supérieures. Il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à l'aspiration des sécrétions du bébé à ce moment; on ne devrait le faire que s'il y a présence de particules de méconium dans le liquide amniotique ou que si le bébé a du mal à expulser les sécrétions de ses voies respiratoires supérieures. En effet, la laryngoscopie et l'intubation ne doivent pas être pratiquées systématiquement, mais seulement en cas de détresse respiratoire.

Il faut fortement insister pour que le premier contact du bébé avec la mère et la famille dure le plus longtemps possible. Le nouveau-né doit être placé en contact physique avec la mère, par exemple sur son abdomen ou dans ses bras, le plus tôt possible après la naissance. On ne doit placer un nouveau-né dans un lit chauffant (p. ex., l'unité néonatale) immédiatement après la naissance qu'en présence d'une indication médicale, d'une incapacité de la mère de recevoir immédiatement le bébé sur son abdomen ou d'une demande de la mère de le placer dans le lit chauffant. En pareil cas, le lit chauffant doit être placé près des parents. (Si le bébé est dans le lit chauffant pendant plus de 10 minutes, des servomécanismes de contrôle doivent être utilisés pour s'assurer que le bébé n'a pas trop chaud.)

La mère et le nouveau-né forment un tout inséparable. Il faut donc éviter de les séparer pendant les premières heures après la naissance; le contact direct avec la peau est d'ailleurs fortement recommandé. Le premier contact entre la mère et le nouveau-né marque le début de tous les liens affectifs subséquents de l'enfant. Le sentiment de sécurité de l'enfant commence à se développer dès ce moment, et les événements des premiers instants ont des effets à long terme. De plus, on ne saurait sous-estimer les bienfaits de ce contact précoce prolongé pour la mère, puisqu'il concrétise son sentiment d'accomplissement. L'importance de garder le bébé et la mère ensemble passe bien avant toute autre considération pratique de l'établissement et toute politique conventionnelle. Même si des interventions précises, telles que la pose des bracelets d'identité et l'administration de la vitamine K ou de médicaments ophtalmiques, sont nécessaires aux soins du bébé (ou exigées par la loi), il faut les exécuter de façon à nuire le moins possible à la formation des liens précoces d'attachement. D'ailleurs, l'évaluation du nouveau-né peut se faire en présence de la mère.

Après la naissance, on doit encourager les mères à allaiter leur bébé dès qu'il est prêt et disposé à téter. Un contact précoce prolongé a un effet positif sur le succès de l'allaitement maternel. Des études démontrent que la séparation de la mère et du nouveau-né immédiatement après la naissance nuit à l'établissement de la lactation (ICSI, 1996). (Consulter le chapitre 6 pour plus de détails sur les soins au nouveau-né, y compris la réanimation. Pour des précisions sur l'allaitement maternel, consulter le chapitre 7.)

Soins durant la troisième phase du travail

Tout de suite après la naissance du bébé, si l'utérus reste ferme et qu'il n'y a aucun saignement inusité, la pratique habituelle consiste à attendre et à surveiller la condition de la mère jusqu'à ce que le placenta se détache. Pour s'assurer que l'utérus ne devient pas atone ou ne se remplit pas de sang derrière le placenta détaché, on devrait vérifier fréquemment sa hauteur et sa consistance en posant une main sur le fond utérin (SOGC, 1998).

Les preuves scientifiques obtenues dans le cadre d'essais contrôlés viennent étayer l'utilisation systématique de médicaments ocytociques au cours de la troisième phase du travail. Cependant, leur avantage — soit une diminution du risque d'hémorragie postnatale — doit être examiné comparativement au risque relativement peu élevé d'hypertension et aux inconvénients liés à l'utilisation systématique d'injections. En outre, les données accessibles n'appuient pas l'utilisation prophylactique continue de l'ergométrine; ce médicament n'offre aucun avantage supérieur à l'ocytocine pour réduire la perte sanguine et il est associé à un plus grand risque d'hypertension et de vomissements (SOGC, 1998).

Dystocie

À ce jour, aucun critère n'est universellement reconnu pour le diagnostic de la dystocie. Toutefois, une ligne directrice canadienne suggère les critères de dystocie suivants : le col doit d'abord être dilaté à 3 cm; par la suite, pour une période d'au moins quatre heures, la dilatation du col doit s'effectuer à un rythme inférieur à 0,5 cm par heure (Panel de la Conférence consensuelle nationale sur les aspects des césariennes, 1986). En comparaison avec d'autres

définitions de la dystocie, celle-ci démontre un niveau acceptable de sensibilité et une grande précision (Lemay, 1995).

Si l'on s'appuie sur cette définition relativement prudente, on peut conclure qu'un fort pourcentage, soit 40 p. 100, de femmes ont une dystocie. Cependant, puisque la progression du travail varie d'une parturiente à l'autre, toutes les mères qui dépassent les limites de la normalité établies par cette définition n'auront pas nécessairement besoin d'intervention médicale (Peisner et Rosen, 1986, 1985).

Le *partogramme* sert à documenter les touchers ou les examens vaginaux pratiqués à intervalles déterminés et il constitue un outil de dépistage et de diagnostic de la dystocie. Il n'est pas certain, cependant, que le dépistage au moyen de touchers vaginaux réguliers mène à des résultats obstétricaux plus positifs (Organisation mondiale de la santé, 1994). Le partogramme peut néanmoins être utile pour faire la distinction entre les troubles des phases latentes et actives du travail.

Gestion active du travail

La gestion active du travail est préconisée comme moyen de prévention de la dystocie et de réduction du nombre de césariennes (O'Driscoll et coll., 1984). Cette méthode a plusieurs volets, y compris l'admission sélective à la salle de travail, le soutien prodigué par les intervenants, l'amniotomie (rupture artificielle des membranes) précoce et l'administration précoce d'ocytocine. Cependant, des essais aléatoires contrôlés d'amniotomie précoce et d'administration précoce d'ocytocine, même s'ils ont mené à une modeste diminution de la durée du travail, n'ont pas eu d'effets positifs sur les taux de morbidité de la mère et du fœtus. De fait, l'amniotomie précoce systématique semble être associée à une augmentation du taux horaire des décélérations précoces, variables et tardives de la fréquence cardiaque fœtale; cela peut provoquer un nombre accru de naissances par césarienne en raison de craintes relatives au bien-être du fœtus (Goffinet et coll., 1997). Des rapports indiquent également que, lorsque le travail progresse normalement, il est préférable de ne pas procéder à une rupture artificielle des membranes (Fraser, 1995a, b; Thornton et Lilford, 1994; Fraser et coll., 1993; Hunter, 1991; Bidgood et Steer, 1987).

En revanche, on a démontré que le soutien psychosocial pendant le travail est associé à une réduction de la fréquence des césariennes et des naissances vaginales à l'aide d'instruments, de même qu'à une amélioration de

l'état de l'enfant à naître (Hodnett, 1998c). Par conséquent, une approche acceptable des soins, lorsque le travail progresse lentement pendant la phase de latence, consiste à adopter une gestion attentiste, c'est-à-dire non interventionniste, et à insister sur des mesures de soutien psychologique et de confort physique.

Stimulation du travail

Dans une récente méta-analyse d'essais, on a comparé deux formes de gestion du travail : d'une part, la stimulation précoce du travail par l'administration d'ocytocine et la pratique d'une amniotomie; d'autre part une gestion moins interventionniste. On n'a démontré aucun avantage associé aux interventions précoces systématiques auprès des femmes dont le travail accuse un léger retard (Fraser et coll., 1998). Par ailleurs, les essais axés sur les femmes ayant un diagnostic établi de dystocie ont relevé une tendance à la réduction des risques de césarienne lorsque le travail est stimulé. Cependant, le nombre de femmes ayant fait l'objet de ces études aléatoires est trop restreint pour qu'on puisse en tirer des conclusions probantes. Pour le traitement de la dystocie, compte tenu de la fréquence des dysfonctionnements utérins associés à un ralentissement de la progression du travail (Gibb et coll., 1984), on recommande de stimuler les contractions au moyen d'ocytocine avant de considérer une césarienne.

Intervention médicale pour le traitement de la dystocie

Une fois la décision prise d'intervenir médicalement pour la dystocie — que ce soit par amniotomie, augmentation de l'ocytocine, ou les deux —, il faut prévoir un délai suffisamment long pour observer la réaction clinique au traitement. Selon la dose initiale et le rythme d'augmentation de l'ocytocine, il faudra peut-être deux ou trois heures avant d'atteindre des concentrations thérapeutiques requises dans le sang de la mère (Brindley et Sokol, 1988). Dans la plupart des cas, des doses de 10 mU/min ou moins permettent d'atteindre un niveau thérapeutique. Une fois ce niveau atteint, une autre période d'observation est nécessaire pour évaluer la réaction clinique. En particulier dans les cas où le traitement à l'ocytocine a été mis en route alors que la dilatation du col était de moins de 5 cm, le délai entre le début du traitement et la réaction clinique voulue (soit une augmentation de la dilatation du col) peut être considérable (Cardozo et Pierce, 1990).

Induction du travail

Une politique d'induction du travail (déclenchement artificiel du travail) pratiquée systématiquement à la 40e ou 41e semaine d'une grossesse saine n'est pas justifiable à la lumière des constats qui se dégagent des essais contrôlés (Crowley, 1995a, b). Dans la plupart des cas, une grossesse post-terme représente probablement une variante de la norme et est associée à des résultats positifs. Toutefois, lorsqu'on la compare au travail spontané, l'induction est souvent associée à une série de complications et d'interventions, telles que l'augmentation de la durée moyenne du travail, du besoin d'avoir recours à l'analgésie et du taux de naissances à l'aide d'instruments. L'induction exige souvent une surveillance électronique continue du fœtus, ce qui réduit la mobilité de la mère. Toutes les méthodes établies d'induction du travail comportent des risques médicaux. (Consulter l'annexe 2.)

La décision de déclencher le travail ne devrait être prise que lorsque le risque de prolonger la grossesse dépasse le risque d'induction, comme dans le cas de pré-éclampsie grave. Dans nombre d'autres situations, cependant, il est souvent difficile de déterminer avec exactitude s'il y a plus d'avantages que de risques à prolonger la grossesse.

Les grossesses post-terme sont l'indication la plus fréquente de l'induction du travail. La recommandation d'évaluer l'âge gestationnel par l'échographie devrait permettre de limiter à 4 p. 100 le taux des grossesses de plus de 42 semaines. Une étude scandinave à grande échelle donne des données sur le risque de mortalité périnatale en relation avec l'âge gestationnel (Bakketeig et coll., 1979). C'est seulement après 42 semaines de grossesse que le niveau de risque de mortalité périnatale revient à celui que l'on observe avant 39 semaines. De plus, le risque est presque le double après 43 semaines.

Un essai canadien sur les grossesses post-terme a démontré que le risque de morbidité fœtale associé au monitorage séquentiel prénatal n'était pas plus élevé que le risque d'induction prophylactique du travail. Parmi les 3 407 bébés qui faisaient partie de l'échantillon étudié, on n'a observé que deux cas de mortalité périnatale; les mères faisaient partie du groupe de la gestion attentiste (Hannah et coll., 1992). Dans une méta-analyse de douze essais dont les rapports figurent dans la base de données Cochrane, on a comparé la gestion attentiste à l'induction du travail dans le cas de grossesses post-terme (Crowley, 1998); des huit décès périnataux relevés, sept faisaient partie du groupe de la gestion attentiste. Cette analyse laisse supposer qu'une

politique d'induction du travail à la 41e semaine ou plus peut être associée à une légère réduction du risque de mortalité périnatale. Cependant, même si cela était le cas, il faudrait procéder à un bon nombre d'inductions pour prévenir un seul cas de décès périnatal.

Dans l'essai canadien précité, on a aussi observé une réduction du risque de césarienne associé à une politique d'induction du travail dans le cas de grossesses post-terme. Ce constat semble contredire l'opinion répandue voulant que l'induction augmente le risque de césarienne. Il faut toutefois interpréter cette observation avec prudence pour les raisons suivantes. Dans cet essai, seules les femmes du groupe dont le travail a été induit ont eu accès au gel de prostaglandines. Environ le tiers des femmes du groupe de la gestion attentiste dont le travail a dû être induit n'ont pas eu accès à ce gel. Et la plupart des césariennes excessives au sein du groupe de la gestion attentiste ont été effectuées à cause de « préoccupations au sujet du fœtus ». Il y a donc lieu de se demander si le recours à l'amnioinfusion dans le cas de « préoccupations au sujet du fœtus » liées à l'oligohydramnios aurait atténué ou éliminé cette différence.

À la lumière des preuves recueillies, la base de données Cochrane recommande d'offrir aux femmes d'induire le travail en utilisant la meilleure méthode disponible (Crowley, 1995b). Toutefois, pour que les femmes puissent faire un choix éclairé à ce sujet, on doit les informer des risques et des avantages de l'intervention.

Réduction de l'incidence des naissances par césarienne

Le taux actuel de césariennes au Canada est anormalement élevé. Le principal enjeu est de trouver le moyen de réduire ce taux en toute sécurité, tout en préservant le bien-être optimal des mères et des bébés. Des études effectuées partout en Amérique du Nord n'ont relevé aucun lien entre le taux élevé de naissances par césarienne et la diminution du taux de mortalité périnatale. En fait, certaines régions affichent à la fois les taux les plus élevés de césariennes et les taux les plus élevés de mortalité périnatale, ce qui illustre bien que les facteurs sociaux et les aspects associés à l'organisation des soins constituent des déterminants critiques. Toutefois, les hôpitaux et les médecins qui ont un taux élevé de césariennes dans leur pratique n'admettent ni plus

ni moins de bébés dans les unités de soins néonatals spéciaux, et les indices d'Apgar de ces nouveau-nés ne sont ni plus ni moins élevés que ceux des bébés des établissements et des pratiques dont le taux de césariennes est moins élevé. En fait, pour un grand groupe de praticiens, les taux de césariennes et d'autres interventions principales tendent à suivre une courbe de distribution en cloche.

Toutes les raisons habituellement évoquées pour justifier un taux élevé de naissances par césarienne — un surdiagnostic de «souffrance fœtale», un surdiagnostic et une gestion sous-optimale de la dystocie, une surutilisation de césariennes répétées et le recours aux césariennes pour les présentations du siège et les naissances multiples — sont bien connues des praticiens, et l'on tente actuellement d'améliorer les pratiques dans ces domaines. La recherche sur les changements à apporter aux attitudes et aux pratiques des cliniciens démontre clairement que l'exhortation, la formation médicale continue, les visites au chevet des clientes et diverses mesures disciplinaires ou de contrôle de la qualité se soldent habituellement par un échec. En fait, les méthodes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) sont celles qui ont connu le plus de succès jusqu'ici. (Consulter l'annexe 3 pour plus de détails sur l'ACQ.)

Césariennes : soins dans une perspective familiale

L'expérience d'une césarienne, élective ou urgente, provoque de l'anxiété chez la plupart des mères et des familles. Certaines options permettent toutefois d'y recourir dans l'esprit des soins dans une perspective familiale. Ces mesures sont résumées au tableau 5.1.

Tableau 5.1 Options pour prodiguer les soins liés à la césarienne dans une perspective familiale

- Admettre la mère à l'hôpital pour une césarienne élective le matin même de la naissance, pour que les membres de la famille passent la soirée précédente ensemble (pourvu qu'ils aient fait, au préalable, une visite d'orientation de l'établissement).
- Permettre au père, au conjoint ou à l'accompagnante de rester auprès de la mère pendant la préparation physique.
- Opter pour une anesthésie régionale quand cela est possible et expliquer les différences entre une anesthésie régionale et une anesthésie générale.
- Permettre au père, au conjoint ou à l'accompagnante d'être dans la salle de naissance par césarienne dans des situations non urgentes. (Il existe une controverse quant à la présence de l'accompagnante en situations d'urgence; il faudrait approfondir davantage cette question.)
- Mettre un miroir à la disposition de la mère et de la famille ou demander à un membre du personnel de décrire ce qui se passe.
- Permettre aux personnes présentes de prendre des photos ou de filmer la naissance, si un parent ne peut assister à la naissance.
- Faire en sorte que la mère ait les mains libres pour lui permettre de toucher son conjoint et le bébé.
- Donner l'occasion aux deux parents d'interagir avec le bébé dans la salle de naissance par césarienne ou dans la salle de réveil.
- Donner à la mère l'occasion d'allaiter le bébé dans la salle où a eu lieu la césarienne ou dans la salle de réveil.
- Si le père/conjoint choisit de ne pas être présent dans la salle où a lieu la césarienne, le faire remplacer par une autre personne capable d'offrir du soutien à la mère. Demander au père/conjoint de porter le bébé lorsqu'arrive le moment de l'amener à la pouponnière. Demander à un membre du personnel de décrire la naissance au père/conjoint.
- Demander au père/conjoint d'accompagner le nouveau-né à la pouponnière et de rester avec lui jusqu'à ce qu'ils soient réunis avec la mère.
- Réunir la famille dans la salle de réveil, si possible.
- Demander au père/conjoint d'être dans la chambre de réveil pour décrire la naissance à la mère si cette dernière a donné naissance sous anesthésie générale.
- S'il est difficile de réunir la famille dans la salle de réveil, évaluer l'état de chaque mère individuellement et tenter de réunir la famille aussitôt que possible.
- Évaluer l'état du bébé individuellement pour qu'il ne passe pas de temps seul dans un incubateur/une isolette de la pouponnière, si cela est possible.
- Prévoir des moments d'intimité pour la famille durant ces premières heures cruciales.
- Initier aussitôt que possible les soins infirmiers mère-enfant et éviter la séparation systématique de la mère et du nouveau-né.
- Inclure la famille dans les séances d'apprentissage des soins à donner au bébé.
- Inclure les frères et les sœurs s'ils en manifestent le désir et si la famille le souhaite.

Adaptation et traduction de Phillips C.R., *Family-Centered Maternity and Newborn Care: A Basic Text*, 4e édition, St. Louis (MO), Mosby, 1996.

Bibliographie

ADER, L., B. HANSSON et G. WALLIN. « Parturition pain treated by intracutaneous injections of sterile water », *Pain*, vol. 41 (1990), p. 133-138.

ADERHOLD, J.K., et L. PERRY. « Jet hydrotherapy for labour and post partum pain relief », *Maternal-Child Nursing Journal*, vol. 16 (1991), p. 97-99.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Committee opinion n° 118 », *Pain Relief During Labour*, Washington, chez l'auteur, (1993).

ANISFELD, E., E. LIPPER et coll. « Early contact, social support and mother-infant bonding », *Pediatrics*, vol. 72, n° 1 (1983), p. 79-83.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). *Plan directeur de l'examen de certification en périnatalité*, chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification*, Canadian Nurses Association.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Standards and Guidelines for Professional Nursing Practice in the care of Women and Newborns*, 5e éd. Washington, chez l'auteur, 1997.

BAKKETEIG, L., J. HOFFMAN et E.E. HARLEY. « The tendency to repeat gestational age and birth weight in successive births », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 135 (1979), p. 1086-1103.

BATES, R., C. HELM, A. DUNCAN et D. EDMONDS. « Uterine activity in the second stage of labour and the effect of epidural analgesia », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 22 (1985), p. 1246-1250.

BENT, S.C., T.E. WISWELL et A. CHANG. « Removing meconium from the infant trachea. What works best? », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 146. n° 9 (1992), p. 1085-1089.

BERSCH, T.D., L. MAGASHIMA-WHALEN, S. DYKMAN, J. KENNELL et S. McGRATH. « Labour support by first time fathers; direct observations with a comparison to experienced doulas », *J Psychol Obstet Gynaecol*, vol. 11 (1990), p. 251-260.

BHÉRER RACINE, A. « L'accompagnante — Une alternative méconnue pour faciliter l'accouchement », *Le Familier*, juin 1997, tiré à part distribué par Naissance Renaissance Outaouais (Québec).

BIDGOOD, K.A., et P.J. STEER. « A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. 1. Obstetric outcome », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 94 (1987), p. 512-517.

BISHOP, E.H. « Pelvis scoring for elective induction », *Obstetrics and Gynaecology*, vol. 24 (1964), p. 266-268.

BREART, G., N. MLIKA-CABANE, M. KAMINSKI, S. ALEXANDER, A. HERRUZO-NALDA et P. MANDRUSSATO. « Evaluation of different policies for the management of labour », *Early Human Development*, vol. 29, n° 1-3 (1992), p. 309-312.

BRINDLEY, B.A., et R.J. SOKOL. « Induction and augmentation of labour: basis and methods for current practice », *Obstetrics and Gynecology Surv*, vol. 43, n° 12 (1988), p. 730-743.

BRYANTON, J., H. FRASER-DAVEY et P. SULLIVAN. « Women's perceptions of nursing support during labour », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 23, n° 8 (1994) p. 638-643.

BUCHAN, P.C., M.K. MILNE et M.C.K. BROWNING. « The effect of continuous epidural blockade on plasma 11-hydroxy-corticosteroid concentrations in labour », *Journal of Obstetrics and Gyneacology of the British Commonwealth*, vol. 80 (1973) p. 974-977.

CAMPBELL, R., et A. MacFARLANE. *Where to be born? The Debate and the Evidence*, 2e éd., Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.

CAMPBELL, R., et A. MacFARLANE. « Place of delivery: a review », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, n° 7 (1986), p. 675-683.

CARDOZO, L., et J.M. PIERCE. « Oxytocin in active-phase abnormalities of labour: a randomized study », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 75 (1990), p. 152-157.

CARSTONIU, J., S. LEVYTAM, P. NORMAN, D. DALEY, J. KATZ et A.N. SANDLER. « Nitrous oxide in early labour: safety and analgesic efficacy assessed by a double-blind, placebo-controlled study », *Anesthesiology*, vol. 80, n° 1 (1994), p. 30-35.

CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.). « Hospital policies and admission practices », *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Toronto, Oxford University Press, vol. 1 (1989), p.1- 4.

CHESS, S., et A. THOMAS. « Infant bonding — mystic or reality? », *Journal of Orthopsychiatry*, vol. 52, n° 2 (1982), p. 213-221.

CHESTNUT, D.R., J.M. McGRATH, R.D. VINCENT JR, D.H. PENNING, W.W. CHOI, J.N. BATES et coll. « Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? », *Anesthesiology*, vol. 80, n° 6 (1994a), p.1201-1280.

CHESTNUT, D.R., R.D. VINCENT, J.M. McGRATH, W.W. CHOI et J.N. BATES. « Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? », *Anesthesiology*, vol. 80, n° 6 (1994), p. 1193-1200.

COALSON, D.W., et B. GLOSTEN. « Alternatives to epidural analgesia », *Seminars in Perinatology*, vol. 15 (1991), p. 375-385.

COGAN, R., et J. SPINNATO. « Social support during premature labour: effect on labour and the newborn », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, n° 8 (1988), p. 209-216.

COHEN, W.R. « Influence of the duration of second stage labour on perinatal outcome and puerperal morbidity », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 49 (1977), p. 266-269.

CONSENSUS CONFERENCE REPORT. Indications for caesarean section: final statement of the Panel of the National Consensus Conference on Aspects of Caesarean Birth. *Journal of Obstetrics and Canadian Medical Association Journal*, vol. 134 (1986) p. 1348-52.

CROWLEY, P. *Interventions to Prevent, or Improve Outcome From, Delivery at or Beyond Term* [Cochrane Review], dans The Cochrane Library, 2e parution, Oxford, logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

CROWLEY, P. « Elective induction of labour at or beyond term » [révisé le 1er octobre 1993], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel mis à jour : 1995b. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

CROWLEY, P. « Elective induction of labour at 41+ weeks gestation », [révisé le 5 mai 1994], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford, logiciel mis à jour : 1995a. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

CROWLEY, P., D. ELBOURNE, H. ASHURST, J. GARCIA, D. MURPHY et N. DUIGAN. « Delivery in an obstetric birth chair: a randomized controlled trial », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 98, nº 7 (1991), p. 667-674.

CURRY, M.A. « Maternal attachment behaviour and the mother's self concept », *Nursing Research*, vol. 31 (1982), p. 73-78.

DADWOOD, M.Y., K. RAGHAVEN, C. POLIASK et F. FUCHS. « Oxytocin in human pregnancy and parturition », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 51 (1978), p. 138-143.

DAVID, H. « La place du père en périnatalité », Département de psychologie, Université de Montréal, 6e colloque en périnatalité, le 8 mai 1998, p. 70.

DAYTON, S., et C. REDS. « They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas? », *Nursing Mirror*, vol. 5 (1984), p. 4-8.

DICK-READ, G., H. WESSE et H.F. ELLIS (éd.), *Childbirth Without Fear: The Original Approach to Natural Childbirth*, 5e révision, New York, Harper Mass Market Paperback, 1994.

DICKERSIN, K. « Pharmacological control of pain during labour », dans CHALMERS, T., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Toronto, Oxford University Press, 1989.

DILLON, W.P., J.W. CHOATE, M.L. NUSBAUM, M.A. McCARTHY, M. McCALL et M.G. ROSEN. « Obstetric care and cesarean birth rates: a program to monitor quality of care », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 80, nº 5 (1992), p. 731-737.

DIMICH, I., P.P. SINGH, A. ADELL, M. HENDLER, N. SONNENKLAR et M. JHAVERI. « Evaluation of oxygen saturation monitoring by pulse oximetry in neonates in the delivery suite », *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 38, nº 8 (1991), p. 985-988.

DOUGLAS, M.J. « Potential complications of spinal and epidural anesthesia for obstetrics », *Seminars in Perinatology*, vol. 15 (1991), p. 368-374.

DUNLOP, M. « Few hospitals qualify as baby friendly by promoting breast feeding — survey », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 152, nº 1 (1995), p. 87-90.

EBERTS, M.A. *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario*, Toronto, Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario/Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario, 1997.

ELKINGTON, K. « At the water's edge: where obstetrics and anesthesia meet », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 77 (1991), p. 304.

ENDLER, G.C., F.G. MARIONA, R.J. SOKOL et L.B. STEVENSON. « Anesthesia-related maternal mortality in Michigan », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 159 (1988), p. 188-193.

ENKIN, M., M.J.N.C. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Toronto, Oxford University Press, 1995.

ESTAL, P. « Oro-nasal-pharyngeal suctions at birth », *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 45 (1992), p. 678-679.

FRASER, W., S. MARCOUX, J.M. MOUTQUIN et A. CHRISTEN. « Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women », *New England Journal of Medicine*, vol. 328 (1993), p. 1145-1149.

FRASER, W., F. VENDITTELLI, I. KRAUSS et G. BREART. « Effect of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105, n° 2 (1998), p. 189-194.

FRASER, W.D. « Early amniotomy and early oxytocin for delay in labour compared to routine care » [révisé le 28 juillet 1992], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSEN et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1995c. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

FRASER, W.D. « Amniotomy to shorten spontaneous labour » [révisé le 30 septembre 1993], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSEN et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1995b. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

FRASER, W.D. « Early oxytocin to shorten spontaneous labour » [révisé le 27 août 1992], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSEN et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1995a.

FRASER, W.D., S. MARCOUX, J. DOUGLAS, C. GOULET, I. KRAUSS, PEOPLE STUDY GROUP. « Multicentre trial of delayed pushing for women with continuous epidural. FIGO XVth World Congress of Obstetrics and Gynaecology », *Acta Obstetrica Gynecologicia Scandinavica*, vol. 167, n° 1 (1997), p.45.

FRIEDMAN, E.A. *Labour: Clinical Evaluation and Management*, 2e éd., New York, Appleton Century Crofts, 1978.

GAGNON, A.J., et K. WAGHORN. « Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit », *Birth*, vol. 23, n° 1 (1996), p. 1-6.

GAGNON, A.J., K. WAGHORN et C. COVELL. « A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor », *Birth*, vol. 24, nº 2 (1997), p. 71-77.

GIBB, D.M.F., K.C. LUN et S.S. RATNAM. « Characteristics of uterine activity in nulliparous labour », *British Journal of Obstetric Gynaecology*, vol. 91 (1984), p. 220-227.

GIBBS, C. « Gastric aspiration: prevention and treatment », *Clinical Anaesthesia*, vol. 4, nº 1 (1986), p. 47-52.

GIBBS, C., S. ROLBIN et P. NORMAN. « Cause and prevention of maternal aspiration », *Anesthesiology*, vol. 61 (1984), p. 111-112.

GOFFINET, F., W. FRASER, S. MARCOUX, G. BRÉART, J.-M. MOUTQUIN et M. DARIS. « Early amniotimy increases the frequency of early heart rate abnormalities », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 104 (1997), p. 548-553.

GOODFELLOW, C.F., M.G.R. HULL, D.F. SWAAB, J. DOGTEROM et R.M. BUIJS. « Oxytocin deficiency with epidural analgesia », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90 (1983), p. 214-219.

GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA. *With Privilege Come Responsibilities: A Discussion Paper on Hospital Privileges for Non-Physician Practitioners*, Edmonton, Government of Alberta, 1994.

GREEN, J., V. COUPLAND et J. KITZINGER. « Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women », *Birth*, vol. 17, nº 1 (1990), p. 15-24.

GUILLEMETTE, J., et W. FRASER. « Differences between obstetricians in cesarean section rates and the management of labour », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99 (1992), p. 105-108.

HAGADORN-FREATHY, A.S., E.R. YEOMANS et G.D.V. HANKINS. « Validation of the 1988 ACOG forceps classification system », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 77, nº 3 (1991), p. 356-360.

HALL, J., D. BISSON et P. O'HARE. « The physiology of immersion », *Physiotherapy*, vol. 76 (1990), p. 517-521.

HANNAH, M.E., W.J. HANNAH, J. HELLMANN, S. HEWSON, R. MILNER et A. WILLAN. « Canadian Multicentre Post-Term Pregnancy Trial Group. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial », *New England Journal of Medicine*, vol. 326 (1992), p. 1587-1592.

HARRISON R.F., M. SHORE, T. WOODS, G. MATHEWS, J. GARDINER et A. UNWIN. « A comparative study of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), entonox, pethidine, promazine and lumbar epidural for pain relief in labor ». *Acta Obstet Gynecol Scand.*, vol. 66, nº 99 (1987), p. 14.

HEADRICK, L.A., D. NEUHAUSER, P. SCHWAB et D.P. STEVENS. « Continuous quality improvement and the education of the generalist physician », *Journal of Obstetrics and Academic Medicine*, vol. 70, (supplément nº 1) (1995), p. 104S-109S.

HEMMINKI, E., A.L. VIRTA, P. KOPONEN, M. MALIN, H. KOJO-AUSTIN, R. TUIMALA. « A trial on continuous human support during labor: feasibility,

interventions and mothers' satisfaction», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 11 (1990), p. 239-250.

HODNETT, E. «Nursing support of the laboring woman», *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 25, nº 3 (1996), p. 257-264.

HODNETT, E.D. «Support from caregivers during childbirth» [révisé le 20 novembre 1997], dans NEILSEN, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1998c. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. «Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth», dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1998b. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. «Home-like versus conventional birth settings», [Cochrane Review] dans The Cochrane Library, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1998a. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. et R.W. OSBORN. «Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes», *Research in Nursing and Health*, vol. 12, nº 5 (1989b), p. 289-297.

HODNETT, E.D. et R.W. OSBORN. «A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: Mothers' views two to four weeks postpartum», *Birth*, vol. 16 (1989a), p. 177-183.

HOFMEYR, G., V.C. NIKODEM, W.L. WOLMAN, B.E. CHALMERS et T. KRAMER. «Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 98 (1991), p. 756-764.

HOWELL, C.J. «Epidural vs non-epidural analgesia in labour» [Cochrane Review], dans The Cochrane Library, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1998. Mise à jour trimestrielle.

HOWELL, C.J., et I. CHALMERS. «A review of prospectively controlled comparisons of epidural with non-epidural forms of pain relief during labour», *International Journal of Obstetric Anaesthesia*, vol. 1 (1992), p. 93-110.

HUNTER, D.J.S. «A randomized trial of two regimes of oxytocin therapy for dystocia», *Proceedings of Annual Meeting of SOGC — Actes d'une assemblée annuelle de la SOGC*, Toronto, Ontario, Ottawa, Societé des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1991, p. 48.

IGLESIAS, S., R. BURN et D. SAUNDERS. «Reducing the cesarean section rate in a rural community hospital», *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 145, nº 11 (1991) p. 1459-1464.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé,* Ottawa, Canadian Institute of Child Health, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *National Breastfeeding Guidelines for Health Care Providers*.

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION (ICEA). « Focus on pain », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 10 (1993), p. 4.

ISHMAEL, A. « And baby came too », *Nursing*, vol. 4, n° 35 (1991), p. 12-14.

JAMES, C., C. GIBBS et T. BANNER. « Postpartum perioperative risk of aspiration pneumonia », *Anesthesiology*, vol. 61 (1984), p. 756-759.

JOUPPILA, R. « The effect of segmental epidural analgesia on maternal growth hormone, insulin, glucose and free fatty acids during labour », *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae*, vol. 65 (1976), p. 398-404.

JOUPPILA, R., P. JOUPPILA, K. MOILANEN et A. PAKARINEN. « The effect of segmental epidural analgesia on maternal prolactin during labour », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 87 (1980), p. 234-238.

KANTOR, H.I., R. REMBER, P. TABIO et I. BUCHMAN. « The value of shaving the pudendal-perineal area in delivery preparation », *Obstetrics and Gynecology*,vol. 25 (1965), p. 509-512.

KAUNITZ, A.M., H. HUGHES et G. GRIMES. « Causes of maternal mortality in the US », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 16 (1985), p. 605-612.

KEIRSE, M.J.N.C. « Any prostaglandin/any route for clinical ripening », dans ENKIN, M.W., M.J.N.C. KEIRSE, M.J. RENFREW et J.P. NEILSON (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques) [révision n° 04534, 3 avril 1992], publié par l'intermédiaire des mises à jour sur disquettes de Cochrane. Logiciel mis à jour : printemps 1993.

KENNELL, J. « Labour support by a doula for middle income couples; the effect on caesarean rates », *Pediatric Research*, vol. 32 (1994), p. 12A

KENNELL, J., M. KLAUS, S. McGRATH, S. ROBERTSON et C. HINKLEY. « Continuous emotional support during labor in a US hospital », *Journal of the American Medical Association*, vol. 265, n° 17 (1991), p. 2197-2201.

KEREM, E., I. YATSIV et K.J. GOITEIN. « Effect of endotracheal on suctioning of arterial blood gases in children », *Intensive Care Med*, vol. 16, n° 2 (1990), p. 95-99.

KLAUS, M., J. KENNELL, S. ROBERTSON et R. SOSA. « Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity », *British Medical Journal*, vol. 293 (1986), p. 585-587.

KLAUS, M.H. [Commentaire] « The early hours and days of life: an opportune time », *Birth*, vol. 22, n° 4 (1995), p. 201-203.

KLEIN, M. « Primary Care: the effectiveness of family practice maternity care: a cross cultural and environmental view », *Primary Care*, vol. 20, n° 3 (1993), p. 523-536.

KLEIN, M., D. ELBOURNE et I. LLOYD. *Booking for Maternity care: A Comparison of Two Systems*, article hors-série n° 31, London (R.-U.), Royal College of General Practitioners, avril 1985.

KLEIN, M., I.. LLOYD, C. REDMAN, M. BULL et A.C. TURNBULL. « A comparison of low risk women booked for delivery in two different systems of care. Part I: obstetrical procedures and newborn outcomes », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90 (1983a), p. 118-122.

KLEIN, M., I. LLOYD, C. REDMAN, M. BULL et A.C. TURNBULL. « A comparison of low risk women booked for delivery in two different systems of care. Part II: management of labour, treatment of labour pain and associated infant outcomes », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90 (1983b), p. 123-128.

KLEIN, M.C., R.J. GAUTHIER, S.H. JORGENSEN, J.M. ROBBINS, J. KACZOROWSKI, B. JOHNSON et coll. « Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? », *On-Line Journal of Current Clinical Trials*, document n° 10 (1992).

KLEIN, M.C., R.J. GAUTHIER, J.M. ROBBINS, J. KACZOROWSKI, S. JORGENSEN, E.D. FRANCO et coll. « Relation of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 171, n° 3 (1994), p. 591-598.

KLEIN, M.C, J. KACZOROWSKI, J.M. ROBBINS, R.J. GAUTHIER, S.H. JORGENSEN et A.K. JOSHI. « Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women under their care [see comments] ». *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 6 (1995), p. 769-779.

LEMAY, L. « Facteurs de risque d'un accouchement chirurgical chez la femme nullipare » [mémoire de maîtrise], Québec, Université Laval, 1995.

LENSTROP, C., A. SCHANTZ, E. FEDER, H. ROSENO et J. HERTEL. « Warm tub bath during delivery », *Acta Obstetrica Gynecologicia Scandinavica*, vol. 66 (1987), p.709-712.

LOMAS. J., et R.B. HAYES. « A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: from 'official' to 'individual' clinical policy », *American Journal of Preventive Medicine*, n° 4 (suppl.) (1988), p. 77S-94S.

LUDKA, L.M., et C.C. ROBERTS. « Eating and drinking in labor: a literature review », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 38, n° 4 (1993), p. 199-206.

LYTZEN, T., L. CEDERBERG et J. MOLLER-NIELSEN. « Relief of low back pain in labor by using intracutaneous nerve stimulation (INS) with sterile water papules », *Acta Obstetrica Gynecologicia Scandinavica*, vol. 68 (1989), p. 341-343.

McKAY, S., et C. MAHAN. « Modifying the stomach contents of laboring women: why and how; success and risks », *Birth*, vol. 15 (1988), p. 213-220.

McNIVEN, P., E. HODNETT et L.L. O'BRIEN-PALLAS. « Supporting women in labour: a work sampling study of the activities of labour and delivery nurses », *Birth*, vol. 19, n°1 (1992), p. 3-9.

McNIVEN, P.S., J.I. WILLIAMS, E. HODNETT, K. KAUFMAN et M.E. HANNAH. « An early labour assessment program: a randomized, controlled trial », *Birth*, vol. 25, n° 1 (1998), p. 5-10.

MELZACK, R., et D. SCHAFFELBERG. « Low-back pain during labor », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 156 (1987), p. 901-905.

MENDELSON, C.L. « The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia », *American Journal of Obstetrics and Anesthesiology*, vol. 52 (1946), p. 191-205.

MILNER, I. « Water baths for pain relief in labour », *Nursing Times*, vol. 6 (1988), p. 84.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Accoucher avec une sage-femme à la maison de naissances*, dépliant, chez l'auteur, Gouvernement du Québec, 1993, p. 1.

MOON, J., C. SMITH et W. RAYBURN. « Perinatal outcome after a prolonged second stage of labour », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 35 (1990), p. 229-231.

MORGAN, B.M., V. MAGNI et T. GOROSZENUIK. « Anaesthesia for emergency caesarean section », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 55 (1983), p. 885-889.

MORRIS, H., J. RUDERMAN et J. LACY. « The development and evaluation of an obstetrical triage programme », *The SOGC Journal/Le Journal de la SOGC*, vol. 18 (1996), p. 337-346.

MORTON, S.C., M.S. WILLIAMS, E.B. KEELER, J.C. GAMBONE et K.L. KAHN. « Effect of epidural analgesia for labor on the cesarean delivery rate », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 83, n° 6 (1994), p. 1045-1052.

NEILSON, J.P. « EFM alone vs intermittent auscultation in labour » [révisé le 4 mai 1994], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995a.

NEILSON, J.P. « EFM alone vs intermittent auscultation in labour » [révisé le 4 mai 1994], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995b.

NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997], Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NIEHAUS, L., B. CHASKA et R. NESSE. « The effects of epidural anesthesia on type of delivery », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 1 (1988), p. 238-244.

NIKODEM, V.C. « Immersion in water during pregnancy, labour and birth », dans NEILSON J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997),

Centre de collaboration Cochrane, 1re parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1998. Mise à jour trimestrielle.

NIKODEM, V.C. « Upright vs recumbent position during second stage of labour [révisé le 14 octobre 1993] », dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette ou CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour: 1995.

NOBLE, A.D., I.L. CRAFT, J.A.H. BOOTES, P.A. EDWARDS, D.J. THOMAS et K.L.M. MILLS. « Continuous lumbar epidural analgesia using bupivicaine: a study of the fetus and newborn child », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 78 (1971), p. 559-563.

ODENT, M. « Birth under water », *Lancet*, vol. 2 (1983), p. 1476-1477.

O'DRISCOLL, K., M. FOLEY et D. MacDONALD. « Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 63 (1984), p. 485-490.

O'DRISCOLL, K., D. MEAGHER. *Active Management of Labour*, 3e éd. London, Bailliere Tindall, 1986.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Directives concernant le lieu d'accouchement prévu.* Publié aussi en anglais sous le titre *Indications for Planned Place of Birth*, College of Midwives of Ontario, Toronto, 1997c.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Rapport sur l'accouchement à la maison.* Publié aussi en anglais sous le titre *Statement on Home Birth*, College of Midwives of Ontario, Toronto, 1997b.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Indications pour les discussions, consultations et transferts de soins obligatoires.* Publié aussi en anglais sous le titre *Indications for Mandatory Discussion, Consultation and Transfer of Care*, College of Midwives of Ontario, Toronto, 1997a.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). « Maternal health and safe motherhood programme. Partograph in management of labour ». *Lancet*, World Health Organization (WHO), vol. 343 (1994), p. 1399-1404.

PANEL DE LA CONFÉRENCE CONSENSUELLE NATIONALE SUR LES ASPECTS DES CÉSARIENNES/PANEL OF THE NATIONAL CONSENSUS CONFERENCE ON ASPECTS OF CESAREAN BIRTH. « Indications for cesarean section: final statement », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 134 (1986), p. 1348-1352.

PATERSON, C.M., N.St G. SAUNDERS et J. WADSWORTH. « The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99 (1988), p. 377-380.

PEISNER, D.B., et M.G. ROSEN. « Transition from latent to active labour », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 66 (1986), p. 448-451.

PEISNER, D.B., et M.G. ROSEN. « Latent phase of labour in normal patients: a reassessment », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 66 (1985), p. 644-648.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO (PFPEO). Obstetrical Subcommittee. « Administration of narcotics during labour », « Administration of Entanox/Nitronox during labour », « Patient-controlled analgesia for labour », « Epidural anesthesia », « Epidural anesthesia: monitoring of a continuous infusion? », et « Epidural anesthesia: intermittent administration of a local anesthetic agent (top-up) », Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), (1994b).

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO (PFPEO). *Admission of the Labouring Woman*, Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1994a.

PHILLIPS. C. « Family centered maternity care », *International Childbirth Education Association Review*, vol. 18, n° 1 (1994).

PHILLIPS, C.R. *Family-Centered Maternity and Newborn Care: A Basic Text*, 4e éd., St Louis (MO), Mosby, 1996.

PHILIPSEN, T., et N.H. JENSEN. « Maternal opinion about analgesia in labour and delivery: a comparison of epidural blockade and intramuscular pethidine », *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 34 (1990), p. 205-210.

PHILIPSEN, T., et N.H. JENSEN. « Epidural block or parenteral pethidine as analgesic in labour: a randomized study concerning progress in labour and instrumental deliveries », *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 30 (1989), p. 27-33.

PRENDIVILLE, W., et D. ELBOURNE. « Care during the third stage of labour », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J.N. KEIRSE (éd.), *Effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 1145.

RAMIN, S.M., D.R. GAMBLING, M.J. LUCAS, S.K. SHARMA, J.E. SIDAWI et K.J. LEVENO. « Randomized trial of epidural versus intravenous analgesia during labour », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 86, n° 5 (1995), p. 783-789.

REEDER, S.J., L.L. MARTIN et D. KONIAK. *Maternity Nursing: Family, Newborn and Women's Health Care*, New York, J.B. Lippincott, 1996.

REYNOLDS, F. « Epidural analgesia in obstetrics », *British Medical Journal*, vol. 299 (1989), p. 751-752.

REYNOLDS, J.L. « Reducing the frequency of episiotomies through a continuous quality improvement program », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 3 (1995), p. 275-282.

REYNOLDS, J.L. « Intracutaneous sterile water for back pain in labor » *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 40 (1994), p. 1785-1792.

REYNOLDS, J.L. « Relief of low back pain in labour », *The SOGC Journal/Le Journal SOGC*, vol. 14, (1992), p. 25.

ROBERTS, R., et M. SHIRLEY. « Reducing the risk of acid aspiration during cesarean section », *Anesth Analg*, vol. 53 (1974), p. 859-868.

ROBERTS, R.B., et M.A. SHIRLEY. « The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonitis with particular reference to the use of oral antacids », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 124 (1976), p. 611-617.

ROBINSON, J., M. ROSEN, J. EVANS, S. REVILL, H. DAVID et G. REES. « Maternal opinion about analgesia for labour », *Anaesthesia*, vol. 35 (1980), p. 1173-1181.

ROMNEY, M.L., et H. GORDON. « Is your enema really necessary? » *British Medical Journal*, vol. 282 (1981), p.1269-1271.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part II », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 5 (1992b), p. 301-330.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. « The national birth center study: part I », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 4 (1992a), p. 222-253.

RUSH, J., S. BURLOCK, K. LAMBERT, M. LOOSELY-MILLMAN, B. HUTCHINSON et M. ENKIN. « The effects of whirlpool baths in labour: a randomized, controlled trial », *Birth*, vol. 23 (1996), p. 136-143.

SACHS, B.P., D.A.J. BROWN, S.G. DRISCOLL, E. SCHULMAN, D. ACKER, B.J. RANSIL et coll. « Maternal mortality trends in Massachusetts: trends and prevention », *New England Journal of Medicine*, vol. 316 (1987), p. 667-672.

SANDMIRE, H.F., et R.K. DEMOTT. « The Green Bay cesarean section study III. Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 70, n° 6 (1994), p. 1790-1802.

SANTÉ CANADA, INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE, [LEVITT, C., L. HANVEY, D. AVARD, G. CHANCE et J. KACZOROWSKI]. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Ottawa, Santé Canada, 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals*, Health Canada and Canadian Institute of Child Health.

SAUNDERS, N.St G., C.M. PATERSON et J. WADSWORTH. « Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99 (1992), p. 381-385.

SAUNDERS, N., H. SPICY, L. GILBERT, R. FRASER, J.M. HALL, P. MUTTON et coll. « Oxytocin infusion during second stage labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomized double-blind placebo controlled trial », *British Medical Journal*, vol. 299 (1989), p. 1423-1426.

SCHORN, M.N., J.L. McALLISTER et J.D. BLANCO. « Water immersion and the effect on labour ». *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 38, n° 6 (1993), p.336-342.

SHARMA, S.K., J.E. SIDAWI, S.M. RAMIN, J.M. LUCAS, K.J. LEVANO et F.G. CUNNINGHAM. « Cesarean delivery: a randomized trial of epidural versus patient-controlled meperidine analgesia during labor », *Anesthesiology*, vol. 87 (1997), p. 487-494.

SIMKIN, P. « Le soutien pendant l'accouchement : doulas, sages-femmes et autres intervenants », ébauche de traduction du document en préparation, publié en anglais sous le titre *Labor Support by Doulas, Midwives, and Others*, 18 décembre 1998, et distribué par DONA (Doulas of North America), Seattle (WA).

SIMKIN, P. « Reducing pain and enhancing progress in labour: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers », *Birth*, vol. 22 (1995), p. 3.

SIMKIN, P. « Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part 1 », *Birth*, vol. 18 (1991), p. 204-210.

SIMKIN, P. « The labour support person: latest addition to the maternity care team », *International Childbirth Education Association Review*, vol. 16, n° 1 (1992), p. 1977.

SLEEP, J., et A. GRANT. « West Berkshire perineal management trial: three year followup », *British Medical Journal*, vol. 295 (1987), p. 749-751.

SLEEP, J., A. GRANT, J. GARCIA, D. ELBOURN, J. SPENCER et I. CHALMERS. « West Berkshire perineal management trial », *British Medical Journal*, vol. 289 (1984), p. 587-590.

SLEEP, J., J. ROBERTS et I. CHALMERS. « Effective care in pregnancy and childbirth », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J.N. KEIRSE (éd.), *Care During the Second Stage of Labour*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 1129-1145.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Partir du bon pied: directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Protocole d'accord national sur la prévention des infections précoces à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né », chez l'auteur, juin 1997.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Directives cliniques : la dystocie*, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1995c. Publié sous le titre : *Policy Statement: Dystocia.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Groupe de travail sur la paralysie cérébrale et l'asphyxie néonatale*, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1995b. Publié sous le titre : *Task Force on Cerebral Palsy and Fetal Asphyxia.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Monitorage fœtal pendant le travail », *Le Journal SOGC*, vol. 17, n° 9 (1995a), p.859-901. Publié aussi sous le titre « Fetal health surveillance in labour », *The SOGC Journal.*

SOCOL, M.L., P.M. GARCIA, A.M. PEACEMAN et S.L. DOOLEY. « Reducing cesarean births at primarily private university hospitals », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168, n° 6 (1993), p. 1748-1758.

SOSA, R., J.H. KENNEL, M. KLAUS, S. ROBERTSON et J.URRUTIA. « The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother infant interaction », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 11 (1980), p. 597-600.

STEWART, P. et H. SPIBY. « A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 327 (1989), p. 333.

STUDD, J.W.W., J.S. CRAWFORD, N.M. DUIGNAN, C.J.F. ROWBOTHAM et A.O. HUGHES. « The effect of lumbar epidural analgesia on the rate of cervical dilatation and the outcome of labour on spontaneous onset », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 87 (1980), p. 1015-1021.

TANTON-MARDI, W. « Is routine endotracheal suction indicated? », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 66 (1991), p. 374-375.

TEW, M. *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*, London, Chapman and Hall, 1990.

THACKER, S.B., et D.F. STROUP. « Continuous electronic fetal heart monitoring during labor », [Cochrane Review], dans The Cochrane Library, 2e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995.

THALME, B., P. BELFRAGE et N. RAABE. « Lumbar epidural analgesia in labour: I. Acid-base balance and clinical condition of mother, fetus and newborn child », *Acta Obstetrica Gynecologicia Scandinavica*, vol. 53 (1974), p. 27-35.

THORNTON, J.G., et R.J. LILFORD. « Active management of labour: current knowledge and research issues », *British Medical Journal*, vol. 17, n° 309 (1994), p. 366-369.

THORP, J., D. HU, R. ALBIN, B. MEYER et G. COHEN. « The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labour: a randomized controlled prospective trial », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168 (1993), p. 319.

THORP, J.A., V.M. PARISI, P.C. BOYLAN et D.A. JOHNSTON. « The effect of continuous epidural analgesia on cesarean section for dystocia in nulliparous women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 161 (1989), p. 670-675.

TROLLE, B., M. MOLLER, H. KRONBORG et S. THOMSEN. « The effect of sterile water blocks on low back pain », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 164 (1991), p. 1277-1281.

TSEN L.C., B. THUE et S. SEGAL. « Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilation in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia? », *Anesthesiology* 1999; vol. 91, n° 4, p. 920-925.

TYSON, H. « Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto », *Birth*, vol. 18, n° 1 (1991), p. 14-19.

VAUSE, S., H.M. CONGDON et J.G. THORNTON. « Immediate and delayed pushing in the second stage of labor for nulliparous women with epidural analgesia: a randomized controlled trial », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105 (1998), p. 186-188.

VERTOMMEN, J.D., E. VANDERMULEN, H. VAN AKEN, L. VAES, S. SOETENS et A.VAN STEENBERGE. « The effects of the addition of sufentanil to 0.125% bupivicaine on the quality of analgesia during labour and on the incidence of instrumental deliveries », *Anaesthesiology*, vol. 74, n° 5 (1991), p. 809-814.

WALDENSTROM, Y., et C. NILSSON. « Warm tub bath after spontaneous rupture of membranes », *Birth: Issues Perinat Neonat Nurs*, vol. 19, n° 2 (1992), p. 57-63.

WALTON, P., et F. REYNOLDS. « Epidural analgesia and instrumental delivery », *Anaesthesia* (1984), p. 223.

WEAVER, D.F. « Nurses' views on the meaning of touch in obstetrical nursing practice », *JOGNN*, vol. 19, n° 2 (1990), p. 157-161.

WHITLEY, N., et E. MACK. « Are enemas justified for women in labor? », *American Journal of Nursing*, vol. 80. n° 7 (1980), p. 1339.

WIELAND LADEWIG, P., M.L. LONDON et S. BROOKENS OLD. *Soins infirmiers en maternité et néonatologie, 2e éd.*, adaptation française par Joëlle De Courval, Éditions du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1996, p. 954.

WITTELS, B. « Does epidural anesthesia affect the course of labour and delivery? », *Seminars in Perinatology*, vol. 15 (1991), p. 358-367.

WOLMAN, W.L., B. CHALMERS, G.J. HOFMEYR et V.C. NIKODEM. « Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168, n° 5 (1993), p. 1388-1393.

Autres ressources

BLAIS, Régis, et Pierre JOUBERT, coordonnateurs de l'équipe et coll. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec : Rapport final*, Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, (*25 doc.) 1997.

CENTRE COCHRANE FRANÇAIS — Centre d'Information Thérapeutique, Le VIIe Colloque International Cochrane, www.spc.univ-lyon1.fr/citccf/sommaire.htm

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC - PAVILLON SAINT-SACREMENT. *Profil d'enseignement pour la mère qui vient d'accoucher*, formulaires, chez l'auteur, Québec, s.d.

DANSKY, L.S., R. WESTREICH, M.C. KLEIN, A. PAPAGEORGIOU, M. GELFAND, M. KRAMER et V. ELKINS. « La satisfaction à l'égard de la naissance parmi les couples utilisant la chambre de naissance ou la chambre traditionnelle », *Santé mentale au Québec*, vol. VIII, n° 2, automne 1983, p. 47-54.

DICKASON, E.J., ET M.O. SCHULT, *L'infirmière et la périnatalité*, traduit par Louise Dumas-Rivest, HRW, Montréal, 1978.

ANNEXE 1

Plan de naissance

Coordonnées personnelles

Je m'appelle .....

Date prévue de la naissance .....

Mon médecin est .....

Le médecin de mon bébé sera .....

Les personnes qui m'aideront lors du travail seront .....

.....

Les personnes suivantes assisteront à la naissance .....

.....

Nous aimerions que nos autres enfants soient sur place...

- ☐ pendant le travail
- ☐ lorsque je serai rendue dans l'unité des soins mère-enfant
- ☐ pas du tout

Nous avons assisté ou planifions d'assister à...

- ☐ des cours prénatals
- ☐ des classes pour les pères
- ☐ une visite guidée de l'hôpital
- ☐ une visite guidée pour les frères et sœurs
- ☐ des classes d'exercices

Je fais partie de l'étude suivante: .....

.....

Pour mieux satisfaire vos besoins et vos attentes...

Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez nous dire à votre sujet (questions importantes, craintes, inquiétudes)? .....

.....

.....

.....

Mon but:

- ☐ utiliser les mesures de soutien et de confort offertes uniquement par l'accompagnante et par l'infirmière
- ☐ prendre des médicaments pour soulager la douleur en plus d'avoir recours à des mesures de soutien et de confort
- ☐ autre (veuillez préciser) .....

.....

.....

.....

Première phase du travail... les contractions

Les femmes trouvent généralement que les mesures de confort suivantes aident à soulager l'inconfort associé aux contractions. Veuillez cocher les mesures que vous aimeriez que l'infirmière vous propose pendant votre travail.

- ☐ prendre un bain/bain tourbillon/ douche
- ☐ marcher
- ☐ avoir des compresses chaudes ou froides
- ☐ écouter ma propre musique
- ☐ utiliser le ballon de naissance
- ☐ utiliser mon propre point focal
- ☐ porter mes propres vêtements de jour ou de nuit
- ☐ utiliser plusieurs oreillers (vous devez apporter vos oreillers)
- ☐ recevoir un massage
- ☐ prendre du Nitronox (combinaison de deux gaz que l'on s'administre soi-même)
- ☐ recevoir une anesthésie épidurale
- ☐ autre .....

.....

Naissance de votre bébé

Votre infirmière vous aidera à trouver différentes positions confortables pour vous aider à pousser pendant le travail. Parmi les suivantes, lesquelles aimeriez-vous aussi essayer :

- ☐ utiliser la barre d'accroupissement
- ☐ accoucher sur le côté
- ☐ ne *pas* utiliser les étriers
- ☐ autre .....

.....

.....

Après la naissance de mon bébé, j'aimerais :

- ☐ que ..... coupe le cordon ombilical
- ☐ que mon bébé soit placé sur mon ventre tout de suite
- ☐ que mon bébé soit enveloppé dans une couverture avant qu'on le place dans mes bras
- ☐ que le bonnet que j'apporterai soit posé sur la tête du bébé
- ☐ que ..... change le bébé de couche pour la première fois
- ☐ que ..... prenne des photos ou filme la naissance
- ☐ autre .....

.....

Imprévus possibles pendant le travail

Si vous avez besoin de plus de renseignements sur n'importe lequel des points ci-après, renseignez-vous auprès de votre médecin ou de la sage-femme qui s'occupe de vous.

- ☐ surveillance externe du fœtus
- ☐ surveillance interne du fœtus
- ☐ rupture artificielle des membranes
- ☐ induction (déclenchement artificiel du travail) : utilisation d'une sonde de Foley et du syntocinon
- ☐ forceps/extracteur à dépression (ventouse obstétricale)
- ☐ épisiotomie
- ☐ césarienne

Après la naissance du bébé jusqu'au retour à la maison

L'unité des soins mère-enfant reconnaît l'importance de garder les mères et leur bébé ensemble jour et nuit; les infirmières vous aideront à prendre soin de votre bébé dans votre chambre.

Je me propose de nourrir mon enfant :

☐ au sein

☐ au biberon (avec les préparations lactées pour nourrissons)

Au cours de mon séjour à l'unité des soins mère-enfant, j'aimerais:

☐ garder mon bébé avec moi tout le temps

☐ assister aux examens de mon bébé (admission et congé)

☐ être présente à tous les tests administrés à mon bébé, test de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de l'hypothyroïdie (TSH), ponction du talon pour prélèvement sanguin

☐ que les infirmières nous montrent, à ..... et à moi-même, comment donner un bain au bébé

☐ donner le premier bain à mon bébé

☐ que ..... donne le premier bain à mon bébé

☐ que notre petit garçon soit circoncis

☐ autre .....

.....

De retour à la maison, les personnes suivantes m'offriront de l'aide:

.....

.....

Autres idées ou commentaires: .....

.....

.....

.....

.....

J'apprécierais recevoir un appel de suivi de l'unité des soins mère-enfant une fois que je serai revenue à la maison. (Lorsque les mères qui accouchent pour la première fois rentrent à la maison, elles reçoivent habituellement un appel téléphonique de l'infirmière de santé publique/infirmière hygiéniste.) ☐ oui ☐ non ☐ indécise

Date .....

Signature de la mère .....

Signature ☐ du père

☐ de l'accompagnante .....

Source: St. Joseph's Health Centre, Family Birthing Centre, London (Ontario).

ANNEXE 2

Méthodes d'induction et de stimulation

«DÉCOLLEMENT» DES MEMBRANES

Selon plusieurs études récentes, le «décollement» des membranes peut accroître la probabilité de travail spontané chez les femmes pour lesquelles une induction du travail n'est pas jugée urgente. Des essais cliniques aléatoires sont en cours au Canada pour déterminer si une politique de décollement des membranes pour ces femmes contribuerait à réduire la nécessité d'une induction.

MATURATION DU COL — UTILISATION DES PROSTAGLANDINES

Bien que l'ocytocine soit efficace pour le déclenchement du travail, elle n'a aucun effet sur la maturation du col. Des études cliniques ont démontré que les prostaglandines (PGE_2) sont efficaces pour provoquer la maturation du col. Les prostaglandines agissent directement sur le col utérin; leurs effets ne sont pas uniquement associés aux contractions utérines. Les prostaglandines produisent des changements biochimiques qui se traduisent par un assouplissement du col utérin. Le gel de prostaglandines en application sur la partie interne du col est actuellement la méthode de prédilection pour provoquer la maturation du col.

Une méta-analyse rapportée dans la base de données Cochrane compare les prostaglandines (administrées par toutes les voies: orale, vaginale, cervicale et intraveineuse) aux placebos ou à «l'absence de traitement» sur la maturation du col (Keirse, 1993). Les prostaglandines utilisées pour la maturation du col réduisent de façon statistiquement significative les taux de naissances par césarienne, de naissances vaginales à l'aide d'instruments et d'induction ratée. Le pourcentage de femmes qui n'ont pas donné naissance dans les 12 heures suivant le début de l'induction du travail est considérablement réduit lorsque le col utérin a été préparé par l'administration de prostaglandines. Bien que leur utilisation pour la maturation du col soit associée à certains risques d'hyperstimulation et d'anormalité de la fréquence cardiaque fœtale, le risque de problèmes portant atteinte à l'intégrité du fœtus ne semble pas plus élevé. On s'attend que de 30 à 40 p.100 des femmes à qui l'on a administré des PGE_2 en application sur le col entrent en travail pendant le processus de maturation du col.

COMPARAISON DES MÉTHODES DE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

Dans le cas de femmes dont la cotation de Bishop est favorable (Bishop, 1964), qu'elle ait été obtenue de façon spontanée ou par une intervention médicale, plusieurs options sont possibles lorsqu'une induction du travail s'impose : l'amniotomie utilisée seule; l'administration d'ocytocine utilisée seule; l'amniotomie et l'administration d'ocytocine; l'administration de prostaglandines par voie orale ou vaginale. L'amniotomie utilisée seule semble être une approche intéressante dans certains cas. Cependant, des essais contrôlés laissent croire que l'administration d'ocytocine peu après l'amniotomie réduit les risques de naissances à l'aide d'instruments comparativement à l'amniotomie employée seule.

Les essais contrôlés pour évaluer les différentes interventions médicales en matière d'induction du travail tendent à ne faire participer que de petits groupes-échantillons. La méta-analyse donne, une fois de plus, une indication de l'efficacité relative des différentes interventions. Des essais ont comparé l'administration de l'ocytocine à celle des prostaglandines par voie orale, et l'administration de l'ocytocine à celle des prostaglandines par voie vaginale (on n'a effectué aucune comparaison directe entre l'administration des prostaglandines par voie orale et vaginale). L'administration de prostaglandines par voie orale provoque des effets secondaires gastro-intestinaux (vomissements et diarrhée) plus fréquents et plus graves que celle par voie vaginale; cette option est donc moins acceptable.

Dans l'ensemble, les prostaglandines (par voie orale ou vaginale) semblent avoir des effets plus positifs que l'ocytocine : elles réduisent la fréquence des naissances à l'aide d'instruments, en comparaison avec l'ocytocine employée seule; le pourcentage de femmes qui ne donnent pas naissance dans les 24 heures baisse de façon significative (rapport des probabilités = 0,43); enfin, on note que les analgésiques sont utilisés moins souvent avec les prostaglandines qu'avec l'ocytocine.

Peu d'études ont jusqu'ici tenu compte du point de vue des femmes sur les méthodes d'induction du travail. Il semble que si l'utilisation d'un gel vaginal permet à la femme de retarder ou d'éviter l'installation d'une perfusion intraveineuse, elle jouit alors d'une plus grande mobilité, ce qui est susceptible de lui rendre cette option plus acceptable. La décision ultérieure d'utiliser le moniteur fœtal pendant le travail devrait dépendre des indications pour déclencher le travail.

La monographie du gel vaginal Prostin note qu'on ne doit pas utiliser le produit s'il y a rupture des membranes. Cependant, le protocole de l'essai aléatoire, dont l'objectif était d'étudier la rupture prématurée des membranes des clientes dont la grossesse est à terme et de comparer la gestion attentiste à l'induction du travail des clientes à terme dont les membranes se sont rupturées prématurément, exigeait l'administration d'un gel vaginal. Plusieurs essais contrôlés publiés suggèrent que le gel vaginal peut être utilisé sans danger dans ces situations.

ANNEXE 3

Amélioration continue de la qualité (ACQ)

L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est axée sur le système de soins et a pour but d'améliorer les processus et de réduire les écarts pour que le rendement de tout le monde s'améliore (Headrick, 1995). L'ACQ part du principe suivant : la plupart des gens se préoccupent de la qualité de leur travail et veulent faire un bon travail. L'amélioration requiert habituellement l'élimination des obstacles qui limitent l'action des intervenants déjà motivés à dispenser des services de haute qualité. Cela diffère sensiblement des programmes habituels d'assurance de la qualité, qui visent à isoler les cas aberrants (« les mauvais sujets ») et à déterminer les mesures à prendre pour améliorer leur rendement afin de respecter une norme établie.

On a démontré que les évaluations et la rétroaction (des outils essentiels du processus de l'ACQ), lorsqu'elles sont associées à une formation et à un soutien administratif adéquats, peuvent influer sur le nombre d'interventions effectuées durant la naissance (Reynolds, 1995; Sandmire et Demott, 1994; Socol et coll., 1993; Dillon et coll., 1992; Inglesis, 1991).

Le processus de l'ACQ est conçu de manière à donner aux praticiens une rétroaction sur leurs habitudes de pratique. Cette notion s'appuie sur le fait que, pour toutes les interventions, même les césariennes (bien que les obstétriciens en soient généralement les protagonistes), les médecins ou les sages-femmes se tiennent responsables de l'intervention ou du résultat, comme le font aussi les obstétriciens, les infirmières et les anesthésistes. La rétroaction individualisée est présentée sous la forme d'une série d'histogrammes qui examinent différentes interventions comme l'épisiotomie, la naissance par césarienne, l'épidurale, l'induction du travail, la stimulation du travail et le taux de consultations de tout le service. Un sondage joint aux résultats invite les praticiens à orienter le projet, à indiquer quelles questions éducatives méritent une attention et à faire des commentaires sur le processus. Une démarche similaire effectuée à l'échelle de l'organisme devrait être pluridisciplinaire et réalisée auprès de l'ensemble du personnel.

Des feuilles de route détaillées du processus des soins et de la formation d'un consensus s'ajoutent à d'autres stratégies de l'ACQ et peuvent être appliquées à des facteurs contributifs, telles les procédures d'admission, l'induction du travail, la gestion de la douleur, les stratégies adoptées au début

du travail et le monitorage du fœtus. On procède à une évaluation des diagrammes sélectionnés de façon aléatoire à partir de domaines hypothétiques que l'on croit être à la source du problème. On crée ensuite des équipes et on élabore une formation pour des domaines précis.

Chaque groupe utilise un modèle qui le guidera à travers les étapes principales de la préparation d'un arbre de décisions ou d'un cheminement clinique pour son domaine d'intervention et d'un plan chronologique d'exécution. Chaque groupe doit atteindre les objectifs suivants : parfaire l'analyse des conclusions de départ; étudier les publications savantes; déterminer quels arbres de décisions, directives et cheminements ont déjà établis. Le groupe concevra ensuite un processus d'amélioration fondé sur cette information. L'application des résultats de ce travail prendra différentes formes : diffuser l'information par l'entremise des intervenants; inviter les gens à faire part de leurs commentaires; faire en sorte que tous sentent qu'ils font partie du processus. Des recommandations seront ensuite formulées, en se basant sur des données clés qui ont conduit à l'élaboration des schémas.

— CHAPITRE 6 —

Soins postnatals mère-enfant et transition vers la collectivité

Table des matières

Introduction 5

Soins immédiats après la naissance et au début de la période postnatale 6

Maintien du contact parent-enfant 6

Évaluation et soins de la mère 7

Évaluation et soins du nouveau-né 9

Évaluation des risques pour le nouveau-né 10

Réanimation du nouveau-né 10

Interventions spécifiques 12

Soins postnatals mère-enfant 13

Continuité de l'adaptation de la mère, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins 14

Continuité de l'adaptation du nouveau-né, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins 17

Observation du nouveau-né 17

Soins de la peau et du cordon ombilical 18

Circoncision 19

Immunisation 19

Dépistage de certaines conditions 19

Évaluation des complications affectant la mère 21

Syndrome du troisième jour, dépression et psychose postnatales 21

Syndrome du troisième jour 21

Dépression postnatale 22

Psychose postnatale 23

Hémorragie postnatale tardive 24

Infection puerpérale/Endométrite postnatale 24

Évaluation des complications courantes affectant le nouveau-né 25

Détresse respiratoire 25

Hypoglycémie 26

Déshydratation et équilibre hydro-électrolytique 26

Ictère 27

Risque de septicémie 29

Effets de l'exposition à des substances intoxicantes 29

Évaluation postnatale et soins après une césarienne 30

Transition : retour à la maison et dans la collectivité 31

Introduction 31

Indicateurs d'adaptation postnatale 32

Mère 33

Nouveau-né 34

Effets du soutien à la mère et au nouveau-né 35

Stratégies de soutien communautaire 35

Durée du séjour à l'hôpital 40

Orientation faite par l'hôpital vers une ressource communautaire 42

Besoins spéciaux de certains nouveau-nés 43

Conclusion 44

Bibliographie 45

Annexe 1 — Facteurs de risque pour le nouveau-né 50

Annexe 2 — Les trois phases du post-partum 51

Annexe 3 — Quand demander de l'aide 52

Introduction

La période postnatale revêt une grande importance pour la mère, le bébé et la famille, et ce, pour deux raisons majeures. D'abord, il s'agit d'une période d'ajustement physiologique tant pour la mère que pour le bébé. Ensuite, c'est une période d'ajustement social et affectif important pour toutes les personnes touchées.

C'est pourquoi la prestation des soins postnatals est axée sur les objectifs suivants :

- favoriser le bien-être physique de la mère et du bébé;
- favoriser la création de liens entre le bébé et sa mère, son père et sa famille;
- faciliter l'acquisition par le bébé de l'habileté à s'alimenter;
- appuyer la mère, l'aider à approfondir ses connaissances, à accroître sa confiance en elle-même et dans la santé et le bien-être de son enfant, lui permettant ainsi de remplir son rôle de mère au sein de sa famille et de son milieu socioculturel;
- encourager le perfectionnement des habiletés parentales.

Les premiers jours suivant la naissance constituent une période de formation pour la nouvelle maman, le bébé et la famille. Il faut que la prestation des services concoure à la satisfaction des besoins fondamentaux et favorise l'ajustement pendant la période postnatale et ce, que la naissance ait eu lieu à l'hôpital, dans une maison de naissance ou à la maison. Par besoins fondamentaux, on entend :

- le *repos* et une période de rétablissement pour la mère, compte tenu des efforts physiques fournis pendant la grossesse et la naissance;
- une évaluation de *l'adaptation* physiologique de la mère et du bébé, et la prévention des problèmes;
- le *soutien* à la mère, au bébé et à la famille durant la période d'ajustement (par des membres de la famille, des proches, des connaissances et l'ensemble de la collectivité);
- la *formation* de la mère (et des membres de la famille) en matière de soins personnels et de soins à donner au bébé;
- l'application de mesures de prévention et de *dépistage* spécifiques par le recours à divers programmes de soins à la mère et au nouveau-né, tels que l'administration de vitamine K et la prophylaxie oculaire, l'immunisation (Rh, rubéole, hépatite B), les tests (phénylcétonurie/thyroïde), la

prévention de l'iso-immunisation Rh et l'évaluation de la sécurité des conditions de vie (par ex., les sièges d'auto, les possibilités de violence familiale et de consommation de substances psychoactives).

Soins immédiats après la naissance et au début de la période postnatale

L'aide et les soins immédiats après la naissance et durant les premiers jours de la période postnatale doivent s'équilibrer autour de trois objectifs cruciaux : évaluation et surveillance de la santé et du bien-être du bébé et soins pertinents; évaluation et surveillance de l'adaptation physiologique et affective de la mère après la naissance, et soutien pertinent; appui au développement de liens mère-enfant et de liens dans la famille. Ces trois objectifs sont d'égale importance : le défi à relever, c'est de les réaliser tous les trois. Il est possible de favoriser le contact et le rapprochement de la famille, tout en donnant des soins à la mère et au bébé et en veillant au maintien de leur santé. L'application des principes de la prestation des soins dans une perspective familiale décrits ci-après nous aide à relever ce défi :

- Les mères ont besoin que l'on s'occupe d'elles dans leur contexte familial. Les mères et les nouveau-nés doivent être considérés comme une unité et ne pas être séparés à moins que cela ne soit absolument nécessaire.
- Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale s'appuient sur des constats de recherche; la technologie n'est utilisée qu'à bon escient.
- Les mères et les familles ont besoin d'être renseignées sur les soins qu'on leur prodigue pour être en mesure de faire des choix éclairés.

Maintien du contact parent-enfant

Pendant la période postnatale immédiate, la mère et le nouveau-né forment une unité indissociable pour la prestation d'une aide personnelle et familiale. Dans la mesure du possible, il faut respecter l'intimité parents-enfant durant les premières heures après la naissance et encourager fortement un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père. La relation parents-enfant — le premier des nombreux liens que tissera l'enfant — contribue au développement du sentiment de sécurité de l'enfant, et ses effets sont durables. Les bienfaits qu'en retirent les parents ne sauraient être sous-

évalués : ce premier contact physique avec le bébé leur procure un sentiment d'accomplissement et leur donne confiance en leurs compétences parentales. Il est hautement prioritaire de laisser ensemble les parents et leur bébé. Bien que certaines politiques de l'établissement peuvent parfois limiter ce contact, la souplesse devrait être le mot d'ordre.

Certaines politiques et pratiques de l'établissement relatives aux soins immédiats après la naissance peuvent concourir à l'épanouissement des liens parents-enfant. Par exemple, on devrait encourager le contact physique (peau contre peau) entre la mère, le père et le bébé; on devrait examiner les bébés et leur prodiguer des soins en restant dans le champ de vision des parents; la mère devrait mettre le bébé au sein au cours de la première heure suivant la naissance. (Consulter le chapitre 7.) Un contact continu entre les parents et le bébé est un facteur de réussite de l'allaitement, qui est par contre compromis si l'on sépare le bébé de ses parents à la naissance. Dès le début de la période postnatale, les parents ont besoin d'être seuls, pour examiner leur bébé, le toucher et commencer à le connaître.

Évaluation et soins de la mère

Dans la plupart des cas, la période qui suit immédiatement la naissance est marquée par une grande joie pour toute la famille. C'est le moment pour la famille et les intervenants de souligner les étapes accomplies et de se réjouir de l'arrivée du bébé. Mais c'est aussi une période d'adaptation physiologique importante, tant pour la mère que pour le bébé, d'où l'importance d'une évaluation soigneuse, d'une surveillance étroite et, parfois, d'une intervention adroite.

Les réactions des mères qui viennent de donner naissance sont très personnelles. Certaines se sentent pleines d'énergie, heureuses et excitées. D'autres sont épuisées et veulent dormir. L'expérience de la femme peut varier en fonction d'un certain nombre de facteurs : la durée et la difficulté du travail, son expérience de la douleur pendant le travail et le genre de naissance (naturelle, à l'aide d'instruments, par césarienne, etc.). Un autre facteur déterminant tient à l'expérience vécue du travail et de la naissance en comparaison avec ce que la femme prévoyait.

Les femmes vivent aussi de profonds ajustements physiques immédiatement après la naissance, ajustements qui touchent tous les systèmes de leur organisme et exigent beaucoup d'énergie. Il peut s'agir notamment de pertes dans le volume de sang en circulation, de transpiration profuse, de perte de

poids et de déplacement d'organes internes. Pendant cette période, les femmes ont souvent besoin de s'hydrater, de se nourrir, de se reposer et de refaire le plein d'énergie.

Compte tenu de l'augmentation du volume sanguin pendant la grossesse, une perte de 250 à 500 ml de sang pendant la naissance peut ne pas comporter d'effets indésirables. Cependant, une perte excessive de sang peut contribuer à la morbidité postnatale et entraîner le décès de la mère. On a noté que 4 p. 100 des femmes qui ont donné naissance font une hémorragie au début de la période postnatale — définie comme une perte de sang de 500 ml ou plus dans les 24 heures après la naissance à la suite du décollement et de l'expulsion du placenta. De toute évidence, une évaluation très attentive de la hauteur et de la fermeté du fond utérin, des signes vitaux et du volume des pertes sanguines vaginales postnatales est extrêmement importante. Les unités de naissance devraient établir des lignes directrices pour le traitement des hémorragies postnatales.

Pour faire une évaluation physique approfondie, immédiate et continue de l'état de la mère, il faut tenir compte de ses antécédents et de sa situation unique. Mais dans tous les cas, il faut évaluer :

- les signes vitaux;
- le tonus utérin;
- les lochies;
- la hauteur du fond utérin;
- l'état du périnée;
- la fonction vésicale;
- l'état des seins et des mamelons;
- les selles;
- le confort physique.

Les constatations faites pendant cette évaluation devraient être documentées, conformément au jugement clinique du soignant ou à la politique de l'établissement. Des mesures adéquates doivent être prises dans le cas d'anomalies.

Évaluation et soins du nouveau-né

Immédiatement après la naissance, la transition optimale du bébé vers la vie à l'extérieur de l'utérus exige :

- l'établissement d'une respiration et d'une circulation adéquates;
- le maintien d'une température corporelle adéquate;
- la facilitation des contacts entre le bébé, la mère et la famille.

Cette période de transition est critique pour le bébé. Par conséquent, l'évaluation et la surveillance revêtent une importance cruciale.

Il importe de procéder à l'examen initial du bébé dans la chambre de naissance pour s'assurer que le bébé s'adapte bien au milieu extra-utérin. C'est également le moment opportun de procéder à un examen plus complet du bébé et, par le fait même, de rassurer les parents. On évalue l'adaptation à la vie extra-utérine en examinant soigneusement la respiration, la fréquence cardiaque, la perfusion et la coloration de la peau du bébé. Il faut vérifier la température axillaire, la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque toutes les heures, pendant deux heures (ou plus longtemps dans le cas d'un écart à la normale). Une attention particulière devrait être portée à la possibilité d'anomalies congénitales.

Le mécanisme de régulation de la température constitue un élément critique de la transition du nouveau-né à la vie extra-utérine. Dans l'utérus, la circulation du sang entre le placenta et le bébé satisfait les besoins vitaux du bébé tandis que la mère assure sa régulation thermique. À la naissance, le nouveau-né est mouillé, et la température de la pièce est inférieure à la température intra-utérine. Une déperdition de chaleur se produit rapidement par l'évaporation, la radiation, la convection et la conduction, et la température corporelle diminue à un rythme de 0,2°C à 1°C par minute. Les réserves de glycogènes et de graisse brune peuvent s'épuiser en quelques heures seulement. La réaction adrénergique à la baisse de température peut provoquer une vasoconstriction périphérique pouvant nuire à l'échange gazeux pulmonaire et entraîner une hypoxie et une acidose.

On recommande de suivre les directives suivantes pour éviter toute perte de chaleur :

- maintenir l'aire de naissance à une température variant entre 23°C et 25°C, et sans courant d'air;
- sécher le bébé et enlever tout linge humide pour éviter une perte de chaleur par évaporation ou par conduction;

- placer le bébé sur le ventre de la mère ou dans ses bras, peau contre peau, pour favoriser un transfert de chaleur par conduction de la mère au nouveau-né;
- langer le bébé (en lui couvrant également la tête) pour prévenir l'exposition à l'air froid, diminuer la perte de chaleur par convection et évaporation, procurer un isolant et accroître la rétention de la chaleur;
- maintenir une source de chaleur radiante à proximité, en cas de besoin.

Il est également essentiel d'évaluer et d'encourager l'allaitement maternel aussitôt après la naissance et au début de la période postnatale. Le chapitre 7 fournit de l'information détaillée sur l'allaitement maternel. Il faut aussi donner des directives aux femmes qui nourrissent leur bébé au biberon pour qu'elles aient confiance en leur capacité de bien le nourrir.

ÉVALUATION DES RISQUES POUR LE NOUVEAU-NÉ

Une fois que le nouveau-né a été examiné dans la chambre de naissance, les antécédents et les observations doivent être passés en revue pour déterminer les risques de complications. Cette évaluation est extrêmement importante, non seulement parce qu'elle oriente les soins à donner au bébé à l'avenir, mais aussi parce qu'elle permet d'observer le bébé dans un milieu adéquat. Si après la réanimation initiale du bébé, son état n'est pas normal ou exige une observation spécialisée, il peut être nécessaire d'organiser le transfert du nouveau-né à un centre de soins intermédiaires, de soins spécialisés, à une unité de soins intensifs ou à un centre de soins tertiaires. Chaque centre de naissance devrait établir des lignes directrices écrites portant sur le transfert.

Les personnes qui s'occupent des bébés immédiatement après la naissance doivent prodiguer des soins de manière à reconnaître la possibilité de problèmes, même sans la présence de facteurs de risque évidents. Certaines constatations, cependant, sont associées à un risque accru de problèmes des bébés. Une liste détaillée, quoique non exhaustive, de ces constatations est présentée à l'annexe 1. Il est bon de noter, également, que les établissements ont besoin de directives pour guider l'évaluation des nouveau-nés et pour préciser où placer le bébé qui doit faire l'objet d'une surveillance spécialisée.

RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

Même après une grossesse sans problème, des nouveau-nés peuvent, quelques minutes après la naissance, éprouver des difficultés soudaines et non prévues qui exigent l'intervention immédiate d'un personnel compétent. C'est une

situation terrifiante pour la mère et sa famille. Les intervenants doivent absolument réconforter la mère et la famille, et leur expliquer ce qui se passe. Il est également essentiel que des spécialistes en réanimation néonatale, capables de fonctionner en équipe, soient accessibles pour chaque naissance. De toute évidence, la taille et la composition de cette équipe varient en fonction des taux de naissances et du niveau désigné de soins de l'établissement. L'équipe peut être composée d'infirmières, de médecins de famille, de sages-femmes, de pédiatres, d'obstétriciens, d'anesthésistes et d'inhalothérapeutes. Outre le professionnel responsable de la naissance (c'est-à-dire le médecin ou la sage-femme), un deuxième professionnel dont la première responsabilité est le bébé doit être présent; ce deuxième professionnel doit être capable d'effectuer une réanimation néonatale, une ventilation avec ballon et masque, et des compressions thoraciques. Si cette personne ne peut exécuter de mesures de réanimation plus spécialisées (une intubation trachéale et l'administration de médicaments), une personne possédant ces compétences devrait être accessible pour intervenir immédiatement sur appel.

Chaque centre de naissance doit définir les facteurs de risque déterminant les situations où il faut prévoir deux personnes pour s'occuper du bébé à la naissance. En fait, tant et aussi longtemps qu'un autre membre du personnel médical ne prend pas la relève, la prestation des soins au nouveau-né demeure la responsabilité de l'obstétricien, du médecin de famille ou de la sage-femme qui assiste à la naissance. Pour bien s'acquitter de cette responsabilité, l'obstétricien, le médecin de famille ou la sage-femme devrait avoir une certification en bonne et due forme d'intervenant en réanimation néonatale. Le Programme de réanimation néonatale coordonné par la Société canadienne de pédiatrie et la Fondation canadienne des maladies du cœur enseigne ces compétences. Tous les membres du personnel appelés à s'occuper des nouveau-nés immédiatement après la naissance doivent s'inscrire périodiquement pour la mise à jour de la formation, soit au volet d'intervenant soit au volet d'instructeur. Il serait bon d'appuyer les établissements soucieux d'organiser sur place des programmes visant cet objectif. L'équipement nécessaire à la réanimation est décrit dans le manuel sur la réanimation néonatale des American Pediatric Association/American Heart Association (Bloom et Cropley, 1994). Cet équipement doit être vérifié chaque jour pour en assurer le bon fonctionnement; il faut également le vérifier avant chaque naissance.

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

L'administration intramusculaire de vitamine K est la méthode de prévention la plus efficace du syndrome hémorragique du nouveau-né. Après la stabilisation initiale du bébé et une période suffisante d'interaction mère-enfant (et famille), il faut administrer les doses suivantes par voie intramusculaire, dans les six heures après la naissance : 1,0 mg de vitamine K1 pour les bébés pesant 1500 g ou plus à la naissance; 0,5 mg pour ceux pesant moins de 1500 g à la naissance. Il n'est pas recommandé d'administrer la vitamine K par voie orale, puisque cette méthode est moins efficace pour la prévention du syndrome hémorragique du nouveau-né dont l'occurrence est plus tardive (SCP, 1997). Advenant que les parents refusent la vitamine K intramusculaire, les intervenants de la santé doivent recommander l'administration orale de 2 mg de vitamine K1 au moment de la première tétée. La forme parentérale de la vitamine K pour administration par voie orale est tout ce dont on dispose à l'heure actuelle. Cette dose doit être répétée lorsque le bébé aura entre deux à quatre semaines et entre six et huit semaines. Si les parents optent pour le régime d'administration par voie orale, il faut les informer de l'importance d'administrer les doses de suivi à leur bébé et les prévenir des plus grands risques de syndrome hémorragique du nouveau-né qui survient tardivement (y compris la possibilité d'hémorragie intracrânienne) (SCP et CFPC, 1998).

Tous les bébés devraient recevoir un traitement prophylactique pour prévenir l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né, à l'exception des bébés très prématurés dont les paupières sont encore soudées au moment de la naissance. (Dans certaines provinces, cette procédure est obligatoire selon la loi.) On recommande de traiter chaque œil en étendant 1 cm d'onguent d'érythromycine (0,5 %) le long de la paupière. L'érythromycine, qui protège contre l'infection gonococcique, peut offrir une certaine protection contre les conjonctivites à Chlamydia. L'érythromycine irrite peut-être moins les yeux que le nitrate d'argent et permet d'éviter les risques théoriques de la tétracycline. Les yeux ne doivent pas être rincés avec une solution saline. Le traitement peut être repoussé jusqu'à deux heures après la naissance pour favoriser le contact parent-enfant et la stabilisation initiale du bébé.

Si la mère est Rh négatif ou si elle a une sensibilisation connue à d'autres antigènes, il faut déterminer le facteur Rh du sang du cordon et effectuer un test direct à l'antiglobuline peu après la naissance. À la naissance du bébé, il faut effectuer un prélèvement de sang du cordon à partir de la veine ou des

artères ombilicales pour une analyse des gaz sanguins. L'information recueillie indique la réaction fœtale et placentale au travail en termes de fonctions respiratoires et métaboliques (SOGC, 1995).

Soins postnatals mère-enfant

Après la naissance, si l'état de la mère et du bébé est stable, il faut que le même intervenant continue à s'occuper d'eux jusqu'à ce que le bébé ait réussi à s'alimenter une première fois. Par la suite, il leur prodiguera des soins intermittents à l'hôpital, à domicile ou à son cabinet, en conformité avec le jugement clinique et les politiques administratives.

Pour les séjours à l'hôpital de plus de quelques heures, que la mère et le bébé restent dans la chambre de naissance ou qu'ils soient transférés à l'unité postnatale, on recommande d'intégrer les soins infirmiers postnatals à la mère et ceux au nouveau-né.

La prestation des soins mère-enfant exige qu'une infirmière s'occupe à la fois de la mère et du nouveau-né, et que le bébé et sa mère cohabitent jour et nuit. Les soins infirmiers mère-enfant (ou soins dyade mère-enfant) relèvent d'une stratégie de soins qui encourage la famille à jouer le rôle de soignante principale du nouveau-né. Le nouveau-né et sa mère sont considérés comme un tout dont les besoins autant physiques que psychologiques sont interdépendants (Phillips, 1997). Pour ce type de soins infirmiers, les rôles des infirmières affectées à la pouponnière et aux soins postnatals sont intégrés, de sorte qu'une seule infirmière donne tous les soins à la dyade mère-enfant. Cette stratégie infirmière permet, en outre, de prodiguer les soins au bébé au chevet de la mère, de guider cette dernière et de lui enseigner des compétences parentales, de satisfaire d'autres besoins physiologiques et psychologiques de la mère, et d'encourager la participation des autres membres de la famille à la prestation des soins (Phillips, 1996). Autrement dit, par soins infirmiers postnatals mère-enfant, on entend la prestation de soins de santé de qualité qui tient compte de la nature et de l'importance des besoins physiques et psychosociaux de la nouvelle mère, de la famille et du nouveau-né, et s'y adapte. L'accent est donc mis sur la prestation de soins qui favorisent l'unité familiale tout en assurant la sécurité physique de la mère et du bébé (Phillips, 1996).

Dans le modèle des soins infirmiers mère-enfant, les intervenants examinent les nouveau-nés au chevet des mères. On encourage les parents à

poser librement des questions et à discuter de ce qui les inquiète avec le médecin, l'infirmière ou d'autres mères. L'équipe affectée aux soins mère-enfant multiplie le plus possible les occasions où la mère peut examiner et évaluer son enfant et apprendre à s'en occuper. L'infirmière agit à titre de personne ressource auprès de la mère, lui fournissant des conseils et des suggestions, de l'aide, au besoin, et du renforcement positif. Le père (ou toute autre personne offrant du soutien) ainsi que les frères et sœurs ne sont jamais considérés comme des visiteurs et peuvent donc passer tout le temps voulu avec la mère et le bébé (Phillips, 1996).

Les mots clés de la mise en œuvre des soins infirmiers mère-enfant sont *attitude* et *souplesse*. La formation supplémentaire requise peut inquiéter certains membres du personnel qui craignent de perdre le contrôle. De fait, pour réussir à offrir des soins infirmiers mère-enfant, les membres du personnel doivent percevoir leurs rôles quelque peu différemment. Plutôt que de mettre l'accent sur les tâches à accomplir, l'infirmière doit comprendre l'importance de s'occuper de la famille comme une unité et doit favoriser une participation des parents qui leur permet de bien réussir à donner tous les soins (Phillips, 1996).

Les hôpitaux qui prodiguent des soins infirmiers mère-enfant ou qui ont une pouponnière pour les bébés qui ont des besoins spéciaux doivent s'assurer que les soins procèdent d'une politique et d'un plan écrits; cela permet d'assurer la sécurité du nouveau-né et de préciser les lignes de conduite du personnel en cas de problèmes.

Continuité de l'adaptation de la mère, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins

Des chercheurs ont signalé que l'évolution des mères pendant la période postnatale suit des phases généralement prévisibles. En règle générale, ils reconnaissent volontiers que la période postnatale comprend, en réalité, les quatrième et cinquième trimestres de la périnatalité, et que le retrait précoce du soutien des professionnels de la santé peut contribuer à une multitude de problèmes psychologiques et physiques (Santé Canada, 1989; Hans, 1986; Rubin, 1975, 1961). La période postnatale constitue une période de transition importante pour la mère, son nouveau-né et l'ensemble de sa famille.

Le fait d'être attentif à la façon dont la mère réagit aux changements postnatals favorise son adaptation et celle des autres membres de la famille.

Au cours des deux ou trois premiers jours après la naissance, la mère traverse une phase de « passivité » pendant laquelle elle intègre son expérience et éprouve le besoin d'en discuter de façon détaillée. Une forte proportion de femmes disent ne pas se souvenir de certains événements survenus pendant le travail et l'accouchement; elles songent souvent à ce qui a pu se passer et souhaitent qu'on les aide à combler ces lacunes (Alfonso, 1977). Deux aspects de la naissance peuvent d'ailleurs rendre cette expérience traumatisante : des douleurs extrêmes et l'impression d'avoir perdu le contrôle. On commence à reconnaître la possibilité de séquelles à long terme de ces expériences, et il existe des preuves scientifiques convaincantes de l'existence d'un « état de stress post-traumatique » qui perdure après la naissance (Reynolds, 1997). Il est donc important que les intervenants de la santé évaluent la possibilité de difficultés d'adaptation de la mère à son nouveau rôle de mère, et qu'ils lui prodiguent le soutien et les soins dont elle a besoin, et la dirigent vers des services pertinents. (Consulter Reynolds, 1997, pour des directives précises à ce sujet.)

La mère passe de la phase de « passivité » à la phase de « prise en main » en l'espace de quelques semaines. Elle devient de plus en plus autonome et prend en main la nouvelle relation avec son bébé tout en s'occupant de lui. Au cours des mois suivants, la mère entre dans la phase du « partage des responsabilités » durant laquelle elle prend de plus en plus d'assurance et intègre à son quotidien son bébé et son nouveau rôle. L'annexe 2 décrit ces phases et les besoins de la mère au cours de son évolution.

À mesure que la mère et les membres de sa famille traversent les phases d'adaptation de la période postnatale, ils découvrent qu'ils ont bien des choses à apprendre. Il leur faut notamment acquérir un sentiment de compétence et de confiance en leur capacité d'effectuer les tâches de la période postnatale, apprendre de nouvelles façons de s'adapter au bébé et de perfectionner leurs compétences, faire l'apprentissage nécessaire à leur nouveau rôle parental et intégrer le « nouveau » bébé et la « nouvelle » mère au sein de la « nouvelle » cellule familiale.

Les intervenants de la santé peuvent faciliter l'apprentissage et le perfectionnement des compétences au moyen d'une approche axée sur l'apprenant. Une telle approche privilégie le rôle d'éducateur des intervenants. Le seul fait de reconnaître la validité du contexte et de l'expérience

de la mère et de la famille aide les diverses parties à prendre confiance en leurs capacités de gérer leur propre situation. L'accent est mis sur le partage du contrôle du contenu (ce que les clientes doivent savoir) et de la démarche (comment elles vont l'apprendre). Cette approche souligne l'importance de l'interdépendance dans le contexte de l'apprentissage. Les intervenants doivent être sensibles à la façon dont la mère se perçoit dans le contexte de son expérience postnatale. Ils doivent aussi déterminer comment travailler avec elle tout en satisfaisant ses besoins d'apprentissage, et faciliter ainsi sa formation.

Cinq principes servent d'ancrage à l'approche axée sur l'apprenant; ils sont résumés ci-après au tableau 6.1.

Tableau 6.1 Principes visant à faciliter l'apprentissage postnatal

Instaurer un climat propice à l'apprentissage

La période postnatale est une période de stress à la fois positif et négatif. Dans une approche axée sur l'apprenant, il est important de prendre tous les moyens possibles pour amener les clientes à se sentir à l'aise durant cette période intense.

Partager la responsabilité du contenu et de l'évolution de l'apprentissage

Les clientes ont besoin de participer aux décisions relatives au contenu de leur propre formation. D'autre part, l'infirmière qui perçoit chez une cliente un besoin spécifique dont la cliente ne lui a pas fait expressément part doit s'efforcer d'aider celle-ci à se renseigner.

Accroître l'estime de soi

Le progrès de la mère au cours des phases postnatales est étroitement lié à son estime de soi. Si elle se sent bien dans sa peau et capable de dominer la situation, elle sera plus en mesure de progresser et deviendra plus autonome. L'infirmière peut accroître l'estime de soi de tous les membres d'une famille en confirmant que leurs réactions à tout le processus de la naissance sont fondées et qu'ils ne sont pas les seuls à réagir ainsi.

S'assurer que l'apprentissage des parents s'applique à leur situation familiale

Pour intégrer tout renseignement nouveau à leur situation personnelle, les parents doivent pouvoir le mettre en pratique dans leur vie de tous les jours.

Encourager la responsabilité personnelle

À mesure que la mère traverse les différentes phases de la période postnatale, elle devient graduellement plus responsable de sa nouvelle situation, de celle de son bébé et du nouveau contexte familial. Une façon de l'aider à progresser, c'est de l'amener à se sentir à l'aise dans la phase où elle évolue. Une fois qu'elle aura constaté que ses réactions affectives et physiques sont normales, il lui sera beaucoup plus facile de songer à assumer de nouvelles tâches et responsabilités.

Source : Santé Canada, *Programme d'aide postnatale aux parents : Guide de mise en œuvre*, 1989.

On recommande aux intervenants de la santé de s'inspirer d'une approche de l'enseignement aux adultes pour évaluer les besoins d'apprentissage de la femme et pour intervenir en conséquence. Pour l'évaluation des besoins d'apprentissage, on suggère la lecture du document *Programme d'aide postnatale aux parents, Votre bébé et vous : une liste de questions* (Santé Canada, 1995). Quant au document *Manuel de référence, Programme d'aide postnatale aux parents*, il fournit des renseignements utiles au personnel soucieux de répondre aux questions d'une famille (Santé Canada, 1993). (Consulter les documents d'accompagnement.)

Continuité de l'adaptation du nouveau-né, de l'évaluation de son état et de la prestation des soins

Observation du nouveau-né

Les pouponnières de transition existent dans le milieu hospitalier depuis nombre d'années. Les nouveau-nés en santé n'ont toutefois pas besoin d'être placés sous observation dans ce genre de pouponnière. Il est possible d'atteindre les objectifs de la période de transition du nouveau-né, à savoir la stabilisation et l'évaluation, tout en gardant le bébé auprès de sa mère. Bien entendu, cela requiert du personnel avec une formation adéquate.

Jusqu'au moment du congé, la température du bébé, sa fréquence respiratoire et sa fréquence cardiaque devraient être notées au moins une fois par jour; dans certains cas, il faudra les vérifier plus souvent. Il faut également examiner l'évacuation de l'urine et des selles et consigner les résultats au dossier. Il serait bon d'encourager les parents à participer à ces observations et évaluations.

Il est important d'évaluer le bébé au moins à toutes les six heures : apparence et états de veille-sommeil/comportements; coloration de la peau, respiration, activité et alimentation. Ces observations doivent se faire en présence des parents pour leur donner l'occasion d'apprendre.

Le nouveau-né doit subir un examen complet dans les 24 heures qui suivent la naissance et dans les 24 heures qui précèdent son congé de l'hôpital. Certains bébés reçoivent leur congé très tôt après leur naissance, ce qui peut signifier qu'un seul examen est fait à l'hôpital. Un deuxième examen devra

néanmoins être effectué par un intervenant compétent au plus tard 48 heures après le congé de l'hôpital (SCP, 1996a). Les résultats de ces examens doivent être consignés au dossier de l'enfant. L'examen physique du nouveau-né doit inclure les mesures suivantes : le périmètre crânien, la taille, le poids et le mouvement des hanches. On recommande de procéder à ces examens du bébé en présence des parents. L'intervenant peut ainsi rassurer les parents en leur montrant que leur bébé est normal et leur expliquer tout besoin spécial ou tout problème nécessitant un suivi.

SOINS DE LA PEAU ET DU CORDON OMBILICAL

On donne un bain au nouveau-né surtout pour des raisons esthétiques. On ne doit toutefois pas donner un bain au bébé avant que sa température et sa fréquence cardiaque et respiratoire ne se soient stabilisées. L'intervenant doit baigner le bébé dans de l'eau tiède, de préférence sans savon (surtout pas de savons contenant de l'hexachlorophène), mais il peut se servir d'un savon doux non médicamenté.

Les documents permettent de croire qu'il est possible de donner le bain dans une baignoire, plutôt que faire la toilette à l'éponge, sans abaisser de façon significative la température du bébé et sans accroître le risque d'infection du cordon (Anderson et coll., 1995; Henningsson et coll., 1981). Selon une étude, les bébés lavés dans une baignoire pleurent moins. (Ces études ont été faites avec des nouveau-nés dont la température corporelle était stabilisée depuis une heure.)

Un bain dans une baignoire devrait servir à enlever le sang. Le fait de sécher le bébé et d'enlever le sang après la naissance pourrait minimiser le risque d'infection causée par l'hépatite B, le virus de l'herpès et le virus de l'immunodéficience humaine. Les avantages spécifiques de cette pratique ne sont toutefois pas encore clairs. Tant et aussi longtemps que le nouveau-né n'a pas été lavé complètement, il faut prendre des précautions systématiques lorsqu'on le touche.

Les valeurs relatives d'une teinture, d'un onguent à la bacitracine, de l'alcool et du séchage naturel pour les soins du cordon ombilical ne sont pas encore assez claires pour que l'on puisse formuler une seule recommandation. De récentes études indiquent que les résultats restent les mêmes lorsqu'on nettoie le cordon avec de l'alcool ou qu'on le laisse sécher naturellement (Dore et coll., 1998). Cependant, il est essentiel que le cordon soit d'abord coupé à l'aide d'un instrument stérile; par la suite, on doit bien surveiller le cordon et la peau qui l'entoure afin de pouvoir déceler tout risque

d'infection de l'ombilic (omphalite). Les agents utilisés pour nettoyer la peau ou le cordon du bébé ne doivent servir qu'une seule fois, pour éviter la contamination croisée entre les bébés. Les politiques relatives aux soins du cordon doivent être passées en revue à la lumière des récents travaux de recherche.

CIRCONCISION

Les avis étant encore très partagés sur les avantages et les effets nocifs de la circoncision, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) a décidé de ne pas recommander la circoncision systématique des garçons nouveau-nés (SCP, 1996b). Elle recommande plutôt aux parents de se renseigner sur les connaissances médicales actuelles à ce sujet, pour mieux en saisir les avantages et inconvénients. En bout de ligne, la décision des parents peut finalement reposer sur leurs croyances personnelles, religieuses ou culturelles.

La recherche fait état de la grande nécessité de soulager la douleur causée par la circoncision. Le soulagement de la douleur mérite donc une attention particulière (SCP, 1996b).

Après la circoncision, il est important que les parents sachent comment nettoyer et soigner le pénis de l'enfant. Ils doivent être en mesure de reconnaître les signes de guérison et les signes de complications, tel le saignement ou l'infection.

IMMUNISATION

Un bébé dont la mère est AgHBs positif (à l'antigène de surface de l'hépatite B) doit recevoir de l'immunoglobuline anti-hépatite B (0,5 ml par voie intramusculaire) aussitôt que possible après la naissance, de même que l'immunisation initiale contre l'hépatite B. Dans les cas où la mère est AgHBs négatif mais que d'autres membres de la famille sont AgHBs positif, on doit considérer la vaccination du bébé davantage à risque d'exposition. Bien que ce ne soit pas pratique courante au Canada, une immunisation initiale systématique contre l'hépatite B au cours des premiers jours après la naissance peut se révéler bénéfique. Il faut également considérer le BCG s'il y a risque d'exposition à la contagion de la tuberculose à la maison.

DÉPISTAGE DE CERTAINES CONDITIONS

Chaque nouveau-né doit participer à un programme de dépistage néonatal comprenant, au moins, le dépistage de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie. Les parents doivent être informés, avant la naissance, du but de tous les tests de dépistage que l'on prévoit effectuer. Les programmes de dépistage

sont conçus pour assurer non seulement l'évaluation de tous les bébés conformément aux pratiques recommandées et aux lois actuelles, mais aussi la transmission adéquate des résultats normaux et, surtout, des résultats anormaux aux intervenants de la santé et aux parents. Cela permet de mettre en œuvre sans tarder le plan de soins au bébé et d'aide à la famille. Dans les cas de congé précoce, le dépistage doit se faire avant le congé, à moins d'avoir la certitude qu'il se fera dans les délais prescrits après le congé.

On estime que dans 1,5 à 6,0 sur 1 000 naissances vivantes, les nouveau-nés sont atteints de déficience auditive. Les bébés les plus à risque peuvent subir un examen de dépistage à l'hôpital ou au centre où ils sont nés. Sinon, des dispositions spéciales doivent être prises dans les trois premiers mois après la naissance. Parmi les facteurs associés au risque accru de déficience auditive, on retrouve les suivants :

- des antécédents familiaux de déficience auditive durant l'enfance;
- des infections congénitales, telles que le cytomégalovirus, la rubéole, la syphilis, l'herpès ou la toxoplasmose;
- des anomalies crâniennes et faciales, avec malformations du pavillon ou du conduit auditif;
- un poids à la naissance de moins de 1 500 g;
- l'hyperbilirubinémie exigeant une exsanguino-transfusion;
- une exposition à des médicaments ototoxiques, en particulier les glucosides aminés utilisés en cours de traitements répétitifs en association avec des diurétiques de l'anse;
- une méningite bactérienne;
- une asphyxie périnatale avec encéphalopathie hypoxémique.

L'information actuelle n'appuie pas l'idée de soumettre tous les nouveau-nés à des tests de dépistage systématiques de la pression sanguine, du glucose sanguin ou de l'hématocrite. Cependant, les bébés à risque accru d'anomalies devraient subir les tests de dépistage pertinents, dont un test de la pression sanguine peu après la naissance et du glucose sanguin ou de l'hématocrite trois à quatre heures après la naissance.

Parmi les bébés à risque, on retrouve :

- les bébés nés de mère diabétique et les bébés de grande taille pour leur âge gestationnel;
- les bébés de petite taille pour leur âge gestationnel;
- les bébés nés prématurément;

- les bébés atteints d'asphyxie périnatale ou présentant des signes d'encéphalopathie;
- les bébés atteints de détresse respiratoire;
- les bébés susceptibles d'avoir une septicémie;
- les bébés d'une grossesse multiple;
- les bébés nés de mères iso-immunisées.

Évaluation des complications affectant la mère

Syndrome du troisième jour, dépression et psychose postnatales

SYNDROME DU TROISIÈME JOUR

Le syndrome du troisième jour touche de 45 à 80 p. 100 des accouchées (Misri, 1993). Parmi les symptômes les plus communs, on retrouve l'insomnie, la tristesse, les sautes d'humeur, la tendance à pleurer constamment, la fatigue, les maux de tête, les difficultés de concentration et la confusion. Ces symptômes sont habituellement passagers. Ils se font sentir le troisième ou le quatrième jour après la naissance, durent d'une à deux semaines et se dissipent sans traitement.

Il arrive souvent que les femmes atteintes du syndrome du troisième jour ne sachent pas pourquoi elles se sentent déprimées; elles qualifient leurs réactions de « stupides » et elles ont tendance à rire et à pleurer en même temps. De plus, un bon nombre sont déçues de se sentir « grosses », fatiguées et généralement à l'opposé des mères parfaites présentées à la télévision ou au cinéma. Ces femmes perçoivent leurs imperfections comme un échec. Certaines sont déçues parce que leur expérience de la naissance ne s'est pas déroulée comme prévu. Un soutien affectif inadéquat de la part du conjoint ou un stress extrême découlant des nouvelles responsabilités du rôle maternel contribue également au symptôme du troisième jour.

Ces femmes ont besoin de parler, de pleurer et de démêler leurs sentiments. Les intervenants de la santé doivent expliquer les causes de ce « syndrome » et rassurer ces femmes. Il est essentiel que les femmes comprennent qu'elles ne sont pas seules à éprouver de tels sentiments et que les mères parfaites n'existent que dans les contes de fée. Les membres de la

famille peuvent aider la mère en lui accordant beaucoup d'attention. Malheureusement, il arrive souvent que tous admirent le bébé, mais qu'ils oublient la mère (Stewart et Robinson, 1993).

DÉPRESSION POSTNATALE

Dix à vingt pour cent des femmes vivent une dépression durant la première année après avoir donné naissance. D'habitude, cela commence de deux semaines à six mois après la naissance. Bien qu'il s'agisse d'une forme de dépression clinique, elle n'est pas de nature psychotique. Parmi les symptômes communs, on note les suivants : la mère est constamment au bord des larmes, lesquelles jaillissent souvent; elle manifeste des sentiments d'abattement et de culpabilité, une labilité émotionnelle, de l'anorexie, de l'insomnie, le sentiment de ne pas être à la hauteur; elle a une piètre image de soi, est incapable de s'adapter, effectue un retrait social et s'inquiète de « ne pas aimer le bébé ». Parmi les nombreux symptômes physiques, on constate une faiblesse de concentration, de l'irritabilité, une perte de mémoire et de la fatigue (Pearce, 1997; Stewart et Robinson, 1993; Robinson et Stewart, 1986).

Bien des femmes se donnent beaucoup de mal pour cacher leur dépression à leur famille et à leurs proches, parce qu'elles estiment que cela ne convient pas à une « vraie » mère ou n'est pas acceptable socialement. Jusqu'à présent, aucune anomalie hormonale n'a pu être déterminée, et ce même si l'on attribue depuis longtemps la responsabilité de cet état aux changements hormonaux. Les femmes les plus à risque sont celles qui ont déjà souffert d'une dépression ou qui ont connu une grossesse difficile accompagnée de problèmes affectifs. Des relations familiales ou conjugales difficiles et différentes épreuves peuvent également contribuer à la dépression. Les publications savantes font souvent état de l'utilité des instruments de dépistage pour aider à reconnaître les femmes qui risquent d'avoir ou qui font déjà une dépression postnatale (Beck, 1995b; Schaper et coll., 1994; McIntosh, 1993; Cox, 1989).

L'orientation vers un professionnel de la santé mentale et le traitement professionnel de la dépression postnatale sont des composantes importantes des soins. La dépression peut avoir des effets graves et prolongés sur la mère et sur le développement de sa relation avec son nouveau bébé (Beck, 1995a). Les traitements de soutien comprennent les groupes d'entraide, les services de relève, l'aide à domicile, le counseling et l'encadrement de la mère dans sa relation avec son enfant. En outre, la psychothérapie peut aider la femme

à résoudre ses conflits quant à son rôle de mère. Certaines femmes ont besoin d'information sur le rôle parental; d'autres, de counseling matrimonial et d'aide domestique. Souvent, une dépression grave qui ne se résout pas rapidement par la psychothérapie peut être soulagée par des antidépresseurs. Les nouveaux antidépresseurs ne causent habituellement pas de somnolence, permettant à la femme de participer pleinement aux soins de son bébé (Stewart et Robinson, 1993). Par contre, l'usage d'antidépresseurs chez la femme qui allaite fait l'objet de controverse, et la plupart des inscriptions avertissent de les « utiliser avec prudence ». (*Lignes directrice nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé,* ICSI, 1996.)

Le pronostic est bon pour la plupart des femmes qui sont traitées adéquatement pour une dépression postnatale : environ 65 p. 100 se rétablissent en moins d'un an. Les recherches indiquent qu'il arrive souvent que la dépression postnatale ne soit pas décelée en dépit des contacts fréquents des femmes avec les professionnels de la santé durant la première année postnatale (Beck 1995a et b; Misri 1993; Cox et coll., 1987). On recommande aux professionnels de la santé d'utiliser des instruments de dépistage, comme l'inventaire de dépression postnatale d'Edinbourg (Cox et coll., 1987), pour aider à repérer les femmes qui risquent d'avoir une dépression postnatale (Schaper et coll., 1994).

PSYCHOSE POSTNATALE

La psychose postnatale, aussi appelée psychose puerpérale, est la forme la plus grave des affections mentales de la période postnatale. Elle peut se manifester à n'importe quel moment à partir de la deuxième ou troisième semaine après la naissance jusqu'à six à douze mois plus tard. Cette psychose est relativement peu commune, l'incidence étant évaluée à 1 ou 2 femmes sur 1 000 qui ont donné naissance. Il s'agit toutefois d'une psychose très dangereuse, tant pour la mère que pour le bébé, compte tenu de la présence d'idées de suicide et d'infanticide. La mère perd contact avec la réalité; elle peut avoir des idées délirantes ou des hallucinations, accuser un sérieux désordre cognitif et éprouver de la difficulté à s'occuper de son bébé; elle peut également être confuse et distraite (Misri, 1993; Stewart et Robinson, 1993).

La maladie apparaît souvent de façon soudaine et peut se présenter sous forme de profonde dépression, de manie, de schizophrénie ou de confusion grave. Les femmes qui sont atteintes d'un désordre affectif bipolaire ou qui

ont un parent proche qui en est atteint courent un plus grand risque de développer une psychose postnatale. En dépit des nombreuses études, on n'a pas encore trouvé d'anomalie hormonale chez les femmes atteintes de psychose postnatale. Toutefois, comme ces femmes ont des problèmes de jugement, elles ne devraient pas être laissées seules avec leur bébé.

Les femmes atteintes de psychose postnatale doivent être placées sous surveillance étroite à l'hôpital, de préférence avec leur bébé. Une combinaison de soutien psychosocial et de thérapie psychopharmacologique se révèle habituellement le meilleur traitement. Lorsqu'elles sont bien traitées, les femmes atteintes de psychose postnatale ont de bonnes chances de se rétablir — 95 p. 100 d'entre elles s'améliorent en trois mois.

Hémorragie postnatale tardive

Bien qu'elle soit moins commune que l'hémorragie postnatale précoce, l'hémorragie postnatale tardive peut se produire chez jusqu'à 1 p. 100 des femmes qui donnent naissance. Elle se produit après les 24 premières heures suivant la naissance, habituellement entre les septième et quatorzième jours. L'hémorragie tardive est causée par la rétention de fragments du placenta ou des membranes, la subinvolution de l'utérus et une infection des parois de l'utérus. Les femmes devraient connaître les signes d'une hémorragie, et on devrait les avertir de communiquer avec leur intervenant de la santé si le saignement vaginal augmente de façon significative ou si elles remarquent la présence de gros caillots. On traite une hémorragie par le contrôle des saignements, habituellement à l'aide d'ocytocine et, au besoin, par le remplacement du sang et par une intervention chirurgicale.

Même une perte sanguine modérée durant la naissance peut causer de l'anémie, définie communément comme un taux d'hémoglobine de moins de 10 g. La plupart des cas d'anémie peuvent être corrigés par l'administration de fer par voie orale. Les femmes qui font de l'anémie doivent être suivies par un professionnel de la santé.

Infection puerpérale/Endométrite postnatale

Une infection puerpérale est une infection des voies génitales associée à la naissance; elle peut se produire à n'importe quel moment, depuis la naissance jusqu'à six semaines plus tard. L'endométrite, l'infection la plus commune, se limite à la cavité utérine, mais peut se propager. Dans les cas d'endométrite bénigne, une femme peut avoir des pertes légères ou abondantes,

sanglantes et malodorantes. Dans les cas plus graves, elle peut avoir de la fièvre, des frissons, des douleurs dans le bas du ventre ou une sensibilité de l'utérus, de l'anorexie, de la léthargie et un pouls rapide. Le traitement comprend le repos et la position de Fowler pour encourager le drainage, une hydratation abondante, l'administration d'antibiotiques, une analgésie au besoin et l'administration d'ocytociques pour garder l'utérus contracté (Phillips, 1996). Les mesures de confort sont importantes pour soulager les symptômes. Il faut avertir la femme de communiquer avec l'intervenant de la santé si elle remarque des symptômes d'infection puerpérale, tels que de la fièvre, des douleurs ou une sensibilité à la pression, des pertes vaginales malodorantes ou de la difficulté à uriner.

Évaluation des complications courantes affectant le nouveau-né

Détresse respiratoire

La détresse respiratoire du nouveau-né peut survenir dans la chambre de naissance ou plus tard durant le séjour à l'hôpital. Tout le personnel hospitalier qui s'occupe des nouveau-nés devrait être en mesure d'évaluer la détresse respiratoire, la cyanose (détection possible sur les muqueuses des lèvres et de la bouche) et effectuer le test de perfusion cutanée. Dans les cas d'urgence, n'importe quel intervenant devrait être en mesure d'améliorer l'oxygénation et d'assurer une ventilation adéquate. Les procédures spécifiques de réanimation peuvent suivre les lignes directrices du programme de réanimation néonatale après la naissance ou être modifiées en vue de servir à d'autres secteurs de l'hôpital. Chaque hôpital doit désigner une équipe d'intervention d'urgence capable d'initier ces interventions selon un protocole défini. (Le chapitre 2 traite de manière plus approfondie du rôle du médecin en matière d'évaluation et de soins.)

Les centres qui donnent un supplément d'oxygène aux bébés pour des périodes de plus de quatre heures doivent également pouvoir surveiller la concentration de l'oxygène ambiant et la consigner régulièrement au dossier, et évaluer l'oxygénation du bébé au moyen de l'oxymétrie de pouls, de la saturation transcutanée, de la saturation en oxygène ou de la gazométrie artérielle. Tous les centres doivent également avoir du personnel capable d'entreprendre une ventilation assistée, au moins avec les techniques de

ventilation manuelle. La capacité de prodiguer une ventilation assistée continue exige habituellement des services de niveau III. Chaque centre qui s'occupe des mères et des nouveau-nés doit avoir une politique écrite relative aux soins immédiats à prodiguer au bébé en cas de détresse respiratoire. S'il s'agit d'un centre de niveau I ou de niveau II, il doit établir une relation de travail avec un centre mieux équipé de façon à pouvoir y diriger le bébé pour qu'il reçoive des soins continus.

Hypoglycémie

L'hypoglycémie du nouveau-né se définit par une concentration de glucose sanguin de moins de 2,2 mMol/L durant les 72 premières heures de la vie et de moins de 2,5 mMol/L par la suite. Les bébés à risque (consulter l'annexe 1) devraient subir un test de dépistage de l'hypoglycémie pour mesurer le glucose sanguin avant une tétée ou selon les directives cliniques. Les nourrissons qui présentent des symptômes ou ceux qui sont atteints d'une hypoglycémie plus grave (glucose sanguin de moins de 1,7 mMol/L) devraient recevoir une infusion intraveineuse de 2 mL/kg D10W échelonnée sur cinq minutes, suivie d'une infusion intraveineuse de glucose de 6 à 8 mg/kg/min (p.ex., D10W à 90 mL/kg/24h). Comme les bandelettes réactives ne donnent qu'un niveau approximatif du glucose sanguin, il est important de confirmer les valeurs anormales déterminées à l'aide de ces bandelettes en mesurant le glucose sanguin en laboratoire au moyen de méthodes conventionnelles. Le traitement, cependant, devrait être amorcé pendant que l'on attend les résultats.

Déshydratation et équilibre hydro-électrolytique

Pour un bébé normal né à terme et en santé, la capacité de se nourrir au sein doit être évaluée selon les indications figurant au chapitre 7. Il n'est habituellement pas nécessaire d'utiliser des suppléments pour minimiser les risques de déshydratation. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des bébés auront une miction dans les 24 heures suivant la naissance. Si la miction n'est pas adéquate (au moins trois fois par jour au cours des deux premiers jours et six fois par jour par la suite), cela peut être signe de déshydratation, qui peut être confirmée par une perte de poids, l'examen de la fontanelle antérieure, le signe du pli cutané et le test de perfusion cutanée. Il est important que les parents apprennent à reconnaître les signes de déshydratation avant de quitter l'hôpital ou le centre de naissance. (Consulter le chapitre 7.)

Les bébés en santé nés à terme n'ont pas besoin d'être pesés tous les jours de façon systématique. Cependant, les nouveau-nés malades ou prématurés seront normalement placés dans une unité de soins intensifs néonatals où l'on surveillera le bilan hydrique par la mesure des ingestats et excrétats (apport et élimination de liquides), la pesée quotidienne et des épreuves biochimiques.

Ictère

Pour obtenir de l'information sur l'exploration clinique et le traitement de l'ictère (jaunisse), il est recommandé de consulter les plus récentes directives (1999) de la Société canadienne de pédiatrie intitulées « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme ».

L'hyperbilirubinémie d'un nouveau-né qui, autrement, serait en bonne santé, continue de démontrer qu'il existe un risque d'encéphalopathie attribuable à la bilirubine. Toutefois, une évaluation attentive ainsi qu'une utilisation judicieuse de la photothérapie permettra d'obtenir des résultats optimaux. La photothérapie demeure une intervention thérapeutique efficace qui permet de réduire les concentrations de bilirubine, évitant ainsi les taux de bilirubine élevés qui entraînent des séquelles permanentes.

Le tableau 6.2 indique les épreuves qui permettent de déterminer si un nouveau-né est atteint d'ictère. La figure 1 montre les taux de bilirubine qui justifient le recours à la photothérapie pour les bébés en santé nés à terme et pour ceux présentant des facteurs de risque. S'il s'agit d'un bébé en santé né à terme, on devrait commencer la photothérapie au niveau indiqué par la courbe supérieure de la figure 1. Si le bébé présente un ou plusieurs facteurs de risque, on peut prendre la décision clinique d'entreprendre la photothérapie au niveau indiqué par la courbe inférieure du graphique.

Tableau 6.2 Épreuves de laboratoire pour déceler la présence d'hyperbilirubinémie chez les bébés nés à terme

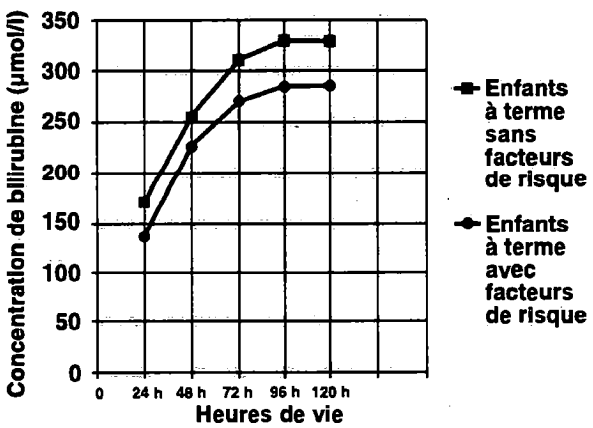
Tests indiqués (si les concentrations de bilirubine atteignent les niveaux pour lesquels la photothérapie est indiquée)

- Concentration de bilirubine sérique totale ou indirecte (non conjuguée)
- Concentration de bilirubine sérique directe (conjuguée)
- Détermination du groupe sanguin et test de Coombs direct
- Détermination de l'hémoglobine et de l'hématocrite

Tests facultatifs (dans des cas cliniques précis)

- Formule sanguine complète (FSC), y compris une formule leucocytaire (différentiel) manuelle
- Frottis de sang pour la morphologie des érythrocytes
- Numération des réticulocytes
- Dépistage de déficit en G6PD
- Concentrations des électrolytes, de l'albumine et des protéines sériques

Figure 1 Directives révisées pour entreprendre une photothérapie contre l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme, qu'ils présentent ou non des facteurs de risque



Parmi les facteurs de risque, on remarque un âge gestationnel de moins de 37 semaines, un poids à la naissance inférieur à 2500 g, une hémolyse, une jaunisse moins de 24 h après la naissance, une septicémie et une réanimation à la naissance.

Source : Société canadienne de pédiatrie (SCP). « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme », *Paediatrics and Child Health*, 1999.

La déshydratation contribue de façon significative à l'augmentation du taux de bilirubine sérique et elle risque d'être exacerbée par la photothérapie. On devrait bien hydrater tous les nouveau-nés atteints d'ictère avant et pendant la photothérapie. La photothérapie n'est pas une contre-indication à l'allaitement. Dans plusieurs cas, on devrait encourager des tétées plus fréquentes.

On conseille aux intervenants de la santé de consulter les directives de la Société canadienne de pédiatrie sur d'autres aspects de la prestation des soins aux nouveau-nés soumis à la photothérapie. On y trouve aussi des indications relatives à la consultation ou à la possibilité d'une exsanguino-transfusion.

Si le nouveau-né obtient un congé précoce, il faut s'assurer d'effectuer un suivi adéquat pour surveiller les concentrations de bilirubine. Bien que certains centres offrent la possibilité de traitements de photothérapie à domicile, la réadmission à l'hôpital de bébés en santé nés à terme, et de leurs mères, est parfois nécessaire.

Risque de septicémie

Le streptocoque du groupe B est une des causes majeures d'infection néonatale. On recommande de consulter les plus récentes lignes directrices d'organismes nationaux, tels que la Société canadienne de pédiatrie (SCP), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et les Centres d'épidémiologie (CDC) au moment d'élaborer des politiques et des protocoles pour le traitement de la mère et du nouveau-né.

Pour des lignes directrices concernant d'autres infections, on recommande aux intervenants de la santé de consulter le *1994 Redbook: Report of the Committee of Infectious Diseases* de l'American Academy of Pediatrics. (Consulter les documents d'accompagnement.)

Effets de l'exposition à des substances intoxicantes

Il faut observer les nouveau-nés qui ont été exposés à des substances psychoactives, des produits chimiques et des solvants dans l'utérus pour déceler tout signe d'anomalie du développement et de syndrome de sevrage néonatal. On ne devrait pas séparer le bébé et la mère pour effectuer cette surveillance, bien que les nouveau-nés qui démontrent des signes de syndrome de sevrage puissent avoir besoin d'un traitement et de soins dans une unité néonatale spécialisée. Ces signes sont souvent présents à la naissance ou peu après,

mais il se peut qu'on ne les remarque pas avant plusieurs jours. Il faut utiliser des outils d'évaluation pour déterminer les signes courants de sevrage néonatal : transpiration, tremblement, irritabilité et cris aigus. Les professionnels de la santé devraient rechercher la collaboration des organismes communautaires, des centres de santé communautaires, des CLSC et d'organismes de services à l'enfance pour prodiguer des soins appropriés en toute sécurité et effectuer un suivi auprès des parents et des nouveau-nés après le congé de l'hôpital.

Évaluation postnatale et soins après une césarienne

Les mères qui ont eu une césarienne d'urgence et celles qui ont eu un travail particulièrement long et difficile ont des besoins spéciaux, de même que leur famille. Elles peuvent être déprimées, anxieuses ou ressentir de la culpabilité, avoir l'impression de perdre contrôle, être moins satisfaites de l'expérience de la naissance et même perdre toute estime de soi. Par contre, les mères et les familles dont la césarienne est planifiée peuvent parfois employer des mécanismes d'adaptation pour se préparer à l'intervention. Les femmes qui doivent subir une césarienne non planifiée n'ont toutefois pas ce temps de préparation (Phillips, 1996).

Les intervenants de la santé peuvent aider la nouvelle maman et sa famille à essayer de comprendre les sentiments associés à une naissance à l'aide d'instruments, surtout si cela n'avait pas été planifié, et à les accepter. Les hôpitaux et autres organismes doivent élaborer des systèmes de soutien ou former des groupes d'entraide pour les femmes qui ont dû subir une césarienne d'urgence.

Durant tout le séjour à l'hôpital, en plus des soins post-chirurgicaux réguliers, il est nécessaire d'effectuer une évaluation postnatale quotidienne. Cela comprend l'évaluation de l'état des seins et des mamelons de la femme, la quantité et la nature de ses lochies, de même que la hauteur et la consistance du fond utérin; l'inspection de l'incision abdominale et des extrémités; l'évaluation de sa capacité d'uriner. Une naissance par césarienne n'exclut pas les soins mère-enfant. Les mères qui ressentent de l'inconfort ont besoin d'aide supplémentaire pour allaiter, surtout durant les premiers jours. Le soutien de la famille est essentiel après l'opération. Si le bébé est gardé dans

une unité néonatale de soins spéciaux, la mère et le père devraient s'y rendre aussi souvent que possible. Les frères et sœurs qui demeurent à la maison peuvent vivre une séparation non prévue traumatisante; il faudrait donc les encourager à se rendre à l'hôpital pour être avec le nouveau-né et leurs parents. Il est essentiel que les femmes et les familles sachent à quoi s'attendre au cours de la convalescence. Elles doivent comprendre l'importance du repos, des liquides et d'une diète adéquate pour le rétablissement. La plupart des femmes auront besoin de plus d'aide à la maison.

Transition : retour à la maison et dans la collectivité

Introduction

Les mères affrontent bien des problèmes communs durant les premiers jours après la naissance : l'isolement, la peur ou l'insécurité au sujet des soins au bébé et de l'allaitement, l'inquiétude de ne pas savoir où s'adresser pour de l'aide, l'adaptation à leur nouveau rôle, la fatigue, les réactions du conjoint et des frères et sœurs, l'image corporelle, la nutrition et le besoin d'être appuyées par leurs pairs.

Les programmes, les protocoles et les procédures en matière de soins à la mère et au nouveau-né dans les hôpitaux et les collectivités s'organisent généralement en fonction de ces besoins fondamentaux. Il en existe plusieurs variantes selon la participation des parents au processus de planification, les préférences des intervenants, la situation géographique (zone urbaine ou rurale, régions du Nord ou du Sud, régions isolées), les variables uniques de la population et les ressources accessibles. La collaboration des consommateurs, des hôpitaux et des organismes communautaires est essentielle au succès de la transition des parents et du nouveau-né vers la vie de famille.

Certains programmes prénatals de préparation traitent de la période postnatale; cependant, ce ne sont pas toutes les mères qui suivent ces programmes ou qui y ont accès. Étant donné que la période prénatale est habituellement centrée sur la naissance elle-même, les parents ont souvent de la difficulté à absorber l'information sur la période postnatale. Par conséquent, il arrive que les nouveaux parents vivent une certaine anxiété à mesure qu'ils s'adaptent à leur rôle parental. La planification de la période postnatale devrait néanmoins débuter pendant la période prénatale. Les

documents écrits, les discussions avec les soignants et les cours prénatals doivent inclure l'information suivante :

- une explication de la philosophie des soins communautaires;
- une description des installations et des pratiques de l'hôpital;
- la détermination de la durée du séjour à l'hôpital;
- une liste des ressources communautaires pour les nouveaux parents : professionnels des organismes de soins à domicile, services d'écoute téléphonique (lignes de réconfort, lignes de dépannage) pour les nouveaux parents, programmes de soutien à l'allaitement, groupes d'entraide parentale, ressources des bibliothèques et des centres récréatifs, refuges, banques d'alimentation;
- une explication de la façon dont les proches et les amis peuvent aider la nouvelle famille : préparation de mets, contact par téléphone, aide aux soins des autres enfants de la famille, don de moments de répit;
- une description des services spéciaux offerts aux familles à risque (problèmes sociaux ou de santé);
- un sommaire des ressources financières et du soutien accessible en cas d'urgence;
- des directives sur la façon d'accéder aux ressources existantes.

Les services de soutien communautaire offerts par les professionnels et par les pairs varient d'une région à l'autre. Bien qu'elle soit typiquement tributaire des ressources allouées, des valeurs et des mandats des services communautaires, la tendance à réduire la durée du séjour à l'hôpital a eu un effet positif sur les professionnels et les consommateurs. C'est ainsi que des stratégies de programmes de soutien communautaire ont vu le jour — leur but étant d'aider à prévenir les problèmes de la période postnatale et de favoriser l'adaptation de la mère et du nouveau-né.

Indicateurs d'adaptation postnatale

Les professionnels ont mis au point un certain nombre de méthodes — normes de soins écrites, plans d'intervention, cheminements critiques et gestion des soins/de cas, etc. — pour veiller à ce que les critères de santé et d'adaptation de la mère et du nouveau-né soient respectés durant les premiers jours de la période postnatale, et ce tant à l'hôpital qu'à la maison. Les critères, aussi appelés « indicateurs » ou « effets prévus », comprennent des données spécifiques sur la mère, le nouveau-né et le système de soutien à domicile ou social de la famille. Certains effets prévus peuvent être atteints pendant le séjour à l'hôpital, d'autres le seront à la maison.

MÈRE

Deux séries de critères — physiologiques et affectifs — sont utilisés pour juger les progrès de la mère. Les résultats physiologiques comprennent les indicateurs suivants :

- taux d'hémoglobine normal, absence d'évanouissements et d'étourdissements;
- capacités ambulatoires satisfaisantes;
- lochies moins abondantes et de couleur moins prononcée à partir du troisième au cinquième jour, absence d'odeur désagréable et de démangeaisons;
- fond utérin ferme, en position médiane et contracté;
- au moins une miction complète avant le congé de l'hôpital, sensation de vessie vide après la miction et absence de douleur à la miction;
- rétablissement de l'évacuation intestinale normale : défécation à partir du deuxième ou du troisième jour (naissance vaginale) ou entre le troisième et le cinquième jour (naissance par césarienne);
- signes vitaux normaux;
- guérison du périnée, c'est-à-dire absence de rougeur, de douleur, d'induration ou d'enflure excessives;
- rapprochement adéquat des lèvres de la plaie (épisiotomie, déchirure ou incision);
- mamelons souples et mous;
- seins souples (entre le premier et le deuxième jour) et gonflés (entre le troisième et le quatrième jour), évidence de montée laiteuse, engorgement contrôlé;
- lactation établie;
- douleur contrôlée par des médicaments oraux.

L'adaptation affective comporte les indicateurs suivants :

- la mère montre qu'elle sait qui appeler en cas de doute ou de besoin (amis, famille, ressources communautaires, professionnels de la santé);
- elle a discuté du déroulement de son accouchement;
- elle commence à avoir confiance en sa capacité de donner les soins essentiels à son bébé;
- elle démontre de l'attachement à son bébé;
- elle n'exprime pas de tristesse profonde à la suite de la naissance ni à l'égard de son rôle (c'est du moins ce qu'on peut observer);
- elle affirme se sentir en sécurité à la maison;
- elle est capable de dormir ou de se reposer entre les boires ou les tétées.

NOUVEAU-NÉ

Deux séries de critères — physiologiques et de sécurité — sont utilisés pour évaluer les progrès du nouveau-né. Les effets physiologiques prévus comprennent les suivants :

- signes vitaux stables et normaux;
- rythme d'allaitement établi — le bébé se nourrit au moins huit fois en 24 heures et dort, repu, entre la plupart des périodes d'allaitement. Avant de recevoir leur congé de l'hôpital, la mère et le bébé auront réussi au moins deux boires sans aide (le bébé prend bien le sein ou le biberon et tête bien) ou des mesures ont été prises pour obtenir des ressources adéquates de soutien et de suivi;
- aucun signe d'ictère dans les 24 premières heures;
- évacuation de selles de méconium dans les 24 heures suivant la naissance;
- évacuation intestinale — deux à six selles par jour;
- miction régulière — le bébé mouille une ou deux couches en tissu par jour pendant les trois premiers jours (la présence occasionnelle de taches rougeâtres est normale), six couches en tissu ou plus par jour de la quatrième à la sixième journée; urine d'un jaune pâle sans odeur;
- évaluation métabolique terminée, ou mesures prises pour qu'elle le soit; mécanisme en place pour l'examen des résultats;
- en cas de circoncision, la mère sait qui appeler si le nouveau-né n'a pas éliminé dans les huit heures suivant l'intervention, ou en présence de saignement ou de signes et de symptômes d'infection;
- pas plus de 7 p. 100 de perte de poids durant la première semaine.

Les effets prévus relatifs à la sécurité comprennent les suivants :

- confirmation par le parent qu'il s'est procuré un lit d'enfant et un siège d'auto réglementaires. (Consulter Santé Canada, 1998; *Normes de sécurité des véhicules automobiles du Canada* [NSVAC], Association canadienne des automobilistes, CAA, 1999.) L'inspection des sièges d'auto au moment où l'enfant et la mère reçoivent leur congé de l'hôpital donne droit à un autocollant NSVAC, lequel confirme que les normes de sécurité ont été respectées. (Il faudrait diriger les parents vers des associations d'automobilistes locales pour obtenir de plus amples renseignements.) On vérifie si l'enfant est habillé convenablement et s'il est bien installé et attaché dans le siège d'auto;
- démonstration par le parent de sa capacité de nourrir, habiller et prendre soin de l'enfant;

- indication que l'orientation vers un service approprié ou le suivi permettra de vérifier les préoccupations des professionnels de la santé en ce qui concerne l'isolement possible des parents, leur manque de compétences parentales ou de confiance, la violence familiale ou la négligence.

EFFETS DU SOUTIEN À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Les indicateurs suivants sont utilisés pour évaluer le soutien accessible :

- preuve que le parent a un domicile ou une adresse « fixe » ou preuve de l'adresse où la mère ira vivre après avoir reçu son congé de l'hôpital;
- preuve d'une orientation vers les services communautaires appropriés pour les besoins liés à l'allaitement, à la formation aux compétences parentales, aux questions de sécurité à la maison, aux cas possibles de violence familiale et au soutien social des parents;
- preuve que des démarches ont été entreprises en vue d'un contact téléphonique ou d'une visite à domicile par un professionnel si la durée du séjour à l'hôpital a été de moins de 48 heures;
- preuve que la mère a fait les démarches nécessaires auprès d'un professionnel compétent en vue d'un suivi de son nouveau-né (dans la semaine qui suit la naissance) et d'elle-même (dans les six semaines suivant la naissance);
- preuve que la mère sait comment obtenir de l'aide, du soutien et de l'information parentale en cas d'urgence (Cela peut comprendre des renseignements écrits; l'annexe 3 en donne un exemple. Le chapitre 7 présente des renseignements sur l'allaitement à l'intention des mères);
- preuve que la famille, les amis et les autres ressources ont été désignés comme sources de soutien de la mère;
- preuve attestant que l'on a décelé des antécédents de problèmes de santé mentale, de violence contre les enfants et de consommation de substances psychoactives, et qu'un suivi a été effectué.

Stratégies de soutien communautaire

De plus en plus, les soins postnatals et une transition réussie vers la collectivité sont considérés comme des éléments essentiels pour aider la famille à partir du bon pied et pour prévenir la morbidité maternelle et infantile précoce. Des stratégies novatrices ont été élaborées pour aider la mère à préparer sa famille et à se préparer elle-même aux stress inévitables qui suivent la naissance. Bien que les stratégies varient, l'on y aborde habituellement les points suivants :

- alimentation du nouveau-né;
- protection et soins du nouveau-né;
- repos adéquat;
- obtention d'aide au besoin;
- formation et apprentissage;
- besoins sociaux et financiers.

Voici une explication détaillée de différentes stratégies maintenant prises en considération par les collectivités pour que la transition de la mère et du nouveau-né vers la collectivité se fasse avec succès.

Programmes de « visites » prénatales des hôpitaux. Fondés sur le modèle des unités de soins ambulatoires préopératoires, ces programmes s'appuient sur l'idée que des rencontres avec les mères durant la période prénatale peuvent les aider à planifier la naissance et la période immédiatement après celle-ci. La visite prénatale peut être l'occasion de donner de l'information sur les ressources communautaires; de cerner et de documenter les besoins en matière de soutien à l'allaitement, d'interventions des travailleurs sociaux ou d'options de soins durant la naissance et la période postnatale; de préparer différents articles pour le nouveau-né (sièges d'auto et lits d'enfants réglementaires); de se familiariser avec l'environnement hospitalier; d'élaborer un plan de formation postnatale. Les documents sont conservés à l'hôpital avec le dossier prénatal et utilisés au moment de l'admission et lorsque les mères et les nouveau-nés sont dirigés vers les ressources communautaires; cela réduit le chevauchement et s'inscrit dans la philosophie de la continuité des soins. La mère devrait posséder une copie de cette information et des formulaires de planification qu'elle peut montrer aux intervenants de la santé et consulter au besoin.

Services d'écoute téléphonique. Plusieurs collectivités ont mis sur pied des services d'écoute téléphonique (appelés aussi lignes d'écoute et lignes de dépannage) réservés uniquement aux nouveaux parents. Ceux-ci peuvent ainsi poser des questions, à toute heure du jour et de la nuit, sur leur santé personnelle ou celle de leur enfant. Les questions portent habituellement sur l'allaitement, les pleurs du bébé, l'adaptation familiale et les ressources communautaires. En règle générale, les parents ont souvent besoin d'être rassurés. Les services d'écoute téléphonique peuvent être reliés aux services postnatals des hôpitaux ou fonctionner sous l'égide de services de santé publique, d'organisations de parents, de la Ligue La Leche ou de centres médicaux.

Visites professionnelles à domicile. Les visites à domicile par une infirmière ou une sage-femme sont un volet habituel du suivi de la mère et du nouveau-né. Les professionnels organisent généralement leurs observations de la mère, du nouveau-né et de la famille en fonction des besoins postnatals fondamentaux. La durée et la fréquence des visites varient selon les besoins de la famille et les spécifications du programme. La planification des visites à domicile peut être faite par le personnel des hôpitaux, le personnel de liaison avec la collectivité ou par la mère elle-même; souvent, ces visites sont faites en fonction de l'« urgence » des besoins relevés. Dans certaines régions, les visites à domicile ont été abandonnées ou remplacées par un choix de moyens requérant, par exemple, que la mère se déplace pour obtenir un service professionnel. Des hôpitaux ont également amorcé un programme de suivi à domicile par leur personnel en périnatalité à l'intention des mères qui en ont besoin, en vertu de critères de risques et d'un besoin de soutien supplémentaire. Pour les mères qui n'ont pas le téléphone, on suggère une visite dans les 48 heures suivant le congé de l'hôpital. On recommande également que les mères et les nouveau-nés qui reçoivent leur congé de l'hôpital dans les 48 heures suivant la naissance reçoivent la visite d'un professionnel de la santé compétent dans les 48 heures suivant le congé (SCP, 1996a).

Suivi téléphonique peu après le congé. Un appel téléphonique d'une infirmière en santé publique ou communautaire ou d'une infirmière de l'hôpital, de 24 à 48 heures après le congé de l'hôpital, peut permettre de vérifier si le plan postnatal est en place et s'il fonctionne bien. Des aspects bien précis de l'état de l'enfant et de la mère peuvent alors être passés en revue, notamment ce qui touche à l'allaitement et au bien-être du bébé et de la mère. L'entrevue téléphonique peut aider à diriger les parents vers un service communautaire en vue d'organiser une intervention, par exemple, une visite à domicile.

Cliniques de suivi postnatal. Les cliniques de suivi postnatal, dont le personnel est habituellement composé d'infirmières, offrent des consultations avec ou sans rendez-vous pour les mères et les bébés. Le programme clinique peut être structuré pour évaluer l'état de santé, résoudre des problèmes épisodiques, diriger vers le service approprié, appuyer les clients et leur offrir des conseils. Toutes les cliniques doivent prévoir un stationnement facile d'accès et aménagé pour les personnes handicapées. Les cliniques

doivent aussi être aménagées de façon à respecter l'intimité des familles et la vie privée lors des entrevues.

Suivi du médecin. On recommande que le médecin, ou tout autre intervenant de la santé compétent, fasse le suivi du nouveau-né dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital, et le suivi de la mère dans les six semaines après le congé. Toutefois, l'état de santé de la mère ou du nouveau-né pourrait justifier que l'on devance les visites, tout comme des complications survenues lors de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale, et le manque d'accès au soutien familial et communautaire.

Carte routière de la collectivité. En tant que parents, les gens ont besoin de porter un regard neuf sur leur collectivité. Une carte routière de la ville — affichée en évidence dans les aires de soins postnatals et dans les bureaux des intervenants de la santé, et sur laquelle les ressources pour les parents sont clairement indiquées — constitue une forme conviviale d'aide populaire. La carte devrait être entourée de numéros de téléphone, regroupés sous différents domaines, tels que les services à l'allaitement, les services juridiques, les banques d'alimentation, les bibliothèques, les groupes d'entraide parentale, les ressources documentaires, les services aux immigrants, les centres d'échange de vêtements, les services de santé publique et les CLSC, les organismes de soins à domicile et les services d'écoute téléphonique. D'autres services propres à la région devraient également être affichés.

Centres ou cliniques d'allaitement. L'un des besoins majeurs de la nouvelle mère concerne l'allaitement. Des cliniques offrent les services d'un personnel qualifié, souvent des consultantes en lactation agréées, pour aider à régler les problèmes et à répondre aux questions.

Ligue La Leche. La Ligue La Leche (LLL) est un groupe de soutien formé de mères qui aident les femmes qui allaitent. Ces mères ont une bonne expérience personnelle de l'allaitement et elles souhaitent aider les nouvelles mères à apprendre l'art de l'allaitement. Le numéro du chapitre local de cet organisme se trouve dans la plupart des annuaires téléphoniques. Dans certaines collectivités, une représentante de la LLL fait des visites à l'hôpital sur demande.

Groupes liés au rôle parental et cours de compétences parentales. Comme c'est le cas pour les cours prénatals, certains parents tirent profit des groupes de discussion qui traitent des préoccupations des parents

immédiatement après la naissance. En effet, certains cours prénatals organisent des « réunions d'anciens » pour rassembler à nouveau les parents qui, cette fois, y viennent avec leurs bébés.

Une autre initiative réussie est celle des programmes d'entraide entre parents dont le personnel est rémunéré ou bénévole, ou est partagé entre ces deux catégories. Ces programmes sont particulièrement valables pour les nouveaux immigrants ou les personnes pour qui le français ou l'anglais est une langue seconde et qui peuvent avoir besoin d'aide pour avoir accès au système de santé.

Information et communications électroniques. Le télécopieur et les communications électroniques (tel le courriel) sont des outils utiles pour transmettre l'information relative à l'orientation d'un client d'un organisme à un autre. Il est également important que les organismes collaborent à la préparation de trousses d'information pour les parents et les rendent accessibles par Internet ou le libertel local. Ces trousses sont utiles tant pour les professionnels que pour les parents. Certaines collectivités annoncent largement l'accès à des enregistrements téléphoniques à sélection directe à l'usage des parents et concernant des questions fréquemment posées ou des problèmes éprouvés au début de la période postnatale. Toutes les ressources doivent être conçues selon le niveau d'alphabétisation approprié et rédigées dans la langue, ou les langues, de la collectivité.

Autres stratégies. Pour aider les mères à se reposer, certains services de suivi communautaire ont choisi d'inclure des services d'entretien ménager et de popote roulante dans leur programme. Selon les besoins de la mère, ces services prévoient ou non la participation de professionnels. Lorsque des services d'entretien ménager sont offerts, environ 10 p. 100 des mères s'en servent.

Certains services de santé publique ou certains organismes offrant des services de soins à domicile ont des technologistes médicaux/technologues de laboratoire médical ou des infirmières qui effectuent des analyses de sang à domicile (bilirubine, phénylcétonurie [PCU] et hypothyroïdie [TSH], hémoglobine). Une telle stratégie est particulièrement efficace lorsque les hôpitaux appliquent une politique de congé précoce. Par exemple, des programmes de photothérapie à domicile peuvent éviter une réadmission à l'hôpital dans les cas d'hyperbilirubinémie. De nombreuses collectivités ont lancé avec succès des projets de location de certains articles, comme les sièges d'auto ou les tire-lait.

Durée du séjour à l'hôpital

Depuis vingt ans, on observe une réduction marquée du séjour des mères et de leur nouveau-né en milieu hospitalier : il est passé de quatre à cinq jours dans les années 1970 à la norme actuelle de un ou deux jours. Les rapports faisant état des programmes de congé précoce attribuent cette évolution à la philosophie des soins périnatals dans une perspective familiale et au souhait des mères de quitter l'hôpital plus tôt. Une gamme de services à domicile destinés à remplacer les programmes hospitaliers d'évaluation, de soutien et de formation des parents vient maintenant en aide aux mères qui disposent chez elles d'un bon encadrement, qui satisfont à des critères précis (généralement une grossesse normale et une naissance à terme) et qui préfèrent un court séjour à l'hôpital. Aujourd'hui, de tels programmes de collaboration entre les hôpitaux et les collectivités incluent un aide-mémoire sur les critères, des plans de soins, de suivi et d'effets recherchés, des cheminements critiques, des formulaires d'orientation vers des services communautaires et un éventail de stratégies de soutien communautaire et d'évaluations parentales.

Les résultats des « programmes de congé précoce » communautaires démontrent qu'ils procurent de la sécurité, qu'ils sont efficaces et économiques, et que les consommateurs en sont satisfaits. On a enregistré des résultats positifs au niveau de variables comme la santé physique et l'adaptation de la mère et du nouveau-né, le taux de réadmission à l'hôpital et l'allaitement (SOGC, 1996a; SCP, 1996a; Dalby et coll., 1996; ICSI 1996; PEPEO, 1996). Le succès de ces programmes repose sur les facteurs suivants :

- le choix et la participation des parents aux décisions concernant la durée du séjour à l'hôpital;
- un dépistage approprié d'après des critères de santé prédéterminés pour évaluer la mère, le nouveau-né et le réseau de soutien familial;
- une solide composante de soutien communautaire pour les contacts et les suivis, la formation, la résolution de problèmes et l'évaluation;
- un personnel professionnel expérimenté dans les soins à la mère et au nouveau-né et en santé communautaire, qui prodigue des soins de santé de périnatalité dans une perspective familiale.

Les mandats administratifs peuvent entraîner de courts séjours involontaires, ce qui soulève d'autres sujets de préoccupations : réadmission de nouveau-nés, expériences d'allaitement infructueuses, inquiétudes des

parents sur leur capacité d'adaptation, insatisfaction des mères. De toute évidence, il est important d'insister sur la nécessité que les courts séjours soient assortis de stratégies et de programmes de soutien communautaire, tels qu'ils sont définis plus haut.

C'est la mère qui devrait décider de la durée de son séjour à l'hôpital en fonction de ses propres besoins. Comme « on n'est vraiment bien que chez soi », le programme de soins devrait être souple pour satisfaire les besoins et les préférences des nouvelles familles.

Il est essentiel d'établir une collaboration entre les comités des hôpitaux abordant des questions relatives aux mères et aux nouveau-nés, les organismes communautaires et les consommateurs pour l'élaboration de programmes associés à la durée du séjour et au suivi. Les directives actuelles en matière de congés vont au-delà des paramètres de la santé physique : il est nécessaire d'obtenir des preuves que les ressources personnelles des familles sont adéquates pour le soutien postnatall ou d'orienter les familles vers des ressources communautaires qui pourront satisfaire leurs besoins. (Consulter SOGC [1996a] et SCP [1996a] pour des critères de congé dans les 48 heures suivant la naissance.) Un programme de congé précoce et de soutien communautaire exhaustif doit inclure de l'information écrite pour les parents qui précise les signes de problèmes de santé ou de problèmes postnatals, les endroits où ils peuvent trouver de l'aide et qui prévoit la surveillance des réadmissions à l'hôpital. La documentation doit toujours tenir compte des niveaux d'alphabétisation de la clientèle et démontrer par l'image le plus possible. Elle doit également être publiée dans les langues parlées dans la collectivité. Si les programmes prévoient le congé des mères et de leur nouveau-né moins de 48 heures après la naissance, on recommande qu'ils fassent l'objet d'une évaluation par un professionnel compétent dans les 24 à 48 heures après leur congé. L'évaluation de toutes les mères et des bébés doit se faire de préférence à leur domicile puisque les familles peuvent avoir de la difficulté à se rendre à une clinique ou à un cabinet (SOGC, 1996a; SCP, 1996a).

Les hôpitaux et les organismes de santé communautaire devraient évaluer leurs services postnatals. Le contrôle des réadmissions à l'hôpital, la satisfaction de la clientèle et les données sur l'allaitement constituent des paramètres utiles pour mesurer l'efficacité des programmes.

Orientation faite par l'hôpital vers une ressource communautaire

Pour assurer la continuité et l'uniformité des soins, on devrait exiger que le personnel hospitalier ou celui qui assure la liaison adopte un aide-mémoire où cocher l'information qui permettra de faire le suivi communautaire. La mère devrait en recevoir une copie à l'intention du professionnel ou de l'organisme de la collectivité qui l'évaluera; on peut aussi faire parvenir une copie à l'organisme par télécopieur. Le tableau 6.3 décrit les éléments essentiels de l'aide-mémoire.

Tableau 6.3 Éléments essentiels d'un aide-mémoire servant au suivi communautaire

Données d'identification

- nom au complet de la mère, son âge, son adresse, et son numéro de téléphone; nom du conjoint (expliciter sa relation avec la mère); adresse temporaire, s'il y a lieu
- nom de famille du nouveau-né, s'il diffère de celui de la mère
- noms de famille du conjoint, des enfants ou des autres personnes vivant à la maison
- langue parlée et, au besoin, nom de la personne qui, à la maison, est en mesure de traduire
- croyances culturelles particulières relatives aux soins de la mère et du nouveau-né

Données concernant la grossesse et la naissance

- grossesses antérieures
- complications durant la grossesse, le travail ou la naissance
- type de naissance
- état du périnée et de l'incision abdominale

Renseignements sur la mère et ses besoins

- immunoglobine anti-D, au besoin
- tests sérologiques anormaux (hépatite B, VIH)
- recours actuel aux organismes communautaires
- mode d'alimentation (antécédents d'allaitement de la multipare)
- besoins financiers
- dépression postnatale antérieure
- observation de la façon dont les parents s'occupent du nouveau-né; préoccupations en ce qui concerne leur compétence et leur confiance
- nécessité d'un traitement infirmier ou médical (changement des pansements, évaluation de la plaie, analyses sanguines, administration d'une intraveineuse)
- besoins en matière de soutien (entretien domestique, visite d'une infirmière, repas, groupes communautaires, ligne téléphonique)
- titrage des anticorps antizostériens, vaccin antirubéoleux, au besoin
- information écrite
- besoin de services linguistiques (d'interprétation ou de traduction)

Information sur le nouveau-né et ses besoins

- sexe, âge gestationnel, poids à la naissance, indices d'Apgar
- résultats des tests de dépistage et interventions spécifiques indiquées : test de dépistage de la phénylcétonurie (PKU) et de l'hypothyroïdie (TSH), et, si cela est indiqué, vaccin contre l'hépatite B/immunoglobuline anti-hépatite B, épreuve de Coombs
- alimentation : au sein ou au biberon (préparations lactées pour nourrissons); dans le cas de l'allaitement, toute préoccupation relative à la prise du sein, à la succion, à la léthargie
- coloration de la peau, apparence d'ictère
- anomalies congénitales ou fonctionnelles
- traitements requis (p. ex., soins de la circoncision, enlèvement du clamp ombilical)
- planification du suivi avec le médecin
- poids au moment du congé
- questions de sécurité (lit d'enfant, siège d'auto, contexte familial violent ou potentiellement violent)

Besoins spéciaux de certains nouveau-nés

Tous les nouveau-nés, qu'ils aient ou non des besoins spéciaux, vivent à peu près les mêmes problèmes au moment de leur transition vers la collectivité. Les bébés ayant des besoins spéciaux peuvent, en plus, présenter d'autres difficultés :

- multiples problèmes dus à un poids à la naissance faible et très faible (dysplasie bronchopulmonaire, rétinopathie du prématuré, déficience auditive, tonus musculaire anormal, pathologie intracrânienne connue);
- graves anomalies congénitales simples ou multiples, troubles métaboliques et maladies génétiques;
- retour à la maison pour y recevoir des soins palliatifs;
- le fait d'être un jumeau, un triplé, un quadruplé, etc. (surtout si l'un des jumeaux, triplés, etc. est décédé);
- le fait d'être l'enfant d'une mère séropositive.

Des lignes directrices précises doivent être établies pour ces situations. Les nouveau-nés de ces catégories peuvent recevoir leur congé et rentrer à la maison même s'ils ont besoin de soins spécialisés continus (p. ex., oxygène à domicile, alimentation spéciale, gestion de la douleur aiguë ou chronique, monitorage à domicile, médicaments spécifiques et appareils orthopédiques). Un suivi peut demander que l'on accorde une attention particulière aux tests

qui ont été faits à la naissance et qui requièrent beaucoup de temps avant d'être complétés. De nombreux nouveau-nés ont besoin d'une attention spéciale en ce qui a trait aux facteurs psycho-socioéconomiques, au logement, au soutien familial et communautaire; il faut aussi parfois prendre des mesures spéciales pour le transport de ces nouveau-nés.

Certaines familles ont besoin d'évaluation et d'aide en rapport avec la violence familiale, les mauvais traitements infligés aux enfants et l'usage de substances psychoactives. D'autres peuvent avoir les besoins suivants : counseling génétique; suivi après un deuil; information ou orientation vers des groupes de soutien communautaire pour les nouveau-nés ayant des besoins spéciaux (syndrome de Down, streptocoque du groupe B, fibrose kystique, et autres); accès à des programmes de stimulation précoce des bébés.

Les parents auront besoin de formation sur les besoins spécifiques (bio-psycho-sociaux) de leur enfant et de leur famille, et les répercussions possibles sur les enfants à venir. Dans la plupart des cas, le médecin de famille en tant que principal intervenant est le mieux en mesure de coordonner les soins. Il devra travailler en collaboration avec le personnel des programmes de suivi spécialisé et avec d'autres organismes communautaires.

Conclusion

L'adaptation à l'arrivée d'un nouveau-né dans une famille est un long processus. À mesure que les membres de la famille s'adaptent, tant au point de vue physique que psychosocial, il est essentiel qu'ils reçoivent toute l'information nécessaire sur les services de soutien offerts par la collectivité.

Bibliographie

ALFONSO, D.D. « Missing pieces — a study of postpartum feelings », *Birth and the Family Journal*, vol. 4, no 4 (1977), p. 159.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. *1994 Redbook: Report of the Committee of Infectious Diseases, 23rd ed.*, Elk Grove (IL), chez l'auteur, 1994.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) et AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Guidelines for Perinatal Care*, Washington, chez les auteurs, 1997.

ANDERSON, G.C., A.E. LANE et H.P. CHANG. « Axillary temperature in transitional newborn infants before and after tub bath », *Applied Nursing Research*, vol. 8, no 3 (1995), p. 123-128.

ASSOCIATION CANADIENNE DES AUTOMOBILISTES. *Choisir un siège-auto d'occasion*, Ottawa, chez l'auteur, 1999.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Standards and Guidelines, 5th ed.*, Washington, chez l'auteur, 1997.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Postpartum Nursing Care: Vaginal Delivery*, Washington, chez l'auteur, 1991.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Mother-Baby Care*, Washington, chez l'auteur, 1989.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Postpartum Follow-up: A Nursing Practice Guide*, Washington, chez l'auteur, 1986.

BECK, C.T. « The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis », *Nursing Research*, vol. 44, no 5 (1995b), p. 293-304.

BECK, C.T. « Screening methods for postpartum depression », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 24 (1995a), p. 308-312.

BENNETT, V.R., et L.K. BROWN. *Myles Textbook for Midwives*, 11e éd., New York, Churchill Livingstone, 1989.

BLOOM, R., et C. CROPLEY, *Réanimation néonatale*, Washington, American Heart Association, 1994. Aussi publié en anglais sous le titre *Textbook of Neonatal Resuscitation.*

BROUSSON, M.A., et M.C. KLEIN. « Controversies surrounding the administration of vitamin K to newborns: a review », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154 (1996), p. 307-315.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « The prevention of early-onset Group B streptococcal infection in the newborn » *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 45 (1996), p. 1-24.

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC - PAVILLON SAINT-SACREMENT. *Cliniques de périnatalité — Renseignements personnels/généraux : 1re et 2e entrevues*, formulaires, chez l'auteur, Québec, s.d.

COX, J.L. « Can postnatal depression be prevented? », *Midwife Health Visitor Community Nurse*, vol. 25 (1989), p. 326-329.

COX, J.L., J.M. HOLDEN et R. SAGOVSKY. « Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale », *British Journal of Psychiatry*, vol. 150 (1987), p. 782-786.

DALBY, D.M., J.I. WILLIAMS, E. HODNETT et J. RUSH. « Postpartum safety and satisfaction following early discharge », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, no 2 (1996), p. 90-94.

DORE, S, D. DUCHAN, S.COULAS, L. HAMBER, M. STEWART, D. COWAN et coll. « Alcohol versus natural drying for newborn cord care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 27 (1998), p. 621-628.

HANS, A. « Postpartum assessment: the psychological component », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 15, no 1 (1986), p. 46-51.

HARRIS, B., P. HUCKLE, R. THOMAS, S. JOHNS et H. FUNG. « The use of rating scales to identify postnatal depression », *British Journal of Psychiatry*, vol. 154 (1989), p. 813-817.

HENNINGSSON, A., B. NYSTROM et R. TUNNELL. « Bathing or washing babies after birth? » *Lancet*, vol. 2, no 8260-1 (1981), p. 1401-1403.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Examen objectif du nouveau-né*, formulaire, chez l'auteur, Montréal, s.d.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Signes vitaux — soins intensifs/néonatalogie*, formulaire, chez l'auteur, Montréal, s.d.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, chez l'auteur, 1996. Publié aussi en anglais, sous le titre : *National Breastfeeding Guidelines for Health Care Providers*, Canadian Institute of Child Health (CICH).

KOREAN, G. *Maternal-Fetal Toxicology: A Clinician's Guide*, 2e éd., New York, Marcel Dekker Inc., 1994.

LACY, J.B., L. BARTLETT et A. OHLSSON. « A standardized perinatal record in Canada. Justification, acceptability and feasibility », *The SOGC Journal/Le Journal SOGC*, vol. 20, no 6 (1998), p. 557-566.

LUNDH, W., et C. GYLLANG. « Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centres », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 7 (1993), p. 149-154.

McINTOSH, J. « Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18 (1993), p.178-184.

MISRI, S. « Postpartum mood disorders: how to spot the clues », *Canadian Journal of Continuing Medical Education*, vol. 5, no 6 (1993), p. 63-68.

PEARCE, P. « Postpartum depression more than 'the blues' », *Canadian Journal of Continuing Medical Education*, vol. 9, nº 2 (1997), p.31-35.

PERINATAL EDUCATION PROGRAM OF EASTERN ONTARIO (PEPEO). « Regional guidelines for hospital discharge of mothers and newborns », *Perinatal Education Program of Eastern Ontario Newsletter*, Programme de formation périnatale de l'Est de l'Ontario, vol. 13, nº 2 (1996).

PHILLIPS, C. *Family-Centered Maternity and Newborn Care*, 4e éd., St Louis (MO), Mosby, 1996.

PHILLIPS, C.R. *Mother-Baby Nursing*, Washington, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 1997.

REYNOLDS, J.L. « Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156 (1997), p. 831-835.

ROBINSON, G.E., et D.E. STEWART. « Postpartum psychiatric disorders », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 134, no 1 (1986), p. 31-37.

RUBIN, R. « Maternity nursing stops too soon », *American Journal of Nursing*, vol. 10 (1975), p. 1680-1685.

RUBIN, R. « Puerperal change », *Nursing Outlook*, nº 9 (1961), p. 753-755.

RUSH, J. « Congé hâtif de la mère et du nouveau-né », *Série Enfant Action*, vol. 2, nº 1 (1996), Ottawa, Institut canadien de la santé infantile (ICSI). Publié aussi en anglais, sous le titre : « Early discharge of mothers and newborns », *Child Action Series*, Canadian Institute of Child Health.

RUSH, J.P., et T.L.KITCH. « A randomized, controlled trial to measure the frequency of use of a hospital telephone line for new parents », *Birth*, vol. 18, nº 4 (1991), p. 193-197.

SANTÉ CANADA, *La sécurité des lits d'enfant*, Ottawa, chez l'auteur, 1998.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents, Votre bébé et vous : une liste de questions*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Groupe Communication Canada — édition de 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Postpartum Parent Support Program, You and Your Baby: A List of Questions*.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents, Manuel de référence*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Groupe Communication Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre : *Postpartum Parent Support Program, Reference Manual*.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents, Guide de mise en œuvre*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Groupe Communication Canada, 1989. Publié aussi en anglais sous le titre *Postpartum Parent Support Program, Implementation Handbook*.

SCHAPER, A.M., B.L. ROONEY, N.R. KAY et P.D. SILVA. « Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in clinical setting », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 39 (1994), p. 620-624.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme. Une déclaration conjointe avec le Collège des médecins de famille du Canada », n° de référence FN98-02, 1999, publié en anglais sous le titre « Approach to the Management of Hyperbilirubinemia in Term Newborn Infants », *Paediatrics & Child Health,* vol. 4, n° 2, p.167-170, 1999.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). « Énoncé sur la vitamine K »; « Statement on vitamin K », Canadian Paediatric Society (CPS), *Paediatrics and Child Health,* vol. 2, n° 6 (1997), p. 429-431.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). « La circoncision néonatale revisitée », *Journal de l'Association médicale canadienne/Canadian Medical Association Journal,* vol.154, n° 6 (1996b); publié en anglais sous le titre « Neonatal Circumcision Revisited », Canadian Paediatric Society (CPS), p. 769-780.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). *La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme. Un énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada,* énoncé de la SCP : FN96-02, Ottawa, chez l'auteur, 1996a. Publié aussi en anglais sous le titre *Facilitating Discharge Home Following a Normal Term Birth. A Joint Statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada,* CPS statement: FN96-02, Canadian Paediatric Society (CPS).

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP) (Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né) et le COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC) (Comité pour la santé des enfants et des adolescents). « L'administration systématique de vitamine K aux nouveau-nés », *Médecin de famille canadien/Canadian Family Physician,* vol. 44 (1998), p. 1087-1090, publié en anglais sous le titre « Routine administration of vitamin K to newborns », Canadian Paediatric Society (Fetus and Newborn Committee), College of Family Physicians of Canada (Committee on Child and Adolescent Health) p. 1083-1086.

SOCIÉTÉ DES OBSTRÉTICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement.* Ottawa, chez l'auteur, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Durée du séjour pour les accouchements obstétriques,* énoncé n° 20, Ottawa, chez l'auteur, 1996b. Publié aussi en anglais sous le titre *Length of Stay for Obstetrical Deliveries.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Congé hâtif et durée du séjour pour les naissances à terme,* énoncé n° 56, Ottawa, chez l'auteur, 1996a. Publié aussi en anglais sous le titre : *Early Discharge and Length of Stay for Term Birth.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Surveillance de la santé du fœtus pendant le travail », *Le Journal SOGC,* vol. 9 (1995), p. 859-901. Publié aussi en anglais sous le titre « Fetal health surveillance in labour », *J Soc Obstet Gynaecol Can.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. « Énoncé sur la prévention des infections à streptocoque de type B à début précoce chez les nouveau-nés », *Directives cliniques*

de la SOGC, Ottawa, chez les auteurs, 1994. Publié aussi en anglais sous le titre « Statement on the prevention of early-onset Group B streptococcal infections in the newborn », *SOGC Clinical Practice Guidelines.*

STEWART, D.E., G.E. ROBINSON. « Postpartum psychiatric disorders », *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology,* Washington, American Psychiatric Press Inc., 1993.

TADDIO, A., J. KATZ, A.L. ILERSICH et G. KOREN. « Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination », *Lancet,* vol. 349 (1997), p. 599-603.

ANNEXE 1

Facteurs de risque pour le nouveau-né

Nota : On ne saurait considérer la liste de facteurs de risque et de problèmes potentiels comme étant exhaustive, pas plus qu'il ne faudrait conclure à une relation de cause à effet. Comme les nombres précis peuvent prêter à discussion, ils ont été omis; c'est le cas, par exemple, de l'âge gestationnel précoce ou avancé.

Facteur	**Problèmes potentiels**
Grossesse < 37 semaines	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né, problèmes de contrôle de la température, problèmes d'alimentation, hypoglycémie, infections, hémorragie intracrânienne, leucomalacie périventriculaire
Après terme ≥ 42 semaines	Syndrome d'aspiration de méconium
Petit pour l'âge gestationnel	Syndrome d'aspiration du méconium, hypoglycémie, ictère, polycythémie/syndrome d'hyperviscosité, infections congénitales, anomalies du développement
Grand pour l'âge gestationnel	Hypoglycémie, polycythémie/syndrome d'hyperviscosité
Nécessité de réanimation prolongée	Encéphalopathie hypoxique ischémique, convulsions, hypoglycémie
Hypertension gravidique	Petit pour l'âge gestationnel, thrombocytopénie, hypoglycémie, leucopénie
Facteurs de risque d'infection *(voir section sur le nouveau-né à risque de contracter la septicémie)*	Septicémie, méningite, pneumonie
Hydramnios	Problèmes de déglutition, p.ex., atrésie congénitale de l'œsophage
Oligoamnios	Dysplasie et agénésie rénales, hypoplasie pulmonaire
Iso-immunisation	Ictère néonatal, anémie, anasarque, thrombopénie
Sédation de la mère	Dépression respiratoire et neurologique après la naissance, difficultés d'allaitement
Consommation maternelle de tabac, d'alcool ou autre substance psychoactive	Petit pour l'âge gestationnel, prématurité, syndromes de sevrage de substances psychoactives, syndrome d'alcoolisme fœtal, anomalies neurologiques
Médicaments pris par la mère	Dépression neurologique à la naissance, hypoglycémie, anomalies du développement
Diabète maternel	Grand pour l'âge gestationnel, traumatisme de naissance, hypoglycémie, polycythémie/syndrome d'hyperviscosité, anomalies du développement, détresse respiratoire, ictère
Manque de soins prénatals désavantage social	Voir chapitre 4

ANNEXE 2

Les trois phases du post-partum

Phase	1. Passivité	2. Prise en main	3. Partage des responsabilités*
Durée moyenne	2 à 3 jours	3 à 14 jours	15 jours à 6 mois
Évolution sur le plan de la dépendance	Dépendance : « Aide-moi, serre-moi »	Indépendance : « Je dois me débrouiller seule »	Interdépendance : « Nous sommes tous concernés »
Image corporelle	Transformation physique énorme en peu de temps : dépassée par les événements ou incapable d'assimiler les nombreux changements physiques qui se produisent	L'image corporelle est en transition; les sentiments oscillent de l'incrédulité à un début d'acceptation; l'intéressée est préoccupée par la question de la sexualité	Adaptation à la réalité d'un nouveau moi physique; acceptation accrue d'un corps modifié; image corporelle encore en mutation
Énergie	Très faible, a besoin de plus de sommeil et de nourriture; peut également vivre une période d'euphorie « artificielle » pendant cette période	Fatiguée mais plus alerte, impatiente de commencer à assumer le rôle de mère; désir plus intense de veiller aux soins du nouveau-né	Encore fatiguée mais prête à accepter les nouvelles exigences familiales; redéfinition de priorités pour tenir compte de la nouvelle situation
Pouvoir et maîtrise	Besoin de s'appuyer sur des experts et d'autres personnes qui ont de l'expérience et du savoir-faire; besoin intense d'être maternée	Besoin de prendre en main la nouvelle relation; prise de conscience de la dépendance du bébé et de son besoin d'être maternée; besoin d'être maternée encore fort	Début d'un sentiment d'emprise, plus grande assurance et maîtrise; besoin d'être rassurée par d'autres mères quant à la façon d'assumer le rôle de mère
Communication	Très bavarde : a besoin de discuter de l'expérience de l'accouchement de façon détaillée; souvent vague au sujet de certains aspects de l'accouchement; a besoin de combler ces lacunes	Éprouve le besoin de discuter de ses attentes par rapport à l'accouchement et au bébé et de les confronter avec la réalité; a besoin de discuter de questions telles que les fonctions du corps, le soin du nouveau-né, la rivalité entre frères et sœurs, etc.	A besoin d'une discussion nuancée au sujet de son nouveau rôle, de ses attentes face au travail à la maison et en dehors du foyer; a besoin de renseignements quant à la reprise de l'activité sexuelle et la modification des sentiments et des besoins sur ce plan
État affectif	Vulnérable, a l'impression d'être victime de son corps, de l'évolution de l'ordre des choses et des relations	Sensible aux rejets, sujette à de fréquentes sautes d'humeur; importants changements hormonaux	Intégration de la nouvelle expérience à la vie quotidienne; plus grande acceptation et meilleure évaluation du nouvel ordre des choses; impression de pouvoir s'adapter à la situation; plus grande estime de soi

* On est à redéfinir la durée de la troisième phase. Il est maintenant généralement admis que la période de récupération physique de six semaines n'est plus valide. Les ouvrages spécialisés font plutôt allusion au « quatrième » trimestre ou à un minimum de trois mois pour la récupération physique et psychosociale. Bon nombre d'auteurs estiment que la Phase 3 dure une année, soit le temps nécessaire à l'intégration du nouveau venu dans la famille.

Source : Santé Canada. *Programme d'aide postnatale aux parents, Guide de mise en œuvre,* 1989.

ANNEXE 3

Quand demander de l'aide

Appelez le 911 (ou le numéro de téléphone d'urgence de votre région) ou encore rendez-vous TOUT DE SUITE au service d'urgence le plus près si :

- **Vous saignez beaucoup du vagin.** Le sang qui coule entre vos jambes est très rouge et il mouille complètement une ou plusieurs maxi-serviettes hygiéniques en deux heures. Le saignement ne diminue pas ou ne s'arrête pas lorsque vous vous reposez.
- **Vous avez de la difficulté à respirer ou vous avez une douleur à la poitrine.**
- **Votre bébé a de la difficulté à respirer.** Votre bébé manque de souffle; il a de la difficulté à retrouver son souffle; il s'étouffe; ou il a cessé de respirer.
- **La peau de votre bébé est bleue.** Si vous n'en êtes pas certaine, regardez dans la bouche de votre bébé pour voir si la langue, les lèvres et les gencives ont une couleur qui semble être bleue.

Appelez votre médecin tout de suite si :

- **Vous passez beaucoup de caillots** qui sont plus gros qu'une pièce d'un dollar (un « huard ») et votre saignement vaginal augmente. Le saignement ne diminue pas ou ne s'arrête pas lorsque vous vous reposez.
- **Vos pertes vaginales ne sentent pas bon.**
- **Vos seins sont rouges et ils font mal.** Vos seins sont rouges et enflés, et ils font mal. Vous avez peut-être de la température. Vous avez l'impression d'avoir la grippe. Vous pouvez quand même continuer d'allaiter votre bébé.
- **Vous avez mal au jambes et elles sont enflées.**
- **Vous avez mal lorsque vous urinez.** Vous avez une sensation de brûlure chaque fois que vous urinez. Vous avez de la difficulté à uriner. Vous avez peut-être de la température.
- **Vous voyez des changements autour de la plaie de votre césarienne.** Vous voyez que c'est rouge sur la cicatrice et autour de la plaie, au bas de votre ventre. Il y a peut-être un liquide qui coule de la plaie. Vous avez peut-être de la température.

- **Votre bébé a une température de plus de 37,5° Celsius** (99,5° Fahrenheit) quand vous la prenez avec un thermomètre, car sa peau vous semble être chaude.
- **Votre bébé vomit.** Votre bébé ne peut pas téter ou boire et il vomit.
- **Les habitudes de votre bébé changent.** Votre bébé ne se réveille pas tout seul. Quand vous le réveillez, il a très peu d'énergie; il ne bouge pas beaucoup et il veut se rendormir.
- **Le cordon ombilical de votre bébé ne sent pas bon.**

— CHAPITRE 7 —

L'allaitement

Table des matières

Introduction 5

Période prénatale 9

Choix éclairés 9

Examen des seins 12

Les premiers jours de la période postnatale 14

Favoriser le succès de l'allaitement dès le début 14

Comment savoir si le bébé boit suffisamment 16

Quand obtenir de l'aide 17

Régime alimentaire de la mère qui allaite 19

Séjour abrégé à l'hôpital 21

Incidence sur l'allaitement 21

Critères suggérés pour le congé de l'hôpital et lignes directrices pour le suivi 22

Difficultés possibles 23

Ictère néonatal 23

Raisons médicales acceptables de donner un supplément 24

Situations spéciales 25

Médicaments et lait maternel 27

Période postnatale tardive 29

Raisons motivant l'arrêt précoce de l'allaitement 29

Suppléments en vitamines et en minéraux 30

Travail rémunéré à l'extérieur du foyer 30

Le sevrage 32

Services de soutien pour le suivi 33

Bibliographie 34

Annexe 1 — Les dix conditions pour le succès de l'allaitement 39

Annexe 2 — Résumé du code international de commercialisation des substituts du lait maternel 40

Annexe 3 — Directives aux hôpitaux pour la mise en œuvre de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) 41

Annexe 4 — Les dix conditions pour la création de collectivités amies des bébés 46

Annexe 5 — Ressources sur la nutrition des nourrissons : guide d'évaluation 47

Annexe 6 — Directives pour la collecte de données sur l'allaitement 49

Annexe 7 — L'allaitement pendant les premières semaines 51

Annexe 8 — Extraction et conservation du lait maternel 53

Annexe 9 — Les dix conditions pour la création d'un milieu de travail ami des mères 58

Introduction[1]

L'allaitement est un mode inégalable et normal d'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant. Il est préférable d'alimenter le nouveau-né au sein exclusivement durant les six premiers mois environ, puis de continuer l'allaitement en ajoutant graduellement des aliments complémentaires au moins jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. (Comité canadien pour l'allaitement, 1996; Assemblée mondiale de la santé, 1994; OMS/UNICEF, 1990, 1989, 1981).

Depuis 1978, la promotion de l'allaitement est devenue un des objectifs principaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'UNICEF et de Santé Canada. Des organismes nationaux et provinciaux du Canada ont appuyé les efforts déployés par l'OMS et l'UNICEF pour promouvoir l'allaitement au moyen de normes internationales qui ont été reproduites, notamment, dans les documents suivants : le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (OMS/UNICEF, 1981); l'énoncé conjoint *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel* (OMS/UNICEF, 1989); la *Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel* (OMS/UNICEF, 1990); et l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (OMS/UNICEF, 1992). *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* de l'OMS/UNICEF et le *Code* de l'OMS (consulter les annexes 1 et 2) s'appuient sur des preuves scientifiques (Neilson et coll., 1998; Saadeh et Akre, 1996) et sont à l'origine de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés, mise en place dans plus de 12 800 hôpitaux dans le monde. En outre, un grand nombre d'organismes canadiens de la santé ont sanctionné les documents précités (Association des hôpitaux du Canada, 1994, Association des hôpitaux de l'Ontario, 1994). L'hôpital Brome-Missisiquoi-Perkins, de Cowansville (Québec), a été le premier au Canada à être désigné hôpital ami des bébés, en 1999 et, au moment d'aller sous presse, il était encore le seul hôpital canadien à porter ce titre. L'annexe 3 décrit les conditions qu'un hôpital doit remplir pour avoir droit à ce titre. Des organismes

1. Le chapitre est une adaptation autorisée du document *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et des intervenantes en soins de la santé*, publié en 1996 par l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI). Ces lignes directrices sont une source de renseignements détaillés pour les intervenants qui travaillent auprès des familles avant la conception, durant la période périnatale et la petite enfance. Le chapitre souligne les principaux enjeux de l'allaitement liés aux politiques administratives, aux pratiques et aux systèmes de soins. On recommande aux intervenants de la santé de lire tout le document.

nationaux et provinciaux, sous l'égide du Comité canadien pour l'allaitement (1996), souhaitent que la désignation d'hôpitaux soit prioritaire au Canada (Levitt, 1998; Chalmers, 1997; Levitt et coll., 1996).

De nombreux facteurs influencent les décisions des familles en matière d'alimentation et d'allaitement maternel. Les intervenants de la santé qui entretiennent d'étroits contacts avec les familles durant toute la période périnatale et qui exercent une influence sur les politiques et les pratiques des soins de santé sont en mesure d'apporter une importante contribution aux efforts de promotion de l'allaitement à l'échelle mondiale. Le rôle crucial que jouent les connaissances, les compétences et la formation des intervenants en matière d'allaitement maternel, souligné dans les énoncés de position précités, est bien illustré dans *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* (OMS/UNICEF, 1989). (Consulter l'annexe 1.)

La protection, le soutien et la promotion de l'allaitement s'inspirent des principes directeurs des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Plus précisément, il est essentiel :

- que les soins soient conformes aux constats de recherche;
- que les soins à la mère soient prodigués dans le contexte de sa famille — c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de séparation entre la mère, le bébé et la famille à moins d'absolue nécessité;
- que la mère et sa famille aient les connaissances nécessaires pour faire des choix éclairés. Une mère à qui l'on témoigne du respect et qui dispose des données lui permettant de faire des choix éclairés se sent capable d'assumer ses responsabilités. Les intervenants de la santé exercent une forte influence sur les mères et les familles;
- que la technologie soit utilisée à bon escient;
- que l'on reconnaisse l'importance du langage (c'est-à-dire la façon de s'exprimer).

Tous les intervenants de la santé auprès des femmes enceintes ou de celles qui viennent de donner naissance doivent connaître la documentation qui démontre les bienfaits de l'allaitement et les dangers inhérents aux substituts du lait maternel. On trouve une étude approfondie des bienfaits nutritionnels, psychologiques et immunitaires de l'allaitement dans les *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé* (ICSI, 1996). Pour en apprendre davantage sur la supériorité de l'allaitement, les intervenants ont intérêt à consulter deux documents étoffés de l'International Lactation Consultant Association

(ILCA) : *Summary of the Hazards of Infant Formula*[2] (1992) et *Summary of Hazards of Infant Formula, Part 2* (1998).

La prévalence de l'allaitement reflète l'importance que la société lui accorde (Riordan et Auerbach, 1993). Il convient de souligner que le manque de valorisation des femmes, des enfants et de l'allaitement dans une société constitue, dès le départ, un obstacle fondamental à la réussite de l'allaitement du bébé. Il est essentiel de concevoir des politiques, aux plans tant institutionnel que communautaire, qui provoqueront des changements culturels visant à promouvoir l'allaitement maternel (OMS/UNICEF, 1990). Les intervenants de la santé doivent promouvoir activement l'élaboration de politiques favorables à l'allaitement; un bon point de départ, par exemple, est de sanctionner les énoncés du tableau 7.1 présenté à la page 8.

Les politiques institutionnelles et communautaires doivent tenir compte des points suivants :

- la formation des intervenants de la santé (ICSI, 1996, p. 10-13);
- l'évaluation du succès de l'allaitement au tout début par un intervenant compétent, particulièrement si la mère et le bébé ont reçu un congé précoce (moins de 48 heures après la naissance);
- les modalités d'un suivi de la part de l'hôpital;
- le soutien de la collectivité;
- la coordination et la collaboration entre les hôpitaux, les organismes communautaires et les groupes professionnels et non professionnels pendant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme;
- l'élaboration d'objectifs repères et d'un système pour vérifier s'ils ont été atteints, y compris des indicateurs, tels que la prévalence des nouveau-nés nourris exclusivement au sein au moment du congé des services périnatals, et la prévalence des bébés âgés de quatre à six mois nourris exclusivement au sein;
- la protection des droits en matière d'allaitement pour la femme au travail;
- la conception d'un plan d'action pour mériter le titre de « hôpitaux amis des bébés » et de « collectivités amies des bébés ».

2. Ce document explique les dangers des substituts du lait maternel, notamment: les manifestations d'allergies; la morbidité, comme les infections; les excès, carences et absences d'ingrédients essentiels dans les substituts du lait maternel; les polluants; les coûts; la mortalité et les risques de blessures. Il donne aussi des références pertinentes.

Tableau 7.1 Faits sur l'allaitement

- Le lait maternel répond à tous les besoins de croissance du bébé pendant les six premiers mois de vie.
- L'allaitement, auquel s'ajoutent des aliments complémentaires en temps opportun, est la méthode privilégiée d'alimentation des bébés durant les deux premières années et même plus longtemps.
- Les mères bien renseignées sur l'allaitement et qui croient en ses bienfaits ont plus de chance de succès.
- Tous les intervenants de la santé qui sont en contact avec les futures familles ont la responsabilité de promouvoir l'allaitement comme le choix le plus sain tant pour l'enfant que pour la mère.
- Les attitudes et les comportements des intervenants en soins de la santé peuvent influer sur la décision de la femme d'allaiter ou non et sur le succès de l'allaitement.
- Les intervenants de la santé peuvent influencer le succès de l'allaitement s'ils sont au courant des pratiques qui soutiennent l'allaitement, s'ils sont capables de déceler les problèmes possibles et s'ils font les interventions appropriées.
- Les connaissances des membres de la famille et du public en général sur l'allaitement, de même que leurs attitudes et leurs croyances à ce sujet, peuvent influer sur le choix de la mère et sur son expérience subséquente de l'allaitement.
- Les programmes d'études de premier cycle et les programmes de perfectionnement à l'intention des intervenants en soins de la santé auprès des familles en âge d'avoir des enfants devraient inclure de l'information sur l'allaitement qui soit à jour et conforme aux normes nationales.
- Le lait maternel est altéré par différentes habitudes de vie telles que le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage de drogues douces (appelées aussi substances psychoactives ou psychotropes).
- À l'hôpital, l'allaitement est facilité par la cohabitation, l'intégration des soins postnatals mère-enfant ou l'utilisation d'une chambre de naissance réservée à la mère et à sa famille pour la durée de son séjour; la prestation des soins par la même infirmière dans cette optique de soins permet d'optimiser le contact mère-enfant et d'uniformiser le soutien à l'allaitement.
- La distribution d'échantillons de préparations lactées et de brochures de fabricants de substituts représente une pratique de commercialisation déloyale qui nuit au succès de l'allaitement.
- Une césarienne, la prématurité, les naissances multiples ou les malformations congénitales ne sont pas nécessairement des contre-indications à l'allaitement.
- Le matériel éducatif sur l'allaitement doit refléter la réalité multiculturelle du Canada tant par son contenu que par la langue utilisée.

Adaptation des *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé,* ICSI, 1996, p. 14.

Pour établir leurs politiques, les institutions peuvent s'inspirer du document *Les dix conditions pour le succès de l'allaitement* et du Code de l'OMS, qui jettent les bases de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés. (Consulter les annexes 1 et 2.) Les politiques des services communautaires peuvent, quant à elles, s'appuyer sur *Les dix conditions pour la création de collectivités amies des bébés.* (Consulter l'annexe 4.)

Période prénatale

Choix éclairés

La plupart des familles décident dès le début de la grossesse si la mère allaitera ou non. En fait, cette décision est souvent prise avant la première visite prénatale ou le premier cours prénatal. Une décision si précoce est un bon indicateur du succès de l'allaitement (Santé Canada, 1994). Un grand nombre de facteurs influencent le choix du mode d'alimentation, notamment l'expérience personnelle, les connaissances, la culture et l'attitude de l'entourage de la mère. Les parents choisissent le plus souvent l'allaitement de préférence aux préparations lactées pour nourrissons ou au lait de vache parce qu'ils croient que le lait maternel est meilleur pour la santé de leur enfant (Losch et coll., 1995). Il arrive cependant que certaines mères prennent leur décision (ou changent d'avis) *pendant* la grossesse ou au début de la période postnatale.

Pendant la grossesse, c'est aux intervenants de la santé de voir à ce que les familles aient l'occasion de prendre une décision éclairée quant au mode d'alimentation de leur enfant. Ils doivent leur expliquer que l'allaitement et les préparations lactées pour nourrissons ne constituent pas des choix équivalents. Ils doivent s'assurer que les femmes et les conjoints connaissent les avantages de l'allaitement et les risques liés à l'utilisation de préparations pour nourrissons. Certains intervenants évitent peut-être d'en discuter avec les femmes de peur de susciter des sentiments de « culpabilité » si elles choisissent de ne pas allaiter. Pourtant, la promotion de la santé devrait inclure systématiquement de l'information sur l'allaitement et sur d'autres sujets tels que les soins prénatals réguliers, l'alimentation de la mère, les sièges d'auto pour enfants et le tabagisme. Enfin, après avoir vérifié que les familles ont reçu une information exacte, les intervenants de la santé doivent respecter les choix de celles-ci.

Dans ses entretiens avec la mère et la famille durant la période prénatale, l'intervenant doit s'intéresser principalement à leurs besoins propres. Certaines mères et certaines familles peuvent avoir besoin d'une information détaillée sur l'allaitement, alors que d'autres n'ont besoin que d'être soutenues dans leur décision. D'autres, à cause d'antécédents de problèmes d'allaitement, peuvent avoir besoin qu'on s'attarde plus longtemps sur le sujet. (Dans de tels cas, il peut être utile pour tous de diriger la mère et la famille vers une spécialiste en allaitement, un membre de la Ligue La Leche, une consultante en lactation/conseillère en allaitement[3], une clinique ou des services périnatals.) Il faut renseigner toutes les mères et les familles sur les ressources communautaires susceptibles de les aider avant et après la naissance. Ceci est particulièrement important, car ce sont surtout les mères nourrices pour qui tout va bien qui reçoivent généralement du soutien. Lorsque les professionnels de la santé ne se sentent pas outillés (ou compétents) pour donner des conseils sur l'allaitement, ils doivent diriger les mères et les familles vers un des professionnels ou services précités.

Les nombreux mythes qui entourent l'allaitement peuvent décourager une femme d'allaiter son bébé. Les intervenants de la santé doivent prendre le temps d'analyser ces mythes avec la mère. Voici quelques exemples d'information erronée :

Mythe n° 1 : *Bon nombre de femmes qui choisissent d'avoir recours à des préparations lactées pour nourrissons n'ont jamais envisagé l'allaitement comme premier choix.* Le rôle de l'intervenant de la santé est d'aborder la question de l'allaitement avec la mère.

Mythe n° 2 : *L'allaitement et les préparations lactées sont essentiellement de qualité équivalente.* Cela est faux; l'allaitement est un mode supérieur d'alimentation du nouveau-né.

Mythe n° 3 : *L'allaitement est compliqué et douloureux.* Il arrive très fréquemment que les mères et les bébés aient besoin d'une ou deux semaines avant de maîtriser les techniques de l'allaitement. Cependant, une fois bien établi, l'allaitement est beaucoup plus facile et moins fatigant que le biberon. L'allaitement ne devrait jamais être douloureux; si c'est le cas, quelque chose

3. Les conseillères en allaitement et les consultantes en lactation agréées offrent les mêmes services. Le terme conseillère en allaitement désigne ce champ de spécialisation dans le reste du chapitre.

ne va pas. Dans la plupart des cas, une légère correction de la position et de la prise du sein supprimera la douleur.

Mythe n° 4 : *Les pères ne peuvent pas s'occuper du bébé si la mère allaite.* Le père peut faire beaucoup de choses pour la mère et le bébé. Par exemple, il peut caresser le bébé, jouer avec lui, lui donner son bain, l'habiller et le changer de couche.

Mythe n° 5 : *L'allaitement complique la vie familiale.* L'allaitement ne veut pas dire que la « mère est prisonnière ». Ce n'est qu'une question d'attitude. Il est plus facile de se déplacer avec un bébé nourri au sein. En effet, la mère peut allaiter le bébé n'importe où. Non seulement il lui est possible d'allaiter « avec discrétion », mais « le repas » est toujours prêt.

Mythe n° 6 : *Les femmes ne peuvent pas allaiter si elles ont un emploi.* Les femmes peuvent à la fois être mères et travailleuses rémunérées en s'y prenant de diverses manières. (Consulter la section *Travail rémunéré à l'extérieur du foyer* à la page 30.) Il existe différentes stratégies pour permettre aux femmes de poursuivre l'allaitement tout en retournant sur le marché du travail six mois ou plus après la naissance du bébé. Si une femme prévoit une reprise du travail plus tôt ou se voit obligée de le faire, elle peut continuer d'allaiter en se servant d'un tire-lait ou en pratiquant l'allaitement mixte. En fait, c'est mieux d'allaiter durant trois semaines que de ne pas allaiter du tout, et six semaines valent mieux que trois.

Mythe n° 7 : *L'allaitement empêche la mère de garder sa ligne.* C'est faux. Ce sont la grossesse et l'âge qui altèrent les seins de la mère. L'allaitement favorise la perte de poids et l'involution utérine.

L'expérience personnelle de la femme et le soutien psychosocial qu'elle reçoit influent aussi sur sa décision d'allaiter. Par exemple, la femme qui est appuyée par son conjoint et sa famille est non seulement plus portée à choisir l'allaitement, mais aussi mieux conditionnée pour le réussir (Inch, 1989; Kearney, 1988). Par ailleurs, il est possible qu'une femme victime d'agressions sexuelles ou physiques refuse d'allaiter. Il est primordial d'associer une évaluation psychosociale et du counseling aux soins prénatals. (Consulter le chapitre 4.)

Il est également important que tous les établissements de santé soient « amis de l'allaitement » et qu'ils le démontrent au moyen d'affiches et de brochures d'information. Ce ne sont là que quelques-uns des moyens concrets pour appuyer et valoriser l'allaitement et la mère qui allaite. De plus, la documentation descriptive approuvée par les gouvernements et les groupes d'intérêt est souvent offerte gratuitement[4]. Bien entendu, les établissements de santé ne doivent pas faire la promotion des substituts du lait maternel. Ils ne doivent pas non plus accepter les affiches, les brochures et les autres articles de fabricants de préparations lactées pour nourrissons. Ces pratiques de commercialisation vont complètement à l'encontre des politiques du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* de l'OMS et de *l'Initiative des hôpitaux amis des bébés* et, dans plusieurs cas, minent la confiance dans l'allaitement. On a démontré que la distribution de ces affiches et brochures contribue à diminuer la durée de l'allaitement (Frank et Wirtz, 1987). (Le guide présenté à l'annexe 5 permet d'évaluer si les ressources documentaires encouragent l'allaitement.)

Examen des seins

Les seins et les mamelons de la majorité des femmes sont bien adaptés à l'allaitement. Il faut noter que même si l'on a des inquiétudes à propos des seins et des mamelons durant la période prénatale (habituellement lorsque la mère a des mamelons plats ou invaginés), il peut très bien n'y avoir aucun problème lorsque le bébé commence à téter.

L'examen des seins doit faire partie intégrante des soins prénatals. Certaines situations peuvent exiger une aide supplémentaire. Par exemple, lorsqu'une femme a des mamelons profondément invaginés, elle risque d'éprouver beaucoup de difficultés au moment de donner le sein. Qu'il soit utile ou non d'intervenir avant la naissance, si l'intervenant a des doutes ou des inquiétudes, il doit diriger la femme vers des intervenants d'expérience en problèmes d'allaitement, tels que des conseillères en allaitement (ou consultantes en lactation) ou une clinique d'allaitement. En plus d'éviter certains problèmes, une telle démarche témoigne de l'importance que l'intervenant accorde à l'allaitement. Les cas suivants devraient faire l'objet d'une orientation vers un spécialiste :

- mamelons invaginés;
- seins dont la forme est inhabituelle ou de taille très inégale;

4. Par exemple, la *Trousse promotionnelle de l'allaitement maternel* et les documents *10 précieux conseils pour allaiter avec succès* et *10 bonnes raisons pour allaiter*, publiés par Santé Canada. (Consulter les documents d'accompagnement.)

- réduction mammaire. La réduction mammaire entraîne souvent une diminution de la capacité de production de lait, à un point tel que la plupart des femmes ayant subi cette intervention sont incapables de nourrir leur bébé exclusivement au sein. Elles peuvent cependant allaiter et donner un supplément au bébé (de préférence avec un dispositif d'aide à l'allaitement). Par contre, d'autres réussissent à allaiter exclusivement au sein (ICSI, 1996);
- augmentation mammaire. Les femmes qui ont eu une augmentation mammaire n'éprouvent habituellement pas plus de difficultés à allaiter que celles qui n'en ont pas eu. Toutefois, elles peuvent éprouver des inquiétudes et devront être rassurées quant aux effets des implants mammaires au silicone sur leur bébé. Même si on a la preuve qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour le bébé, l'intervenant devrait conseiller à la mère d'aller consulter un spécialiste s'il ne réussit pas à la rassurer. D'autre part, toute chirurgie mammaire exigeant une incision aréolaire (pour une transplantation ou une transposition du mamelon) nuira à l'allaitement. L'augmentation mammaire pratiquée de cette façon risque également d'entraîner certaines difficultés;
- conditions médicales pour lesquelles l'allaitement peut être contre-indiqué. Les bienfaits de l'allaitement sont généralement supérieurs aux risques courus. Dans une situation de risques possibles, la mère doit elle-même prendre la décision d'allaiter ou non. L'allaitement peut être contre-indiqué dans certains cas : par exemple, lorsqu'une femme a un cancer du sein ou suit des traitements de chimiothérapie, et lorsqu'elle passe des examens de diagnostic ou suit un traitement à l'aide de composés radioactifs. En outre, on conseille aux mères séropositives de choisir un autre mode d'alimentation pour leur bébé (SCP et coll., 1998; ICSI, 1996). L'allaitement est aussi contre-indiqué lorsqu'une femme a contracté le virus de l'herpès (mais uniquement dans le cas où elle a des lésions aux seins) et lorsqu'une mère décide de continuer à consommer certaines substances psychoactives. Le nourrisson d'une mère qui contracte la varicelle risque fort d'être infecté à son tour, quel que soit son mode d'alimentation. La varicelle du nouveau-né revêt habituellement un caractère bénin. Par contre, si la mère contracte cette maladie cinq jours avant ou deux jours après la naissance, le bébé risque de contracter une infection grave, et on doit lui administrer le plus tôt possible (dans les trois jours) des gammaglobulines spécifiques à la varicelle-zoster. On doit isoler la mère et l'enfant

ensemble. La mère peut allaiter lorsqu'elle n'est plus contagieuse (les lésions sont séchées) ou après l'administration de gammaglobulines au nourrisson. (Pour des renseignements plus détaillés, voir ICSI, 1996, p. 20.)

Les premiers jours de la période postnatale

Favoriser le succès de l'allaitement dès le début

Des tétées précoces, fréquentes, efficaces et sans restriction, et le non-recours à d'autres modes d'alimentation jouent un rôle important dans l'établissement d'une lactation normale. La mère nourrice devrait pouvoir compter sur l'intervention régulière d'une intervenante compétente, qui adopte une approche positive, pour l'aider à allaiter son bébé. Il s'agit d'une période d'apprentissage tant pour la mère que pour le bébé (le bébé apprend tout autant que la mère). On recommande d'adopter les mesures suivantes :

- **Commencer tôt.** Il faut donner à la mère l'occasion d'allaiter dans la première demi-heure qui suit la naissance, lorsque le bébé est le plus éveillé. Il est important alors de créer une atmosphère calme et intime. Le bébé peut prendre un certain temps à saisir le sein; il se peut qu'il le lèche ou s'y blottisse seulement. Par contre, il peut aussi prendre le sein et bien téter. Au besoin, on peut aider la mère à trouver la position qui lui convient. Les facteurs susceptibles de nuire à un allaitement précoce comprennent l'absorption de calmants par la mère au cours du travail, l'aspiration nasopharyngée et gastrique du bébé, et l'interruption du contact mère-enfant au cours de la première heure après la naissance. L'allaitement d'un bébé prématuré ou malade doit commencer aussitôt que son état le permet; il faut d'abord le blottir contre le sein de la mère. (Consulter la section ultérieure, page 25, sur les *Situations spéciales.*)
- **Encourager des tétées fréquentes sans restriction, sur demande.** Un bébé tète mieux « sur demande », c'est-à-dire quand il a faim, avant d'en être rendu au stade des pleurs; il doit le faire aussi souvent et aussi longtemps qu'il en manifeste le désir[5]. Il faut habituellement allaiter le nouveau-né toutes les deux ou trois heures pendant le jour et la nuit (huit

5. Les expressions « allaitement sur demande » ou « allaitement au besoin » sont fréquemment utilisées par les intervenants de la santé. Elles signifient qu'on nourrit le bébé quand il a faim, quand il présente des signes de faim. Il faut donc être attentif au bébé et non à l'horloge.

à douze fois ou plus par période de 24 heures). Les signes précoces de faim du bébé avant qu'il ne pleure sont les suivants : il a des mouvements rapides des yeux; il se réveille, s'étire, bouge, porte la main à la bouche; il a une activité orale, par exemple il suce, lèche et tourne la tête en direction d'un stimulus et ouvre la bouche pour prendre le sein. La durée d'une tétée varie selon l'âge du bébé et le genre d'allaitement. Une tétée complète peut durer de 20 à 30 minutes environ. Il faut toutefois rassurer les parents, car la mère et le nourrisson auront peut-être besoin d'un certain temps pour s'ajuster.

- **Réveiller le bébé somnolent, au besoin.** Plusieurs bébés n'établissent pas de routine d'allaitement efficace durant les 36 à 48 heures suivant la naissance. S'ils sont somnolents, il faut les réveiller doucement et leur présenter le sein — au moins toutes les trois heures durant la journée et une ou deux fois durant la nuit. Une aide supplémentaire est souvent nécessaire dans ces situations, en particulier quand il s'agit de mères qui allaitent pour la première fois, non seulement pour que la mère et le nourrisson développent leurs compétences en matière de positions et de prise du sein, mais aussi pour que le nourrisson tète souvent et suffisamment pour provoquer une montée laiteuse et établir une production de lait suffisante.

- **Permettre un contact mère-enfant maximal.** On devrait favoriser la cohabitation mère-enfant durant tout le séjour à l'hôpital, y compris la nuit. Il faut privilégier les chambres de naissance (qui servent au travail et à la naissance et, parfois, où cohabitent la mère et l'enfant après la naissance) ou des chambres privées pour les soins postnatals mère-enfant. Il est important aussi d'affecter les mêmes infirmières aux soins de la mère et du bébé, ce qui aura pour résultat d'optimiser le contact mère-enfant et la continuité du soutien à l'allaitement. (Consulter le chapitre 6.) La mère devrait pouvoir garder son bébé dans son lit, surtout s'il ne veut pas téter ou s'il est agité (McKenna et Mosko, 1994). Les hôpitaux peuvent être préoccupés par la sécurité du nourrisson. Le personnel doit donc s'assurer que les côtés du lit sont levés.

- **Aider à trouver une position adéquate et à prendre le sein.** L'adoption d'une bonne position pour la mère et le nourrisson et une prise adéquate du sein sont essentielles pour assurer le confort de la mère, une production adéquate du lait, la croissance du nourrisson et la prévention tant de

douleurs aux mamelons que de l'engorgement et de l'infection des seins (mastite). Avant de trouver ce qui leur convient le mieux, les mères ont besoin d'aide pour essayer différentes positions : position traditionnelle (face à face ou à la Madone), position couchée et position latérale. La position face à face est habituellement la plus facile à apprendre. En somme, l'allaitement doit être confortable. Il se peut que la mère soit un peu incommodée au début, quand le bébé prend le sein, mais cela ne devrait pas persister. (Consulter ICSI, 1996, p. 71 à 75.) La mère et le nourrisson doivent être en mesure de compter sur des intervenants de la santé compétents, capables d'évaluer les positions de la mère et du nourrisson, la prise du sein et la tétée du bébé, et ce, pour toute la durée de la période postnatale immédiate. Une approche normalisée d'évaluation devrait être utilisée pour s'assurer que les parents reçoivent des conseils uniformes.

- **Assurer l'allaitement exclusif.** Les bébés nourris au sein ne devraient boire que du lait maternel, sans autres aliments ou liquides, sauf si des conditions médicales l'exigent. (Consulter la section des *Situations spéciales* à la page 25.) Les suppléments nuisent à la production de lait. De plus, on ne doit pas offrir systématiquement des suces et des tétines aux bébés.

Comment savoir si le bébé boit suffisamment

Une des principales raisons qui incitent une mère à cesser l'allaitement est la peur que son bébé ne boive pas suffisamment de lait. On doit la rassurer en lui rappelant que non seulement l'allaitement est la meilleure façon de nourrir son bébé, et aussi la plus naturelle, mais qu'elle est capable de produire assez de lait. Pour cela, il faut que le bébé prenne bien le sein dès la première semaine, sinon il risque de se déshydrater ou de ne pas bien progresser. Tous les parents doivent être en mesure de discerner quand l'allaitement va bien et quand ils doivent demander de l'aide.

Différents critères peuvent servir à évaluer la réussite de l'allaitement : l'efficacité et la fréquence des tétées, l'apparence et la fréquence des selles et de l'urine du nourrisson, et sa croissance. Les parents peuvent estimer que leur bébé boit suffisamment de lait et que l'allaitement évolue bien lorsque les signes suivants sont présents :

- Le bébé prend le sein régulièrement (environ huit à douze fois par jour) et de façon efficace. Un allaitement est efficace si le bébé semble affamé au début de la tétée, la mère peut l'entendre déglutir avec régularité, le bébé se calme et devient de plus en plus repu vers la fin de la tétée. En

outre, les seins de la mère sont pleins avant la tétée et plus souples après. Entre le troisième et le cinquième jour, une fois que le bébé boit davantage de lait, on peut montrer aux parents comment procurer un temps d'arrêt durant la tétée, sans que le bébé laisse le mamelon.

- Le bébé fait plusieurs selles molles ou liquides par jour. Le méconium devrait avoir été complètement éliminé après le troisième ou le quatrième jour. Les selles du bébé peuvent être jaunes ou verdâtres, mais jamais sèches ni dures. Elles peuvent devenir moins fréquentes après le premier mois.
- L'urine du bébé est pâle et sans odeur. Au cours des trois premiers jours, il est normal que le bébé mouille une ou deux couches de coton par jour, sur lesquelles on peut parfois voir des taches rouge brique. Du quatrième au sixième jour, à mesure que la production de lait augmente, le bébé mouille normalement six couches de coton et plus par jour. (Comme il est difficile de dire si les couches jetables sont mouillées, on peut conseiller aux parents de placer un papier mouchoir à l'intérieur de la couche. Les parents peuvent aussi utiliser des couches de coton pour pouvoir mieux évaluer, s'ils ne sont pas sûrs que le bébé urine assez souvent.)
- Le bébé est éveillé, et sa croissance est normale.

L'annexe 6 présente des lignes directrices pour évaluer l'alimentation du bébé.

QUAND OBTENIR DE L'AIDE

Tous les parents devraient être en mesure de reconnaître les signes suivants afin d'obtenir de l'aide immédiatement :

- Le bébé a moins de deux selles molles par jour au cours du premier mois.
- L'urine du bébé est foncée ou le nombre de couches mouillées est inférieur à deux par jour pendant les trois premières journées ou inférieur à six par jour entre la quatrième et la sixième journée.
- Le bébé est somnolent et difficile à réveiller à l'heure de la tétée.
- Le bébé s'alimente moins de huit fois en l'espace de 24 heures.
- Les mamelons de la mère sont douloureux, et la douleur persiste après la troisième ou la quatrième journée.
- Les seins de la mère présentent une région douloureuse et rouge, elle fait de la fièvre, elle est prise de frissons et a des symptômes de grippe.

Il peut arriver qu'un bébé nourri au sein ou une mère en santé présente certains des signes précités. Si c'est le cas, il faut procéder à une évaluation exhaustive de la situation, surtout au cours des premiers jours et des premières semaines, pour déterminer si le bébé se nourrit efficacement.

Les hôpitaux et autres établissements doivent préparer une liste claire et simple de ces signes, sous forme de documents ou d'affiches, que les parents peuvent placer bien en vue sur le mur ou sur la porte du réfrigérateur.

La perte initiale et le gain subséquent de poids constituent un des indices d'évaluation de l'allaitement (Meek, 1998; Tounsend et Merenstein, 1998; Cooper et coll., 1995; Lawrence, 1995). On ne doit cependant pas se limiter à ce seul indice : il faut évaluer la capacité du bébé de bien se nourrir au sein et examiner ses selles, ses urines et son comportement. Comme les pèse-bébés peuvent varier sensiblement, il est difficile d'évaluer de façon précise les fluctuations de poids d'un nourrisson au cours des premiers jours. On devrait toujours peser le bébé sans ses vêtements et sans sa couche. On retrouve les données suivantes dans la documentation à ce sujet. Il est normal qu'un nouveau-né perde du poids pendant les dix premiers jours suivant sa naissance, perte qui peut représenter jusqu'à 10 p. 100 de son poids à la naissance. Toutefois, si le bébé perd 7 p. 100 de son poids durant la première semaine, il faut évaluer la situation avec attention pour déterminer l'efficacité de l'allaitement. Le bébé reprendra son poids initial durant la deuxième et la troisième semaines, puis prendra de 15 à 30 gm (0,5 à 1 oz) par jour au cours des premiers mois. On recommande qu'un intervenant compétent évalue le bébé et vérifie son poids lorsqu'il est âgé d'une semaine, ou même plus tôt, selon la durée du séjour à l'hôpital. (Consulter le chapitre 6.)

Bien des bébés connaissent plusieurs poussées de croissance et demandent alors le sein plus souvent (c.-à-d. de 10 à 12 fois par jour), ce qui fait augmenter la production de lait de la mère. Certaines mères auront peut-être besoin d'être rassurées quant à leur capacité de produire assez de lait pour satisfaire leur bébé durant ces poussées de croissance. Une façon de le faire est de leur expliquer que lorsque le bébé vide complètement le sein, il favorise la production du lait.

Les parents doivent recevoir de la documentation pour expliquer les signes de succès de l'allaitement et les conditions où il faut d'obtenir de l'aide. (L'annexe 7 donne un exemple de ce genre de document.) Les parents doivent aussi recevoir une liste des sources d'aide communautaire en matière d'allaitement, tels que le centre de santé communautaire et le CLSC, la ligne

téléphonique parents-secours, les cliniques de soutien à l'allaitement, les cliniques externes de l'hôpital ou cliniques de consultation sans rendez-vous, le numéro de la Ligue La Leche, les noms de conseillères privées en allaitement, de médecins et de sages-femmes. Certaines unités de soins mère-enfant offrent des consultations téléphoniques sur l'allaitement 24 heures par jour ou des consultations sur place.

Régime alimentaire de la mère qui allaite

On recommande aux mères qui allaitent d'adopter un régime alimentaire équilibré qui comprend une bonne variété d'aliments sains et de manger jusqu'à satiété. *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement* de Santé Canada (1997) a été conçu pour aider les mères à choisir une grande variété d'aliments sains.

Voici quelques conseils pratiques :

- Encourager la mère à manger ou à boire chaque jour trois ou quatre portions de produits laitiers ou de toute autre bonne source de calcium.
- Encourager la mère à boire suffisamment pour étancher sa soif. Bien des mères qui allaitent ont besoin d'une plus grande quantité de liquides que d'habitude.
- Examiner avec la mère nourrice son régime alimentaire habituel et les mets qu'elle consomme habituellement pour déterminer leur apport en fibres, en liquides, en produits laitiers et autres sources de calcium, et en vitamines et sels minéraux. Dans certaines cultures, les aliments ne sont pas classés en quatre groupes; le concept d'une alimentation équilibrée fondée sur le regroupement des aliments en quatre catégories distinctes peut sembler étrange et ne correspondre à rien au plan culturel.
- S'assurer que la mère végétarienne a une alimentation équilibrée. Son régime doit inclure du lait et des produits laitiers et des substituts de viande, tels que les œufs, les légumineuses, les lentilles, les noix et le tofu. Si la mère boit moins de deux tasses de lait par jour, elle doit avoir recours à d'autres sources de calcium, de vitamine D et de vitamine B_{12}. Le lait de soya non enrichi, même s'il contient des protéines et du calcium, est une faible source de calcium et de vitamine D. De plus, si le régime ne comprend aucun produit animal, la femme qui allaite devra avoir recours à d'autres sources de calcium, de riboflavine, de vitamine B_{12}, de vitamine D, de zinc et de fer.

Parce qu'elles sont mal conseillées en matière de nutrition, bon nombre de femmes refusent d'allaiter ou cessent l'allaitement. Voici quelques-uns des mythes transmis et leur réfutation :

Mythe n° 1 : *La mère qui allaite doit manger certains aliments ou se priver de certains autres.* La mère qui allaite doit adopter un régime alimentaire équilibré. Cependant, elle n'est pas tenue de manger des aliments spéciaux ni de se priver de certains autres. De plus, il n'est pas nécessaire que la mère nourrice boive du lait pour pouvoir en produire.

Mythe n° 2 : *La mère qui allaite doit manger davantage pour produire assez de lait.* Même la mère qui suit un régime très pauvre en calories produit suffisamment de lait, à moins que l'apport calorique n'ait été dangereusement pauvre pour une période prolongée. En règle générale, le bébé reçoit ce dont il a besoin. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter de la qualité ni de la quantité de lait, même si la mère s'est mal nourrie pendant quelques jours. On avait l'habitude de dire que toute mère qui allaite doit consommer 500 calories de plus par jour; on sait maintenant que ce n'est pas le cas pour toutes les mères. Certaines femmes mangent davantage quand elles allaitent, d'autres non; certaines, même, mangent moins. Aucune de ces pratiques ne semble affecter la santé de la mère ou du bébé, ni la quantité de lait. L'essentiel, c'est que le régime alimentaire de la mère soit équilibré et qu'elle mange assez pour se rassasier.

Mythe n° 3 : *La mère qui allaite doit boire beaucoup.* La mère qui allaite doit boire quand elle a soif. Alors que certaines mères ont constamment soif, d'autres ne boivent pas plus que d'habitude. En réalité, c'est le corps de la mère qui détermine quand celle-ci doit boire davantage, en lui faisant ressentir la soif. Une trop grande absorption de liquides peut diminuer la production du lait.

Mythe n° 4 : *L'allaitement est contre-indiqué pour les mères qui fument ou qui consomment de l'alcool.* Tout en reconnaissant l'importance d'appuyer tous les efforts de la mère qui essaie soit d'arrêter

de fumer soit de fumer moins, il faut reconnaître que l'allaitement demeure le choix par excellence, même si la mère continue de fumer. D'autre part, s'il est vrai qu'une consommation d'alcool élevée peut nuire à la production de lait et à l'enfant allaité, il semble toutefois qu'une « légère » consommation lors d'activités sociales ne nuit pas à l'allaitement (ICSI, 1996).

Séjour abrégé à l'hôpital

INCIDENCE SUR L'ALLAITEMENT

La tendance à abréger le séjour postnatal de la mère à l'hôpital influence grandement le succès de l'allaitement et le suivi. Il est essentiel que le milieu hospitalier fasse preuve de souplesse pour déterminer le moment propice du congé de l'hôpital en tenant compte des besoins individuels de la mère et du nourrisson, et de l'accessibilité de services communautaires de suivi. Certaines femmes sont prêtes à retourner à la maison avec leur bébé plusieurs heures après la naissance et choisissent de le faire, tandis que d'autres ne satisfont aux critères de congé qu'après plusieurs jours et même plus. Quel que soit le moment du retour à la maison, la mère et le nourrisson doivent faire l'objet d'une évaluation pour déterminer leurs besoins en matière de suivi.

La montée laiteuse et l'établissement de la lactation au cours des trois à cinq premiers jours sont essentiels au bien-être du nouveau-né. Il est recommandé de prévoir une rencontre entre la mère et des professionnels compétents tôt après la naissance. La mère et le nourrisson devront alors être évalués et recevoir le soutien approprié. Le but est de promouvoir une routine d'allaitement efficace et de prévenir des problèmes du nourrisson tels que la déshydratation, l'hypoglycémie, l'ictère physiologique prononcé, la léthargie et le manque de réactivité et de progrès de l'enfant. Il faut aussi surveiller chez la mère les signes d'une faible estime de soi, de sentiments de culpabilité et d'échec personnel, et même de dépression postnatale, et prodiguer le soutien nécessaire.

Il faut compter jusqu'à quarante-huit heures pour que l'allaitement d'un nouveau-né en santé soit bien établi, c'est-à-dire pour que le bébé manifeste régulièrement sa faim, prenne correctement le sein et tète efficacement avec un minimum d'aide. Si l'allaitement est efficace, la montée laiteuse apparaît dans les deux ou trois jours. Un soutien professionnel

continu et adéquat les premiers jours après la naissance (une période critique) contribue à l'établissement et au maintien de la lactation, et au succès à long terme de l'allaitement.

CRITÈRES SUGGÉRÉS POUR LE CONGÉ DE L'HÔPITAL ET LIGNES DIRECTRICES POUR LE SUIVI

On a proposé un grand nombre de critères relatifs au congé (SCP, 1996; SOGC, 1996). Les critères qui suivent sont liés à l'allaitement :

- Le bébé se nourrit au sein de manière efficace — c'est-à-dire que deux tétées consécutives ont été réussies de façon autonome par la mère et le bébé, ce dernier ayant réussi à prendre correctement chaque sein et à téter efficacement.
- Les parents (ou un des parents) sont en mesure de reconnaître les signes précoces d'un allaitement inefficace et de déshydratation — ils savent quand aller chercher de l'aide et quelles ressources communautaires sont accessibles (consulter l'annexe 7).
- Des plans de suivi réalistes ont été établis en tenant compte de divers facteurs d'accessibilité, tels que le transport, la distance, la gamme des soins offerts aux nourrissons, la capacité linguistique de communiquer avec les intervenants, le téléphone, etc. (voir ci-dessous).
- Le nouveau-né a perdu moins de 7 p. 100 de son poids initial au moment du congé, s'il a lieu pendant la première semaine.
- Des critères ont été établis pour juger si l'état de santé de la mère est satisfaisant pour lui donner son congé.

Un suivi doit être fait par un intervenant de la santé (infirmière, médecin, sage-femme) qui a le savoir-faire, les compétences et de l'expérience en évaluation de l'allaitement et en counseling. Les critères suivants s'appliquent si le congé survient *moins de 48 heures après la naissance :*

- Tous les critères de congé (y compris les critères précités) doivent être respectés.
- Une communication téléphonique avec la mère ou la famille, ou une visite à domicile, doit avoir lieu dans les 24 heures suivant le congé.
- Un intervenant de la santé compétent doit effectuer un examen physique de la mère et du bébé dans les 48 heures suivant le congé.
- Un médecin compétent doit faire un examen physique du nouveau-né entre le septième et le dixième jour après sa naissance.

Bien des femmes sont épuisées ou sont domiciliées à une grande distance de leurs intervenants, des hôpitaux ou des cliniques. Par conséquent, les lignes directrices pour le suivi dans les 48 heures suivant le congé de l'hôpital doivent préciser que le suivi sera fait au domicile de la famille, si cela est nécessaire.

Voici les critères qui s'appliquent si le congé survient *48 heures ou plus après la naissance :*

- Les critères précités doivent être respectés ou toutes les complications doivent avoir été stabilisées. On aura aussi répondu à toutes les préoccupations, commencé à donner les soins appropriés et pris les mesures nécessaires pour assurer un suivi.
- Un médecin compétent doit examiner le nouveau-né entre le septième et le dixième jour après sa naissance (ou plus tôt, si des problèmes ont été décelés).
- On conseille fortement un suivi par téléphone ou une visite à domicile dans les 48 heures après le congé.

Le suivi est très important pour la mère et le bébé lorsque le congé de l'hôpital survient moins de 48 heures après la naissance. Il peut en effet être difficile d'évaluer dans les 48 heures qui suivent la naissance l'efficacité de l'allaitement et d'autres éléments qui s'y rattachent.

Difficultés possibles

Les intervenants de la santé doivent savoir comment prévenir, évaluer et traiter les problèmes potentiels reliés à l'allaitement, notamment :

- engorgement des seins;
- mamelons douloureux;
- obstruction des canaux galactophores;
- mastite;
- candidose buccale/muguet;
- écoulement;
- réflexe exagéré d'éjection de lait (ICSI, 1996)

Ictère néonatal

Il est rarement opportun d'interrompre l'allaitement à cause de l'ictère néonatal. Deux conditions distinctes sont associées à l'ictère et à l'allaitement : l'ictère causé par l'allaitement inefficace et l'ictère associé aux constituants du lait maternel.

L'ictère causé par l'allaitement inefficace fait référence à une exacerbation de l'ictère physiologique attribuable à des tétées peu fréquentes ou inefficaces, ce qui provoque un retard de l'évacuation du méconium et se traduit par un faible apport en calories. Pour prévenir l'ictère, il faut assurer des tétées précoces, fréquentes et sans restriction quant à leur nombre, une bonne prise du sein, un contact optimal entre la mère et le nourrisson, une administration minimale de médicaments à la mère durant le travail et des conseils aux parents pour prévenir les problèmes. Quant au traitement, il comprend une augmentation de l'efficacité et de la fréquence des tétées, qui doivent être d'au moins 8 en 24 heures, pour augmenter l'apport calorique du nourrisson et stimuler la production de lait. Un supplément inopportun, surtout donné au moyen d'une tétine, peut nuire à l'établissement de l'allaitement. Pour réveiller un bébé somnolent, on peut le placer en contact direct avec sa mère (peau sur peau), l'inciter à téter en extrayant du lait du sein pour le faire couler dans sa bouche et faire une stimulation tactile de la paume des mains, de la tête et des pieds du bébé durant la tétée.

L'ictère associé aux constituants du lait maternel est un état pathologique rare qui affecte de 2 à 4 p. 100 des nouveau-nés nourris au sein. Il se manifeste vers la fin de la première semaine, atteint son sommet entre le dixième et le quinzième jour, et peut durer trois semaines ou plus. À cause du caractère bénin de ce genre d'ictère chez les nourrissons en santé, il n'est pas nécessaire d'interrompre l'allaitement au sein. Cependant, il est essentiel d'écarter la présence d'autres troubles médicaux, tel l'hypothyroïdisme, pour que l'ictère associé aux constituants du lait maternel ne soit pas confondu avec des troubles qui pourraient exiger des soins médicaux.

Raisons médicales acceptables de donner un supplément

Les suppléments sont rarement indiqués pour les nourrissons. Selon l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés et Manuel du programme* de l'UNICEF (1992), il peut être indiqué de donner des liquides ou des aliments en plus, ou au lieu, du lait maternel dans les cas suivants :

- le nourrisson atteint d'hypoglycémie documentée et dont *l'état ne s'améliore pas avec un plus grand nombre de tétées efficaces;*
- le nourrisson dont la mère est gravement malade (p. ex., psychose, éclampsie, état de choc);
- le nourrisson atteint de troubles du métabolisme présents à la naissance;

- le nourrisson déshydraté dont *l'état ne s'améliore pas après un allaitement efficace;*
- le nourrisson dont la mère prend des médicaments contre-indiqués durant l'allaitement (p. ex., des médicaments cytotoxiques, des médicaments/traitements radioactifs).

Les nourrissons qui sont trop petits ou trop malades pour s'hydrater par voie orale peuvent avoir besoin, au départ, d'une thérapie de réhydratation intraveineuse totale ou partielle. Le maintien des fonctions gastro-intestinales par l'introduction précoce d'une alimentation entérale minimale a des effets bénéfiques.

Lorsque l'allaitement est temporairement retardé ou interrompu, et qu'il y a une *indication thérapeutique* de donner un supplément, on recommande d'utiliser du lait maternel fraîchement extrait, si cela est possible. On peut éviter d'avoir recours à l'alimentation au biberon, lequel risque de nuire à la capacité du nourrisson de bien téter le sein, en utilisant certaines méthodes de remplacement, telles l'utilisation d'un dispositif d'aide à l'allaitement, l'alimentation au verre, l'alimentation au doigt, l'utilisation d'une cuiller ou d'un compte-gouttes. Il faut aussi aider la mère à établir la lactation en exprimant son lait au moyen d'un tire-lait.

Situations spéciales

Il est très important que le bébé prématuré ou malade puisse tirer profit des bienfaits nutritionnels, immunitaires et psychosociaux de l'allaitement. C'est pourquoi l'allaitement est préférable et possible dans des situations spéciales, telles que les naissances prématurées, les naissances multiples et les anomalies congénitales. Pour ces bébés, qui risquent davantage de contracter des maladies que les bébés nés à terme, le lait maternel peut prévenir des complications. Il a été démontré que le lait maternel est le moyen le plus efficace de prévenir l'entérocolite nécrosante des prématurés (ICSI, 1996). Toutefois, une aide spéciale peut être requise pour l'allaitement dans de tels cas, et il faut en tenir compte au moment de répartir la charge de travail des infirmières.

Les unités de soins intensifs néonatals peuvent surmonter les obstacles à l'allaitement d'un bébé prématuré en adoptant les mesures suivantes :

- séparer le moins possible la mère et l'enfant;
- prévoir des installations privées pour l'allaitement et l'extraction du lait maternel;

- donner à la mère et à sa famille de l'information précise sur l'allaitement, au moment opportun;
- s'assurer que l'intervenante a les connaissances et les compétences nécessaires pour aider la mère à extraire son lait et à le donner à son bébé;
- montrer à la mère comment extraire et conserver son lait (consulter l'annexe 8);
- donner à la mère les noms et numéros de téléphone des services communautaires de soutien à l'allaitement, d'autres mères de bébés prématurés ou de la Ligue La Leche;
- donner à la mère l'information nécessaire pour obtenir les fournitures et un tire-lait.

Souvent, les mères n'ont pas les moyens financiers de se procurer un tire-lait. Les hôpitaux et les organismes communautaires doivent collaborer pour permettre à toutes les femmes d'avoir un accès équitable à des tire-lait.

Il a été démontré que l'allaitement est moins exigeant physiologiquement pour le bébé prématuré que l'alimentation au biberon (Meier, 1988). Les bébés prématurés peuvent commencer à se nourrir au sein dès que leur état reste stable pour de courtes périodes hors de l'incubateur et qu'ils parviennent à coordonner succion et déglutition — souvent vers la 32e semaine de gestation. On peut toutefois mettre le bébé en contact avec le sein avant cette période pour qu'il le lèche et s'y blottisse. La mère prépare aussi son bébé à l'allaitement en le plaçant nu sur sa peau (*méthode kangourou*). L'allaitement du bébé prématuré se fait en plusieurs étapes : prendre la décision d'allaiter, établir la production de lait, alimenter le bébé par gavage de lait maternel extrait, commencer l'allaitement à l'hôpital (en se fiant aux signes précoces et plus tardifs de faim du bébé prématuré) et prévoir un suivi après le congé de l'hôpital (Meier et Mangurten, 1993).

Des mères de jumeaux, de triplets et même de quadruplés réussissent à allaiter leurs bébés soit exclusivement au sein soit en ajoutant un supplément, c'est-à-dire un biberon de lait que la mère a extrait. Durant les premiers mois, il faut consacrer beaucoup de temps et d'énergie à nourrir ces bébés, peu importe la méthode d'alimentation choisie. Si la mère souhaite allaiter exclusivement au sein, il est important qu'elle donne souvent le sein pour s'assurer de produire suffisamment de lait (ICSI, 1996).

Dans la plupart des cas, une mère réussit à allaiter son bébé même s'il a une incapacité ou un problème particulier, pourvu qu'elle reçoive un

soutien adéquat. C'est pourquoi les intervenants de la santé doivent renseigner les mères et les familles sur les organismes et les groupes de soutien de leur collectivité.

Médicaments et lait maternel

Compte tenu des bienfaits de l'allaitement, il est rarement approprié de cesser l'allaitement parce que la mère prend des médicaments. Les données sur le transfert de médicaments spécifiques dans le lait maternel et leurs répercussions possibles sur l'enfant ne cessent de s'accumuler. Il est donc difficile de tenir des listes à jour des médicaments et de leurs effets sur l'allaitement. Voici cependant certains points à retenir :

- En moyenne, moins de 1 p. 100 de la dose de la plupart des médicaments administrés à la mère passe dans le lait maternel.
- Très peu de médicaments sont contre-indiqués pour les mères qui allaitent.
- Pour le nombre limité de médicaments contre-indiqués ou à utiliser avec « prudence », il faut tenir compte des avertissements suivants : il existe habituellement des succédanés sûrs; les médicaments à utiliser « avec prudence » peuvent être administrés si on assure une surveillance parallèle du nourrisson; les médicaments qui offrent le plus de sécurité sont des médicaments pour enfants dont on prend la plus petite dose possible; on peut choisir des médicaments avec une courte demi-vie; il faut éviter les médicaments à libération prolongée; il faut évaluer chaque médicament individuellement pour s'assurer que sa période de plus forte concentration dans le lait maternel ne coïncide pas avec l'horaire des tétées (ICSI, 1996).

Il s'agit donc de déterminer si les immenses bienfaits de l'allaitement, tant pour le bébé que pour la mère, sont supérieurs aux risques d'exposer le nourrisson au médicament.

La déclaration de l'American Academy of Pediatrics sur le transfert des médicaments et autres produits chimiques dans le lait humain — *The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk* (1994) — est l'autorité la plus souvent invoquée en la matière. D'autres ouvrages de référence sont aussi recommandés, notamment le texte de Thomas Hale, *Medication and Mothers' Milk* (1999). Le document *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé* (ICSI,

1996) donne une liste détaillée des médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement et des médicaments à utiliser avec précaution. Les centres d'information sur les médicaments sont aussi d'excellentes sources d'information sur le transfert des médicaments dans le lait maternel. Soulignons, par exemple, les sources suivantes :

Centre IMAGe — Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse
Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin, Hôpital Sainte-Justine
Téléphone : (514) 345-2333 (réservé aux professionnels de la santé)
Télécopieur : (514) 345-4972 (réservé aux professionnels de la santé)
Site Internet pour le grand public:
http://brise.ere.umontreal.ca/~lecomptl/hsj/PHARM/image.htm

Motherisk Program
The Hospital for Sick Children (Toronto)
Téléphone : 1 (877) 327-4636
Télécopieur : (416) 813-7562
Adresse Internet : http://www.motherisk.org

The Breastfeeding Collaborative Program
The Hospital for Sick Children (416) 813-5757

The Lactation Fax Hotline
Thomas Hale
Télécopieur : (806) 356-9480
On peut aussi obtenir, par télécopieur, de l'information à jour provenant de ce dernier service; des frais d'inscription sont cependant exigés.

La section spéciale sur les médicaments et le lait maternel du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* publié en 1998 par l'Association des pharmaciens du Canada comprend de l'information générale qui peut être utile. Cependant, les monographies individuelles des médicaments sont habituellement une source d'information inadéquate en ce qui a trait à l'action des médicaments pendant la lactation parce qu'elles sont incomplètes et souvent trop restrictives.

Période postnatale tardive

Raisons motivant l'arrêt précoce de l'allaitement

Les femmes cessent d'allaiter tôt surtout parce qu'elles croient ne pas produire suffisamment de lait. De plus, celles qui cessent au cours des six premières semaines basent souvent leur décision sur des douleurs aux mamelons, l'engorgement des seins, des problèmes de technique et la fatigue. Plus tard, soit de quatre à six mois après la naissance, le retour au travail à l'extérieur du domicile peut motiver l'arrêt de l'allaitement.

Tous les parents doivent comprendre le principe de « l'offre et de la demande », c'est-à-dire que la production de lait de la mère s'ajuste pour satisfaire les besoins du bébé qui tète fréquemment. Durant cette période, la mère doit plus que jamais se reposer et bien se nourrir, tout en se concentrant sur l'alimentation de son bébé. (Consulter les *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes de soins de la santé,* ICSI, 1996. On y présente des conseils sur la collecte d'information sur l'alimentation du bébé et des réponses aux inquiétudes des parents relatives à la production insuffisante de lait maternel.)

Les parents doivent comprendre également la nature de la poussée de croissance. Le bébé nourri au sein devrait être évalué entre le septième et le dixième jour après la naissance ou même avant, selon la situation et le moment du congé de l'hôpital.

Plusieurs facteurs peuvent nuire à la production de lait, dont les plus fréquents sont les suivants :

- la séparation de la mère et du bébé;
- des tétées trop espacées;
- la durée limitée des tétées;
- des tétées inefficaces à cause d'une mauvaise position et d'une prise du sein inadéquate;
- la somnolence du bébé;
- un supplément à l'allaitement sans indication thérapeutique;
- l'utilisation d'une suce ou d'une tétine pour retarder la tétée;
- l'engorgement des seins et des douleurs aux mamelons;
- l'utilisation de téterelles;
- la fatigue de la mère.

Suppléments en vitamines et en minéraux

La Société canadienne de pédiatrie recommande de donner une dose quotidienne de vitamine D (10 mcg ou 400 UI) aux nourrissons allaités jusqu'au sevrage. Cette recommandation fait cependant l'objet d'une controverse : même si on reconnaît que certains bébés risquent d'avoir une carence en vitamine D, on s'interroge sur la nécessité d'en administrer à *tous* les bébés. D'autre part, un supplément de fluor n'est pas recommandé pour les nourrissons de moins de six mois. On recommande cependant que les bébés âgés de six mois à deux ans, qui vivent dans une région où l'eau contient moins de 0,3 ppm (μg/L) de fluor, reçoivent un supplément quotidien de 0,25 mg de fluor. Toutefois, il n'est pas recommandé de donner des suppléments de fluor dans les régions où l'eau potable contient 0,3 ppm (μg/L) ou plus de fluor (SCP et coll., 1998). Autrement dit, il faut éviter une consommation excessive de fluor. Les nourrissons nés à terme et nourris au sein n'ont pas besoin de suppléments de fer avant l'âge de six mois. Après cela, le fer dans les aliments solides est habituellement suffisant pour un bébé né à terme et en santé.

Travail rémunéré à l'extérieur du foyer

Depuis des temps immémoriaux, les femmes ont bien réussi à combiner grossesse, allaitement et travail. En revanche, lorsque les mères ont dû se séparer de leurs jeunes enfants pour aller travailler à l'extérieur du foyer, l'allaitement et le travail ont commencé à poser des problèmes. Compte tenu du nombre croissant de femmes qui ont un emploi à l'extérieur du foyer, la société canadienne doit relever de nombreux défis concernant l'allaitement et la grossesse. Que les mères travaillent au foyer ou à l'extérieur, le soutien communautaire aidera les familles qui ont de jeunes enfants. Les enfants eux-mêmes tirent profit de soins constants et chaleureux, surtout pendant les trois premières années. L'allaitement est la façon optimale d'assurer la meilleure alimentation, la meilleure santé et un attachement affectif solide (Jones et Green, 1996, p. 19). Les politiques familiales doivent s'inspirer de ces principes.

Il faut d'abord aider les familles pour que la mère ait un véritable choix entre rester à la maison ou travailler à l'extérieur, sans que le retour au travail ne lui soit dicté par des impératifs économiques. Lorsque les femmes choisissent de travailler à l'extérieur de la maison, il y va du meilleur intérêt des

enfants canadiens de voir la société offrir différentes options aux mères. Par exemple, elles peuvent se prévaloir d'un congé de maternité prolongé pour rester auprès de leurs jeunes enfants; elles peuvent prévoir un plan de carrière « séquentiel »; le milieu de travail peut aussi devenir plus souple de façon à satisfaire les besoins des mères, des pères et des enfants (Jones et Green, 1996, p. 19).

Par conséquent, toutes les collectivités doivent :

- donner aux familles un véritable choix entre rester à la maison ou travailler à l'extérieur, au moyen de politiques de congé maternel et parental, et d'incitatifs fiscaux;
- sensibiliser la population aux droits des femmes à travailler et à allaiter;
- faciliter et protéger les pratiques culturelles et traditionnelles qui encouragent la mère à allaiter, qu'elle travaille au foyer ou à l'extérieur;
- faire participer les dirigeants communautaires et d'autres groupes à l'élaboration de moyens de soutien social pour aider les femmes à coordonner allaitement et travail;
- renseigner les employeurs et d'autres personnes clés sur l'importance de l'allaitement et sur la nécessité de créer un milieu de travail qui lui soit favorable;
- sensibiliser davantage la société aux lois nationales qui protègent le droit d'allaiter de toutes les femmes;
- reconnaître le mérite des milieux de travail « amis des mères et des bébés » (Jones et Green, 1996, p. 21).

L'annexe 9 présente dix conditions nécessaires pour créer un milieu de travail ami des mères, c'est-à-dire adapté à leurs besoins (traduction et adaptation de *Ten Steps to Creating a Mother-Friendly Workplace*, Jones et Green, 1996).

Les mères dont l'allaitement est bien établi sont plus susceptibles que les autres de continuer d'allaiter après leur retour sur le marché du travail ou à l'école. Si une mère peut repousser le moment de se séparer régulièrement de son bébé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de quatre mois ou si elle peut reprendre son travail à temps partiel plutôt qu'à temps plein, il lui sera plus facile de maintenir à la fois sa production de lait et l'intérêt de son bébé envers l'allaitement. Plusieurs femmes qui retournent sur le marché du travail à temps plein avant que leur bébé ait quatre mois parviennent à continuer l'allaitement. Par ailleurs, l'incidence du recours prématuré aux aliments solides et au sevrage est beaucoup plus élevée pour ces femmes que

pour celles qui retournent sur le marché du travail à une date ultérieure (Jones et Green, 1996, p. 19; Auerbach, 1987).

Les mères qui continuent d'allaiter après le retour au travail peuvent prendre différentes mesures pour y parvenir. Les stratégies utilisées pour coordonner l'allaitement et le travail varient selon les croyances de la mère, ses buts et le soutien qui lui est donné. Par exemple, certaines femmes choisissent d'allaiter leur bébé pendant leurs pauses; d'autres extraient leur lait durant la journée de travail pour maintenir leur production de lait et le conservent pour les tétées subséquentes. (L'annexe 8 offre des conseils aux mères sur l'extraction et la conservation du lait maternel.) D'autres mères optent pour le sevrage partiel du bébé en lui faisant boire des préparations lactées du commerce pendant leur absence. Il n'est pas rare de voir le nourrisson réorganiser sa routine de façon à prendre le sein plus souvent lorsque sa mère est présente et à dormir plus longtemps pendant son absence. Les familles doivent comprendre que l'allaitement a plus de chances de se poursuivre si elles font tout leur possible pour limiter la séparation de la mère et du bébé, qu'elles aident la mère à extraire son lait de façon régulière et qu'elles lui offrent le soutien nécessaire pour qu'elle puisse satisfaire les besoins de son bébé (Jones et Green, 1996, p. 20).

Le sevrage

Pendant les six premiers mois environ, le lait maternel satisfait tous les besoins de croissance du bébé. L'idéal, c'est que le bébé et la mère continuent l'allaitement durant la première année ou plus. En effet, tous les deux en retirent des avantages nutritionnels, immunitaires, affectifs et autres aussi longtemps que dure l'allaitement.

Le sevrage consiste à habituer le bébé à ne plus prendre le sein et à accepter que le lait maternel soit remplacé par d'autres aliments. Idéalement, il devrait se produire quand la mère et le bébé sont prêts tous les deux. Comme la mère et le bébé peuvent fort bien ne pas être prêts en même temps, le sevrage est parfois enclenché surtout par le bébé, parfois enclenché surtout par la mère. De toute façon, quel que soit le moment du sevrage, la mère sera moins incommodée et ce sera plus facile pour le bébé si le sevrage se fait de façon progressive. (Consulter ICSI, 1996, pour des conseils sur le sevrage.)

Services de soutien pour le suivi

Des services de soutien pour le suivi peuvent être particulièrement utiles pour les familles qui allaitent. Parmi ces services, on retrouve les suivants :

- des visites à domicile par des infirmières de la santé publique;
- des services téléphoniques de renseignements et d'écoute pour les parents;
- des cliniques d'allaitement et de suivi postnatal pour bébés bien portants;
- des centres de consultation sans rendez-vous pour l'allaitement ou pour bébés bien portants;
- la Ligue La Leche et des groupes d'entraide par les pairs;
- des cours sur l'allaitement et sur les soins à donner aux bébés;
- les conseils de médecins qui encouragent l'allaitement et sont bien informés à ce sujet;
- les conseils de conseillères en allaitement agréées;
- des appels de suivi faits par des cliniques externes des hôpitaux, des infirmières des services communautaires/des CLSC et des médecins. (Consulter le chapitre 6.)

Chaque collectivité devrait dresser une liste de tous ses services de soutien à l'allaitement. Des comités ou des réseaux structurés ont réussi à mettre de l'avant des projets cohérents de promotion, de coordination et de soutien de l'allaitement, et ce, à l'échelle régionale, provinciale et nationale.

Bibliographie

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). « Breastfeeding and the use of human milk: policy statement », *Pediatrics,* vol. 100, n° 6 (1997), p. 1035-1039.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). « Hospital stay for healthy term newborns », *Pediatrics*, vol. 96, n° 4 (1995), p. 788-790.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). « The transfer of drugs and other chemicals into human milk », *Pediatrics,* vol. 93, n°1 (1994), p. 137-150.

ANNAS, G. « Women and children first », *Legal Issues in Medicine*, vol. 333, n° 24 (1995), p. 1647-1651.

ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*, Quarante-septième Assemblée mondiale de la santé, WHA 47.5, article 19 de l'ordre du jour, 9 mai 1994.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, Ottawa, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*, Canadian Pharmacists Association.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO. *Breastfeeding: Protecting, Promoting, Supporting,* Toronto, Ontario Hospital Association, 1994.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA. *Énoncé de politique sur l'allaitement maternel,* Ottawa, 1994. Publié aussi en anglais sous le titre *Policy Statement on Breastfeeding,* Canadian Hospital Association.

AUERBACH, K. « Beyond the issue of accuracy: evaluating patient education materials for breastfeeding mothers », *Journal of Human Lactation*, vol. 4, n° 3 (1988), p.105-110.

AUERBACH, K. « Maternal employment and breastfeeding », *Lactation Consultant Series,* New York, Avery Publishing, 1987.

BC COUNCIL ON HEALTH PROMOTION. « Physician alert », *BC Medical Journal,* vol. 37, n° 9 (1995), p. 614.

BEAUDRY, M., R. DUFOUR et S. MARCOUX. « Relationship between infant feeding and infections during the first six months of life », *Journal of Pediatrics,* vol. 126, n° 2 (1995), p. 191-197.

BRAVEMAN, P., S. EGERTER, M. PEARL, K. MARCHI et C. MILLER. « Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature », *Pediatrics*, vol. 96, n° 4 (1995), p. 716-726.

BRIGGS, G., R. FREEMAN et S. YAFFE. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*, 4e éd., Baltimore, Williams and Wilkins, 1993.

CHALMERS, B. « Implementing the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative », *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Journal/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada,* vol. 20 (1998), p. 271-279.

CHALMERS, B. « The baby-friendly hospital initiative in Canada: some observations », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynæcologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 19 (1997), p. 978-982.

COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *Déclaration sur l'allaitement du Comité canadien pour l'allaitement*, Ottawa, chez l'auteur, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding Statement of the Breastfeeding Committee for Canada.*

COMITÉ POUR LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *L'allaitement maternel*, Collection PARENTS — Santé et Développement, les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1999.

COOPER, W.O., H.D. ATHERTON, M. KAHANA et U.R. KOTAGAL. « Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area », *Pediatrics*, vol. 96, n° 5 (1995), p. 957-960.

CUNNINGHAM, A., D. JELLIFFE et E. JELLIFFE. « Breastfeeding and health in the 1990's: a global epidemiologic review », *Journal of Pediatrics*, vol. 118, n° 5 (1991), p. 659-666.

ENKIN, M., M. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2e éd, Oxford, Oxford University Press, 1995.

ENTRAIDE NATURO-LAIT. *L'allaitement aujourd'hui*, 3e édition, Québec, 1995, p. 9, 38.

FERNANDEZ, H., M. CASSON et É. PAPIERNICK. *Obstétrique essentielle*, Éditions Pradel, 1996, p. 221.

FRANK, D., et S. WIRTZ. « Commercial discharge packs and breastfeeding counselling — effects on infant feeding practices in a randomized trial », *Pediatrics*, vol. 80, n° 6 (1987), p. 845-854.

FREED, G.L., S.J.CLARK, J. SORENSON, J.A. LOHR, R. CEFALO et P. CURTIS. « National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experiences », *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, n°6 (1995), p. 472-476.

GÉVRY, Hélène. *À fleur de peau* (informations sur l'allaitement maternel), Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1994.

GREEN, M., et F. JONES. « WHO code? Who cares? Do nurses promote breast-feeding? », *The Canadian Nurse/L'Infirmière canadienne*, vol. 87, n° 1 (1991) p. 26-28.

HALE, T. *Medication and Mothers' Milk*, 5e éd., Amarillo (TX.), Pharmasoft Medical Publishing, 1999.

INCH, S. « Antenatal preparation for breastfeeding », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J.N. KEIRSE, éd., *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 335-344.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *National Breastfeeding Guidelines for Health Care Providers*, Canadian Institute of Child Health.

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION (ILCA). *Summary of the Hazards of Infant Formula, Part 2*, Chicago, chez l'auteur, 1998.

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION (ILCA). *Summary of the Hazards of Infant Formula*, Chicago, chez l'auteur, 1992.

JONES, F., et M. GREEN. *British Columbia Baby-Friendly Initiative: Resources Developed Through the BC Breastfeeding Resources Project*, Vancouver, The BC Baby-Friendly Initiative, 1996.

KEARNEY, M.H. « Identifying psychosocial obstacles to breast-feeding success », *Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, vol. 17 (1988), p. 98-105.

LAWRENCE, R. « Early discharge alert », *Pediatrics*, vol. 96, n° 5 (1995), p. 966-967.

LAWRENCE, R. *Breastfeeding — A Guide for the Medical Profession*, 4e éd., St. Louis (MO), Mosby, 1994.

LEGAULT, M. « Étude comparative de deux méthodes de sortie du prématuré : méthode kangourou versus méthode traditionnelle ». *Revue canadienne de recherche en Sciences infirmières*, vol 25, no 4, 1991, p. 67-80. Publié aussi en anglais sous le titre « Comparison of Kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators », *Journal of Obstetrics, Gynecology and Nenonatal Nursing*, vol. 24, no 6, p. 501-506.

LEGAULT, M., et C. GOULET. « Sortir le prématuré de l'incubateur, de la méthode traditionnelle à la méthode kangourou », *L'infirmière du Québec*, vol. 2, no 2, 1994, p. 34-41.

LERCH, C. *Le nursing en maternité*, 2e édition, St-Louis/Toronto, p. 341.

LEVITT, C. « The breastfeeding committee for Canada. Focus on the baby-friendly initiative », *Perinatal Newsletter*, vol. 15, n° 1 (1998), p. 5-7.

LEVITT, C., J. KACZOROWSKI, L. HANVEY, D. AVARD et G. CHANCE. « Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care », *Canadian medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 155, n° 2 (1996), p. 181-188.

LOSCH, M., C.I. DUNGY, D. RUSSELL et L.B. DUSDEIKER. « Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding », *Journal of Pediatrics*, vol. 126, n° 4 (1995), p. 507-514.

McKENNA, J.J. « Co-sleeping », dans CARSKADON, M.A., éd., *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*, Toronto, Maxwell Macmillan, 1993.

McKENNA, J.J. et S.S. MOSKO. « Sleep and arousal, synchrony and independence, among mothers and infants sleeping apart and together (same bed): an experiment in evolutionary medicine », *Acta Paediatr*, suppl., vol. 397 (1994), p. 94-102.

MEEK, J.Y. « Recommendations for supplementation », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2 (1998), p. 148-149.

MEIER, P. « Bottle-and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in pre-term infants », *Nursing Research*, vol. 37, n° 1 (1988), p. 36-41.

MEIER, P, et H. MANGURTEN. « Breastfeeding the pre-term infant », dans RIORDAN, J., et K. AUERBACH, éd., *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, Jones and Bartlett, 1993, p. 253-276.

NEILSON, J.P., C.A.CROWTHER, E.D. HODNETT et G. J. HOFMEYR, éd. Pregnancy and Childbirth Module of the *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance de la *base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance*, sur disquette, CD-ROM et en ligne, mise à jour le 2 décembre 1997),

The Cochrane Collection, 1re éd., Oxford, logiciel mis à jour: 1998. Mise à jour trimestrielle.

OMS/UNICEF. *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*, réunion sur « L'allaitement dans les années 90; une initiative mondiale » parrainée par l'OMS et l'UNICEF, Florence, Italie, 1990. Publié aussi en anglais sous le titre *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*, Breastfeeding in the 1990's: Global Initiative.

OMS/UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: Le rôle spécial des services liés à la maternité*, déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, Organisation mondiale de la santé/UNICEF, 1989. Publié aussi en anglais sous le titre *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special role of Maternity Services*, A Joint WHO/UNICEF Statement.

OMS/UNICEF. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Genève, Assemblée mondiale de la santé, 1981. Publié aussi en anglais sous le titre *International Code of Marketing Breast Milk Substitutes*, World Health Assembly.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH. *Community Support for Early Maternal Newborn Discharge: The Early Discharge Project*, Toronto, Bureau pour la santé des femmes, ministère de la Santé de l'Ontario, 1993.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mieux vivre avec son enfant, de la naissance à deux ans, Guide pratique pour les parents*, chez l'auteur, gouvernement du Québec, 1997, p. 66-69, 96, 98, 102-157, 406, 407.

RIORDAN, J., et K. AUERBACH. *Breastfeeding and Human Lactation*, Boston, Jones and Bartlett, 1993.

SAADEH, R., et B. AKRE. « Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence ». *Birth*, vol. 23, n° 3 (1996), p. 154-160.

SANTÉ CANADA. *Allaitement maternel: bibliographie choisie et recueil de documentation*, édition revue et corrigée, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding: A Selected Bibliography and Resource Guide.*

SANTÉ CANADA. *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Publié aussi en anglais sous le titre *Canada's Food Guide to Healthy Eating.*

SANTÉ CANADA. Série d'affiches sur l'allaitement — Breastfeeding Poster Series, Ottawa, Santé Canada, 1994-1996.

SANTÉ CANADA, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé. *Soutien à l'allaitement maternel, Partie 1*, Ottawa, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1994. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding Support: Part 1.*

SANTÉ CANADA. *10 bonnes raisons pour allaiter*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *10 Great Reasons to Breastfeed*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *10 précieux conseils pour allaiter avec succès*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *10 Valuable Tips for Successful Breastfeeding*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Trousse promotionnelle de l'allaitement maternel,* Ottawa, Groupe Communication Canada, 1991. Publié aussi en anglais sous le titre *Breastfeeding Advocacy Kit.*

SASKATOON DISTRICT HEALTH BOARD. *Healthy and Home Program: Program Overview and Evaluation Reports,* Saskatoon, chez l'auteur, 1992-1994.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA. *Nutrition pour les bébés en santé nés à terme,* Ottawa, ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Nutrition for Healthy Term Infants,* Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada, Health Canada.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). *La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme. Un énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada,* énoncé de la SCP : FN96-02, Ottawa, Canadian Paediatric Society (CPS), 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *Facilitating Discharge Home Following a Normal Term Birth. A Joint Statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada,* CPS statement: FN96-02.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme,* Déclaration de principe nº 56, déclaration de principe conjointe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie, 1996, chez l'auteur. Publié aussi en anglais sous le titre *Early Discharge and Length of Stay for Term Birth.* Policy Statement no. 56, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).

SULLIVAN, P. « CMA supports breastfeeding, 'condemns' contracts between formula makers, hospitals », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne,* vol. 146, nº 9 (1992), p. 1610-1613.

TOUNSEND, S.F., et G.B. MERENSTEIN. « The history of policy and practice related to hospital perinatal stay », *Clin Perinatol,* vol. 25 (1998), p. 257-270.

UNICEF. *Initiative des Hôpitaux amis des bébés et Manuel du programme,* Genève, chez l'auteur, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *Baby-Friendly Hospital Initiative and Programme Manual.*

VALAITIS, R.K., J.D. SHEESHKA et M. O'BRIEN. « Do consumer infant feeding publications and products available in physicians' offices protect, promote and support breastfeeding? » *Journal of Human Lactation,* vol. 13, nº 3 (1997), p. 203-208.

WIESSINGER, D. « Watch your language », *Journal of Human Lactation,* vol. 12, nº 1 (1981), p. 1-4.

Ressource complémentaire

Ligue La Leche
Case postale 37046, St-Hubert (Québec) J3Y 8N3
Tél. : (450) 926-0005 (Direction) ou (450) 990-8917 (Commandes)
Télécopieur : (450) 926-8420 Courriel : laleche@cam.org
Service d'aide téléphonique : Montréal (514) LaLeche
Québec (418) 653-2349
Sherbrooke (819) 823-7344

ANNEXE 1

Les dix conditions pour le succès de l'allaitement

Tous les établissements qui assurent la prestation de soins à la mère et au nouveau-né devraient :

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

Source : OMS/UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, 1989.

ANNEXE 2

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Le Code comprend les dix dispositions suivantes :

1. En vertu du Code, la publicité pour les laits artificiels, suces ou biberons auprès du public est interdite.
2. Il est interdit de donner des échantillons gratuits aux mères.
3. Il est interdit de faire la promotion de ces produits dans des établissements de soins de santé, y compris par la distribution gratuite de produits ou par leur vente à prix modiques.
4. Les représentants de compagnies ne peuvent donner de conseils aux mères.
5. Il est interdit d'offrir des cadeaux ou des échantillons aux travailleurs de la santé.
6. Aucun texte ni image idéalisant l'alimentation artificielle, y compris des images de nouveau-nés, ne peut figurer sur l'étiquette de ces produits.
7. L'information dispensée aux travailleurs de la santé doit être scientifique et documentaire.
8. Tous les renseignements sur l'alimentation artificielle, y compris ceux qui figurent sur l'étiquette, devraient comprendre des informations sur les bienfaits de l'allaitement et sur les coûts et dangers associés à l'alimentation artificielle.
9. Des produits inappropriés, comme le lait condensé et sucré, ne devraient pas être conseillés pour l'alimentation des nouveau-nés.
10. Tous les produits devraient être d'excellente qualité et devraient être conçus en fonction du climat et des conditions de conservation qui prévalent dans le pays où ils seront utilisés.

Source : Organisation mondiale de la santé. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et de l'UNICEF*. Genève, Suisse, chez l'auteur, 1981.

ANNEXE 3

Directives aux hôpitaux* pour la mise en œuvre de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) de l'OMS/UNICEF au Canada

LE PROCESSUS D'AUTO-ÉVALUATION

La première étape significative vers la désignation « ami des bébés » est de remplir le formulaire d'auto-évaluation des hôpitaux pour l'IHAB. Ce questionnaire est inclus dans le manuel # 2 de l'IHAB : *L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés — exécution au niveau des hôpitaux* (voir annexe A). Les manuels # 1 et 2 de IHAB contiennent l'information nécessaire à l'évaluation des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* ainsi qu'un formulaire permettant aux hôpitaux de passer en revue leurs pratiques. Cette première auto-évaluation permet d'analyser plus facilement quelles pratiques sont favorables ou nuisibles à l'allaitement. En tout temps, l'établissement peut demander de l'information et des éclaircissements à son Comité provincial/territorial pour la mise en œuvre de l'Initiative des amis des bébés (Comité P/T) ou au Comité canadien pour l'allaitement (CCA)**.

Le développement d'un comité multidisciplinaire peut aider l'hôpital à aborder la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement. Le rôle de ce comité peut consister à :

1. obtenir les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'IHAB (voir l'annexe A);
2. informer les administrateurs, les collègues de travail et la clientèle sur l'IHAB;
3. observer les taux d'allaitement à la naissance et la durée moyenne de l'allaitement;
4. évaluer les pratiques des soins et développer un plan d'action avec échéancier concernant les changements nécessaires pour qu'elles atteignent les standards minimaux des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement*;

---

* Dans le but d'alléger le texte, le terme hôpital s'applique également aux maternités et aux maisons de naissances.

** Le CCA assumera les responsabilités du Comité P/T jusqu'à ce que celui-ci soit mis en place dans la province ou le territoire de l'établissement.

5. travailler en collaboration avec l'établissement et la communauté à l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.*

Une fois que cela a été accompli, l'hôpital peut remplir le formulaire d'auto-évaluation.

LA PRÉ-ÉVALUATION

Lorsque les résultats de l'auto-évaluation sont principalement positifs, l'hôpital peut demander au Comité P/T d'organiser une pré-évaluation. Le but de la pré-évaluation est de maximiser les chances de succès de l'évaluation externe. La pré-évaluation consiste en une évaluation brève mais intensive par un évaluateur IHAB assigné en collaboration avec le CCA. Il est fortement suggéré que cet évaluateur n'ait aucun lien présent ou passé avec l'établissement. La pré-évaluation comprend : des entretiens détaillés avec le personnel, la visite de l'hôpital et l'évaluation de son fonctionnement, l'examen de toute la documentation disponible sur les programmes d'enseignement pour le personnel, l'enseignement prénatal, l'allaitement et les politiques IHAB, etc. La pré-évaluation dure habituellement une journée entière.

LE PROCESSUS DE LA PRÉ-ÉVALUATION

1. Lorsque l'hôpital se considère prêt pour la pré-évaluation, il peut en faire la demande au Comité P/T.
2. Le Comité P/T envoie un contrat à l'établissement stipulant que ce dernier accepte de payer tous les coûts associés à la pré-évaluation, tel qu'indiqué dans les *Directives financières pour la pré-évaluation de l'Initiative des amis des bébés (IHAB) au Canada.*
3. Avec la demande de pré-évaluation, le Comité P/T envoie au CCA : le contrat, le formulaire d'auto-évaluation complété ainsi qu'une somme de 100 $ pour les coûts administratifs.
4. En collaboration avec le Comité P/T, le CCA choisit un évaluateur pour effectuer la pré-évaluation. Voir les *Directives pour les évaluateurs et évaluateurs en chef de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) au Canada.*
5. Une fois la pré-évaluation complétée, l'évaluateur soumet un rapport à l'établissement, au Comité P/T et au CCA.
6. Si des lacunes sont identifiées dans le rapport de pré-évaluation, le Comité P/T pourra fournir expertise et conseils à l'établissement sur la façon d'y remédier.

L'ÉVALUATION EXTERNE

Durant deux à quatre jours, une équipe d'évaluateurs, sous la direction d'un évaluateur en chef, effectuera l'évaluation complète des pratiques et des politiques de l'établissement et rencontrera différentes personnes, tel qu'indiqué dans les *Règles mondiales de l'IHAB*. Les évaluateurs externes ne doivent avoir aucun lien passé ou présent avec l'établissement. Des entrevues aléatoires seront organisées avec le personnel en place et les mères ayant accouché dans l'hôpital. Les pratiques concernant la période du travail, de l'accouchement, du post-partum et celles de la pouponnière pour les soins spéciaux seront examinées.

LE PROCESSUS DE L'ÉVALUATION EXTERNE

1. Lorsque les résultats de la pré-évaluation sont principalement positifs, l'établissement pourra demander au Comité P/T d'organiser l'évaluation externe.
2. Le Comité P/T envoie un contrat à l'établissement stipulant que ce dernier accepte de payer tous les coûts associés à l'évaluation externe, tel qu'indiqué dans les *Directives financières pour l'évaluation externe de l'Initiative des amis des bébés (IHAB) au Canada.*
3. Avec la demande d'évaluation externe, le Comité P/T envoie au CCA : le contrat, le matériel exigé par les Règles mondiales de l'IHAB (voir l'annexe B), le rapport de pré-évaluation ainsi qu'une somme de 400 $ pour les coûts administratifs.
4. En collaboration avec le Comité P/T, le CCA choisit un évaluateur en chef et une équipe d'évaluateurs pour effectuer l'évaluation externe. Voir les *Directives pour les évaluateurs et évaluateurs en chef de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) au Canada.*
5. Une fois l'évaluation externe complétée, l'équipe d'évaluateurs rencontre l'établissement pour lui faire part de ses observations. L'évaluateur en chef soumet un rapport complet de l'évaluation externe au Comité P/T et ce dernier l'achemine ensuite au CCA.
6. Après avoir consulté le rapport de l'évaluation externe, le CCA décide, en collaboration avec le Comité P/T, si l'établissement recevra la désignation « ami des bébés ». Le Comité P/T avise l'établissement des résultats de l'évaluation et lui envoie une copie du rapport de l'évaluation externe. Un certificat est remis à l'établissement et son nom est ajouté à la liste des hôpitaux amis des bébés du Canada.

7. À tous les deux ans suivant la désignation « ami des bébés », l'établissement devra fournir un rapport au Comité P/T, ceci dans le but de s'assurer que les *Règles mondiales de l'IHAB* sont toujours appliquées. Le format du rapport sera déterminé par le Comité P/T.
8. À tous les cinq ans suivant la désignation « ami des bébés » l'établissement devra se soumettre à une ré-évaluation pour conserver son statut. L'établissement signera un nouveau contrat et assumera les coûts supplémentaires qui y sont reliés.
9. Lorsqu'un hôpital n'a pas obtenu la désignation « ami des bébés », il peut soumettre, en dedans de 90 jours après réception du rapport de l'évaluation externe, un plan d'action avec échéancier visant à atteindre les critères des *Règles mondiales de l'IHAB* au Comité P/T.
10. Sur réception du plan d'action et son échéancier, le Comité P/T remettra un *Certificat d'engagement* à l'établissement.
11. Si l'hôpital n'obtient pas la statut « ami des bébés », le Comité P/T lui fournira expertise et conseils pour combler les lacunes identifiées et ce, pendant un maximum de quatre ans suivant la date du contrat original.

ANNEXE A

Ressources disponibles aux organismes et adresses suivants :

1. *BFHI Manuals 1 and 2* (Le manuel #2 est disponible en français sous le titre de : *L'initiative pour des hôpitaux amis des bébés — exécution au niveau des hôpitaux.*)
2. *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés : formation de 18 heures destinée au personnel des maternités.*
   Source : UNICEF Canada
   433 Mount Pleasant Road, Toronto, Ontario M4S 2L8
   Tél. : (416) 482-4444 Télécopieur : (416) 482-8035
   courriel : secretary@unicef.ca
3. *Protecting Infant Health: A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes.* 8th Edition.
   Source : INFACT Canada
   6 Trinity Square, Toronto, Ontario M5G 1B1
   Tél. : (416) 595-9819 Télécopieur : (416) 595-9355
   courriel : infact@ftn.net

ANNEXE B

Les documents suivants, exigés par les *Règles mondiales de l'IHAB*, doivent accompagner le contrat de l'évaluation externe signé :

1. La politique d'allaitement couvrant les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement* telles que définies dans l'Initiative des hôpitaux amis des bébés et la date de sa mise en place.
2. Le programme de formation sur la conduite pratique de l'allaitement offert à tous les membres du personnel qui travaillent auprès des mères, des bébés et des enfants (incluant une description de comment l'enseignement a été réalisé et l'horaire de formation des nouveaux employés).
3. Le plan de l'enseignement prénatal sur l'allaitement pour les femmes enceintes.
4. Tous les documents et tout le matériel éducatif sur l'allaitement distribués aux femmes enceintes ou aux nouvelles mères.

Comité canadien pour l'allaitement (CCA)
Case postale 65114, Toronto (Ontario) M4K 3Z2
Télécopieur : (416) 465-8265
Courriel : bfc@istar.ca
http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136/

ANNEXE 4

Les dix conditions pour la création de collectivités amies des bébés

Condition 1	L'UNICEF donne à tous les hôpitaux de la collectivité qui offrent des services périnatals la désignation « ami des bébés ».
Condition 2	Tous les centres de santé travaillent à la promotion, à la protection et au soutien de l'allaitement.
Condition 3	Les établissements de la santé unissent leurs efforts pour rendre l'aide à l'allaitement plus accessible.
Condition 4	L'ensemble de la collectivité est informée des bienfaits de l'allaitement et des risques des substituts du lait maternel.
Condition 5	On aborde dans la collectivité la question des attitudes favorisant l'alimentation au biberon en tant que norme et on y distribue de l'information pour faire changer ces attitudes.
Condition 6	Les collectivités reconnaissent qu'il est important de soutenir la relation mère-enfant.
Condition 7	On donne de l'information et de la formation sur l'allaitement, que l'on présente comme le mode d'alimentation naturel et normal du nourrisson.
Condition 8	Tous les endroits publics et privés, y compris les parcs, les centres de loisirs, les restaurants et les magasins, sont d'accord pour s'ajuster aux besoins des mères et des bébés.
Condition 9	Les milieux de travail encouragent l'allaitement au moyen de congés de maternité prolongés ou de l'aménagement d'un local que la mère pourra utiliser pour y extraire son lait et continuer à allaiter son bébé.
Condition 10	On offre du soutien aux mères dont l'expérience de l'allaitement n'évolue pas comme elles l'auraient souhaité pour les aider à examiner la situation et à trouver les meilleures solutions de rechange.

Traduction et adaptation de Jones F., et M. Green. *British Columbia Baby-Friendly Initiative: Resources Developed Through the BC Breastfeeding Resources Project*, Vancouver, BC Baby-Friendly Initiative, 1996.

ANNEXE 5

Ressources sur la nutrition des nourrissons : guide d'évaluation

Le document fait-il véritablement la promotion de l'allaitement?

Titre : .....

Étudiez soigneusement le document et remplissez l'évaluation pour déterminer s'il met l'allaitement en valeur. Certains énoncés peuvent porter à confusion ou créer une impression négative. Quelques exemples de ce type d'énoncés figurent ci-dessous. Prenez connaissance du document et cochez les cases ☐ ci-dessous. Étudiez votre document pour y trouver d'autres exemples et inscrivez-les dans l'espace prévu.

	Oui	Non	S/O
1. Le document laisse-t-il entendre qu'il est difficile pour la mère d'allaiter? Exemple: «Vous pouvez choisir soit de cohabiter avec votre bébé soit de vous reposer autant que possible avant de rentrer à la maison». Votre exemple:	☐	☐	☐
2. Le document laisse-t-il entendre que l'allaitement peut nuire d'une quelconque façon au bébé? Exemple: «Certaines mères craignent de blesser leur bébé si elles s'endorment en allaitant au lit». Votre exemple:	☐	☐	☐
3. Le document utilise-t-il des images pouvant induire en erreur? Exemple: une des photos montre un enfant mal placé pour prendre le sein. Votre exemple:	☐	☐	☐
4. Le document soulève-t-il des inquiétudes au sujet de l'allaitement? Exemple: «Il n'y a pas de raison qu'une mère s'abstienne d'allaiter son bébé pendant ses menstruations.» Votre exemple:	☐	☐	☐
5. Le document crée-t-il une certaine ambivalence par rapport à l'allaitement? Exemple: «Allaiter en public n'est plus considéré de mauvais goût». Votre exemple:	☐	☐	☐
6. Le document donne-t-il à penser que l'allaitement est compliqué? Exemple: le document utilise des mots techniques ou donne de longues explications. Votre exemple:	☐	☐	☐

	Oui	Non	S/O
7. Le document laisse-t-il croire que l'alimentation au biberon est plus courante pour les nouveau-nés que l'allaitement? Exemple: «L'alimentation conventionnelle au biberon» est le titre d'une section. Votre exemple:	☐	☐	☐
8. Le document donne-t-il des raisons pour justifier l'arrêt de l'allaitement? Exemple: «Il peut être dangereux de prendre certains médicaments pendant que vous allaitez». Votre exemple:	☐	☐	☐
Total	.....	.....	.....

Si le document met véritablement l'allaitement en valeur, il ne peut y avoir plus qu'un OUI en guise de réponse.

Le document fait-il vraiment la promotion de l'allaitement? OUI ☐ NON ☐

Le document est-il conforme à l'Article 4 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, de l'OMS?

1. Le document appuie-t-il toujours l'allaitement, c'est-à-dire qu'il ne contient pas de message contradictoire, tel que «l'allaitement constitue la meilleure approche, mais il est aussi acceptable de nourrir le bébé au biberon»?	☐	☐	☐
2. Le document fait-il ressortir les bienfaits de l'allaitement et la supériorité du lait maternel?	☐	☐	☐
3. Le document donne-t-il des instructions exactes sur la façon de donner le sein?	☐	☐	☐
4. Le document mentionne-t-il les effets nuisibles de l'introduction occasionnelle du biberon sur l'allaitement?	☐	☐	☐
5. Le document donne-t-il des techniques pour extraire le lait maternel?	☐	☐	☐
6. Si le document présente des renseignements sur les préparations lactées pour nourrissons, traite-t-il également des coûts?	☐	☐	☐
7. Le document explique-t-il comment la mère peut continuer l'allaitement même si elle retourne au travail ou aux études?	☐	☐	☐
8. Le document exclut-il toute marque de commerce de préparations pour nourrissons?	☐	☐	☐
9. Le document exclut-il toute image de préparations lactées pour nourrissons?	☐	☐	☐
10. Le document exclut-il tout coupon, tout échantillon gratuit et toute autre technique de marketing?	☐	☐	☐
Total	.....	.....	.....

Degré de conformité au Code de l'OMS: un maximum de 2 «non» dans les réponses cotées

Le document est-il conforme au Code de l'OMS? OUI ☐ NON ☐

Source: Ce guide a été adapté, avec permission, du guide élaboré par le Comité directeur de la promotion de l'allaitement maternel du Manitoba, Winnipeg (Manitoba). Le guide original a été adapté de: AUERBACH, K. J. «Beyond the issue of accuracy: Evaluating patient education materials for breastfeeding mothers», *Journal of Human Lactation,* vol. 41, nº 3 (1988), p. 105-110.

ANNEXE 6

Directives pour la collecte de données sur l'allaitement

Les mères se demandent souvent si elles ont assez de lait et s'il est de bonne qualité, car cela les inquiète. Le comportement général du bébé ainsi que son gain de poids sont des indicateurs utiles des problèmes perçus, potentiels ou réels. La collecte de données sur l'allaitement devrait comprendre les renseignements suivants :

- l'âge du bébé
- le poids à la naissance et le poids actuel (Un gain de 0,5 à 1 kg [1 à 2 lb] par mois est acceptable; le bébé reprend son poids initial en deux ou trois semaines.)
- la fréquence des tétées
- des notes sur le rejet ou non de lait par le bébé
- des notes sur le fait que le bébé se nourrit ou non aux deux seins
- la durée de chaque tétée
- le nombre de selles par jour et leur consistance
- le nombre de couches mouillées, la couleur et la quantité de l'urine, et la fréquence de la miction
- usage ou non de suppléments sous forme de préparations lactées, et fréquence
- prise de médicaments par la mère
- consommation de café, d'alcool par la mère
- consommation de tabac par la mère
- notes sur les questions suivantes : le bébé est-il éveillé; est-il actif pour son âge; son teint a-t-il une bonne coloration ?
- les habitudes du bébé durant les tétées :
  - Il se blottit et tète avec avidité ?
  - Il prend son temps ?
  - Il goûte, déglutit et goûte de nouveau ?
  - Il pleure durant la tétée ?
- la santé de la mère
  - Elle est inquiète/déprimée ?
  - Elle est très fatiguée ?

  - Elle a une mauvaise alimentation/un apport insuffisant de liquides ?
  - Elle a des antécédents d'hémorragie postnatale grave ?
- la famille offre du soutien/n'en offre pas

S'il y a un problème, il faut toujours essayer de connaître l'opinion de la mère et lui demander pourquoi elle pense que cela s'est produit. L'âge du bébé est également un indice clé pour l'intervention. En général, il est utile d'observer le bébé et la mère durant l'allaitement.

Adaptation des *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et des intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1996, p. 149.

ANNEXE 7

L'allaitement pendant les premières semaines

Votre bébé se porte bien si :

- ses selles sont molles ou non formées
  - une ou deux grosses selles ou plusieurs petites selles durant les deux ou trois premiers jours
  - après les deux ou trois premiers jours, deux grosses selles ou plus en 24 heures
- son urine est pâle, claire et presque inodore
  - dans les trois premiers jours, il mouille une ou deux couches par jour (la présence occasionnelle de taches rouge brique est normale)
  - il mouille six couches de coton par jour, à mesure que la quantité de lait augmente (habituellement vers le quatrième ou le cinquième jour)
    Nota : Il est plus facile de voir l'urine dans des couches de coton. Vous pouvez placer un papier mouchoir dans une couche jetable si vous n'êtes pas certaine.
- il se nourrit bien, au moins de 8 à 12 fois en 24 heures
  - écoutez pour l'entendre avaler lorsqu'il tète
- il a repris son poids initial après environ deux semaines

L'allaitement est la meilleure façon de nourrir votre bébé. C'est aussi la plus naturelle. Vous aurez assez de lait pour le satisfaire. Pour bien réussir l'allaitement, le bébé doit commencer à téter tôt après la naissance, il doit téter souvent et bien prendre le sein.

Il faut demander de l'aide si un des signes ci-haut est absent ou en présence des signes ci-après :

- votre bébé s'endort toujours, et vous avez de la difficulté à le réveiller pour le nourrir
- vos mamelons font mal, et la douleur ne s'en va pas
- vous avez de la fièvre, des frissons, vous vous sentez grippée, ou il y a une chaleur/rougeur/douleur dans une partie de votre sein.

  Si vous remarquez ces signes : allaitez fréquemment, appliquez des serviettes mouillées chaudes sur vos seins et prenez beaucoup de repos. Téléphonez à votre médecin ou à votre sage-femme si vous n'allez pas mieux de 6 à 8 heures après avoir remarqué ces signes.

Pour obtenir de l'aide, vous pouvez appeler :

Infirmière de la santé publique/du CLSC .....

Hôpital/Hôpital pour enfants .....

Ligue La Leche .....

Service d'écoute téléphonique .....

Consultantes en lactation/conseillères en allaitement .....

Votre sage-femme ou votre médecin .....

Clinique de soutien à l'allaitement ou de consultation sans rendez-vous .....

Adaptation, avec la permission du Comité de promotion de l'allaitement maternel d'Ottawa-Carleton, 1999.

ANNEXE 8

Extraction et conservation du lait maternel

L'extraction et la conservation du lait maternel permettent à votre bébé d'être nourri au lait maternel même quand vous êtes séparée de lui. Si vous extrayez votre lait, il est préférable d'attendre que l'allaitement progresse bien (après 4 à 6 semaines) avant de donner un biberon à votre enfant*. Bien des mères estiment que le meilleur moment d'extraire le lait est le matin, après une tétée ou lorsque les seins semblent le plus gonflés.

Certaines mères préfèrent emmener le bébé avec elles lorsqu'elles sortent; elles n'ont alors pas besoin d'extraire leur lait.

Utiliser un récipient propre

- Bien se laver les mains.
- Utiliser un récipient en verre (p. ex., petits bocaux pour les conserves ou biberons) ou en plastique dur ou des sacs conçus pour congeler le lait maternel (ne pas utiliser des sacs jetables).
- Nettoyer les bocaux, les bouteilles et les couvercles à l'eau chaude et savonneuse à l'aide d'une brosse.
- Rincer à l'eau chaude du robinet et laisser sécher à l'air.

  ou
- Utiliser le cycle hygiénique du lave-vaisselle.

Il faut stériliser les récipients utilisés pour les bébés prématurés ou hospitalisés. Pour ce faire, il faut:

- Remplir une grande casserole d'eau de façon à recouvrir les récipients qui ont été lavés.
- Amener au point d'ébullition et laisser bouillir cinq minutes.

Extraire le lait maternel

- Inscrire la date sur le récipient avant d'extraire le lait.
- Se laver les mains à l'eau savonneuse.
- S'asseoir bien confortablement et garder quelque chose à boire à portée de la main.

* Toutefois, le fait d'offrir à votre bébé (et cela peu importe son âge) des biberons de lait maternel ou des préparations peut se répercuter sur votre production de lait de même que sur l'intérêt de votre enfant pour la tétée.

- Stimuler l'écoulement du lait (réflexe d'éjection du lait) :
  - appliquer de la chaleur humide sur les seins (p. ex., débarbouillette chaude ou douche à l'eau chaude);
  - soutenir le sein d'une main et utiliser l'autre main pour masser en petits cercles ou sur la longueur du sein, de la paroi thoracique jusqu'au mamelon.
- Extraire le lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait.

EXTRACTION MANUELLE DU LAIT

- Se laver les mains.
- Extraire le lait dans un récipient propre.
- Tenir le sein d'une main et placer le pouce sur le dessus du sein et les doigts à au moins un pouce de la base du mamelon.
- Soutenir le sein par en-dessous.
- Pousser vers la cage thoracique, resserrer doucement le pouce et les doigts de façon rythmique.
- Déplacer le pouce et les doigts autour de l'aréole pour vider tous les canaux galactophores. Il faut parfois attendre quelques minutes avant que le lait ne se mette à couler.
- Extraire le lait de chaque sein pendant environ cinq minutes, puis recommencer.
- Au début, la quantité de lait extraite peut être minime, mais elle augmentera avec le temps et la pratique.

EXTRACTION AVEC UN TIRE-LAIT

On peut louer ou acheter plusieurs sortes de tire-lait; il suffit de communiquer avec des conseillères en allaitement, des hôpitaux, des distributeurs de fournitures médicales, des pharmacies et certains magasins pour enfants. *Les conseillères en allaitement donnent des instructions et de l'aide pour les tire-lait qu'elles fournissent.* Le service de santé, le CLSC, une conseillère en allaitement, la Ligue La Leche, une infirmière ou une sage-femme peuvent donner des renseignements quant au meilleur tire-lait.

Tire-lait

Gros tire-lait électriques

- ils sont recommandés lorsque le bébé est temporairement incapable de s'alimenter (p. ex., un bébé prématuré ou malade) ou lorsque le bébé ne tète pas efficacement;

- l'usage d'un tire-lait double permet de gagner du temps (p. ex., 10 à 15 minutes pour un tire-lait double, 20 à 30 minutes pour un tire-lait simple);
- on les loue habituellement; les coûts comprennent l'achat de la trousse, la location et le dépôt;
- certaines polices d'assurance couvrent les frais.

Petits tire-lait électriques et à piles

- ils peuvent être pratiques pour un usage occasionnel et de courte durée;
- ils sont portatifs, mais toutefois plus bruyants et plus chers que les tire-lait manuels;
- des piles peuvent être nécessaires;
- ils peuvent faire mal; comme certains ne fonctionnent pas aussi bien que d'autres, il faut vérifier auprès de l'intervenant de la santé avant d'en acheter un.

Tire-lait manuels

- ils sont utiles pour un usage occasionnel et de courte durée;
- ils sont faciles à utiliser et à nettoyer;
- ils sont portatifs et coûtent moins cher que les autres tire-lait;
- certaines marques ont un dispositif pour ajuster la pression d'aspiration.

Il faut suivre les instructions du fabricant pour s'assurer *d'utiliser et de nettoyer le tire-lait efficacement et sans danger*. Il ne faut pas dépasser les niveaux de pompage recommandés. *Après chaque utilisation*, il faut laver à l'eau chaude et savonneuse les pièces du tire-lait qui ont été en contact avec le lait maternel, puis les rincer et les laisser sécher à l'air.

Ces pièces doivent également être stérilisées une fois par jour. Laisser bouillir pendant cinq minutes dans suffisamment d'eau pour recouvrir toutes les pièces.

Ne pas utiliser les tire-lait munis d'une poire en caoutchouc :

- le lait peut couler dans la poire, qui est très difficile à nettoyer;
- ce genre de tire-lait est inconfortable et peut endommager les mamelons.

CONSERVATION DU LAIT MATERNEL

Pour un bébé prématuré ou hospitalisé :

- Utiliser un récipient stérile neuf.
- Réfrigérer le lait au plus tard une heure après l'avoir extrait.
- Utiliser ou congeler le lait dans les **48 heures.**

Au réfrigérateur

- 48 h : bébé prématuré ou hospitalisé
- jusqu'à 3 jours : un bébé en santé

Au congélateur au-dessus ou sur le côté du réfrigérateur

- de deux à trois mois

Lait surgelé à -18°C (0 °F)

- six mois

Pour un bébé en santé :

- Utiliser un récipient propre.
- Réfrigérer le lait extrait.
- Utiliser le lait frais dans les **3 jours** ou le congeler.
- Le lait maternel refroidi peut être ajouté à un récipient partiellement rempli de lait congelé.

- Ne pas remplir les contenants jusqu'au bord pour les congeler. Le lait prend de l'expansion en gelant et il peut faire fendre le contenant trop plein.
- Placer le lait sur une tablette à l'arrière du réfrigérateur ou du congélateur où il sera le plus au froid. Il ne faut pas le mettre dans la porte, car cet endroit n'est pas assez froid.
- Mettre le lait sur une tablette ou dans une boîte s'il s'agit d'un congélateur à dégivrage automatique. Le bas se réchauffe pour faciliter l'action du cycle de dégivrage.
- Le lait surgelé peut être dégelé au réfrigérateur et utilisé dans les 24 heures. Lorsqu'on le réchauffe pour un biberon, il faut l'utiliser dans l'heure qui suit; sinon il faut le jeter.
- Les matières grasses se séparent du lait. Bien mélanger le lait avant usage.
- L'odeur et le goût du lait décongelé peuvent être différents de ceux du lait frais, mais il est quand même bon.

Il est possible que d'autres sources recommandent des périodes de conservation plus longues. Les présentes directives sont prudentes et sont sujettes à changement selon les nouvelles données de recherche.

RÉCHAUFFER ET SERVIR LE LAIT MATERNEL

- Si le lait a été réfrigéré, placer le récipient sous l'eau chaude courante durant quelques minutes jusqu'à ce que le lait qu'on laisse couler sur le poignet soit tiède, c'est-à-dire à la température de la pièce.
- Si le lait a été congelé, placer le récipient de lait glacé dans l'eau chaude pendant cinq minutes. Agiter pour bien mélanger les matières grasses du lait.
- **Mise en garde : Ne jamais réchauffer le lait au four micro-ondes. Le lait ne chauffe pas également, et les parties plus chaudes du lait risquent de brûler le bébé.**

Pour de plus amples renseignements, appeler : .....

Adaptation, avec la permission du Comité de promotion de l'allaitement maternel d'Ottawa-Carleton, 1997.

ANNEXE 9

Les dix conditions pour la création d'un milieu de travail ami des mères

1. Prendre des mesures pour renseigner les employées sur les politiques actuellement en vigueur au Canada relatives aux congés parentaux et de maternité.
2. Offrir un horaire de travail variable aux mères nourrices, tel un horaire à temps partiel, des pauses plus longues ou un partage de poste.
3. Rassurer les mères quant à leur pleine sécurité d'emploi et protéger ce droit.
4. Appuyer les services de garde à prix abordable en milieu de travail ou à proximité, et fournir le transport aux mères qui souhaitent aller voir leur bébé.
5. Offrir des pauses quotidiennes pour permettre à la mère d'allaiter son bébé ou d'extraire son lait.
6. Fournir un espace confortable et privé où la mère peut donner le sein ou extraire et conserver son lait.
7. Encourager les collègues et les gestionnaires à adopter une attitude positive à l'égard des mères nourrices.
8. Garder le milieu de travail propre et veiller à la sécurité en éliminant tout déchet et produit chimique dangereux.
9. Informer les employées et le syndicat de la politique sur les congés de maternité et des autres droits.
10. Encourager la création d'un réseau de soutien de femmes dans les syndicats ou les groupes de travailleurs pour aider la mère à concilier le travail et l'allaitement.

Adaptation de JONES F., et M. GREEN. *British Columbia Baby-Friendly Initiative: Resources Developed through the BC Breastfeeding Resources Project*, Vancouver, The BC Baby-Friendly Initiative, 1996.

— CHAPITRE 8 —

Perte et deuil

Table des matières

Introduction 5

Aspects du deuil périnatal 8

Évaluation 10

Interventions et soutien à la famille dans le deuil 13

Soutien à la famille 14

Communication 15

Possibilités de choix relatives à l'incinération, à l'enterrement et aux funérailles 17

Souvenirs 17

Interventions particulières auprès de la femme qui a fait une fausse couche 18

Besoins particuliers des parents de bébés prématurés, ou atteints d'une anomalie congénitale ou présentant des complications 19

Guides sur l'aide aux parents dans le deuil 20

Précautions à prendre 20

Diversité religieuse et culturelle 20

Lois 21

Autopsie 21

Enterrement et incinération 22

Transport 22

Retour au travail 23

Formation et soutien du personnel 24

Soutien au processus de deuil dans la collectivité 25

Groupes d'entraide parentale 27

Soutien aux familles dans le deuil : aide mutuelle et prise en charge individuelle 28

Participation des professionnels de la santé 29

Stratégies d'aide mutuelle et de prise en charge individuelle 30

Bibliographie 32

Annexe 1 — Aide-mémoire pour les soins aux femmes qui perdent leur bébé au début de la grossesse 33

Annexe 2 — Feuille de route inter-services : décès périnatals 35

Annexe 3 — Aide-mémoire sur les étapes 39

Annexe 4 — Aide-mémoire relatif au deuil pour l'unité de soins intensifs néonatals 40

Annexe 5 — Communication de suivi 41

Annexe 6 — Lectures supplémentaires 42

Annexe 7 — Glossaire 48

Introduction

Le soutien à apporter aux familles pour les aider à surmonter leur chagrin lors d'une perte périnatale fait partie intégrante des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. C'est pourquoi il faut prévoir, dans le continuum des soins prodigués dans les unités mère-enfant, des mesures pour aider les familles affligées.

Chaque année au Canada, un pourcentage important des bébés qui ont été conçus ne survivent pas; l'expression « mort périnatale » renvoie à la perte d'un bébé associée à une fausse couche, à un décès néonatal, à une mortinaissance ou à un avortement thérapeutique. (Consulter le glossaire à l'annexe 7.) Le sentiment de perte et le deuil peuvent aussi être provoqués par la naissance d'un bébé prématuré ou d'un bébé qui souffre de complications ou est atteint d'une malformation congénitale, de même que le placement du nouveau-né en adoption (Panuthos et Romeo, 1984).

La perte périnatale afflige les parents, la famille et les proches, de même que les intervenants qui se sont occupés de la mère et de la famille. Il arrive souvent que des parents et des familles n'aient encore jamais vécu un décès dans la famille; ils sont donc peu familiers avec le processus de deuil. De plus, bien des sociétés ne marquent d'aucun rituel le décès qui survient avant la naissance, car elles attribuent moins d'importance à la mort périnatale qu'à celle d'un enfant plus âgé ou d'un adulte (Brown, 1991).

Le chagrin est une réaction tout à fait normale et saine, qui aide à cicatriser la blessure profonde causée par la perte d'un être cher. Le chagrin n'est pas une maladie, ni un malaise dont il faut absolument guérir ou qu'il faut faire disparaître. Un deuil bien vécu permet de se souvenir et de faire « revivre » en quelque sorte l'être aimé — une notion qui n'est pas sans remettre en cause les conseils souvent donnés aux parents qui viennent de perdre un enfant, tels que « tenez-vous occupés »; « vous êtes jeunes encore, vous pouvez en avoir un autre »; « au moins, vous avez d'autres enfants »; ou « c'est probablement mieux comme ça ». Lorsqu'une famille est bien accompagnée pendant qu'elle vit son chagrin et son deuil, elle arrive à reconnaître les répercussions profondes de sa perte et à intégrer cette perte dans son quotidien. Il ne faut pas voir le chagrin comme un état statique, qu'il faut dissiper à tout prix, car cela peut induire en erreur. Le deuil doit être vu comme un processus pour surmonter son chagrin — lui-même

influencé par d'autres expériences précédentes ou subséquentes, y compris celle d'une autre perte que la famille affligée peut avoir connue auparavant.

Chaque parent vit son chagrin à sa façon. Conformément aux principes des soins dans une perspective familiale, le rôle des intervenants de la santé et des établissements est d'aider les parents et les familles affligés, et de leur permettre de vivre leur deuil en adoptant les rituels qu'ils considèrent importants. Il faut donc que les familles soient informées pleinement et avec exactitude des choix dont elles disposent. Les pratiques, les protocoles et les systèmes de croyances des établissements peuvent être utiles, inutiles ou carrément nuisibles pour les familles qui, dans de tels moments, ont surtout besoin de compréhension, de compassion et d'aide pour prendre contrôle de la situation, si pénible soit-elle.

La régionalisation des soins à la mère et au nouveau-né peut avoir amené certains centres à intervenir auprès d'un nombre accru de familles en deuil. Dans ces centres, l'incongruité de la cooccurrence des naissances et des décès nécessite une préparation spéciale de la part des intervenants et l'élaboration de ressources particulières pour les parents et les familles en deuil. De nombreux professionnels sont particulièrement bien préparés pour venir en aide aux parents et aux familles qui sont touchés par une perte périnatale, dont les membres de groupes religieux ou les conseillers spirituels, les travailleurs sociaux, les infirmières (des milieux hospitaliers et communautaires), les infirmières cliniciennes spécialisées, les sages-femmes, les médecins, les psychologues. Il peut s'agir aussi d'autres parents affligés. Il est important que des représentants des diverses disciplines collaborent au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La communication revêt une importance cruciale dans chaque situation, puisqu'elle permet de réduire le risque

Tableau 8.1 Droits de l'enfant

L'enfant a le droit

- d'être reconnu par son nom et son sexe;
- d'être traité avec respect et dignité;
- d'être avec la famille éprouvée chaque fois que c'est possible;
- d'être reconnu en tant que personne qui a vécu et qui est décédée;
- que l'on pense à lui au moyen de souvenirs précis (empreinte des pieds, des mains, photos, vêtements, bracelet d'identité, imprimé de l'échographie);
- de faire l'objet de soins (d'être nettoyé, habillé, emmailloté);
- d'être enterré ou incinéré;
- de rester vivant dans le souvenir des gens qui l'ont connu.

Source : Women's College Hospital, *Rights of the Infant at the Hospital : At the Time of Death*. Toronto, Women's College Hospital, 1984. © Women's College Hospital

Tableau 8.2 Droits des parents d'un enfant décédé à l'hôpital

Les parents ont le droit

- de voir, toucher, tenir et caresser un bébé, sans limite en termes de temps ni de fréquence;
- d'être pleinement informés au sujet du bébé, de la cause du décès et du processus à suivre pour reconnaître officiellement le décès (c.-à-d. les funérailles);
- de recevoir de l'information verbale et écrite sur :
  - les choix possibles pour l'inhumation ou les funérailles,
  - les services offerts aux membres de la famille,
  - l'information juridique pertinente (p. ex., heure de l'inhumation, enregistrement de la naissance);
- de recevoir des souvenirs de leur bébé (p. ex., empreinte des pieds, photos, certificat de vie);
- de reconnaître la vie et le décès de leur enfant à titre de membre de leur famille;
- de choisir le type d'inhumation, l'incinération ou tout autre service funéraire;
- de pouvoir être écoutés, sans jugement ni parti pris, par des professionnels compatissants;
- d'être entourés par du personnel empathique, compatissant et capable de respecter les réactions, les comportements et les choix individuels;
- d'être traités avec respect et dignité;
- de recevoir le soutien de leur famille et de leurs proches à tout moment — s'ils le souhaitent;
- d'aller chercher l'aide de représentants de leur religion ou de leur culture pour les choix qu'ils doivent faire et de sentir qu'on respecte leurs valeurs religieuses et culturelles;
- d'être informés sur le processus de deuil — de pouvoir vivre leur deuil ouvertement ou discrètement; d'être informés des souffrances et des fortes émotions associées au deuil, et de les comprendre;
- de comprendre les choix qu'ils auront à faire quant à l'autopsie et au counseling génétique;
- d'être informés de l'existence de groupes d'entraide parentale;
- de faire l'objet d'un suivi téléphonique ou à domicile par après (à l'hôpital, au cabinet de l'intervenant en soins primaires ou à domicile);
- d'avoir l'occasion d'évaluer leur expérience, durant leur séjour à l'hôpital et au retour dans leur collectivité.

Source : Women's College Hospital, *Rights of Parents at the Hospital: At the Time of the Baby's Death*, Toronto, Women's College Hospital, 1984. © Women's College Hospital

de confusion et d'optimiser la qualité des soins. La mise sur pied d'une équipe chargée d'examiner le deuil périnatal sera très bénéfique pour les familles qui vivent un deuil périnatal. Une telle équipe peut regrouper des représentants des groupes communautaires de soutien aux familles en deuil, des services de pastorale, des divisions mère-enfant des services de soins infirmiers et médicaux, des infirmières de la santé publique et des CLSC, et des travailleurs sociaux. D'autres personnes peuvent, au besoin, se joindre à cette équipe, notamment des entrepreneurs de pompes funèbres et des coroners.

Cette équipe doit se réunir de façon régulière pour comprendre l'expérience vécue par les parents éprouvés et examiner les pratiques et les installations mises en place dans l'établissement pour procurer une aide liée aux pertes périnatales. Une telle équipe peut nettement contribuer à la prestation de soins dans une perspective familiale.

À la suite d'une perte périnatale, les parents ont des attentes et des souhaits à exprimer de même que des choix à faire. Les intervenants de la santé doivent trouver des moyens de satisfaire leurs attentes et de les aider pour que toute la famille sorte grandie de cette expérience. Pour ce faire, certains établissements ont établi une charte des droits des parents et des nouveau-nés. Les tableaux 8.1 et 8.2 présentent des exemples de ces droits.

Aspects du deuil périnatal

Le deuil périnatal et la perte de l'enfant que l'on porte se présentent sous divers aspects. L'événement précipite les parents dans un état de crise. La plupart d'entre eux s'attendaient à vivre joyeusement une grossesse sans problème, à donner naissance à un bébé en santé et à voir leur enfant vivre une longue vie, en santé. Et voilà qu'ils sont soudainement — et peut-être pour la première fois — accablés de la douleur intense d'un deuil. Il est possible qu'ils ne reçoivent pas beaucoup d'aide de leur famille ou de leurs proches pour surmonter leur chagrin pendant ces moments difficiles. Pour certains, le décès peut même venir s'ajouter à une longue série d'épreuves. D'autres, qui ont peut-être nourri des sentiments d'ambivalence au début de la grossesse, peuvent maintenant ressentir de la culpabilité.

De tous les décès survenant pendant la grossesse, les *fausses couches* sont probablement les moins reconnus et les moins compris. Pourtant, on estime qu'environ le tiers des grossesses se terminent par une fausse couche. Une fausse couche peut susciter des sentiments d'échec, de culpabilité ou de responsabilité pour la perte, et engendrer des conflits conjugaux ou familiaux. La mère peut aussi perdre confiance en elle-même, car elle se sent trahie par son corps (Panuthos et Romeo, 1984).

Parfois, les parents d'un *enfant mort-né* ne se rendent pas compte que leur enfant à naître est mort et continuent le travail de l'accouchement normalement, avec l'espoir de donner naissance à un bébé en santé. D'autres parents se rendent compte que l'enfant à naître est mort. Dans bien des cas,

on ne connaît pas la cause de la mortinatalité, et les parents se poseront des questions sur ce qui a bien pu causer le décès. Que le diagnostic soit connu ou inconnu, les parents peuvent ressentir de la culpabilité et sombrer dans la dépression (Panuthos et Romeo, 1984).

Il existe plusieurs causes de *décès néonatal.* Certains bébés naissent malades, vivent pendant une courte période et puis meurent. D'autres meurent de façon inattendue, comme dans le cas du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Les femmes qui décident d'avoir un *avortement thérapeutique* ont fait un choix éclairé, quoique pénible — après avoir pris en considération le contexte dans lequel elles se trouvent, leur propre santé et celle de leur bébé. Elles ont, ou n'ont peut-être pas, l'appui de leur famille et de leurs proches, et il peut leur sembler impossible de pleurer la perte qu'elles vivent.

Dans le cas d'une *naissance prématurée,* particulièrement lorsque le bébé est atteint d'une maladie qui met sa vie en danger, les parents éprouvent souvent de la peine devant la possibilité de perdre l'enfant et une crainte de voir surgir des problèmes de développement; en même temps, ils nourrissent un espoir quant aux chances de survie du bébé. Quand le bébé est dans un état précaire pour une longue période de temps avant de mourir, l'angoisse et la douleur des parents peuvent être très intenses et avoir de profondes répercussions sur les intervenants.

La naissance d'un *enfant atteint d'une anomalie congénitale* constitue une autre forme d'épreuve ou de perte périnatale. Les techniques modernes d'évaluation du fœtus permettent de préparer un plus grand nombre de parents à la venue d'un enfant atteint d'une anomalie. Toutefois, bien des parents ne s'attendent pas à ressentir le chagrin chronique intense provoqué par la naissance d'un bébé qui ne correspond pas à l'enfant qu'ils ont tant désiré. En outre, certaines de ces anomalies peuvent mettre la vie du bébé en danger.

Les mères qui placent leur bébé en *adoption* vivent un deuil périnatal particulier. Souvent, elles ne sont ni appuyées par le père de l'enfant, ni par leur famille et leurs amis. Il ne faut pas oublier non plus qu'elles ressentent, elles aussi, les changements physiques et physiologiques caractéristiques de la période postnatale; cependant, comme elles sont souvent seules et sans appui, elles doivent vivre leur deuil en silence (Panuthos et Romeo, 1984).

Évaluation

Les intervenants de la santé jouent un rôle clé dans l'évaluation des réactions de la famille, dans la détermination de la nature et de l'étendue du soutien et des soins requis, et dans la prestation de ces services. Une évaluation continue permet de veiller à la pertinence des soins offerts par l'hôpital et la collectivité. Ce ne sont pas toutes les familles qui souhaitent obtenir ou qui demandent l'aide d'un intervenant de la santé. Néanmoins, l'intervenant peut devenir un allié précieux des familles éprouvées et aider à leur procurer le soutien, l'orientation et l'information nécessaires.

Il faut d'abord examiner la signification du deuil avant de procéder à la planification des systèmes et des ressources de soutien. Pour ce faire, il faut évaluer séparément ce que la perte signifie pour la mère et le conjoint, pour le couple, et enfin, pour la famille et les proches. La mère et son conjoint peuvent remettre en question leur image de parents. La mère elle-même peut avoir perdu l'estime de soi, alors que son conjoint peut éprouver la perte de son identité en tant que « protecteur » et « pourvoyeur »; ensemble, ils éprouvent la douleur d'un rêve irréalisé. Pour certains couples, ce peut être la première crise importante qu'ils traversent, et ils peuvent être étonnés de voir comment ils vivent différemment l'épreuve et trouvent des moyens différents de la surmonter. Sans cette compréhension du sens unique du deuil pour chacun, les plans et les échanges risquent fort d'être inadéquats et même de nuire au processus de deuil par lequel on surmonte son chagrin (Kübler-Ross, 1972).

Le deuil est défini de bien des façons. La plupart des experts, cependant, le décrivent comme *un processus*, composé d'étapes ou de tâches. Le fait de comprendre ce processus peut aider les parents qui vivent un deuil périnatal. Worden (1991) résume les tâches du deuil (tableau 8.3). Ces tâches ne sont pas clairement distinctes et ne suivent pas toujours le même ordre; les gens ne les vivent pas non plus avec la même intensité ni de la même façon (Kubler-Ross, 1972). En fait, il n'existe pas de « bonne façon » de vivre un deuil, et celle que chacun choisit pour exprimer son chagrin ne peut pas être « mauvaise ».

Tableau 8.3 Les tâches du deuil, selon Worden

Tâche n° 1 : accepter la réalité de la perte. Même lorsque la mort est prévue, sa réalité fait l'objet de doutes. La première tâche consiste donc à faire face à la réalité et à accepter le fait que la personne est morte.

Tâche n° 2 : accepter la douleur du deuil. Il est important de reconnaître la douleur et de prendre les moyens de l'adoucir, sinon elle risque de se manifester sous d'autres symptômes. Cela peut se révéler difficile, surtout si les personnes près des parents ne sont pas à l'aise avec leurs propres sentiments et qu'elles laissent entendre aux parents que leur douleur est inutile.

Tâche n° 3 : s'adapter à l'absence de l'enfant. Les parents doivent arriver à trouver un sens à leur perte pour pouvoir s'y adapter.

Tâche n° 4 : accorder à l'enfant la place affective qui lui revient et reprendre leur vie quotidienne. Cette tâche ne signifie pas de couper les liens avec l'enfant. Il s'agit plutôt pour les parents de trouver à l'enfant une place appropriée dans leur vie affective, et ce afin de continuer de vivre leur vie avec efficacité. Il s'agit, en fait, d'entretenir une sorte de relation continue, au moyen de pensées et de souvenirs associés à l'enfant disparu, mais d'une façon qui leur permet de reprendre le cours de leur vie quotidienne.

Adaptation et traduction de WORDEN, J.W. *Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*, 2e éd., New York, Springer Publishing Company, 1991.

Les différents éléments de l'évaluation de la perte et du deuil sont présentés au tableau 8.4.

Tableau 8.4 Éléments d'évaluation de la perte et du deuil

L'évaluation socioculturelle tient compte de différents facteurs, tels que :
- l'expérience antérieure de la mère et du père, et la façon dont chacun fait habituellement face à la mort ou à toute autre situation de crise;
- les pratiques culturelles ou religieuses que les parents veulent respecter ou sont peut-être contraints de respecter;
- les décès périnatals antérieurs ou autres pertes qui peuvent influencer le processus de deuil;
- la relation entre la mère et son conjoint, ses enfants et les grands-parents (et la place que les parents veulent qu'ils prennent dans le processus de deuil);
- le système de soutien de la famille;
- l'âge des frères et des sœurs, et la façon dont les parents s'y prendront pour leur expliquer le décès.

L'évaluation psychologique :
- aide à déterminer où en sont rendues la famille et la mère dans leur processus de deuil;
- peut se faire à l'aide du cadre des tâches du deuil, de Worden, pour aider la famille et les proches à accepter leurs sentiments, à comprendre l'importance de les exprimer et à croire que la douleur finira par s'estomper.

L'évaluation physique porte sur :
- les effets physiques de la grossesse, du travail et de la naissance, et sur l'état de santé de la mère au début de la période postnatale (cela peut inclure différents aspects, tels des saignements abondants ou des crampes après un curetage, de l'épuisement après un travail long et pénible, des douleurs après une césarienne et la montée de lait);
- les médicaments administrés à la mère qui peuvent voiler sa perception des événements et limiter sa capacité de se rappeler les détails du décès;
- tout problème de santé susceptible d'affecter la capacité de la mère de concevoir et d'enfanter de nouveau (Kubler-Ross, 1972).

L'évaluation spirituelle risque d'être oubliée, surtout si la mère et son conjoint n'appartiennent à aucune confession « officielle ». La nature spirituelle d'une personne ne saurait toutefois se limiter aux religions structurées : tout être humain a une dimension spirituelle dont les besoins sont susceptibles de se manifester plus intensément au moment d'un décès périnatal. Il est donc essentiel de déterminer :
- ce qui, pour la mère et son conjoint, donne un sens à la vie;
- la foi de la mère et de son conjoint, de même que son intensité;
- si leur foi s'inscrit dans la pratique d'une religion officielle et quels rites religieux particuliers il leur faut respecter;
- le sens que cette épreuve revêt pour les parents;
- les facteurs auxquels ils attribuent le décès de leur enfant.

Interventions et soutien à la famille dans le deuil

L'aide aux familles affligées devrait comprendre les cinq éléments suivants : *réconfort, soutien, communication, compassion et continuité* (Jumenez, 1982). D'autres aspects des soins sont également importants, et Leon (1992a) résume ainsi le rôle des intervenants :

- comprendre le sens que chaque personne donne à la perte;
- respecter les sentiments des parents;
- accorder une aide réaliste, de l'encouragement et de la protection;
- aider les personnes à exprimer leur chagrin;
- aider la famille à croire en sa capacité de bien traverser cette épreuve et de reprendre les activités de la vie quotidienne.

Au moment d'examiner et de planifier le genre de soutien et d'interventions nécessaires, il est important que les objectifs des soins soient de promouvoir non seulement les choix personnels et les décisions prises, mais aussi la

Tableau 8.5 Interventions auprès des parents affligés

Les interventions d'ordre affectif ont pour but de rassurer les parents en leur démontrant qu'ils peuvent exprimer librement leur douleur, de quelque façon que ce soit, et les encourager à le faire. Les intervenants doivent aussi prendre le temps de simplement « rester » auprès des parents affligés. Ils doivent respecter l'intimité des parents, sans pour autant les abandonner ni faire abstraction d'eux.

Les interventions d'ordre cognitif ont pour but de fournir des renseignements aux parents sur le processus de deuil et sur leurs réactions possibles. Il est important que les parents réalisent que leurs réactions sont normales et que le processus de deuil évolue à des rythmes différents pour chacun. Il faut avertir les couples et les familles que les réactions des hommes et des femmes après la perte d'un enfant peuvent être différentes. On peut aussi donner de l'information verbale ou écrite sur l'inhumation et l'incinération, les funérailles, les exigences juridiques, les règlements de l'hôpital et les ressources communautaires, notamment les groupes d'entraide pour parents en deuil.

Les interventions d'ordre instrumental visent à faire reconnaître la réalité de la perte, à coordonner les soins, à aider les familles à satisfaire aux exigences juridiques et à se préparer pour l'avenir. Des activités telles que remplir les formulaires requis, communiquer avec un aumônier ou un entrepreneur de pompes funèbres, ou « servir d'intermédiaire » pour les parents, sont différentes formes de soutien que peuvent assumer les intervenants.

Sources : « Perinatal death and grieving », Brown, Y., *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, 1991; *Lorsque la vie éclate*, de Montigny, F., et L. Beaudet, ERPI, 1997.

dignité et le respect du bébé, des parents et de la famille. Le rôle des intervenants est d'aider les parents à faire « ce qu'ils ressentent le besoin de faire » au moment du décès.

On a classifié *les interventions* en trois catégories : les interventions d'ordre affectif, cognitif et instrumental (Brown, 1991; de Montigny et Beaudet, 1997). Ces catégories sont résumées au tableau 8.5.

Soutien à la famille

Il est très important de tenir les parents informés durant toutes les étapes du deuil. Il est aussi crucial que la personne qui apporte le plus de soutien à la mère demeure auprès d'elle. Les parents peuvent aussi souhaiter qu'un membre du personnel de l'hôpital ou d'un groupe d'entraide périnatale les accompagne durant cette période difficile.

Dans la mesure du possible, on doit s'adresser aux deux parents pour donner des explications sur la naissance et les circonstances du décès du bébé. Il est parfois utile de leur remettre l'information par écrit et de les encourager à écrire les questions qu'ils veulent poser. Permettre à la famille d'assister, dans l'intimité, à la mort du bébé fait partie des interventions importantes. Il faut, dans la mesure du possible, offrir à la famille une chambre tranquille et privée, dans l'unité mère-enfant et prévoir accueillir, pour la nuit, le conjoint de la mère ou une autre personne qui lui donne du soutien.

La mère doit avoir le choix de rester dans l'unité mère-enfant ou d'être transférée dans une autre section de l'hôpital où un personnel compétent peut s'occuper des familles qui vivent un deuil périnatal. On ne doit pas lui imposer de partager une chambre avec une autre mère et son bébé.

Le fait de voir leur bébé aide souvent les parents; cependant, c'est à eux que revient cette décision. Certains parents voudront peut-être donner eux-mêmes le bain à leur bébé et l'habiller. Bien des parents affirment qu'il est important de voir le corps entier de leur bébé, que cela renforce l'idée que leur bébé était une vraie petite personne qui a vécu et qui est morte. D'autres parents voudront apporter des vêtements spéciaux, des couvertures ou des jouets pour leur enfant. Les frères et les sœurs désireront peut-être exprimer leur affection au moyen de poèmes, de lettres, de bricolage ou de jouets. Bien que le contact physique avec l'enfant décédé soit souvent une façon valable d'exprimer le chagrin, ce n'est pas l'unique façon de le faire,

ni la meilleure pour tous les parents. Les parents qui décident de ne pas voir leur enfant décédé ne risquent pas nécessairement de vivre un processus de deuil plus compliqué. Les parents n'ont pas à nourrir des sentiments de culpabilité.

Certains parents peuvent avoir besoin de temps pour reconsidérer leur décision de ne pas voir leur bébé. Il ne faut pas les brusquer. D'autres parents voudront voir leur bébé à plusieurs reprises avant de quitter l'hôpital. Il arrive aussi que des parents invitent leurs proches à venir voir le bébé et à le tenir dans leurs bras.

Il est à conseiller d'offrir des photos ou d'autres souvenirs du bébé. (Consulter le tableau 8.6.) Certains parents voudront prendre des photos eux-mêmes; d'autres ne voudront pas de photos à ce moment. On conseille toutefois de conserver les photos dans un dossier au cas où les parents changeraient d'idée. Il faudra leur remettre par écrit les directives à suivre s'ils veulent avoir les photos plus tard. On devrait encourager les parents à donner un prénom à leur bébé, si cela ne va pas à l'encontre de leur culture.

Les intervenants de la santé peuvent organiser une première rencontre entre les parents affligés et d'autres parents qui ont traversé une épreuve semblable. Si les parents le désirent, un membre d'un groupe d'entraide pour parents en deuil peut être invité à se rendre à l'hôpital. Si les parents ne se sentent pas prêts à rencontrer d'autres parents, on pourra leur remettre de l'information écrite à ce sujet. De cette façon, la famille pourra, si elle le souhaite, communiquer avec le groupe d'entraide à une date ultérieure.

Communication

Les intervenants de la santé peuvent jouer un rôle de soutien essentiel auprès des parents, en leur permettant de parler de leurs sentiments et de les exprimer de la façon qui leur convient (au moyen de l'écriture ou du dessin, par exemple). En fait, il faut encourager les parents à échanger entre eux, à partager leurs sentiments et, dans la mesure du possible, à parler de leur perte. Ils éprouvent souvent de la colère; il faut donc que les intervenants s'attendent à cette réaction et l'acceptent. Ils ne doivent pas oublier que cette épreuve exerce un stress intense sur la famille et sur la relation de couple. Comme on l'a déjà mentionné, les hommes et les femmes réagissent souvent différemment à la mort d'un être cher et ne vivent pas leur deuil de la même façon. Puisque que c'est la mère qui porte l'enfant en elle, sa relation physique et affective avec son bébé est unique.

S'il y a d'autres enfants dans la famille, les parents devront songer à la façon dont ils annonceront la mort du bébé, et choisir le moment opportun pour le faire. Les intervenants peuvent aider les parents à décider comment annoncer cette triste nouvelle. Il est préférable, avant tout, d'être ouvert et honnête. Les enfants ont besoin qu'on leur explique clairement les causes et les circonstances du décès, sinon ils inventeront leur propre explication. Il est important d'expliquer que le bébé est *mort;* il faut éviter de leur dire que le bébé « s'est endormi » ou qu'il « est parti » : cela peut susciter des sentiments d'insécurité chez les enfants, où ils se demanderont peut-être si leurs parents risquent aussi de « partir » ou de « s'endormir ».

Certains parents seront peut-être incapables d'exprimer leurs sentiments au moment du décès. Il peut s'écouler un certain temps avant qu'ils puissent partager avec d'autres ce qu'ils ressentent, et ce même avec des proches ou leur conjoint.

Les parents auront besoin d'aide pour se préparer aux réactions de la famille, des amis et de la collectivité. Une discussion portant sur les différentes réactions auxquelles ils peuvent s'attendre et sur les façons d'y réagir peut leur être utile. Certains commentaires, même bien intentionnés, peuvent blesser; les parents doivent donc se préparer en conséquence. Les parents devraient aussi préciser la sorte d'aide dont ils auront besoin à la maison (p. ex., pour préparer les repas, faire le ménage et s'occuper des autres enfants). Ils doivent également apprendre à ne pas être trop exigeants envers eux-mêmes durant cette épreuve; ils ne peuvent pas s'attendre à assumer autant de responsabilités qu'auparavant.

L'écoute active est un outil particulièrement efficace lorsqu'on intervient auprès d'une famille affligée. Les intervenants de la santé doivent donc écouter ce que les parents disent réellement et non pas ce qu'ils souhaitent les entendre dire. Il faut absolument éviter de pousser les parents à prendre des décisions rapidement, sans vraiment les écouter. Il faut respecter leurs véritables besoins affectifs et l'expression de ces besoins. Il faut souvent répéter la même information. Il peut arriver que certaines familles éprouvent de la difficulté à comprendre et à utiliser les renseignements donnés. Rien ne presse. L'important est de se rappeler que les parents ont besoin de temps pour prendre des décisions éclairées.

Possibilités de choix relatives à l'incinération, à l'enterrement et aux funérailles

Les parents ont besoin d'être renseignés au sujet de l'incinération, de l'enterrement et des funérailles, ainsi que sur l'autopsie et les documents juridiques nécessaires. Ils auront peut-être besoin d'aide pour prendre leurs décisions et pour remplir les documents requis. (Consulter la partie sur les lois, à la page 21.) Il est important d'encourager les deux parents à participer à la planification de l'enterrement et de leur offrir de l'aide pour faire les arrangements; par exemple, on peut leur offrir de recueillir des renseignements sur les salons funéraires de la région. Les membres de la famille peuvent aider à faire ces démarches, d'autant plus que cela leur donne la possibilité de se rendre utiles à un moment où ils se sentent impuissants.

Souvenirs

Au moment du décès de l'enfant, ou plus tard, on devrait remettre aux parents des objets qu'ils pourront garder en souvenir de leur bébé. Le tableau 8.6 en donne quelques exemples.

Tableau 8.6 Souvenirs

- Bracelet d'identité
- Fiche du berceau comprenant le nom de l'enfant, la date de naissance, la date du décès et le poids
- Photos du bébé. Si les parents ne veulent pas les photos, il faut leur dire qu'elles seront placées dans le dossier de l'enfant et qu'ils pourront les récupérer plus tard. Des parents demanderont des photos de leur bébé avec et sans vêtements
- Photos de l'enfant avec ses parents et ses proches (si les parents le désirent)
- Empreintes des pieds et des mains sur une carte
- Mèche de cheveux, selon le souhait des parents
- Image de l'échographie
- Ruban à mesurer
- Chapeau et petits chaussons, couverture, robe de baptême, vêtements que portait le bébé au moment du décès, autres vêtements
- Poèmes, notes spéciales à la famille
- Certificat de décès et photocopie
- Résultats de l'autopsie
- Certificat de vie (que l'établissement devra produire)
- Souvenirs de la cérémonie pour « donner un prénom au bébé » (chandelle et certificat)
- Tout autre article que la famille souhaite conserver

Interventions particulières auprès de la femme qui a fait une fausse couche

Les femmes qui font une fausse couche peuvent être admises à l'hôpital en passant par le cabinet de leur médecin ou le service d'urgence, ou elles peuvent venir directement de la maison. Il faut absolument les recevoir avec compassion et délicatesse, et être sensibles à leurs douleurs émotives autant qu'à leurs symptômes physiques. Bien des femmes affirment que, lorsqu'elles se rendent à l'urgence pour une fausse couche, les intervenants de la santé minimisent l'importance de la situation. De toute évidence, il est impératif dans ces circonstances de diriger les femmes et les familles vers les ressources appropriées qui offriront le soutien nécessaire pour affronter cette épreuve.

Puisque les parents ne pourront fort probablement pas voir leur bébé, le caresser, le prendre dans leurs bras ni passer du temps seuls avec lui, les intervenants doivent prendre le temps de parler du bébé avec eux, de même que de leurs espoirs déçus et de leurs rêves brisés. Il importe d'encourager les parents à rendre hommage à leur bébé, en lui donnant un prénom par exemple, ou en créant un album souvenir avec des cartes et peut-être même une image de l'échographie.

Les membres du personnel doivent toujours utiliser le terme « fausse couche » et éviter à tout prix le mot « avortement », lequel pourrait porter à confusion, créer un malentendu et causer de la peine inutilement. On parlera donc de « menace de fausse couche », de « fausse couche incomplète », de « fausse couche accidentelle » et ainsi de suite.

Dans la mesure du possible, il faut permettre à la femme qui fait une fausse couche de choisir l'intervention qui lui convient : soit être gardée sous surveillance, soit subir une dilatation et un curetage chirurgical ou médical. Il est facile de comprendre que bien des femmes craignent la dilatation et le curetage chirurgical, où il y a souvent recours à une anesthésie générale, ce qui accentue le sentiment de la femme de ne pas être en contrôle de la situation. Au moment d'expliquer à la femme en quoi consiste le curetage chirurgical, le personnel doit lui mentionner que cette procédure peut réduire les risques d'hémorragie et d'infection, et qu'elle lui permet de reprendre plus rapidement son train de vie quotidien. Parfois, les femmes croient qu'un curetage chirurgical signifie gratter l'utérus pour dégager le bébé ou pour enlever des tissus en état de décomposition. Il est nettement préférable d'utiliser une expression plus « humaine » et plus « douce », telle que « enlever toute trace du placenta ».

Quelquefois, une fausse couche au début de la grossesse est diagnostiquée au moment de l'échographie. Il est important d'informer clairement la femme de cette perte au moment de l'examen. Le médecin en charge de l'échographie devrait faire part de cette constatation à la femme et communiquer avec le médecin traitant aussitôt que possible pour engager immédiatement la coordination des soins et du soutien. En offrant immédiatement du soutien affectif à la mère, on pourra peut-être alléger la réaction toute naturelle de la femme et de son conjoint à cette perte douloureuse. Il est aussi crucial de témoigner de la sympathie aux parents, de leur donner l'occasion de poser des questions et de leur réserver un endroit tranquille où ils pourront penser à la situation. Il peut aussi être important de rappeler à la mère qu'elle n'a pas à se blâmer pour la fausse couche (Franche et coll., 1997). Il ne faut pas laisser les parents s'en aller, seuls, à leur domicile ou à l'hôpital. On peut demander à un membre de la famille, à un ami, à un voisin, à une personne capable de leur offrir du soutien ou à un bénévole de l'hôpital d'accompagner les parents.

La plupart des femmes et des conjoints disent qu'il leur est important de recevoir des précisions sur les causes de la fausse couche et sur les soins éventuels requis. En règle générale, le médecin traitant de la femme est en meilleure position que l'échographiste pour leur transmettre ces renseignements (Franche et coll., 1997).

Besoins particuliers des parents de bébés prématurés, ou atteints d'une anomalie congénitale ou présentant des complications

Les parents dont le bébé est né prématurément, ou dont le bébé présente des complications ou des anomalies congénitales ont des besoins particuliers. D'une part, ils se réjouissent de la naissance de leur bébé; d'autre part, ils éprouvent un sentiment de perte, puisque leur bébé ne correspond pas à l'image qu'ils s'en étaient faite. Les professionnels de la santé doivent se réjouir avec les parents de la naissance de leur bébé et, en même temps, reconnaître leur chagrin et leur permettre de le vivre. Les parents ont besoin d'obtenir toute l'information possible sur l'état de leur enfant. Le personnel de l'hôpital doit diriger les parents vers des services communautaires aptes à leur donner du soutien. Enfin, les parents peuvent aussi aller chercher du réconfort auprès d'autres parents dont les enfants présentent des anomalies semblables.

Guides sur l'aide aux parents dans le deuil

Il peut être utile d'élaborer un guide décrivant l'aide adéquate à donner aux parents et familles dans le deuil. Le personnel peut alors présenter aux parents toutes les options possibles et s'assurer que les contacts appropriés sont établis avec la collectivité. Chaque centre doit créer sa propre documentation qui correspond à l'aide que l'établissement et la collectivité sont en mesure de procurer. Les annexes 1 à 5 donnent des exemples de guides.

Précautions à prendre

Les intervenants de la santé ne doivent surtout pas oublier que chaque personne vit le deuil à sa façon et qu'on ne peut uniformiser le processus de deuil en dictant aux parents ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire.

> « *Avant de qualifier le chagrin de normal, de pathologique ou d'anormal, il faut essayer de comprendre ce que le décès signifie pour les personnes affligées et comment, par leurs pensées, leurs sentiments et leurs actes, elles essaient de le surmonter ou de l'éluder. Il s'agit pour l'intervenant de ressentir les sentiments et la douleur des personnes affligées, sans toutefois se laisser envahir par leur intensité... [en d'autres mots] de faire preuve d'empathie... Il faut établir une nette distinction entre une approche qui encourage réellement l'empathie et une autre qui est programmée.* » [trad.] (Leon, 1992b)

La qualité de la relation entre l'intervenant et les parents est plus importante qu'une soumission servile à un protocole. Les instructions précises à l'intention des intervenants — les choses à dire et à ne pas dire, ainsi qu'une liste de tâches à faire — ne doivent jamais dicter les interactions entre les parents et les intervenants. L'application rigide d'un protocole peut empêcher l'intervenant de témoigner de l'empathie et ajouter à la douleur des parents dans le deuil.

Diversité religieuse et culturelle

Le Canada est un pays multiculturel. Chaque culture et chaque confession religieuse y maintiennent leurs propres croyances et coutumes devant la mort, l'incinération, les funérailles, le rôle des membres de la famille et le processus de deuil. De plus, la perception du décès périnatal varie selon les cultures et les confessions.

Les intervenants de la santé doivent donc se renseigner sur les croyances et les souhaits particuliers de chaque famille; ils doivent respecter les différences et donner aux parents toutes les occasions possibles de faire les choix qui leur conviennent. Les intervenants ne devraient pas hésiter non plus à consulter des personnes qui ont la même appartenance religieuse que les parents. Bien entendu, un parent peut appartenir à une culture ou à une confession donnée sans pour autant en respecter toutes les croyances et toutes les coutumes. Les exemples suivants illustrent des normes traditionnelles différentes.

Certaines religions et certaines cultures :

- prescrivent d'ensevelir les morts dans les 24 heures suivant le décès, alors que d'autres prescrivent d'attendre plusieurs jours après le décès;
- ne reconnaissent pas l'incinération comme un moyen légitime de disposer du corps d'une personne décédée;
- préconisent d'enterrer le placenta avec le corps de l'enfant, alors que pour d'autres, il faut l'enterrer séparément; certains parents enterrent le placenta, même si l'enfant vit;
- interdisent de donner un prénom à tout enfant décédé à la suite d'une fausse couche ou mort-né; certaines confessions ne donnent pas un prénom à un enfant qui n'a pas vécu un certain nombre de jours, et ne pratiquent aucun rite funéraire pour lui;
- prescrivent que la mère s'isole de ses amis et demeure à la maison pour une période donnée;
- encouragent les parents à exprimer leur chagrin par de fortes lamentations, alors que d'autres cultures les incitent à se montrer peu démonstratifs et à manifester peu d'émotions en public.

Lois

Autopsie

Chaque province ou territoire est unique. Il revient donc à l'intervenant de connaître les lois provinciales ou territoriales en matière d'autopsie et d'en informer les parents. Dans certaines provinces, la loi exige que l'on pratique une autopsie; dans d'autres, le choix revient aux parents. En outre, certaines religions interdisent l'autopsie.

Enterrement et incinération

La réglementation en matière d'incinération, d'enterrement et de disposition des tissus varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les intervenants doivent donc se renseigner sur la réglementation en vigueur dans leur province ou territoire. Cette information doit être accessible à l'unité de soins. Les professionnels doivent examiner, avec les parents, les différentes options possibles pour l'enterrement, l'incinération et la disposition des tissus, et ce, *quels que soient l'âge gestationnel et le poids du bébé.*

Au moment d'entreprendre les démarches en vue de l'enterrement, de l'incinération ou de toute autre cérémonie funéraire, les intervenants doivent tenir compte des facteurs suivants :

- Les décisions relatives aux funérailles et à l'enterrement sont tributaires des préférences, des traditions, de la culture et de la religion de chacun.
- Les parents peuvent décider de faire enterrer le bébé dans le caveau de la famille.
- Les préférences individuelles et familiales, de même que les croyances et les traditions culturelles, peuvent différer des normes établies par l'établissement.

Les salons funéraires semblent maintenant mieux comprendre non seulement l'importance du décès d'un enfant, mais aussi les besoins des parents, des frères et sœurs, de la famille élargie et des amis. En outre, ces établissements sont plus sensibilisés à la nécessité d'offrir des services funéraires pour les bébés pesant moins de 500 grammes et qui sont nés à moins de 20 semaines de gestation. Il peut être utile d'inviter l'entrepreneur de pompes funèbres à participer à l'élaboration et à la planification des programmes et à la formation du personnel.

Transport

Certains parents voudront confier à un entrepreneur de pompes funèbres la tâche de faire transporter le corps de leur enfant de l'hôpital au salon funéraire. D'autres insisteront pour que l'enfant quitte l'hôpital avec la mère. Certains parents voudront peut-être placer l'enfant dans un cercueil avant qu'il ne quitte l'hôpital. On aura besoin d'une petite boîte blanche ou de tout autre contenant similaire pour transporter l'enfant au salon funéraire choisi. Certains hôpitaux fournissent de telles boîtes, convenablement

décorées, tandis que d'autres demandent aux parents de les fournir. Il faut communiquer avec le salon funéraire avant de procéder au transport.

Certains parents qui demeurent très loin de l'hôpital demandent que l'enfant soit transporté au salon funéraire dans une voiture conduite par eux-mêmes ou par un parent proche. L'hôpital doit établir une politique et élaborer un formulaire de consentement pour le transfert de la responsabilité aux parents. Dans ce cas, il faut parfois consulter un conseiller juridique. L'établissement de soins de santé doit remettre aux parents des directives relatives au transport et à l'enterrement.

Retour au travail

Les lois régissant la date de retour au travail des parents après un décès périnatal varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Dans la plupart des provinces et territoires, on n'accorde pas à ces parents les semaines d'assurance emploi attribuées pour un congé de maternité. En outre, le congé accordé à une mère dont l'enfant est décédé avant, pendant ou peu après la naissance varie selon l'employeur, les normes syndicales et les politiques de l'entreprise.

L'employeur doit comprendre qu'une employée éprouvée a besoin de temps pour s'engager physiquement et psychologiquement dans le processus de deuil. La femme doit également se donner suffisamment de temps pour que le niveau hormonal de la grossesse revienne à la normale. Pour la plupart des femmes, le congé de trois jours accordé habituellement pour un décès se révèle insuffisant pour absorber le choc d'une telle perte. Le père peut aussi sentir le besoin de demeurer auprès de sa conjointe et avoir, lui aussi, besoin de temps pour amorcer son propre deuil. Les intervenants de la santé auront parfois à remettre à la mère un certificat médical pour lui permettre de ne pas retourner au travail trop tôt. Certaines femmes, par contre, préfèrent retourner au travail plus tôt que d'autres; il est important de les appuyer dans leur décision.

Le personnel du programme doit sensibiliser la collectivité aux besoins des parents éprouvés par une mort périnatale. Selon le contexte de chacun, ces parents peuvent avoir besoin de six à huit semaines de congé de deuil.

Formation et soutien du personnel

Idéalement, tous les intervenants de la santé doivent avoir une formation professionnelle et une expérience clinique en matière de soutien aux personnes dans le deuil. Les programmes de formation doivent transmettre une information de base sur le processus de deuil et sur le rôle des intervenants auprès des personnes et des familles affligées.

Les membres du personnel affecté aux unités de soins intensifs néonatals, aux unités mère-enfant, aux unités de pédiatrie de même qu'aux salles d'urgence et de réveil ont besoin de directives précises sur la façon d'aider les parents affligés par une mort périnatale. L'étude de ces questions doit faire partie intégrante de leur orientation et se poursuivre, à intervalles réguliers, tant qu'ils travaillent dans ces unités. Il faut aussi organiser des modules de formation en milieu de travail pour traiter des interventions possibles en cas de deuil et du rôle de l'intervenant de la santé.

Les programmes d'orientation et de formation en milieu de travail doivent être axés sur les points suivants :

- les principes sous-jacents à la prestation des soins dans une perspective familiale et au travail auprès des familles;
- les éléments positifs du travail auprès des mourants et des personnes endeuillées;
- les différents types de pertes périnatales et les rôles de soutien que les intervenants de la santé peuvent être appelés à remplir;
- l'incidence d'une perte périnatale sur les parents et les frères et sœurs;
- les commentaires des parents quant au soutien reçu durant l'épreuve;
- différentes stratégies pratiques pour aider les parents;
- les diverses ressources communautaires auxquelles les parents ont accès, y compris les groupes d'entraide parentale.

Il faut inciter les établissements et les organismes de soins de santé à organiser des tribunes à intervalles réguliers pour permettre à leur personnel de discuter des stratégies d'intervention auprès des mères et des parents qui ont subi une perte périnatale. Cela peut se faire, notamment, au moyen de visites des clients, d'ateliers et de groupes de discussion.

Les intervenants qui procurent du soutien aux parents tout au long du processus de deuil ont souvent besoin d'être appuyés à leur tour.

On peut leur donner du soutien de diverses façons :

- créer des occasions de se réunir et de discuter en groupes de situations individuelles et aussi de leurs propres sentiments et besoins;
- leur suggérer quoi dire en cas de mort périnatale;
- réserver une pièce tranquille pour le personnel;
- prévoir du personnel supplémentaire lorsqu'un décès périnatal survient (il faut souvent deux infirmières);
- veiller à ce que le personnel soit en mesure de passer suffisamment de temps avec les familles;
- permettre de reconnaître clairement les chambres des familles éprouvées, pour que le personnel soit au courant que la famille est dans le deuil avant de pénétrer dans la pièce; on peut, par exemple, placer un papillon (douce image des transformations entre plusieurs états éphémères) au-dessus de la porte de ces chambres;
- jumeler les nouveaux employés à des employés expérimentés pour que ces derniers les guident;
- donner aux intervenants l'occasion de communiquer entre eux et de s'entraider au moyen de programmes de soutien;
- offrir au personnel des programmes d'aide aux employés (PAE).

Mais avant tout, il faut que chaque professionnel de la santé respecte les sentiments des autres intervenants.

Soutien au processus de deuil dans la collectivité

Lorsqu'une famille subit une perte périnatale, ses membres ont besoin d'avoir accès aux services de soutien et d'entraide de leur collectivité. Parce que la perte se produit généralement dans un hôpital, il peut arriver que la femme ou le couple retourne à la maison sans avoir reçu de soutien approprié. Il appartient à l'hôpital et aux intervenants communautaires de s'assurer que la famille fait l'objet d'un suivi et reçoit les services de soutien nécessaires — avec leur consentement éclairé. Selon l'importance et la nature de la collectivité, les ressources de soutien peuvent inclure les parents ou les grands-parents, les amis intimes, un groupe d'entraide parentale et des professionnels.

La collaboration entre les hôpitaux et les organismes de santé communautaire est nécessaire pour déterminer les ressources communautaires accessibles et la façon d'y diriger les familles. Il vaut mieux que le soutien communautaire aux parents éprouvés soit apporté par une équipe. Celle-ci peut se composer de membres de la famille, d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'amis, de médecins, de prêtres, d'entrepreneurs de pompes funèbres, de conseillers pour personnes affligées et d'autres parents qui ont déjà subi une perte périnatale. Le médecin traitant ou la sage-femme, et les infirmières de la santé publique et du CLSC jouent un rôle particulièrement important au sein de cette équipe de suivi.

Les soins de suivi comprennent l'évaluation du processus de deuil, du soutien continu, la validation de la cause du décès lorsque les résultats de l'autopsie sont connus, et des échanges pour répondre aux questions et aux doutes qui peuvent encore subsister. Pour bien réussir, le suivi doit être organisé et coordonné. Ce sont les besoins de la famille qui dictent la fréquence et le calendrier des rencontres du suivi.

Les familles en deuil ont besoin d'information sur les groupes d'entraide pour les parents affligés. (Consulter la section suivante sur les groupes d'entraide parentale.) Si de tels groupes n'existent pas, les hôpitaux ou les organismes communautaires devraient penser à en former un. Les parents qui ont vécu une épreuve semblable sont de précieux alliés ou facilitateurs dans cette démarche.

Certains parents peuvent tirer profit de différents ouvrages ou vidéos éducatifs sur le deuil. L'hôpital, le groupe d'entraide ou la bibliothèque municipale peut organiser le prêt ou la consultation sur place de livres, de vidéos ou d'une trousse d'information sur le sujet.

Les collectivités isolées posent souvent des problèmes particuliers pour le suivi. Un bon nombre de femmes qui sont soignées dans un grand centre pour des complications pendant leur grossesse proviennent de collectivités isolées. Les intervenants qui s'occupent d'elles et qui œuvrent dans de grands centres urbains n'ont peut-être aucune idée des réseaux et des ressources auxquels la famille aura accès quand elle retournera chez elle. Les consultations par téléphone et les recommandations personnelles constituent toutefois un bon départ, surtout si la distance risque de retarder la transmission de documents écrits. Il est également utile de préparer des manuels de référence pour des cas précis et des collectivités particulières, et de recourir à Internet, qui donne maintenant accès à d'excellentes ressources et à

d'excellents liens pour les parents et les intervenants qui vivent dans des collectivités isolées.

Les établissements peuvent organiser des services commémoratifs annuels ou une aire d'inhumation collective en souvenir des enfants décédés. Les parents et les intervenants participent à ces cérémonies, lesquelles peuvent se dérouler dans des centres de soins de périnatalité ou de pédiatrie, dans un cimetière local ou ailleurs.

En sensibilisant davantage le public à la perte périnatale, on aide les collectivités à apporter du soutien aux familles éprouvées. Les parents et les intervenants doivent collaborer pour informer la population de ce que vivent les parents.

Groupes d'entraide parentale

Les familles en situation de crise peuvent faire appel aux programmes de soutien communautaire pour recevoir de l'aide. Les familles qui traversent une épreuve semblable y sont encouragées à raconter ce qu'elles vivent et à trouver — en elles-mêmes et auprès des autres — la force de continuer. Ces programmes offrent des services qui constituent un complément efficace au système de soins de santé. Pour une personne dans le deuil, ces programmes d'entraide ou de prise en charge individuelle peuvent devenir un havre de paix, une source de soutien et de réconfort durant cette pénible épreuve.

Comme son nom l'indique, le programme *d'entraide* est utile pour les personnes ou les familles *qui ont la capacité latente de se prendre en charge.* Un programme d'entraide fournit un cadre où les personnes dans le deuil se sentent assez à l'aise pour accepter de partager leur expérience. Elles peuvent se souvenir ouvertement de la personne décédée et en parler; elles peuvent être accompagnées tout au long du processus de deuil; elles sont libres d'exprimer toute la gamme normale d'émotions et de réactions — colère, confusion, choc, culpabilité, auto-accusation et dépression — que suscite le chagrin. Il arrive que les amis et la famille soient mal à l'aise devant de telles émotions et les considèrent inacceptables, peut-être même malsaines. Au sein du groupe d'entraide, l'expression de ces sentiments est acceptée.

Entraide signifie logiquement et naturellement *aide mutuelle.* En effet, tout en recherchant eux-mêmes du soutien, les parents dans le deuil peuvent aider d'autres membres du groupe. La confiance mutuelle qui règne au sein d'un groupe d'entraide permet aux membres d'examiner leur propre

expérience — ils arrivent non seulement à accepter la réalité de la perte de leur enfant, mais aussi à reconnaître la « normalité » de toute la gamme de sentiments intenses suscités par leur perte. Bien des parents dans le deuil avouent avoir perdu toute estime de soi, en plus de douter d'eux-mêmes, de se sentir coupables et de se faire des reproches. En consolant d'autres parents dans la même situation, les parents éprouvés apprennent à apprécier leurs propres forces et à reconnaître ce qu'ils ont retiré de leur expérience. Ils arrivent ainsi à reprendre confiance en eux-mêmes et à se valoriser.

À mesure que les parents dans le deuil cessent de se replier sur eux-mêmes, ils tournent de plus en plus leur attention vers le monde extérieur. L'objectif réel de ce « travail du chagrin » est d'aider les parents éprouvés à reprendre leur train de vie quotidien et à apprendre à « fonctionner » de nouveau dans le monde « extérieur ».

Soutien aux familles dans le deuil : aide mutuelle et prise en charge individuelle

Un groupe d'entraide communautaire offre deux éléments essentiels aux familles qui vivent un deuil particulièrement pénible, soit un environnement respectueux et le temps de vivre leur deuil. Les membres du groupe d'entraide peuvent prendre tout leur temps et consacrer toute leur énergie pour exprimer ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils vivent encore, et pour parler de leur enfant. Certains parents n'admettent pas que leur enfant est mort. Il peut même leur sembler, parfois, que leur bébé n'a jamais existé. Dans un groupe d'entraide, ils pourront repérer et reconnaître la source de leur douleur, et faire en sorte que leur deuil devienne « réel ». Au départ, ce processus peut paraître intensifier le chagrin. Toutefois — et ceci semble paradoxal —, le fait de partager leur douleur, de parler de leur enfant et de raconter leur expérience au sein d'un groupe qui les accepte et les comprend permet aux parents d'assimiler cette expérience pour pouvoir se prendre en charge individuellement et, éventuellement, « continuer leur chemin ».

Après la mort d'un être cher, les familles peuvent se sentir forcées de reprendre leurs activités habituelles, de vivre « normalement », d'agir, généralement, comme si elles n'avaient jamais subi cette perte atroce. Souvent, les exigences du travail ne tiennent pas compte de la réalité des personnes dans le deuil, et ces dernières peuvent se sentir incapables de reprendre leur travail et, encore moins, de donner leur rendement habituel. Des membres de la famille et des amis bien intentionnés qui ignorent ou ne saisissent pas ce qu'est un deuil peuvent, sans le vouloir, mal conseiller les

survivants. De plus, compte tenu des tâches de la vie quotidienne, il est possible que les parents n'aient pas le temps — ni le goût — de s'occuper d'eux-mêmes et de leur propre processus de deuil. Un des objectifs des groupes d'entraide est justement de mettre en commun les stratégies qu'ont trouvées différents participants pour arriver à relever les défis de la vie quotidienne.

Des parents bénévoles animent les groupes d'entraide. Les parents affligés savent souvent ce qui aide ou fait obstacle au processus de deuil. Plusieurs de ces parents sont en mesure d'aider d'autres parents qui vivent difficilement leur deuil et ils souhaitent le faire. Dans les programmes d'entraide et de prise en charge individuelle, des bénévoles apportent réconfort et soutien aux parents affligés tout au long du processus normal de deuil. Leurs connaissances pratiques du deuil leur permettent de jouer un rôle convaincant au sein du groupe.

L'entraide et la prise en charge individuelle ne suffisent cependant pas pour toutes les familles. Il faut parfois faire appel à une aide professionnelle, telle que le counseling individuel ou des thérapies de groupes dirigées par des professionnels compétents dans ce domaine.

Participation des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé — thérapeutes, conseillers spirituels, infirmières, médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux, psychologues et autres — peuvent jouer un rôle essentiel en apportant leur appui et en contribuant au maintien des groupes d'entraide et de prise en charge individuelle de la collectivité. Leur participation peut se manifester ainsi :

- À la suite d'une perte, les intervenants de la santé peuvent encourager les familles affligées à chercher l'appui de personnes capables de les aider à traverser cette épreuve.
- Ils peuvent aussi appuyer et conseiller les parents bénévoles qui œuvrent au sein des groupes d'entraide.
- Un intervenant compétent et bien informé peut aider les bénévoles à définir les limites du soutien apporté par les programmes d'entraide et de prise en charge individuelle.
- Les intervenants de la santé qui participent à titre bénévole aux organismes de soutien communautaires peuvent aider les autres bénévoles à identifier les parents récemment dans le deuil qui ont besoin d'aide professionnelle ou même de services d'intervention en période de crise.

Stratégies d'aide mutuelle et de prise en charge individuelle

On peut utiliser diverses stratégies pour offrir du soutien aux personnes affligées dans une collectivité. Différents facteurs, tels que la population et la proximité de centres urbains plus importants, de même que des considérations d'ordre culturel, peuvent influencer le choix des stratégies à adopter dans une collectivité donnée.

Au Québec et au Manitoba, on retrouve des filiales de l'organisme international de parents dans le deuil, Les amis compatissants, qui a aussi des filiales francophones en Europe, et Solidarité-Deuil d'enfant dont le siège social est à Sainte-Foy (Québec). Les familles endeuillées de l'Ontario constitue un bon exemple d'un organisme de soutien aux parents en deuil; il existe des affiliés de cet organisme partout dans la province. Les programmes et les stratégies des affiliés sont adaptés aux besoins de leurs collectivités respectives. Par exemple, dans les secteurs urbains importants, le grand nombre de parents en quête de soutien a mené à la création de services spécialisés, tel un programme à l'intention des parents qui vivent un décès périnatal. Dans des collectivités de moindre importance, puisque la demande de soutien est moins grande, il y a moins de services de soutien spécialisés.

Les groupes de parents en deuil s'inspirent des stratégies suivantes pour élaborer leurs programmes de soutien :

- **Réunions publiques :** Des réunions ouvertes au public sont organisées à intervalles réguliers, et les membres peuvent y assister de façon régulière ou sporadique. Certaines de ces rencontres portent sur des thèmes particuliers; on invite des conférenciers compétents, qui sont sensibles aux questions de chagrin et de perte. Des bénévoles formés en dynamique de groupe peuvent aider à animer les discussions de groupe.
- **Groupes de soutien privés :** Les groupes de soutien « privés » n'admettent qu'un nombre limité de membres, et les rencontres ont lieu à des dates prédéterminées. Ce sont les mêmes membres qui participent aux réunions tant que le groupe existe. Les membres d'un groupe de soutien privé cheminent ensemble, d'une rencontre à l'autre, ce qui leur permet de créer un lien de confiance. Les sujets de discussion peuvent, au départ, suivre un plan prédéterminé. Par exemple, la première rencontre est souvent consacrée au partage de l'expérience de chacun; autrement dit, chaque membre a l'occasion de raconter comment il a vécu et vit actuellement sa perte. Avec le temps, les membres du groupe décident des thèmes à discuter en fonction de leurs intérêts et de leurs besoins.

Que les rencontres soient publiques ou privées, *il est essentiel d'en préserver le caractère confidentiel pour que s'établisse un solide lien de confiance entre les membres du groupe*. Le groupe fournit un cadre respectueux où les parents en deuil peuvent se confier, s'accepter et se soutenir mutuellement dans l'épreuve intense qu'ils traversent.

- **Système de jumelage :** Les parents sont jumelés à deux autres parents qui ont déjà vécu une expérience semblable; l'interaction devient un moyen efficace d'apporter du réconfort aux familles, surtout à celles dont le deuil est récent. On se fonde sur plusieurs critères pour effectuer un jumelage. Le soutien peut être offert en personne, par téléphone, par courriel ou par la poste.

- **Documentation écrite et électronique :** Ces dernières années, on assiste à une prolifération de documents écrits ou électroniques sur les besoins des personnes affligées. Ces différents documents peuvent servir de ressources inestimables pour tout programme de soutien. Ils sont particulièrement utiles pour les familles qui ont peu d'occasions d'interagir directement avec d'autres personnes affligées ou qui sont peu portées à le faire. Les documents les plus utiles sont ceux qui tentent de rejoindre leur public au moyen de témoignages de familles qui ont perdu un être cher. Le ton est personnel et aide les personnes affligées à reconnaître la « normalité » de leur deuil et à trouver les mots et les gestes pour exprimer leur propre douleur. (Consulter l'annexe 6.)

  L'intérêt croissant pour les ordinateurs, en particulier pour Internet, a pavé la voie à un nouveau mode de soutien pour les personnes en deuil, soit un mode à la fois largement accessible et économique. Plusieurs personnes endeuillées trouvent plus facile de rechercher du soutien par l'intermédiaire des ressources électroniques, à cause de l'anonymat et du caractère privé de ce genre de services. (Consulter l'annexe 6.)

  Au cours des dernières années, plusieurs maisons d'édition importantes et reconnues ont publié des livres sur le deuil et le chagrin. On peut se procurer la plupart de ces publications dans les grandes librairies ou les emprunter des bibliothèques publiques. Certaines librairies spécialisées possèdent aussi une imposante collection de livres et de bibliographies sur des sujets liés à la famille, y compris le deuil et le soutien aux personnes affligées. L'annexe 6 dresse la liste de différentes ressources accessibles.

Bibliographie

BOWLBY, J. *Attachement et perte,* Paris, Presses universitaires de France, 1984. Publié aussi en anglais sous le titre « Attachment and loss », dans KOWALSKI, K., « No happy ending: pregnancy loss and bereavement », *NAACOG's Clinical Issues,* vol. 2, n° 3 (1991), p. 370.

BROWN, Y. « Perinatal death and grieving », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne,* n° 199 (1991), p. 27.

DE MONTIGNY, F., et L. BEAUDET. *Lorsque la vie éclate,* Saint-Laurent (Québec), Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 1997.

FRANCHE, R.L., I. HAMMOND, D.M. BLACK et S. GAUDETTE. « First trimester pregnancy loss: how can we help our patients? », *Journal of Ultrasound Medicine,* vol.16 (1997), p. 513-514.

JUMENEZ, S.L.M. *The Other Side of Pregnancy: Coping with Miscarriage and Stillbirth,* Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1982.

KÜBLER-ROSS, E. *On Death and Dying,* New York, Macmillan, 1972.

LEON, I. « Perinatal loss: choreographing grief on the obstetric unit », *American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 61, n° 2 (1992b), p. 7-8.

LEON, I. « Perinatal loss: a critique of current hospital practices », *Clinical Pediatrics,* vol. 31, n° 6 (1992a), p. 366-374.

PANUTHOS, C., et C. ROMEO. *Ended Beginnings: Healing Childbearing Losses,* New York, Bergin and Garvey; 1984.

PARKES, C.M. « The first year of bereavement », dans KOWALSKI, K., « No happy ending: pregnancy loss and bereavement », *NAACOGS' Clinical Issues,* vol. 2, n° 3 (1991), p. 370.

STATISTIQUE CANADA. *Rapports sur la santé,* vol. 7, n° 4 (1995), p. 432. Publié aussi en anglais sous le titre *Health Report,* Statistics Canada.

WAXLER-MORRISON, N., J. ANDERSON, et E. RICHARDSON. *Cross-Cultural Caring,* Vancouver, UBC Press, 1990.

WELCH, I.D. « Miscarriage, stillbirth, or newborn death: starting a healthy grieving process », *Neonatal Network,* juin (1991), p. 53-57.

WOMEN'S COLLEGE HOSPITAL. *Rights of the Infant at the Hospital: At the Time of Death,* Toronto, chez l'auteur, 1984.

WOMEN'S COLLEGE HOSPITAL. *Rights of Parents at the Hospital: At the Time of the Baby's Death,* Toronto, chez l'auteur, 1984.

WORDEN, J.W. *Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner,* 2e éd., New York, Springer Publishing Company, 1991.

ANNEXE 1

Aide-mémoire pour les soins aux femmes qui perdent leur bébé au début de la grossesse

Ce formulaire doit être rempli pour *toutes* les femmes qui perdent leur bébé avant la 22e semaine de grossesse.

A. INFORMATION

Cocher ☑ les sources de soutien requises par la mère ou suggérées par l'infirmière qui pourraient être utiles :

☐ Dépliant *La perte d'un bébé* (ICSI), distribution systématique, dépliants des groupes d'entraide locaux distribués systématiquement

☐ *Je vis une fausse couche* (CLSC de Beauce) ou autre document apparenté

☐ Aumônier (nom) : .....

☐ Travailleur social (nom) : .....

☐ Prière

B. DISPOSITION DU FŒTUS

Fœtus identifiable (peut être ou ne pas être intact) — Déterminé par : ..... (initiales)

A demandé à voir le fœtus ☐ Oui ☐ Non
A vu le fœtus ☐ Oui ☐ Non

- Information relative à l'enterrement — Fournie par : ..... (initiales)
- Enterrement au cimetière de l'hôpital ☐ Oui
  Si oui, formulaire dûment rempli ☐ Oui

  ou

- Enterrement assumé par les parents/l'entrepreneur de pompes funèbres ☐ Oui
  Si oui, formulaire dûment rempli ☐ Oui

  Lettre du médecin concernant l'âge gestationnel ☐ Oui

  Enregistrement et avis à la morgue ☐ Oui

  Formulaire d'admission et de départ portant adressographe et l'indication « Fœtus de » ☐ Oui
- Pathologie

  Examen pathologique détaillé requis ☐ Oui ☐ Non

  Sinon, formulaire régulier de demande d'intervention chirurgicale–pathologie ☐ Oui

  Si oui, formulaire de consentement rempli ☐ Oui

  Formulaire de demande d'intervention de pathologie, incluant les données de la gestation, a été rempli ☐ Oui

  Fœtus dans le formol acheminé à la pathologie (dans le même contenant que le placenta ou dans un contenant séparé) ☐ Oui Envoyé par : ..... (initiales)

Fœtus non identifiable — Déterminé par : ..... (initiales)

- Pathologie

  Fœtus dans le formol acheminé à la pathologie (dans le même contenant que le placenta ou dans un contenant séparé) ☐ Oui Envoyé par : ..... (initiales)

  Accompagné par un formulaire régulier de demande d'intervention chirurgicale-pathologie ☐ Oui

  Si la famille désire la mise en terre du « fœtus non identifiable », il faut suivre le protocole utilisé pour le « fœtus identifiable » et les consignes sous la rubrique « Enterrement assumé par les parents/l'entrepreneur de pompes funèbres ».

C. PROCESSUS DE DEUIL

Discussion sur le processus de deuil amorcée par : ..... (initiales)

Suivi du médecin — Nom : .....

Commentaires : .....

.....

.....

Adaptation et traduction d'un formulaire du St. Joseph's Health Centre de London (Ontario).

ANNEXE 2

Feuille de route inter-services : décès périnatals

Utiliser la feuille de route inter-services relative aux décès périnatals pour faciliter les communications, éviter les chevauchements ou dédoublements et donner des directives au personnel. Entreprendre les étapes présentées sur la feuille ci-après dès qu'un décès est prévu ou qu'il se produit.

Signature ..... Initiales .....
Signature ..... Initiales .....
Signature ..... Initiales .....
Signature ..... Initiales .....
Signature ..... Initiales .....
Signature ..... Initiales .....

MESURES NÉCESSAIRES

1. Prévenir les Services sociaux

Nom du travailleur social : .....

Interprète requis : ☐ Oui ☐ Non

Nom : ..... Numéro de téléphone : .....

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

Rencontre demandée par le client ☐ Rencontre refusée par le client ☐

Commentaires : .....

.....

.....

2. Prévenir la Pastorale

Nom de l'aumônier : .....

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

Rencontre demandée par le client ☐ Rencontre refusée par le client ☐

Commentaires : .....

.....

.....

3. L'Unité de naissance prévient l'Unité des admissions par téléphone dans le cas d'une mortinaissance.

L'infirmière attitrée, le travailleur social ou l'aumônier remettra à la famille la trousse de documentation sur la perte périnatale. Le travailleur social ou l'aumônier y ajoutera tout renseignement jugé pertinent ou utile.

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

4. Se renseigner sur le prénom du bébé.

Demander : « Aviez-vous pensé à un prénom pour votre bébé ? »

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

Nom : .....

5. Expliquer la signification du papillon et le placer sur la porte ou l'incubateur.

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

6. Indiquer si les parents souhaitent :

a) voir le bébé ☐ Oui ☐ Non ☐ Indécis

b) prendre le bébé dans leurs bras ☐ Oui ☐ Non ☐ Indécis

c) autre (l'habiller, le baigner, etc.) ☐ Oui ☐ Non ☐ Indécis

Préciser : .....

.....

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

7. Se renseigner sur les croyances religieuses ou culturelles de la famille.

a) Prière (dans le cas d'une mortinaissance) ☐ Oui ☐ Non Date .....

Confession religieuse : .....

Par : .....

b) Baptême (pour une naissance vivante) ☐ Oui ☐ Non Date .....

Par : .....

c) Cérémonie funéraire — autre ☐ Oui ☐ Non Date .....

Préciser : .....

Par : .....

Le membre du clergé choisi par la famille a été avisé ☐ Oui ☐ Non

Nom : .....

d) Autres options : .....

.....

Commentaires : .....

.....

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

8. Fournir une photo du bébé.

Dire : « Nous allons prendre une photo polaroïd de votre bébé. Bien des parents aiment recevoir une photo en souvenir ». (Si les parents sont indécis, placer la photo dans une petite enveloppe et l'annexer au dossier de la mère.) Le travailleur social ou l'aumônier peut encourager la famille à apporter la photo à la maison et à la garder en lieu sûr. Si un bonnet est utilisé, il faut le placer dans un sac de plastique et l'envoyer avec le dossier de la mère. Le bonnet peut être lavé si les parents en font la demande. Une photocopie de la photo polaroïd fera en sorte qu'il y aura toujours une image du bébé. Encourager la famille à apporter leur propre appareil photo.

☐ Oui ☐ Non ☐ Indécis

Photo : ☐ Donnée à la mère

☐ Annexée au dossier de la mère

☐ Envoyée aux Services sociaux lors du congé

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

9. Fournir de l'information sur l'autopsie.

Dire : « C'est difficile de comprendre pourquoi un bébé meurt. L'autopsie permet parfois de trouver certains éléments de réponse. Acceptez-vous qu'une autopsie soit faite ? ». Noter que cela prend de quatre à six semaines, ou même plus, avant d'avoir un rapport préliminaire, et qu'il faut allouer trois mois ou plus pour le rapport final.

☐ Oui ☐ Non ☐ Indécis

Demander : « Y a-t-il d'autres membres de votre famille ou de vos amis qui aimeraient voir le bébé ? ».

Toutes les personnes qui avaient exprimé le souhait de voir le bébé l'ont fait :

☐ Oui ☐ Non

Ne pas oublier que tant que toutes les personnes qui souhaitent voir le bébé ne l'ont pas encore fait, le *formulaire d'autorisation d'autopsie* doit rester dans l'enveloppe contenant tous les autres documents reliés au décès. Une fois que ces formulaires sont envoyés à l'Unité des admissions, on recommande de ne plus permettre aux gens de voir le bébé.

Formulaire d'autorisation d'autopsie acheminé au Service des admissions avec les autres formulaires dûment remplis :

☐ Oui ☐ Non

L'autopsie doit être pratiquée dans les 12 à 24 heures après le décès.

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

10. Prévoir une chambre.

La mère occupera une chambre privée de l'unité mère-enfant. Un fauteuil confortable (inclinable) y sera installé pour la personne qui accompagne la mère. Même si elles risquent de voir et d'entendre d'autres bébés, elles pourront recevoir du soutien du personnel. Si aucune chambre privée n'est libre, la mère devra demeurer dans une chambre semi-privée, et l'autre lit sera offert à la personne qui l'accompagne.

Chambre n° .....

Mère accompagnée : ☐ Oui ☐ Non

11. Remettre différents articles à la famille en souvenir du bébé.

Cocher ☑ les articles donnés.

- ☐ Bonnet
- ☐ Mèche de cheveu
- ☐ Photo
- ☐ Carte du berceau
- ☐ Bracelet d'identité
- ☐ Adressographe
- ☐ Papillon
- ☐ Vêtements
- ☐ Autres : .....

Mesure prise ☐ Oui ☐ Non Date ..... Initiales .....

ANNEXE 3

Aide-mémoire sur les étapes

1. Corps de l'enfant acheminé à la morgue, dans un contenant fourni par la morgue (gardé dans l'aire de naissance).
2. Formulaires acheminés à la morgue, avec le bébé.
3. On peut procéder à l'autopsie lorsque le Service des admissions a reçu tous les formulaires relatifs au décès, placés dans l'enveloppe contenant les formulaires requis.
4. Dès réception de tous les formulaires relatifs au décès, le Service des admissions :
   i) communique avec la morgue;
   ii) permet à l'entrepreneur de pompes funèbres de prendre livraison du corps après confirmation de la morgue que toutes les procédures sont terminées et que le travailleur social ou l'aumônier a confirmé le nom du salon funéraire choisi par le ou les parents.
5. Décisions relatives aux funérailles. Les parents sont responsables des arrangements funéraires de tout bébé d'âge gestationnel de 22 semaines ou plus. Ils n'ont toutefois pas besoin de prendre de décisions immédiatement. Les membres des disciplines suivantes sont en mesure de discuter de ces arrangements avec la famille : l'animateur de pastorale ou le travailleur social (ou l'infirmière, si aucun n'est libre). Il faut demander aux parents : « Avez-vous pensé aux arrangements funéraires ? ». On devrait suggérer qu'ils communiquent avec un entrepreneur de pompes funèbres de leur choix ou qu'un membre de la famille le fasse à leur place. Le service peut être retardé jusqu'à ce que la mère puisse y assister.
   a) On a discuté de l'accès à d'autres sources de soutien et avisé les groupes de soutien pour qu'ils fassent un suivi ou on a donné l'information (à la cliente) avant le congé.
   b) Des dépliants sur les groupes d'entraide pour parents dans le deuil se trouvent dans la trousse de documentation sur la perte périnatale.
   c) Les mères et familles ont été dirigées vers les Services de santé publique.

   Seul le travailleur social ou l'aumônier doit prévenir le Service des admissions, après que toutes les personnes qui en ont exprimé le souhait ont vu le bébé, et faire part du nom du salon funéraire choisi par le ou les parents.

   Avis au Service des admissions envoyé ☐ Date : .....

   Nom du salon funéraire : .....

   Médecin de famille ☐ Nom : .....

   Formulaire de recommandations rempli : ☐ Oui ☐ Non
6. Tous les documents nécessaires ont été remplis (en conformité avec les politiques et les procédures administratives).
   Une fois que tous ont vu le bébé, l'infirmière attitrée s'assure que tous les formulaires remplis sont placés dans l'enveloppe de documentation relative au décès de l'enfant. L'enveloppe est transmise au Service des admissions par un messager (ne pas l'acheminer par courrier interne).
7. Classification du décès (avortement spontané [fausse couche], avortement thérapeutique, mortinaissance, mort néonatale) faite par l'obstétricien ou le médecin traitant au moment du décès.

   Date d'envoi : ..... Initiales : .....

Adaptation et traduction d'un formulaire du St. Joseph's Health Centre, London (Ontario).

ANNEXE 4

Aide-mémoire relatif au deuil pour l'unité de soins intensifs néonatals

Nom du bébé : .....

Nom de la mère : ..... Date de naissance: .....

Nom du père : ..... N° de l'hôpital : .....

Adresse : .....

Noms et âges des frères et des sœurs : .....

.....

Deuil actuel :

☐ Mortinaissance ☐ Naissance vivante

☐ garçon ☐ fille Poids ..... Gestation .....

Deuil antérieur :

☐ Fausse couche ☐ Mortinaissance ☐ Naissance vivante ☐ Infertilité

MESURES PRISES	DATE	HEURE	SIGNATURE
La mère et le père ont vu le bébé à la naissance ou après la naissance : ☐ Mère ☐ Père	.....	.....	.....
La mère et le père ont pris le bébé dans leurs bras après la naissance : ☐ Mère ☐ Père	.....	.....	.....
On a offert à la mère d'être transférée à l'extérieur de l'unité de naissance, à l'unité : ☐ prénatale ☐ postnatale ☐ de gynécologie	.....	.....	.....
Des services de pastorale ont été offerts : ☐ Oui ☐ Non Si oui, les parents ont été vus par :	.....	.....	.....
Bébé baptisé : ☐ Oui ☐ Non par : ..... Date : ..... Heure :	.....	.....	.....
Nom du travailleur social :	.....	.....	.....
Photo remise aux parents : ☐ Oui ☐ Non Photo versée au dossier : ☐ Oui ☐ Non	.....	.....	.....
Souvenirs remis aux parents : ☐ Oui ☐ Non *La perte d'un bébé, Je vis une fausse couche*, ou autre document donné aux parents ☐ Oui ☐ Non	.....	.....	.....
Les parents ont-ils donné un prénom à leur bébé ? ☐ Oui ☐ Non Prénom :	.....	.....	.....
Options d'inhumation expliquées : ☐ Oui ☐ Non ☐ Hôpital ☐ Privé Permis d'enterrement (du Service des admissions) requis, si le corps de l'enfant est amené à la maison	.....	.....	.....
Autopsie désirée : ☐ Oui ☐ Non Autorisation obtenue : ☐ Oui ☐ Non	.....	.....	.....
Ressources communautaires offertes : ☐ Oui ☐ Non	.....	.....	.....

ANNEXE 5

Communication de suivi

Personne qui assure le suivi : .....

☐ Premier contact Date : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

☐ Après trois mois Date : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

☐ Après six mois Date : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

☐ Après un an Date : .....

Commentaires : .....

.....

.....

.....

Autres commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Adaptation et traduction d'un formulaire du Women's College Hospital.

ANNEXE 6

Lectures supplémentaires

LIVRES POUR PARENTS ET TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

BEREZIN, N. *After a Loss in Pregnancy: Help for Families Affected by a Miscarriage, a Stillbirth or the Loss of a Newborn,* New York, Simon and Shuster, 1982.

BERG, B.J. *Nothing to Cry About,* Henley Beach, South Australia, Seaview Books, 1981.

BORG, S., et J. LASKER. *When Pregnancy Fails. Families Coping with Miscarriage, Ectopic Pregnancy, Stillbirth and Infant Death,* Boston, Beacon Press, 1981.

BRADLEY, K., et coll. « Rencontrer le patient et sa famille au carrefour des cultures », *Frontières,* vol. 3, n° 3 (1991), p. 49-50.

BROWN, Y. « Perinatal loss: a framework for practice », *Health Care for Women International,* vol. 14 (1991), 469-479.

BUCKMAN, R. *Que faut-il dire ?,* Montréal, Éditions Québécor, 1989.

CENTERING CORPORATION. *Dear Parents: I Am Waiting for the Year* (Une collection de lettres écrites par des parents endeuillés à d'autres parents endeuillés), Omaha, Centering Corporation, 1989.

CLSC de Beauce. *Je vis une fausse couche,* 1991.

COHEN, M. *She Was Born, She Died,* Omaha, Centering Corporation, 1983.

CÔTÉ, M.F. *L'enfant en phase terminale et sa famille : Programme de soins et d'enseignement,* Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1993.

COUTURIER, F. « Mal à l'autre », *Frontières,* vol. 2, n° 3 (1990), p. 4-6.

DELAUNIÈRE, M., et A. BOURDREAULT. *Le deuil périnatal : guide d'accompagnement des familles devant un deuil périnatal,* Chicoutimi, Hôpital de Chicoutimi, 1992.

DELISLE, I. *Les derniers moments de la vie,* Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique, 1993.

DELISLE, I. *Survivre au deuil,* Montréal, Éditions Paulines, 1987.

DE MONTIGNY, F. « Miser sur la famille lors de l'hospitalisation », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne,* vol. 91, n° 10 (1995), p. 38-42.

DE MONTIGNY, F., et L. BEAUDET. *Lorsque la vie éclate : impact de la mort d'un enfant sur la famille,* Éditions du renouveau pédagogique, 1997.

DE MONTIGNY, F., L. BEAUDET et L. DUMAS. *La mort d'un enfant : description de l'impact sur la famille et élaboration d'une intervention systémique,* rapport de recherche, Hull, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, 1996.

D'ETCHEVERRY, D. « Les nouvelles ethnies, un changement dans les pratiques des maisons funéraires », *Frontières,* vol. 7, n° 3 (1995), p. 50-52.

DIAMOND, K., et K. DIAMOND. *Motherhood After Miscarriage,* Holbrooke (MA), Bob Adams Publishers, 1991.

DONNELLY, K.F. *Recovering from the Loss of a Child,* Mount Clemens (Mo.), Berkley Books, 1994.

DOUESNARD, S. « Est-ce que tu savais que je vais mourir ? », *Frontières,* vol. 2, n° 1 (1989), p. 30-35.

ERNOULT-DELCOURS, A. *Apprivoiser l'absence : Adieu mon enfant,* Paris, Éditions Fayard, 1993.

FRÉCHETTE- PIPERNI, S. *Le deuil périnatal : plan d'interventions pour les infirmières,* Centre hospitalier Pierre-Boucher, Longueuil (Québec).

FRIEDMAN, L., I. DARIA et L. ABKEMEIER. *A Woman Doctor's Guide to Miscarriage: Essential Facts and Up to the Minute Information on Coping with Pregnancy Loss and Trying Again,* New York, Hyperion, 1996.

FRIEDMANN, R., et R.GRADSTEIN. *Surviving Pregnancy Loss: A Complete Source Book for Women and Their Families,* New York, Carol Publishers, 1996.

GAGNIER, J.P., *Du côté de la famille : ondes de choc à la suite d'une perte,* Colloque L'enfant, la famille et la mort, La Maison Mathieu-Froment-Savoie, Hull, 1994.

GAGNON de LAUNIÈRE, M., et A. BOUDREAULT, « Devant un deuil périnatal », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne,* vol. 91, n° 2 (1995), p. 41-46.

HANUS, M. *Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et l'enfant,* Paris, Éditions Maloine, 1994.

HÉTU, J.L. *Psychologie du mourir et du deuil,* Montréal, Éditions du Méridien, 1989.

HORCHLER, J.N., et R.R. MORRIS. *The SIDS Survival Guide: Information and Comfort for Grieving Family and Friends and Professionals Who Seek to Help Them,* Hyattsville (MD), SIDS Educational Services, 1997.

ILSE, S., et A. APPELBAUM. *Empty Arms: Coping After Miscarriage, Stillbirth or Infant Death,* Maple Plain (Minn.), Wintergreen/Orchard House, 1992.

ILSE S., et L.H. BURNS. *Miscarriage — A Shattered Dream.* Maple Plain (MN), Wintergreen Press, 1985.

IRVING, L. *When a Baby Dies: Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss,* Boston, Yale University Press, 1990.

JUMENEZ, S.L.M. *The Other Side of Pregnancy: Coping with Miscarriage and Stillbirth,* New Jersey, Prentice Hall, 1982.

KLUGER-BELL, K. *Unspeakable Losses: Understanding the Experience of Pregnancy Loss, Miscarriage and Abortion,* New York, W.W. Norton and Company, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. *La mort et l'enfant, souvenirs, lettres, témoignages,* Genève, Éditions du Rocher, 1994.

KÜBLER-ROSS, E. *La mort, dernière étape de la croissance,* Ottawa, Éditions Québec-Amérique, 1993

KÜBLER-ROSS, E. *La mort est un nouveau soleil,* Montréal, Éditions Québécor, 1989.

KÜBLER-ROSS, E. *La mort et l'enfant,* Monaco, Éditions du Rocher-Tricorne, 1986.

LEBEL, J. « Inévitablement la vie, l'amour, la mort », *L'infirmière du Québec,* vol. 3, n° 2 (1995), p. 42-45.

LES AMIS COMPATISSANTS. *Bulletin,* Beaconsfield (Québec).

LEON, I.G., et E. FURMAN. *When a Baby Dies: Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss*, Boston, Yale University, 1990.

LUEBBERMAN, M. *Coping With a Miscarriage: A Simple, Reassuring Guide to Emotional and Physical Healing,* Rocklin (CA), Prima Publishing, 1996.

MALCOLM, N., et W. BONNIE. *A Beginning: A Booklet for Parents Who Experience the Death of a Baby,* Toronto, Women's College Hospital, c/o Volunteer Association, 1984. Publié en anglais, français, grec, portugais, chinois et braille.

MONTBOURQUETTE, J. *Aimer, perdre et grandir : l'art de transformer une perte en gain,* Ottawa, Novalis, 1994.

PANUTHOS C., et C. ROMEO. *Ended Beginnings: Healing Childbearing Losses,* New York, Bergin and Garvey, 1984.

PEEL, D. *The Ministry of Listening*, Toronto, Anglican Book Centre, 1980.

PLANTE, A. « Les soins infirmiers liés au processus de deuil », *L'infirmière du Québec,* vol. 3, n° 2 (1995), p. 26-34.

PLANTE, A. « Comment réagir à la mort d'un enfant ? », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne,* vol. 27 (1985), p. 34-36.

RAIMBAULT, G. *L'enfant et la mort,* Paris, Dunod, 1995.

ROUSSEAU, P. « Le deuil périnatal », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction,* vol. 17, n° 3 (1988), p. 285-294.

SCHIFF, H.S., et S. SCHIFF. *The Bereaved Parent*, New York, Penguin Books, 1978.

SCHWIEBERT, P., et P. KIRK. *When Hello Means Goodbye: A Guide for Parents Whose Child Dies at Birth or Shortly Thereafter,* Portland, University of Oregon Health Sciences Centre, Dept. of Obstetrics and Gynecology, 1981.

SÉGUIN, M., et FRÉCHETTE, L. *Le deuil: une souffrance à comprendre pour mieux intervenir,* Montréal, Éditions Logiques, 1995.

STAUDACHER, C. *Men and Grief: A Guide for Men Surviving the Death of a Loved One. A Resource for Caregivers and Mental Health Professionals,* Oakland (CA), New Harbinger Publications, 1991.

ST-PIERRE, L., et CÔTÉ, L. « Ethnicité et rituel funéraire », *Frontières,* vol. 3, n° 3 (1991), p. 46-48.

THOM, J. *Approche aux parents lors d'une naissance en situation précaire,* programme de formation inédit, Gatineau, C.H.G., 1992.

TODD, A. *Journey of the Heart: Stories of Grief as Told by Nurses in the NICU,* Nashville (TN), Vanderbelt University, 1995.

VIAU-CHAGNON, M. *Pour ce deuil qui vous afflige... repères pour parents endeuillés,* Montréal, Hôpital de Montréal pour enfants, 1994.

WOMEN'S COLLEGE HOSPITAL. *Silent Grief,* Toronto, Women's College Hospital, c/o Volunteer Association, 1991.

WORDEN, J.W. *Grief Counselling and Grief Therapy,* New York, Springer Publishing, 1982.

WRIGHT, L.M., et L. LEAHEY, *L'infirmière et la famille,* Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique, 1995.

YARWOOD, A. *La perte d'un bébé,* Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, 1983. Publié également en anglais sous le titre *Losing a Baby,* Canadian Institute of Child Health.

ENFANTS ET ADOLESCENTS

ALEX, B., et ALEX, M. *Grand-papa et moi parlons de la mort,* Montréal, Éditions Héritage, 1986.

BUSCAGLIA, L. *The Fall of Freddie the Leaf,* Birlingame (CA), Holt, Rinehard & Winston, 1983.

CAHOUR, C. *Adieu Benjamin,* Paris, Éditions Rageot, 1995.

DEMERS, D. *Un hiver de tourmente,* Montréal, Éditions de la Courte Échelle, 1992.

DUBÉ, J. *L'horloge s'est arrêtée,* Montréal, Éditions Pierre Tisseyre, 1990.

ELLIS, S. *Quelque temps dans la vie de Jessica,* Montréal, Éditions Québec-Amérique, 1990.

JOHNSON, J., et M. JOHNSON. *Where's Jess?* Omaha (NE), Centering Corporation, 1982.

LESHAM, E.J. *J'ai 12 ans et je ne veux pas que tu meures,* Paris, Éditions Bayard, 1992.

PLANTE, A. *Histoire de Jonathan,* Montréal, Éditions Pauline, 1992.

SANDERS, P. *La mort,* Montréal, Éditions École active (Paris, Éditions Gamma), 1992.

VARLEY, S. *Au revoir Blaireau,* Paris, Éditions Gallimard, 1984.

ZAGDANSKI, D. *How Teenagers Cope with Grief,* Cincinnati, Seven Hills Books, 1994.

POUR LES ENFANTS

CAPDEVILA, R. *L'enterrement,* Paris, Éditions du Centurion, 1987.

DELISLE, I., C. COUTURE et S. CASTLE. *Apprivoiser la mort, apprivoiser la vie: l'apprentissage,* Montréal, Les Productions SIC, 1989. Distribué par Éditions Paulines.

GROLLMAN, E.A. *Talking About Death: A Dialogue Between Parent and Child,* Boston, Beacon Press, 1991.

GROLLMAN, E.A. (éd.). *Bereaved Children and Teens: A Support Guide for Parents and Professionals,* Boston, Beacon Press, 1996.

HUNTLEY, T. *Helping Children Grieve: When Someone They Love Dies,* Philadelphia, Augsburt Fortress, 1991.

«A Child's Grief», 1994, 54 minutes (vidéo)
Disponible auprès de Magic Lantern Communications Ltd.
38-775, Pacific Road
Oakville, Ontario
L6L 6M4
Tél. : (905) 827-1155, 1 (800) 263-1717
Téléc. : (905) 827-1154
Courriel : video@magiclantern.ca

RADIO-QUÉBEC. *Deuil d'un enfant,* Série «C'est la vie», 1989 (60 minutes).

ORGANISMES

Il existe de nombreux groupes de soutien pour personnes en deuil au Canada et aux États-Unis; plusieurs d'entre eux sont des organismes communautaires. Il faudrait aider les parents à trouver le groupe de leur collectivité. Voici une liste de quelques groupes nationaux et provinciaux.

Ressources canadiennes

Association des parents d'enfants prématurés du Québec
Groupe d'entraide qui a pour objectif de donner de l'information aux parents d'enfants prématurés
4837, rue Boyer, app. 238
Montréal (Québec) H2J 3E6
Tél. : (514) 523-3974

Les amis compatissants du Québec
Un organisme international offrant soutien et compréhension aux parents en deuil. Almanach de pensées réconfortantes, lieux de réunion, bibliographie, ressources.
Tél. : (514) 993-5791

Solidarité-Deuil d'enfant
Organisme composé de parents ayant vécu la perte d'un enfant. Il tient des réunions mensuelles.
Tél. : (418) 990-0435

Les familles endeuillées de l'Ontario
Le groupe *Les familles endeuillées de l'Ontario (Bereaved Families of Ontario)* donne des ateliers aux professionnels et aux familles. Il offre également des ressources et organise des groupes d'entraide et d'auto-assistance, par l'entremise de ses organismes affiliés.

Les familles endeuillées de l'Ontario
Programme français (Ottawa-Carleton)
C.P. 9384
Ottawa (Ontario)
K1G 3V1
Tél. : (613) 739-7171
Téléc. : (613) 739-2997

Fondation canadienne sur l'étude de la mortalité infantile
586, avenue Eglinton Est, Bureau 308
Toronto (Ontario) M4P 1P2
Tél. : (416) 488-3260 numéro sans frais : 1 (800) END-SIDS
Téléc. : (416) 488-3864
Courriel : sidscanada@inforamp.net

Pen-Parents of Canada
Cet organisme publie un journal dont le but est d'aider les familles qui ont connu un deuil pendant la grossesse ou durant la période périnatale. On y retrouve beaucoup d'articles et de poèmes soumis par les lecteurs. On peut s'y abonner à peu de frais.
Pen-Parents of Canada
P.O. Box 32348
RPO Coquitlam Centre
Coquitlam (C.B.) V3B 7Y4

Subsequent Pregnancy After Loss (SPALS)
Groupe de discussion en ligne
http://www.inforamp.net/~bfo/spals/

Ressources américaines

Pen-Parents, Inc.
P.O. Box 8738
Reno (NV) 89507-8738
Tél. : (702) 826-7332
http://pages.prodigy.com/NV/fgck08a/PenParents.html

Centering Corporation
Le « Centering Corporation » est une petite maison d'édition qui publie des documents sur la perte d'êtres chers et le deuil (livres, articles et brochures) à l'intention des familles. Les titres publiés sont faciles à lire, accessibles par commande postale et se vendent à un prix raisonnable.
Centering Corporation
1531 N. Saddle Creek Road
Omaha, NE 68104
Tél. : (402) 553-1200

ANNEXE 7

Glossaire

Mortalité néonatale précoce. Un nouveau-né, vivant à la naissance, qui meurt avant le septième jour après la naissance, est classé comme « une mortalité périnatale ».

Mortalité néonatale. Un nouveau-né, vivant à la naissance, qui meurt sept jours ou plus après la naissance mais à moins de 28 jours, est classé comme « une mortalité néonatale ».

Faible poids à la naissance. Un fœtus ou un bébé a un faible poids à la naissance s'il pèse moins de 2 500 grammes. Le taux de faible poids est calculé en divisant le nombre de naissances vivantes de bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes par le nombre total de naissances vivantes. Un fœtus ou un bébé de très faible poids pèse moins de 1 500 grammes à la naissance.

Prématurité ou naissance prématurée. Un fœtus ou un bébé naît prématurément s'il naît avant la 37e semaine de gestation. Il est alors prématuré, et sa naissance est dite prématurée. La prématurité est l'état d'un enfant prématuré; une grande prématurité est une naissance survenant avant la 32e semaine de grossesse.

Mortinaissance. Un fœtus ou bébé est mort-né s'il naît après au moins 20 semaines de grossesse ou pèse au moins 500 grammes, et ne présente aucun signe de vie à la naissance.

— CHAPITRE 9 —

Transport

Table des matières

Introduction 5

Volets des programmes régionaux de transfert et de transport 6

Personnel 7

Transport de la mère et de son bébé à naître 7

Indications pour le transport 7

Contre-indications au transport 8

Plan de transport 9

Soins durant le transport 11

Soins à l'arrivée 12

Plans de gestion suggérés 13

Transport néonatal 13

Raisons du transport 14

Plan de transport 14

Transport de retour 16

Conclusion 16

Bibliographie 17

Annexe 1 — Consultation de la mère pour la collecte des données — dossier de transfert et fiche d'information avant le transport néonatal 19

Annexe 2 — Matériel pour le transport de la mère 23

Introduction[1]

Le transport des femmes enceintes et des nouveau-nés à risque élevé est un volet essentiel des soins modernes en périnatalité. En effet, la santé du nouveau-né est mieux protégée si la mère est transportée avant la naissance à un centre où elle peut recevoir les soins obstétricaux nécessaires et où le nouveau-né sera soigné adéquatement. Il est donc préférable de transporter la mère avec le bébé *in utero*, plutôt qu'après la naissance, et cela doit constituer un objectif primordial.

La prestation de soins dans une perspective familiale présente un défi bien particulier lorsque la mère et son bébé ne peuvent être soignés dans le centre de soins prévu ou dans celui où ils ont d'abord été soignés. D'une part, la mère et sa famille comprennent que l'établissement d'accueil dispose des ressources pour prodiguer des soins optimaux. D'autre part, ce transfert suscite beaucoup d'anxiété chez la mère, puisqu'elle quitte son hôpital communautaire — un environnement qu'elle connaît bien et où elle a été suivie par son médecin ou la sage-femme tout au long de sa grossesse — pour aller dans un centre (probablement situé dans une plus grande ville), où elle sera soignée par des inconnus. De plus, la mère s'inquiète de sa santé et de celle de son bébé; elle peut avoir d'autres enfants à la maison pour lesquels il lui faut prendre des dispositions et qu'il faut rassurer. Enfin, son conjoint n'est peut-être pas en mesure de l'accompagner ou de lui rendre visite souvent à cause de la distance ou de ses responsabilités familiales et professionnelles.

Il est tout aussi difficile pour la mère de savoir que son bébé est malade et qu'il faut le transférer loin de son lieu de naissance, peut-être même à l'extérieur de la région. Il lui est pénible de se séparer de son bébé et de s'inquiéter du bien-être de celui-ci. Encore une fois, son conjoint ou les membres de sa famille ne sont peut-être pas en mesure d'être auprès d'elle

1. Les lignes directrices s'inspirent des documents suivants : *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus* (1992), Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; *Maternal/Fetal Transport* (1997), British Columbia Reproductive Care Program; *Maternal/Fetal Transport Guidelines* (1998), Programme de formation périnatale de l'Est de l'Ontario; *Maternal/Fetal and Neonatal Transport* (1992), Reproductive Care Program of Nova Scotia; *Guidelines for Perinatal Care* (1997), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et American Academy of Pediatrics (AAP). Les lecteurs doivent s'adresser à leurs centres régionaux pour des renseignements précis sur les modalités de transport de leur région.

ni d'accompagner le bébé. La mère risque ainsi d'être privée du soutien affectif dont elle a besoin pendant cette période extrêmement difficile.

Tous ces facteurs, et bien d'autres, peuvent créer beaucoup de stress pour la mère et sa famille.

Dans de telles situations, les principes suivants de la prestation de soins dans une perspective familiale sont cruciaux :

- Les mères et les familles doivent être informées de leur situation, et elles doivent participer activement à la prise de décisions.
- Les mères et les familles ont besoin du soutien continu d'un personnel compétent.
- Les membres de la famille doivent demeurer ensemble, dans la mesure du possible, et pouvoir communiquer entre eux et avec les intervenants de la santé dans le cas d'une séparation inévitable.

Volets des programmes régionaux de transfert et de transport

Même si la majorité des transferts s'effectuent vers des centres de niveau III, il se peut qu'un transfert à un centre de niveau II soit le plus approprié et permette à la famille de rester plus près de son domicile. Malgré une évaluation des plus minutieuses, une urgence peut toujours survenir une fois que la mère est en travail ou après la naissance du bébé. C'est pourquoi il est essentiel de prévoir des modalités de transport néonatal.

Tout programme régional de transfert et de transport doit comprendre les volets suivants :

- une évaluation des problèmes pour lesquels une consultation ou le transport serait utile;
- une continuité des soins aux membres de la famille durant le transport entre le centre d'origine et le centre d'accueil;
- l'équipement et le personnel adéquats pour assurer le transfert dans les conditions de sécurité et d'efficacité requises;
- une collaboration et une communication entre les organismes;
- des mesures pour garder la famille ensemble;
- des mises à jour fréquentes, de l'information et du soutien pour les familles durant cette période éprouvante;

- une disponibilité continue du programme (accès jour et nuit);
- des systèmes de communication fiables et précis entre les deux hôpitaux, et entre les équipes de transport et les hôpitaux, en ce qui concerne le temps de réponse, les capacités et les installations;
- des systèmes pour aider la mère à réintégrer sa collectivité en temps opportun, sans qu'un fardeau financier lui soit imposé;
- des registres des demandes de transport, et des indications sur le traitement des demandes, pour exercer un contrôle de la qualité;
- des évaluations de rendement continues;
- des initiatives soutenues de formation permanente pour les professionnels de la santé et le public.

Personnel

Le personnel affecté au transport doit réunir les compétences techniques et le jugement clinique nécessaires pour prodiguer des soins de soutien compte tenu de la gamme étendue des situations d'urgence qui peuvent survenir durant le transport. L'équipe doit être composée d'intervenants ayant reçu une formation adéquate : médecins, infirmières, inhalothérapeutes et membres du personnel d'intervention d'urgence. La composition de l'équipe de transport doit être adaptée aux besoins prévus de la mère et du bébé que l'on transporte. Tous les intervenants de la santé de la collectivité doivent collaborer pour que les besoins de la mère et du bébé soient satisfaits au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Transport de la mère et de son bébé à naître

Indications pour le transport

Des préoccupations au sujet de la santé de la mère ou du bébé à naître peuvent justifier le transfert. En règle générale, il faut considérer un transfert lorsque les ressources locales sont insuffisantes pour prodiguer des soins immédiats et continus à la mère et à l'enfant à naître ou au nouveau-né, et pour faire face à des complications éventuelles.

Deux grandes situations justifient la décision d'un transfert, prise après une évaluation appropriée d'un médecin : lorsque l'état de la mère ou du bébé exige les compétences et les ressources spécialisées d'un centre de niveau II ou III; lorsqu'on s'attend à placer le nouveau-né dans une unité de soins intensifs néonatals. Ce transfert dépend aussi de la distance à parcourir, des conditions géographiques et climatiques, et du jugement clinique du médecin ou de la sage-femme responsable.

De façon plus précise, les indications les plus fréquentes de la nécessité d'un transfert sont les suivantes :

- travail prématuré;
- rupture prématurée des membranes;
- hypertension gravidique grave ou autres complications de nature hypertensive;
- hémorragie prénatale;
- complications médicales de la grossesse, telles que le diabète, une maladie rénale et une hépatite;
- grossesse multiple;
- retard de croissance intra-utérin;
- anomalies fœtales;
- progrès insatisfaisant du travail;
- présentation dystocique.

Dans les situations où l'on prévoit que des complications peuvent survenir avant le début du travail, on recommande de demander une consultation précoce ou de diriger la cliente assez tôt vers le centre approprié pour qu'elle y donne naissance, permettant peut-être ainsi d'éviter un transport d'urgence ultérieur de la mère.

Contre-indications au transport

Les contre-indications au transport comprennent les situations suivantes :

- l'état de la mère n'est pas assez stable pour le transport;
- l'état de santé du bébé à naître est instable et risque de se détériorer rapidement;
- la naissance est imminente;
- les conditions météorologiques sont dangereuses ou posent des problèmes de transport (il faut consulter le centre régional dans de tels cas).

Plan de transport

Tous les organismes doivent élaborer et établir des politiques et des procédures de soins d'urgence à la mère et à son enfant à naître ou au nouveau-né. Si on prévoit une urgence, il faut prendre les dispositions préliminaires auprès du centre qui accueillera la mère et le bébé à naître. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération lors de la planification du transport.

- Puisqu'il s'agit d'une période extrêmement pénible, la mère et sa famille ont besoin de tout le soutien que peuvent leur donner les intervenants de la santé durant le transport. Elles ont aussi besoin qu'on les tienne bien au courant de ce qui se passe et qu'on leur transmette toute l'information accessible. La mère et sa famille doivent participer activement à toutes les décisions liées au transport. Il faut leur laisser suffisamment de temps pour poser des questions et les encourager à exprimer leurs craintes et leurs préoccupations.

  Il est impératif d'avoir des entretiens avec la mère et sa famille pour le partage de l'information. Avant de procéder au transfert, il est particulièrement important de communiquer aux membres de la famille absents les renseignements suivants :
  - les raisons du transport;
  - la date, l'heure et la durée du trajet;
  - la destination de la mère ou du bébé;
  - le mode de transport;
  - le déroulement prévu du transport (c'est-à-dire le genre de soins prévus);
  - le nom de chaque intervenant qui accompagnera la mère et la famille;
  - les heures de visite et les numéros de téléphone de l'hôpital d'accueil;
  - la durée prévue du séjour à l'hôpital;
  - les détails relatifs à l'itinéraire projeté, ou une carte pour se rendre en voiture à l'hôpital d'accueil, ou toute information sur les autres modes de transport;
  - différentes options d'hébergement pour les membres de la famille.

  Il est important qu'au moins un membre de la famille soit présent à l'hôpital d'accueil. On doit encourager le conjoint, ou une autre personne capable de procurer un soutien, à accompagner la mère (à condition que cela ne soulève pas de difficultés juridiques ou relatives à l'assurance). Si

cela est impossible, il faut aider les familles à se rendre à l'hôpital d'accueil en toute sécurité. Si la famille décide de s'y rendre en auto mais que la conduite automobile est trop stressante dans ces moments difficiles, il vaut mieux demander à quelqu'un d'autre de conduire. On devrait encourager le conjoint ou la personne accompagnatrice à prévoir son hébergement dans la ville de l'hôpital d'accueil.

Il faut aider la famille à rester ensemble. La femme transférée aura besoin d'un réseau de soutien solide et efficace.

- Avant d'organiser le transport, il faut que le médecin ou la sage-femme du centre d'origine communique avec le médecin du centre d'accueil. Un rapport détaillé s'impose — traitant de l'état de la mère et du bébé à naître ou du nouveau-né, de la stabilisation de l'état de la mère et du plan de transport lui-même.
- Les intervenants des centres d'origine et d'accueil doivent prendre une décision conjointe concernant le mode de transport (terrestre ou aérien) et, au besoin, le personnel requis, que l'on choisit selon l'état de santé de la mère. Les professionnels qui l'accompagnent doivent avoir les compétences nécessaires pour évaluer l'état de la mère et de son bébé à naître, pour réagir adéquatement à tout changement subséquent et pour assister la naissance d'urgence. Leur formation doit leur permettre de surveiller et de maintenir la température corporelle du nouveau-né, de procéder à la réanimation du bébé, de faire des compressions thoraciques à la mère et au bébé, et de donner un traitement par injection intraveineuse.
- L'hôpital d'accueil proposé doit consigner la demande de transfert sur une fiche normalisée. On doit y inscrire, entre autres, le nom de la mère et celui du médecin traitant ou de la sage-femme, les raisons de la demande de transfert, l'état actuel de la mère et du bébé à naître, toute décision relative au traitement et au transport, les spécialités des professionnels de la santé qui accompagneront la mère ou le nouveau-né, et le nom et l'adresse temporaire de la personne accompagnatrice qui procurera le soutien. Pour fins de contrôle, la fiche doit être remplie, que l'on décide ou non de transporter la mère.
- L'établissement d'origine doit remplir une fiche de transfert de la mère et y adjoindre des photocopies du dossier prénatal, des dossiers pertinents de l'hôpital et des résultats de l'échographie. Si ces documents ne sont pas accessibles au moment du transport, on devra les transmettre par

télécopieur aussitôt que possible. (L'annexe 1 présente une fiche à titre d'exemple.)

- La mère doit porter un bracelet d'identité.
- Il faut faire une évaluation complète de l'état de santé de la mère et du bébé. Le transport n'est pas systématiquement recommandé lorsque l'âge gestationnel de l'enfant à naître est inférieur à 22 semaines complètes, à moins que l'état de santé de la mère ne le justifie. (On recommande de lire la déclaration conjointe de la Société canadienne de pédiatrie et de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, *Démarches thérapeutiques auprès de la mère qui risque d'accoucher d'un bébé très prématuré*, 1994, pour des directives sur les soins aux femmes enceintes lorsque l'âge gestationnel de l'enfant à naître est inférieur à 22 semaines ou se situe entre 22 et 26 semaines.)
- Il faut prévoir de l'aide pour les interventions nécessaires à la stabilisation de l'état de la mère avant le transport (par exemple, pour installer une perfusion ou amorcer la pharmacothérapie).

Avant le départ, on doit vérifier si tout l'équipement d'urgence nécessaire pour le transport est accessible et fonctionne bien. (Consulter l'annexe 2.) Il faut prévoir un approvisionnement en oxygène suffisant (en accordant une marge de sécurité de 50 p. 100). Pour le transport aérien, il faut prévoir l'administration d'oxygène durant les vols à haute altitude.

Soins durant le transport

Durant tout transport, les soins doivent être individualisés selon la nature du problème, la distance à parcourir et les conditions du transport. Pendant le trajet, il faut aussi consigner tous les examens et leurs résultats sur la fiche de transfert de la mère. Il est très important de bien tenir compte des aspects suivants des soins à la mère et à la famille :

- La mère a besoin de soins continus; sa famille a aussi besoin d'un soutien continu. La mère a besoin d'être informée sur son état de santé et sur celui de son bébé. Elle souhaite aussi qu'on réponde à ses questions.
- La mère doit être allongée sur le côté; cette position diminue le risque d'hypotension en décubitus et d'hypoxie fœtale.
- Il faut surveiller les signes vitaux de la mère et du bébé à naître durant tout le transfert. La fréquence des examens dépendra de leur état de santé

et du jugement de l'intervenant qui les accompagne. Il est toutefois nécessaire de surveiller les aspects suivants :

- l'activité utérine;
- la tension artérielle de la mère (à l'aide d'un sphygmomanomètre à affichage numérique fonctionnant sur piles ou par la palpation de l'artère brachiale);
- la fréquence cardiaque fœtale (en raison du bruit ambiant, on recommande d'utiliser un appareil ultrasonique portatif à effet Doppler).

- La mère aura peut-être besoin qu'on lui administre de l'oxygène à l'aide d'un masque, en particulier pendant le transport aérien.

Les soins à la mère et à l'enfant durant le transport demeurent la responsabilité de l'établissement d'origine, sauf si l'établissement d'accueil utilise sa propre équipe de transport.

Soins à l'arrivée

Lorsqu'une mère, accompagnée ou non de sa famille, arrive à l'établissement d'accueil, il faut prendre en considération un certain nombre d'éléments relatifs aux soins :

- Il peut être pénible pour la mère et sa famille d'arriver dans un établissement inconnu et d'être confiées aux soins d'intervenants inconnus. Les intervenants de la santé doivent être conscients de cette difficulté et donner le soutien nécessaire. Par exemple, il est essentiel de présenter la mère et sa famille au personnel de l'établissement d'accueil. Dans le cas où les membres de la famille n'auraient pas pu accompagner ou suivre la mère, on doit les appeler le plus tôt possible pour les informer de son arrivée, de son état et de celui du bébé.
- À l'arrivée, la mère et le bébé doivent subir un examen complet. Leur état de santé doit être bien expliqué au personnel de l'établissement d'accueil. Les intervenants qui accompagnent la mère pendant le transport doivent participer aux soins requis lors des procédures d'admission.
- Il est essentiel que le médecin ou la sage-femme de l'établissement d'origine, et le médecin traitant ou la sage-femme de la mère (s'ils ne sont pas les mêmes), soient informés de ce qui se passe à l'hôpital, du déroulement et de l'issue de la naissance, le cas échéant, et des plans de suivi après le congé pour la mère et pour le bébé (si la naissance a déjà eu lieu).

Plans de gestion suggérés

Dans le document intitulé *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus* (1992), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande un protocole pour trois situations courantes qui peuvent nécessiter le transport de la femme enceinte : le travail prématuré, le saignement vaginal et l'hypertension. Les directives régionales et provinciales incluent aussi des protocoles pour des situations particulières. En outre, la Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont élaboré des directives pour les soins à donner aux femmes qui risquent d'accoucher d'un bébé très prématuré (SCP et SOGC, 1994).

Transport néonatal

Il est préférable que l'équipe responsable du transport du nouveau-né provienne de l'établissement d'accueil. Cette équipe peut se rendre à l'hôpital d'origine et assumer la responsabilité du bébé, notamment les soins nécessaires à la stabilisation de son état et la prestation des soins durant le transport vers le centre hospitalier d'accueil. Durant le transport, l'équipe doit avoir accès à du matériel adéquat. Le centre d'origine devrait demander de l'aide ou une consultation le plus tôt possible pour que l'équipe de transport puisse se préparer.

Que le trajet soit court ou long, certains principes fondamentaux au transport néonatal s'imposent, notamment le maintien d'une chaleur ambiante adéquate, la stabilisation de l'état effectuée par du personnel qui a une formation et une expérience adéquates, et le contrôle des conditions de transport.

Avant le transport, le personnel de l'hôpital d'origine doit collaborer avec les membres de l'équipe externe de transport néonatal pour la stabilisation et les soins. Il est donc important d'établir clairement les responsabilités de l'équipe de transport. Habituellement, un médecin de l'hôpital d'accueil assume la responsabilité des soins dès que l'équipe de transport quitte l'hôpital d'origine. Qu'il y ait ou non une équipe spécialisée pour le transport, il faut clairement définir la responsabilité des soins en tout temps. Avant le départ, il faut communiquer avec le médecin responsable des soins à l'hôpital d'accueil. De plus, des mécanismes de communication doivent

être mis en place permettant la gestion, pendant le trajet, de problèmes imprévus.

Raisons du transport

Deux situations rendent nécessaire le transport néonatal, après une évaluation appropriée d'un médecin : lorsque l'état du bébé exige les compétences spécialisées et les ressources avancées d'un centre de niveau II ou III; lorsqu'on s'attend à ce que des soins doivent être prodigués dans une unité de soins intensifs néonatals. La décision du transfert dépend aussi de la distance à parcourir, des conditions géographiques et climatiques, et du jugement clinique du médecin ou de la sage-femme responsable.

En fait, il existe un nombre incalculable de raisons pour le transport, liées au bébé et à la région. Voici les raisons les plus courantes :

- une détresse respiratoire persistante;
- des malformations congénitales nécessitant des procédures de diagnostic, des traitements ou des soins chirurgicaux spécialisés;
- des séquelles manifestes de dysfonctionnement organique mettant en cause plusieurs systèmes à la suite d'épisodes d'hypoxie ischémique;
- une naissance prématurée, un faible poids à la naissance;
- une infection grave.

Plan de transport

La décision de transférer un nouveau-né, même si elle est prise à la suite de consultations entre les médecins des centres d'origine et d'accueil, exige une ordonnance de transfert du médecin. L'état du nouveau-né doit toujours être stabilisé avant le transport. Dans la plupart des cas, l'idéal est de garder le nouveau-né dans l'établissement où il est né; l'équipe de transport ou le personnel de l'unité néonatale de l'hôpital d'accueil se rend alors à l'établissement d'origine pour stabiliser l'état du nouveau-né et procède ensuite au transport. Il faut recueillir beaucoup d'information avant le transport :

- Les données de base à l'intention du centre tertiaire (ou de l'équipe de transport) doivent comprendre :
  - le nom du médecin traitant du centre d'origine;
  - le nom de l'hôpital d'origine;
  - le nom du nouveau-né;
  - le nom des parents;
  - la date et l'heure de la naissance;

- le poids et l'âge gestationnel;
- le diagnostic de l'enfant et la raison du transfert. (Consulter l'annexe 1.)

• Le sommaire des données maternelles et néonatales doit comprendre :
- *de l'information sur la mère*
  antécédents médicaux de la mère;
  antécédents obstétricaux;
  complications de la grossesse;
  déroulement du travail et de la naissance;
- *de l'information sur le nouveau-né*
  indice d'Apgar, évalué à une, cinq et dix minutes;
  tentatives de réanimation;
  problèmes actuels du nouveau-né;
  évaluation actuelle du nouveau-né;
  besoin d'installer une perfusion;
  résultats d'analyses de laboratoire, s'ils sont accessibles;
  médicaments administrés.

• Les copies des rapports doivent comprendre :
- tous les résultats d'analyses de laboratoire pertinents;
- les échantillons de sang de la mère et du cordon ombilical;
- les rayons-X;
- les photocopies des dossiers de la mère et du nouveau-né, dont le dossier prénatal;
- les copies des tracés de surveillance électronique du foetus (monitorage fœtal).

• Il faut vérifier tout le matériel nécessaire avant le transport pour s'assurer de son bon fonctionnement. De plus, il faut vérifier l'exactitude du bracelet d'identité du bébé et s'assurer qu'il porte le même numéro que celui de sa mère. Pendant le trajet, le nouveau-né doit être placé dans un incubateur de transport chauffant, et son état doit être vérifié fréquemment (l'état de santé du bébé et le jugement de l'intervenant dicteront la fréquence des vérifications).

• Pendant la période précédant le transport, il est crucial d'offrir du soutien à la mère et à sa famille et de les tenir constamment au courant de la situation. Il faut expliquer toutes les raisons qui justifient le transfert, et les parents doivent participer à la prise de décisions. Les parents ont besoin d'être bien renseignés au sujet des centres tertiaires; on doit aussi leur donner de l'information sur le trajet et les possibilités d'hébergement

au centre même ou près du centre. Avant le départ, il est essentiel de permettre aux parents de passer du temps avec leur bébé. En fait, on doit faire tout ce qui est possible pour que les parents puissent voir et toucher leur bébé, et le tenir dans leurs bras. Il est à conseiller aussi de leur remettre une photo de leur bébé avant le transport.

- On devrait prendre les dispositions nécessaires pour que la mère soit transférée à l'hôpital où sera admis son bébé. Dans tous les cas, il faut avertir les parents qu'ils peuvent communiquer avec l'hôpital d'accueil, et les encourager à le faire, pour connaître l'état de leur bébé. Les communications avec l'hôpital d'accueil doivent être soutenues pour que les parents du bébé et le personnel qui l'a soigné soient tenus au courant de l'évolution de sa situation.

Transport de retour

Le transport de retour signifie que les problèmes ayant rendu nécessaire le transfert à un centre de soins intensifs ou spécialisés sont maintenant résolus, et que la mère ou le nouveau-né peut retourner au centre d'origine ou dans le centre de sa collectivité pour continuer à recevoir des soins. Le transport de retour est indiqué lorsque :

- l'état de la femme enceinte s'est stabilisé suffisamment pour que son plan de traitement soit appliqué sans danger par le centre d'origine;
- après avoir donné naissance, la mère peut retourner en toute sécurité dans l'hôpital de sa collectivité (mais *uniquement* s'il est approprié qu'elle retourne sans son bébé);
- le nouveau-né peut retourner dans le centre d'origine, avec un plan de suivi ou de soins.

Conclusion

Il est d'une importance cruciale que les centres d'origine et d'accueil communiquent entre eux au sujet des interventions et des plans de soins. Au cours de ces communications, il leur faut préciser les traitements requis, l'équipement et le matériel nécessaires, les résultats attendus, tout besoin spécial des parents et du nouveau-né, les plans de suivi particuliers et les cliniciens requis.

Bibliographie

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) et AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). *Guidelines for Perinatal Care*, 4e éd., Washington, chez les auteurs, 1997.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM (BCRCP). *Maternal/Fetal Transport*, Vancouver, chez l'auteur, 1997.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF MANITOBA. *Maternal Transport System*, Winnipeg, chez l'auteur, 1990.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF SASKATCHEWAN. *Indications and Contraindications for Maternal Transport*, Saskatchewan, Perinatal and Maternal Study Committee, 1995.

DAVIS, D.H., et J.W. HAWKING. « High-risk maternal and neonatal transport: psychosocial implications for practice », *Dimens Crit Care Nurs*, vol. 4, nº 6 (1985), p. 368-379.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Transport de la mère et du nouveau-né*, Série de formulaires, s.d., chez l'auteur, Montréal.

McDONALD GIBBINS, S.A., et J.S. CHAPMAN. « Holding on: parents' perceptions of premature infants' transfers », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 25, nº 2 (1996), p. 147-153.

NORTHWESTERN ONTARIO WOMEN'S HEALTH INFORMATION NETWORK et RED LAKE WOMEN'S INFORMATION GROUP. *Long Distance Delivery: A Guide to Travelling Away from Home to Give Birth*, Rexdale, Helmsman Press, 1990.

ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION. *Maternal-Fetal Transfer Guidelines*, Toronto, chez l'auteur, 1994.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Maternal/Fetal Transport Guidelines*, second ed., Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1998.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Neonatal Transport*, Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1997.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Perinatal Practice Guidelines*, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1997.

PERINATAL OUTREACH PROGRAM OF SOUTHWESTERN ONTARIO. *Maternal/Fetal Transport: Guidelines for Physicians and Nurses*, London, Ontario, chez l'auteur, 1991.

REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA. *Maternal/Fetal and Neonatal Transport*, Halifax, chez l'auteur, 1992.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP) (Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né), et SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (Comité de médecine fœto-maternelle). « Démarches thérapeutiques auprès de la mère qui risque d'accoucher d'un bébé très prématuré », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, nº 5 (1994), p. 547-551 et p. 553. Publié aussi en anglais sous le titre « Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age », *Canadian Medical Association Journal.*

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (Comité de médecine fœto-maternelle), *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus,* Ottawa, chez l'auteur, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *Guidelines for Physicians and Nurses in Maternal/ Fetal Transport.*

ANNEXE 1

Consultation de la mère pour la collecte des données — dossier de transfert

Date ..... Heure .....

N° d'assurance santé .....

Nom de la mère ..... Date de naissance .....
JOUR/MOIS/ANNÉE

Adresse de la mère .....
CODE POSTAL

N° de téléphone à domicile ..... Au travail .....

Proche parent ..... Lien de parenté .....

Personnes ressources et numéros de téléphone

Médecin de famille .....

rés. ..... bur. ..... téléc. .....

Médecin traitant .....

rés. ..... bur. ..... téléc. .....

Hôpital d'origine .....

rés. ..... bur. ..... téléc. .....

La communication est importante. Veuillez inscrire les numéros de téléphone.

Raison du transfert

	Grossesse	Travail		Enfant
Âge	à terme	prématuré	Avortement	vivant .....

Date de la dernière menstruation ..... Date prévue de la naissance ..... Semaines de gestation .....

Échographies :

date ..... résultats (ou envoyer des copies) .....

.....

Membranes : ☐ intactes ☐ rompues .....

Nitrazine : ☐ positive ☐ négative .....

Début du travail ..... contractions ..... dilatation .....

☐ Saignements ..... ☐ Protéinurie ☐ Œdème

☐ Infection urinaire ..... Fréquence cardiaque fœtale .....

Température ..... Pouls ..... T.A. .....

Groupe sanguin ..... Rh ..... Titrage des anticorps rubéoleux ..... VDRL .....

Antécédents obstétricaux (remplir et faire parvenir une fiche prénatale complète et lisible) .....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux (allergies, infections, diabète, anémie, hypertension)

.....

.....

.....

.....

Médicaments

.....

.....

.....

Inclure les rapports d'échographie, les radiographies, les résultats d'analyses de laboratoire et les tracés du monitorage fœtal (au besoin)

.....

.....

Si les rapports d'échographie, ou tout autre rapport, ne sont pas accessibles au moment du transport, veuillez les envoyer par télécopieur dans les plus brefs délais.

Observations pendant le trajet

Heure du départ ..... Membre de la famille qui accompagne .....

Lien de parenté .....

HEURE	FRÉQUENCE CARDIAQUE FŒTALE	T.A.	POULS	RESPIRATION	CONTRACTIONS	COMMENTAIRES
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Heure d'arrivée .....

Signes vitaux à l'arrivée

Température ..... Pouls ..... Respiration .....

T.A. ..... Réflexes ..... Fréquence cardiaque fœtale .....

État d'avancement du travail .....

.....

État clinique .....

.....

.....

Moyen de transport .....

Signature ..... Date .....
(PERSONNE ACCOMPAGNATRICE PENDANT LE TRANSFERT)

LA COMMUNICATION EST IMPORTANTE

Le médecin qui a demandé le transfert et la famille de la mère apprécieraient recevoir un appel téléphonique du médecin du centre d'accueil.

Adaptation des *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus*, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, 1992.

Fiche d'information avant le transport néonatal

(Vous devez fournir les renseignements suivants par téléphone à l'hôpital d'accueil.)

Date et heure de l'appel ..... Hôpital d'origine .....

Nom du médecin ou de la sage-femme
qui demande le transfert .....

Information sur le nouveau-né

Nom .....

Diagnostic et raison du transfert .....

DATE DE NAISSANCE	HEURE	SEXE	POIDS À LA NAISSANCE	NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION	APGAR À 1 MINUTES	APGAR À 5 MINUTES
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Réanimation

Respiration :	*Compressions :*	*Médicaments :*
Spontanée : ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	ligne de perfusion
Ventilation avec un ballon : ☐ Oui ☐ Non	Heure du début :	installée : .....
O_2 : ☐ Oui % ..... ☐ Non	.....	
Intubation : ..... Heure	Heure d'arrêt :	.....
Taille du tube endotrachéal	.....	.....
Succion du méconium sous		.....
les cordes vocales : ☐ Oui ☐ Non		.....

Anomalies congénitales .....

Mesures postnatales .....

.....

Résultats de laboratoire .....

Rayons-X .....

Gas sur le sang du cordon .....

Renseignements sur la mère

Nom : ..... DDM/DPN .....

Âge : ..... G ..... T ..... P ..... A ..... L .....

Groupe sanguin ..... Rh ..... VDRL ..... Rubéole ..... Hémoglobine/ agglutinine .....

Tuberculose ..... VIH ..... Strept. du groupe B : ☐ Pos. ☐ Nég. Date .....

Antécédents obstétricaux .....

Travail et naissance actuels

Surveillance du fœtus : ☐ Oui ☐ Non Interne ☐ Externe ☐ Auscultation ☐

pH sanguin du cuir chevelu fœtal ☐

Durée du travail : 1re phase ..... 2e phase .....

Rupture artificielle des membranes ☐ Rupture spontanée des membranes ☐

Date ..... Heure ..... Couleur ..... Quantité .....

Médicaments .....

.....

Anesthésie .....

Genre de naissance : ☐ vaginale ☐ césarienne Présentation .....

Complications .....

.....

Date ..... Signature et titre .....

Source : *Perinatal Practice Guidelines* (PEPEO 1997), adaptation d'un dossier de transport néonatal de l'unité néonatale de soins intensifs de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et d'une fiche de travail du Kingston General Hospital, 1993.

ANNEXE 2

Matériel pour le transport de la mère

MATÉRIEL DE BASE

Avant de quitter l'hôpital, s'assurer que tout l'équipement est accessible et qu'il fonctionne. Le matériel et les trousses doivent être prêts en tout temps, et le personnel au complet doit savoir où les trouver. Demander aux services ambulanciers locaux quels équipement et matériel se trouvent dans les ambulances.

Matériel général

- Fiche de transfert de la mère
- Stéthoscope
- Thermomètre
- Haricot ou bassin
- Lampe de poche
- Sphygmomanomètre
- Appareil portatif à effet Doppler/moniteur portatif ou stéthoscope fœtal
- Pompe à perfusion (à piles)
- Gants stériles — trois paires, différentes tailles
- Serviettes hygiéniques obstétricales
- Lubrifiant stérile
- Solution antiseptique (p. ex., solution aqueuse de Savlon à 1:100)

Solutions intraveineuses et médicaments pour la mère

- 1 000 cc de solution aqueuse de dextrose à 5 %
- 1 000 cc de lactate de Ringer
- Deux solusets
- Ruban adhésif
- Garrots
- Intracath n° 16, n° 18 et n° 20 — deux de chaque sorte
- Papillon n° 21 — deux
- Assortiment d'aiguilles et de seringues
- Tampons d'alcool
- Cinq ampoules de sulfate de magnésium — 1 g/amp.
- Deux ampoules de Vasodilan — 80 mg/ml
- Quatre ampoules de Syntocinon — 10 unités/ml
- Quatre ampoules de gluconate de calcium — 10 % dans 10 ml
- Deux ampoules d'hydralazine, 20mg/amp.
- Deux ampoules de valium, 10mg/amp.
- Indométhacine

Trousse stérile pour naissance d'urgence

- Une paire de ciseaux
- Deux forceps Kelly
- Six tampons de gaze 4 x 4
- Un petit champ

- Aspirateur de mucus DeLee ou aspirateur mécanique (pression maximale # 100) et cathéters n° F 10
- Deux clamps pour le cordon
- Deux sacs en plastique (pour le placenta et les déchets)
- Serviettes hygiéniques obstétricales
- Couverture pour le bébé
- Feuille de papier d'aluminium

Réanimation du nouveau-né

- Laryngoscope néonatal et petite lame droite de dimension 0
- Ballon à autodilatation et masques néonatals de taille 0, 1 et 2 pour l'administration d'oxygène
- Tubes endotrachéaux transparents avec sondes et raccords — taille 2:5 à 4
- Épinéphrine 1:10 000 — trois ampoules de 1ml ou seringues préremplies
- Naloxone 0,4 mg/ml — trois ampoules de 1 ml ou seringues préremplies
- Seringues de 1 ml
- Seringues de 2 ml
- Aiguilles n° 20
- Aiguilles n° 25
- Sondes orogastriques de gavage
- Ruban adhésif Élastoplast et ciseaux

Réanimation d'un adulte

- Oxygène — vérifier le nombre de bonbonnes et la quantité d'oxygène disponible dans l'ambulance
- Ballon et masque Ambu
- Tubage endotrachéal n° 3

Adaptation des *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus*, Société des gynécologues et obstétriciens du Canada, Ottawa, 1992.

— CHAPITRE 10 —

Installations et équipement

Table des matières

Introduction 5

Plans d'aménagement et de réaménagement 6

Suggestions pour les installations existantes 7

Installations pour les soins en périnatalité 9

Principales composantes de l'unité de travail et de naissance 11

Triage/préadmission/salon pour le début du travail 11

Chambres de naissance pour la continuité des soins en périnatalité 11

Configuration des chambres de naissance 11

Salle d'opération pour césariennes et autres interventions 13

Aire de réanimation du nouveau-né 14

Chambres mère-enfant 14

Petite pouponnière 15

Aires de service et d'utilités 17

Autres caractéristiques des centres de niveaux II et III 17

Exigences en matière d'espace et d'équipement pour les pouponnières de niveaux II et III 22

Besoins en lits : unités de travail et de naissance 23

Surveillance des lieux de travail et ingénierie 24

Température ambiante, ventilation et climatisation 25

Alimentation en électricité pour les services 25

Télécommunications 26

Insonorisation 26

Sélection de matériaux et de produits de finition appropriés 26

Bibliographie 28

Annexe 1 — Processus de planification 30

Annexe 2 — Équipement de diverses pièces 33

Annexe 3 — Aires de service pour les soins en périnatalité 35

Annexe 4 — Critères de sélection des matériaux 37

Introduction

Le milieu physique des établissements qui offrent des services en périnatalité aux mères et aux familles a une grande influence sur les pratiques institutionnelles et sur l'expérience du personnel et des familles qui y séjournent. Un milieu favorable aux soins prodigués durant la grossesse, le travail, la naissance et la période postnatale facilite la collaboration entre les professionnels et les familles. La planification pour adapter ou rénover les installations existantes, ou pour en construire de nouvelles, est l'occasion idéale de concrétiser la philosophie des soins dans une perspective familiale (Hanson et coll., 1994).

Il faut toutefois se souvenir que la philosophie des soins est d'abord et avant tout véhiculée par les soignants. Tout réaménagement physique d'un établissement doit être accompagné d'initiatives pour modifier le comportement des intervenants de sorte que les soins en périnatalité relèvent véritablement d'une perspective familiale (Hodnett, 1998). Il ne faudrait toutefois pas attendre de modifier les installations pour adopter une approche axée sur la famille. La philosophie et les attitudes qui sous-tendent la prestation des soins dans une perspective familiale peuvent se concrétiser dans les installations les plus anciennes comme dans les plus modernes.

Certains principes sont d'une importance capitale dans la planification et l'aménagement d'une installation. Il faut donc veiller à l'application des principes résumés ci-après :

- La naissance est un événement heureux et, dans la plupart des cas, un processus normal et sain. Il faut donc que le soutien aux mères s'inscrive dans un cadre chaleureux et réconfortant, c'est-à-dire une chambre unique où peuvent se dérouler le travail et la naissance, où la mère peut passer du temps avec son bébé, où mère et enfant peuvent recevoir ensemble des soins sans être déplacés ou séparés.
- Le principal objectif des soins à la mère, au nouveau-né et à la famille est d'aider les mères à donner naissance à des bébés en santé; il s'agit d'optimiser la probabilité qu'une femme en santé donne naissance à un bébé en santé. Il faut donc que l'équipement et les installations nécessaires soient faciles d'accès.
- Il est beaucoup plus facile de prodiguer des soins à la mère dans son contexte familial. Il faut donc faire en sorte que la famille soit à l'aise dans le milieu physique et qu'elle se sente inclue dans le processus des soins.

- Si des difficultés surgissent, il est primordial d'aider la famille à rester ensemble le plus possible.
- Il est important d'utiliser la technologie à bon escient.

Plans d'aménagement et de réaménagement

La conception de nouveaux espaces et le réaménagement des espaces existants, de manière à intégrer les activités et les programmes de soins dans une perspective familiale, exigent une planification collective rigoureuse. Les plans d'aménagement de nouveaux organismes et de réaménagement d'organismes existants doivent refléter les principes de leur mission et de leur philosophie des soins. Il est entendu que ces principes doivent s'inspirer des principes de la prestation des soins dans une perspective familiale.

Trois principes de base doivent être pris en considération au moment de la planification :

- la nécessité d'une approche qui favorise la participation. À cette fin, il faut établir une collaboration et un partenariat avec les familles et faire participer le personnel au processus de planification;
- la nécessité d'une collaboration accrue entre les intervenants de la collectivité et des établissements. À cette fin, il faut faire en sorte que les études de planification prévoient la participation d'un large éventail d'intervenants et que l'on cherche à améliorer les services de santé par l'intégration des systèmes de prestation de soins;
- la nécessité de la planification de changements éventuels. À cette fin, il faut, dans la planification même, concevoir les plans de façon à ce qu'ils se prêtent à des adaptations, qu'ils soient à long terme ou conçus pour une installation particulière. La notion même de changement des circonstances est une des seules constantes des soins de santé.

La planification de l'aménagement et du réaménagement nécessite une équipe pluridisciplinaire composée de parents, d'intervenants en soins directs, d'administrateurs, de responsables de la planification des installations, d'architectes et de décorateurs intérieurs. Il est essentiel que les services de soutien, y compris l'entretien ménager et les services de diététique, y soient représentés. L'équipe pluridisciplinaire doit collaborer à l'élaboration des

programmes et à la planification des espaces conçus pour la prestation de ces programmes (Hanson et coll., 1994). (Consulter l'annexe 1.)

L'aménagement ou la rénovation des espaces pour les rendre plus fonctionnels permet aux administrateurs d'aller au-delà des questions d'usage, telles que l'espace en mètres carrés, l'utilisation de l'espace et différentes améliorations modestes pour résoudre des problèmes de conception. La planification de l'espace fonctionnel donne aux utilisateurs et aux administrateurs l'occasion de revoir en détail des questions relatives à l'influence de l'aménagement sur les expériences des familles et du personnel (Hanson et coll., 1994). Voici quelques questions pertinentes :

- Existe-t-il un parc de stationnement près de l'entrée, est-il adéquat et à prix abordable ? L'entrée des piétons est-elle clairement affichée ?
- Les familles peuvent-elles trouver facilement l'unité de naissance ?
- Quelles sont les premières impressions des familles lorsqu'elles arrivent à l'hôpital et à l'unité ?
- L'unité dispose-t-elle d'endroits privés où les familles peuvent s'entretenir avec le personnel ? Parler au téléphone ? Se regrouper ?
- A-t-on prévu des aires de jeu pour les enfants ?
- Y a-t-il un endroit où les familles peuvent ranger leurs effets en toute sécurité ?
- A-t-on aménagé des salles de conférence, de travail et de repos pour le personnel ?
- Le décor est-il chaleureux et invitant ? A-t-on l'impression que c'est un endroit aménagé pour les familles ?

Le choix des responsables de la planification, des architectes et des décorateurs constitue une étape importante. En plus d'évaluer l'expérience et les compétences des architectes et des décorateurs en aménagement des locaux, les directeurs du projet doivent considérer leur sensibilité aux besoins des familles et leur méthode de travail avec les clients (Johnson et coll., 1991).

Suggestions pour les installations existantes

Pour un grand nombre d'établissements, la construction d'une nouvelle unité peut être la seule façon de créer un environnement qui permet d'appliquer les principes de la prestation des soins dans une perspective familiale. Il est toutefois possible de modifier des installations moins modernes pour qu'elles se prêtent au soutien nécessaire lors des naissances normales. De plus, dans bien des cas, ces changements n'exigent pas de dépenses excessives. Avant

de réaménager un endroit, il faut, bien entendu, commencer par encourager les membres du personnel à faire preuve de créativité au moment de visualiser de nouvelles possibilités d'aménagement de l'espace existant. Les membres d'une collectivité ont tendance à voir l'aménagement des locaux de façon différente et peuvent proposer des perspectives nouvelles d'amélioration de l'environnement. Par exemple, il n'est peut-être pas nécessaire d'acheter des bains tourbillons dispendieux : l'hydrothérapie pour soulager la douleur durant le travail peut se faire dans les douches et les baignoires existantes (même s'il n'y en a pas dans la chambre de naissance, il y en a tout de même ailleurs dans l'unité et on peut y avoir accès). Les aires servant à l'évaluation du travail et au triage peuvent également se trouver dans d'autres salles à usage multiple. Le concept du décloisonnement est particulièrement utile; on peut ainsi encourager les femmes à se promener à l'extérieur de l'unité et à y revenir périodiquement pour les évaluations. D'autres articles peuvent être achetés à peu de frais pour les chambres de naissance, tels que des ballons de naissance (qui servent à s'asseoir pour gérer la douleur des contractions), des tabourets, des chaises berçantes, des fauteuils de repos pour les conjoints et différents articles décoratifs, comme des rideaux et des tableaux, qui ajoutent de la chaleur à une pièce. Voici d'autres suggestions de modifications d'une installation pour qu'elle se prête aux soins dans une perspective familiale sans, pour autant, engager de dépenses d'immobilisation :

- des lits « conventionnels » pour les naissances — les salles de travail peuvent servir au travail, à la naissance et à la récupération si l'on n'a pas les moyens d'avoir des lits spécialement conçus pour les naissances;
- des illustrations sur les murs de l'unité qui évoquent des valeurs familiales. Il peut s'agir d'illustrations représentant une mère et son bébé, un père et son bébé, des familles avec des bébés, des mères qui allaitent ou de mignons bébés prématurés et à terme. Des dessins accrochés à la hauteur des enfants (frères et sœurs) montrent avec éloquence que les enfants sont également les bienvenus;
- des salles individuelles nommées en l'honneur du premier bébé qui y est né, des personnes dont on reconnaît la participation spéciale au programme, des mères ou des familles spéciales, et ainsi de suite;
- des décorations maison accrochées aux portes;
- l'habillement des fenêtres ou des bordures de plafond selon les suggestions des membres du personnel ou des mères bénévoles;

- des aliments en remplacement du « menu » habituel de l'hôpital, comme un panier de fruits offert de façon régulière par un grand magasin de la localité;
- des visites guidées pour les frères et sœurs, des livres à colorier, des collants, des étagères à jouets rangés par groupe d'âge;
- une carte d'anniversaire pour chaque nouveau bébé;
- des coupons de stationnement pour les nouveaux pères ou conjoints et des rabais à la cafétéria de l'hôpital pour les parents.

Il s'agit en fait de démontrer une volonté de jeter un œil neuf sur l'aménagement de l'espace, d'apporter des changements relativement simples aux habitudes de travail du personnel et, bien entendu, de faire participer les familles de la collectivité.

Installations pour les soins en périnatalité

On recommande de profiter des rénovations ou de la planification de nouvelles installations pour réunir tous les services à la mère et au nouveau-né dans un seul endroit désigné. L'aménagement idéal évite toute circulation inutile dans l'unité. Aucun autre service ne devrait être dispensé dans cet endroit, et aucun client d'autres services ne devrait y recevoir des soins.

La conception de l'unité de périnatalité doit rendre l'endroit chaleureux et accueillant pour les parents, et procurer aux familles le plus d'intimité et de confort possibles. Son aménagement doit encourager les familles à rester ensemble et à participer aux différentes étapes du travail, de la naissance et de la période postnatale. L'unité doit être fonctionnelle pour faciliter la prestation de soins de qualité à la mère et au nouveau-né. La création d'un décor chaleureux exige un choix minutieux de coloris pour les murs, les meubles, la finition et l'éclairage, sans oublier la touche personnelle que peuvent apporter les tableaux, pièces artisanales, murales, courtepointes ou autres décorations.

Les services à la mère et au nouveau-né doivent intégrer différents aspects des soins. Bien entendu, il arrive que le volume des services et des ressources humaines permette parfois de regrouper certains éléments des soins dans une seule chambre. Par éléments de soins, on entend :

- les soins hospitaliers prénatals aux femmes qui ont besoin d'une période de stabilisation ou d'hospitalisation avant le travail;

- une aire de triage pour les femmes qui n'ont pas encore commencé la phase active du travail ou qui doivent demeurer sous observation pour déterminer si le travail est bel et bien commencé;
- les soins à la mère et au nouveau-né durant le travail, la naissance et la période postnatale.

On recommande aux hôpitaux de s'éloigner des transferts multiples qui obligent la mère à faire le travail dans une chambre, à donner naissance dans une autre, à se reposer avec son bébé dans une troisième pièce avant d'être tous deux transférés — la mère à l'unité postnatale, le bébé à la pouponnière. Cette pratique dérange la mère et la famille, nuit à la continuité des soins et utilise mal les ressources humaines, physiques et financières. De plus, elle transforme la naissance en un acte médical au lieu d'en faire un événement naturel.

On recommande donc que la mère reste dans la même chambre pour le travail, la naissance et les premières heures après la naissance. Une telle approche est plus réalisable dans un système qui recourt à des chambres de naissance. Par conséquent, on recommande d'aménager des chambres de naissance dans toutes les nouvelles installations. Toutefois, on reconnaît qu'il peut être nécessaire, là où les installations sont déjà en place, de continuer d'utiliser des chambres de travail/naissance/récupération — c'est-à-dire des chambres de naissance limitées au travail, à la naissance et à la récupération — et que la période postnatale se déroule à l'unité des soins mère-enfant. Néanmoins, le but ultime devrait être de prévoir *un séjour hospitalier complet dans une même chambre de naissance.*

On recommande également que les femmes en travail actif, après avoir été évaluées dans la pièce réservée au triage et à l'admission, soient admises à une chambre de naissance. Si la mère et le bébé sont tous deux en santé, ils peuvent soit rester dans la chambre de naissance après la naissance jusqu'à leur congé de l'hôpital, soit passer de la chambre de naissance à une unité de soins mère-enfant.

Si une césarienne est nécessaire, la femme doit être transférée à une des salles d'opération pour césariennes jusqu'à la naissance, puis conduite à la chambre de naissance ou à l'unité des soins mère-enfant. On sait que les mères ont besoin d'une période de récupération sous surveillance étroite et qu'il faut laisser le bébé avec elles; la récupération peut donc se faire dans la salle où a eu lieu la césarienne. Les salles d'opération pour césariennes et les chambres de récupération doivent être situées dans l'enceinte de l'unité des soins mère-enfant.

Principales composantes de l'unité de travail et de naissance

TRIAGE/PRÉADMISSION/SALON POUR LE DÉBUT DU TRAVAIL

La mère devrait d'abord être vue et évaluée dans l'aire de triage et de préadmission. Si le travail est déjà commencé, elle peut être admise à la chambre de naissance. Si le travail ne fait qu'à peine commencer, elle peut retourner chez elle, pourvu qu'elle demeure près de l'hôpital et que le trajet soit réalisable (cela peut dépendre de la distance, du temps qu'il fait, du moment de la journée et du transport accessible), ou rester dans un petit salon prévu à cette fin. Dans les cas où l'aire de préadmission n'est pas dans l'enceinte de l'unité mère-enfant, on admet souvent la mère à la chambre de naissance pour y être évaluée. Malheureusement, cette mesure peut entraîner un plus grand nombre d'interventions et constitue un mauvais usage des ressources (McNiven et coll., 1998). (Consulter le chapitre 5.)

CHAMBRES DE NAISSANCE POUR LA CONTINUITÉ DES SOINS EN PÉRINATALITÉ

Il est possible de réunir dans une seule chambre tous les soins à la mère et au nouveau-né et de prodiguer des soins aux femmes en travail dont les facteurs de risque sont identifiables ou qui ne semblent pas être à risque. Chaque chambre doit être équipée en prévision de tous les types de naissance, à l'exception des césariennes et des naissances qui nécessitent une anesthésie générale. Toutes les chambres de naissance doivent se trouver à proximité des salles d'opération pour césariennes. (Consulter la section sur les salles d'opération à la page 13.)

CONFIGURATION DES CHAMBRES DE NAISSANCE

Les chambres de naissance sont privées, de préférence avec salle de bain privée (comprenant toilettes, douche ou baignoire) et petit placard. Il est essentiel que toute chambre de naissance soit dotée d'une fenêtre avec vue sur l'extérieur. Chaque chambre doit avoir un lit confortable, de naissance ou ordinaire, pour aider à la prestation des soins durant le travail et la naissance. Au besoin, le lit doit se transporter facilement à la salle d'opération pour césariennes.

Pour être pratique, la chambre de naissance doit mesurer environ 5 par 5 mètres (16 par 16 pieds) — soit un total de 25 mètres carrés (256 pieds carrés) — excluant les toilettes et la douche ou la baignoire. Au pied du lit, il doit y avoir un espace libre d'au moins 1,5 mètres (5 pieds). Puisqu'une

seule mère occupe la chambre, il doit y avoir suffisamment d'espace dans la pièce pour circuler librement et avoir facilement accès au lit. L'aménagement de la pièce doit faciliter le travail de l'intervenant de la santé qui doit inscrire les données au dossier durant le travail, la naissance et la période postnatale. L'aménagement d'une chambre de naissance doit tenir compte du besoin d'intimité de la mère durant le travail et la naissance.

On suggère que la chambre comprenne des articles qui la rendent fonctionnelle et contribuent au confort de la mère et de sa famille. Voici certains des articles recommandés :

- un berceau;
- un lit, une chaise ou un divan confortable pour les personnes qui aident la mère;
- un fauteuil oscillant ou une chaise berçante;
- une chaise pour l'intervenant;
- un miroir pour la naissance;
- un rideau autour du lit;
- une table de chevet;
- un meuble de rangement;
- une barre d'appui, un banc ou une chaise dans la douche;
- un panier à linge (à apporter dans la chambre au besoin);
- un casier qui ferme à clé pour les effets personnels;
- une horloge au mur avec trotteuse;
- un lecteur de cassette ou de CD, ou la radio (pour écouter de la musique);
- un téléviseur.

Il faut également prévoir un magnétoscope, qui pourrait servir à des fins éducatives, et le placer dans la chambre même ou dans l'unité. Même si des frais supplémentaires peuvent être exigés pour la télévision, il faut toutefois que toutes les mères aient accès aux émissions éducatives. Au moment de planifier la rénovation ou la construction d'installations, les administrateurs devraient examiner la possibilité d'installer des bains thérapeutiques (de préférence un bain à jets d'air) et des douches.

Chaque chambre de naissance doit être dotée d'un équipement distinct pour l'oxygène, l'air et l'aspiration pour la mère et le bébé. Des sorties de gaz facilement accessibles (ce qui peut inclure l'oxyde nitreux) et de l'équipement fixé au mur sont également nécessaires; ils peuvent être recouverts si on le désire. On doit y prévoir un éclairage naturel et indirect pour le travail, avec une source de lumière adéquate pour les traitements spéciaux.

Il doit y avoir six prises doubles au mur dans la partie de la chambre prévue pour la mère et six autres dans celle prévue pour le bébé. Il faut une prise additionnelle pour un appareil à rayons X portatif. Selon le code de construction en vigueur, il est possible que d'autres prises soient aussi exigées. Bien entendu, il faut prévoir une source appropriée d'énergie pour les situations d'urgence et des détecteurs de fumée.

Toutes les chambres doivent être munies d'une ligne téléphonique pour les appels vers l'extérieur, d'un système d'appel interne relié au poste des infirmières avec affichage de données et des sonnettes d'appel tout près du lit et dans la salle de bain.

L'annexe 2 dresse la liste de l'équipement recommandé pour les chambres de naissance. Le document *Lignes directrices nationales en matière de réanimation néonatale* (ICSI, 1994) explique en détail l'équipement recommandé pour la réanimation néonatale.

SALLE D'OPÉRATION POUR CÉSARIENNES ET AUTRES INTERVENTIONS

La salle d'opération pour césariennes est utilisée non seulement pour les césariennes, mais aussi pour d'autres situations de risque pour la mère ou le bébé, ou lorsqu'on prévoit des complications ou que des complications surgissent. Comme le préconise le *Guide de prévention des infections*, les salles de naissance et d'opération doivent être situées dans un endroit à accès limité dans le même secteur que les chambres de naissance ou près de celles-ci. Les salles d'opération pour césariennes doivent faire au moins 37 mètres carrés (400 pieds carrés), avec une salle de brossage adjacente. La chambre peut avoir un lit muni d'étriers et d'une base rétractable ou un lit de naissance. Il doit y avoir une bouche d'aspiration et une prise d'oxygène distinctes pour la mère et le bébé. L'espace prévu pour la réanimation et les autres soins du bébé doit être aménagé à part, dans la salle d'opération, ou encore dans une pièce contiguë. (Consulter la section sur l'aire de réanimation du nouveau-né à la page suivante.). Toute salle servant de salle d'opération doit contenir, ou permettre d'avoir à portée de la main, l'équipement nécessaire à une salle de naissance en plus de celui indiqué dans la liste de l'annexe 2.

Après une naissance en salle d'opération, il est préférable que la mère et le nouveau-né retournent à la chambre de naissance pour se remettre de l'anesthésie. L'aire de récupération doit être située et conçue de façon à ce que les infirmières puissent facilement surveiller la mère et le nouveau-né.

AIRE DE RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ

La réanimation se fait habituellement dans la chambre de naissance, bien qu'une salle adjacente puisse, au besoin, être désignée pour la réanimation et la stabilisation des nouveau-nés. Si la réanimation se fait dans la chambre de naissance, il faut prévoir une aire assez grande pour procéder adéquatement à la réanimation du bébé sans nuire aux soins prodigués à la mère. La température ambiante de la pièce doit être maintenue entre 22° et 26 °C. Un appareil de chauffage par rayonnement avec servocommande (par ex., une unité néonatale) doit également être en place.

Il faut que l'aire de réanimation soit distincte de celle réservée aux soins à la mère; lorsqu'elle se trouve dans la chambre de naissance, il faut y consacrer une surface d'au moins 3,7 mètres carrés (40 pieds carrés nets). Une salle de réanimation séparée doit faire environ 14 mètres carrés nets (150 pieds carrés nets) et être munie d'un nombre suffisant de bouches d'aspiration, de sorties d'oxygène et d'air comprimé pour la réanimation de jumeaux, et au moins de six prises de courant pour chaque bébé. Pour une salle de réanimation séparée, on doit prévoir en plus une prise de courant pour les appareils à rayons X portatifs.

CHAMBRES MÈRE-ENFANT

Un des principaux objectifs des soins postnatals est la cohabitation de la mère et du bébé. Comme le précise le chapitre 6, dans le contexte des soins mère-enfant, une seule infirmière s'occupe à la fois de la mère et du bébé. Pour ce genre de soins, il faut donc que la mère et le bébé cohabitent. L'infirmière prodiguera donc tous les soins dans cette même pièce, plutôt que dans une pouponnière centralisée.

On recommande d'utiliser des chambres privées pour les soins postnatals mère-enfant. L'aménagement de l'espace doit favoriser une libre circulation autour des lits de la mère et du bébé, et créer un milieu dans lequel la mère peut commencer à s'occuper efficacement d'elle-même et de son bébé. Il est toujours plus facile d'assurer la sécurité des nouveau-nés lorsque les mères et les bébés cohabitent.

On recommande de laisser un espace libre d'au moins 1,2 mètres (4 pieds) entre les lits, et d'au moins 1 mètre (3 pieds) entre le côté d'un lit et tout mur adjacent — pour un minimum de 9 mètres carrés (100 pieds carrés) par lit. Dans une chambre où il y a plus d'un lit, il faut prévoir assez d'espace pour pouvoir atteindre facilement chaque lit sans avoir à déplacer les autres meubles. De plus, il doit y avoir suffisamment d'espace pour

placer un berceau au chevet du lit de la mère et tout le matériel nécessaire aux soins du bébé. Dans une chambre à plusieurs lits, il faut installer des rideaux autour de chaque lit pour protéger l'intimité.

Dans chaque chambre mère-enfant, il devrait y avoir :

- un lit confortable pour la mère;
- un berceau muni d'un espace de rangement (pour les articles nécessaires aux soins du nouveau-né pendant 24 heures);
- une table de chevet;
- un meuble de rangement;
- un fauteuil ou une chaise berçante et un tabouret (pour adopter une position appropriée et favoriser le confort pendant l'allaitement);
- une armoire vestiaire pour ranger les vêtements et les valises;
- une lampe au-dessus du lit;
- une bouche d'aspiration et une bouche de sortie d'oxygène;
- un système de communication;
- un espace de rangement pour la lingerie propre et souillée;
- une horloge murale munie d'une trotteuse;
- une prise téléphonique pour les appels vers l'extérieur;
- un téléviseur pour des émissions éducatives.

Chaque chambre doit être munie d'un lavabo pour se laver les mains. Une salle de bain, avec toilettes et douche, doit aussi être aménagée dans chaque chambre ou dans une pièce adjacente. Il faut aussi y brancher un réfrigérateur et un congélateur pour la conservation du lait maternel.

PETITE POUPONNIÈRE

Puisqu'on s'attend maintenant à ce que la mère et le nourrisson cohabitent et que l'infirmière leur prodigue les soins requis dans leur chambre, il n'est plus nécessaire que toutes les unités postnatales soient équipées d'une pouponnière pleine grandeur. Il faut toutefois prévoir une petite pouponnière pour les nouveau-nés qui, pour différentes raisons, ne peuvent pas demeurer constamment avec leur mère ou doivent demeurer à l'hôpital plus longtemps que celle-ci.

La petite pouponnière doit pouvoir recevoir, en tout temps, jusqu'à 25 p. 100 des bébés dans l'unité. On y retrouve habituellement une aire de traitement. Il faut prévoir un espace libre d'un mètre (3 pieds) entre les berceaux. La zone réservée à chaque berceau doit avoir une surface d'au moins 2,8 mètres carrés (30 pieds carrés).

La petite pouponnière doit avoir :

- une aire de travail désignée pour les examens et les traitements mineurs;
- une aire pour la tenue des dossiers médicaux;
- des cloisons de verre entre la pouponnière et le poste de travail des infirmières pour optimiser la capacité de surveillance du personnel de service.

En outre, la petite pouponnière doit être suffisamment éclairée — au moyen de fenêtres donnant sur l'extérieur ou d'une lumière du jour artificielle — pour permettre l'observation de la coloration de la peau des nouveau-nés. La couleur des murs ne doit pas altérer la coloration des nouveau-nés (par exemple, les murs ne doivent pas être peints en jaune ou en bleu).

Chaque petite pouponnière doit disposer du matériel suivant :

- des berceaux munis d'un espace de rangement pour les articles nécessaires aux soins du nouveau-né pendant 24 heures;
- un lavabo pour se laver les mains — dont les robinets sont activés par le poignet ou le pied — par groupe de quatre à six nouveau-nés;
- une bouche de sortie d'oxygène pour cinq ou six postes néonatals;
- une bouche d'aspiration pour cinq ou six postes néonatals;
- une horloge murale munie d'une trotteuse;
- des chaises berçantes;
- un placard pour ranger la lingerie propre;
- un espace désigné dans la salle d'utilités pour les couches souillées, le linge sale et le matériel dont on s'est servi;
- un espace de rangement (dans la pouponnière ou quelque part dans l'unité) pour le matériel destiné aux nouveau-nés;
- une prise de courant murale double par groupe de deux postes néonatals (on recommande aussi de prévoir des prises de courant pour alimenter les appareils à rayons X portatifs);
- une source d'alimentation électrique d'urgence.

L'annexe 2 donne une liste de tout l'équipement nécessaire pour la petite pouponnière, aussi appelée pouponnière normale.

Dans les premières heures suivant la naissance, moment où l'observation et l'évaluation de la mère et du nouveau-né sont très importantes, le nouveau-né doit idéalement être avec sa mère. Cependant, les bébés qui doivent faire l'objet d'une observation spéciale ou d'une intervention médicale doivent être placés dans une petite unité de soins de transition ou de soins aux nouveau-nés malades; cet espace peut faire partie de la petite

pouponnière. La capacité de cette pièce est déterminée d'après le nombre des naissances dans le centre et la moyenne de la durée du séjour dans l'aire d'observation. On recommande que l'unité des soins de transition soit conçue de façon à réserver une surface d'au moins 3,7 mètres carrés nets (40 pieds carrés nets) par bébé. L'unité des soins aux nouveau-nés malades devrait jouxter les chambres de naissance ou leur être adjacente. On doit y retrouver du matériel de réanimation d'urgence et un système de canalisations pour l'approvisionnement en oxygène et l'aspiration.

AIRES DE SERVICE ET D'UTILITÉS

Il faut prévoir plusieurs aires de service et d'utilités, essentielles au bon fonctionnement des installations pour les soins de la mère et du bébé. Dans de nombreux cas, les membres de la famille et le personnel les utilisent. Ces aires sont décrites à l'annexe 3.

Autres caractéristiques des centres de niveaux II et III

Les centres de naissance de *niveau II* doivent être pourvus des installations et de l'équipement précités avec, en plus :

- les installations et l'équipement requis pour la surveillance électronique (monitorage) de la fréquence cardiaque fœtale (SOGC, 1995);
- une unité de soins néonatals spéciaux.

Les centres de naissance de *niveau III* devraient être pourvus des installations et de l'équipement des niveaux I et II avec, en plus :

- ce qu'il faut pour fonctionner en tant qu'unité de soins intensifs en obstétrique pour traiter les complications obstétricales ou médicales de la grossesse;
- des lits obstétricaux pour effectuer une surveillance invasive à l'étage où se trouvent les chambres de naissance;
- une salle d'opération pour césarienne ou autres interventions pour les hôpitaux qui prévoient 1 000 naissances par année;
- une unité de soins intensifs néonatals.

Les centres de naissance de niveaux II et III doivent aussi avoir un appareil d'échographie portatif à l'étage où se trouvent les chambres de naissance.

Lorsqu'un nouveau-né est admis à l'unité de soins intensifs néonatals, les membres de la famille vivent énormément de stress. Les parents de nouveau-nés prématurés ou malades sont précipités en terrain inconnu en même temps qu'ils se familiarisent avec leur nouveau rôle de parents. Plusieurs d'entre eux avouent s'être sentis dépassés et de trop dans cet environnement de haute technologie, incapables de réconforter leur bébé ou impuissants dans ce milieu. Ces familles ont grand besoin de soutien, d'information et de réconfort (Johnson et coll., 1991). Il est essentiel que les politiques, les pratiques et les programmes axés sur la famille qui existent ailleurs dans l'établissement fassent partie intégrante des soins critiques.

Tableau 10.1 Évaluation d'une unité de soins intensifs néonatals et d'une unité de soins néonatals spéciaux axées sur la famille

- La première impression des familles sur l'unité est-elle positive ?
- Le milieu et l'aménagement de l'unité la rendent-elle accueillante pour les enfants et les familles ?
- Les stimulations inappropriées et excessives sont-elles réduites au minimum ?
- A-t-on pris tous les moyens possibles pour réduire le bruit ?
- L'éclairage est-il adéquat pour les bébés et les intervenants de la santé ? Encourage-t-il les activités normales pendant le jour ?
- L'espace de travail autour des bébés est-il adéquat et accessible, et permet-il au personnel de prodiguer les soins avec efficacité ?
- Les parents disposent-ils d'un espace suffisant pour prendre soin de leur bébé et le dorloter en tout confort ? Existe-t-il des endroits confortables pour les parents (p.ex., des chaises berçantes) ?
- A-t-on prévu des pièces séparées où les familles peuvent se retrouver en toute intimité (pour des interactions quotidiennes, des situations spéciales, l'allaitement et des rencontres avec les professionnels de la santé) ?
- Les familles sont-elles encouragées à aménager l'entourage immédiat de leur bébé pour qu'il soit aussi accueillant que possible ?
- Les téléphones, les salles de bain pourvues de tables à langer, les chambres d'allaitement, les fontaines et les services de restauration sont-ils situés à proximité et faciles à trouver ?
- Existe-t-il des endroits de rangement assurant la sécurité des manteaux et autres effets personnels des familles ?
- Existe-t-il un endroit confortable à proximité de l'unité où les parents peuvent dormir ?
- Les familles ont-elles un endroit pour faire l'apprentissage des nouvelles techniques de soins et recevoir de l'aide ?
- Les familles peuvent-elles être logées avec leur bébé avant que celui-ci ne reçoive son congé ? Y a-t-il une unité où les soins peuvent être prodigués par les parents ? (Swanson, 1998)
- Les parents sont-ils informés des ressources accessibles dans leur région ?

Adaptation de *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals,* Johnson et coll., 1991, p. 416.

La présence des parents est cruciale tant pour leur propre santé et leur propre bien-être que pour ceux du nouveau-né. Non seulement l'attitude du personnel et les politiques et pratiques de l'unité doivent démontrer aux familles qu'elles sont les bienvenues en tout temps, mais il faut aussi prévoir des pièces confortables dans l'unité pour qu'elles puissent se reposer et dormir. Pour évaluer le service fourni, il faut se poser certaines questions, lesquelles sont résumées au tableau 10.1.

Le cadre de l'unité de soins intensifs néonatals et l'approche adoptée pour la prestation des soins doivent être dictés par des principes de *soins de soutien au développement* du bébé. Cette approche multidimensionnelle a été conçue de façon à créer et à maintenir un milieu favorable au développement, à fournir les stimuli sensoriels appropriés à l'âge et à protéger le nourrisson contre des stimulations inappropriées, excessives et stressantes. Fondée sur la théorie synactive du développement, l'approche reconnaît que les bébés communiquent leurs besoins par leur comportement et que chaque nouveau-né doit être évalué de façon individuelle (Als et coll., 1994, 1986; Als, 1982). Les protocoles de soins individualisés qui se retrouvent sous le titre «soutien au développement» comprennent les activités suivantes :

- structurer le cadre physique de manière à réduire l'éclairage et le bruit;
- regrouper les interventions de soins et en déterminer l'ordre;
- placer les bébés dans la position adéquate et les emmailloter;
- inciter les parents et les frères et sœurs à participer aux soins;
- assurer l'uniformité et la continuité pluridisciplinaire des soins;
- donner des soins individualisés au bébé et à la famille (Programme de formation périnatale de l'Est de l'Ontario, 1996).

L'objectif global des soins de soutien au développement est d'optimiser le développement des bébés prématurés, leur bien-être à long terme et leur adaptation à la vie extra-utérine.

La 10e Conférence Ross canadienne en pédiatrie, *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment* (SCP, 1995), a donné lieu à plusieurs recommandations fondées sur des données scientifiques pour faciliter la prestation de soins de soutien au développement dans les unités de soins intensifs néonatals. Les tableaux 10.2, 10.3 et 10.4 présentent leurs recommandations au sujet de l'éclairage et des bruits ambiants, et des soins appropriés aux besoins de développement du bébé.

Tableau 10.2 Lignes directrices pour l'éclairage dans les unités de soins intensifs néonatals

- L'intensité de l'éclairage ambiant doit être surveillée dans les unités de soins intensifs néonatals pour assurer sa conformité aux normes actuelles recommandées en milieu de travail.
- Il faut établir l'intensité minimale d'éclairage qui permet au personnel des unités de soins intensifs néonatals de s'acquitter de ses tâches efficacement et en toute sécurité.
- L'intensité de l'éclairage au niveau du visage du bébé (c.-à-d. dans l'incubateur, le berceau ou sur la table chauffante) doit être mesurée.
- L'éclairage provenant d'une source de lumière non thérapeutique ambiante à longueur d'onde bleue (<500 nm) doit être réduit au minimum à l'intérieur de l'unité de soins intensifs néonatals.
- L'intensité de l'éclairage ambiant dans les unités de soins intensifs néonatals doit permettre à l'enfant de distinguer entre le jour et la nuit, surtout lorsque son congé de l'hôpital approche.
- Une source d'éclairage individualisée doit être utilisée pour chaque enfant dans l'unité de soins intensifs néonatals.

Adaptation de *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics*, Société canadienne de pédiatrie, GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

Tableau 10.3 Lignes directrices pour le niveau de bruit ambiant dans les unités de soins intensifs néonatals

- Chaque unité de soins intensifs néonatals doit procéder à une vérification annuelle de l'intensité des bruits ambiants, durant au moins 24 heures, et plus souvent en cas de changements des niveaux de bruits ambiants ou de l'aménagement de la pouponnière.
- Étant donné que la réduction du niveau de bruit ambiant n'aura vraisemblablement pas d'effet nocif, les unités de soins intensifs néonatals doivent examiner des mesures de réduction du niveau de bruit, notamment la modification des installations physiques et de l'équipement, des horaires du personnel et des activités. Le niveau sonore à l'intérieur des installations des unités de soins intensifs néonatals doit toujours être inférieur à l'intervalle de 65-79 décibels.
- Le niveau sonore dans les unités de soins intensifs néonatals doit toujours être inférieur à celui des normes de santé au travail pour les adultes.
- Lorsque l'on excède le niveau sonore habituel (par ex., lors du transport en hélicoptère), il faut recourir à des méthodes de sécurité efficaces pour protéger les oreilles des bébés.
- Même si le niveau de bruit ambiant doit être modéré, il ne faut pas interdire les sons potentiellement bénéfiques comme la voix des parents.

Adaptation de *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics*, Société canadienne de pédiatrie, GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

Tableau 10.4 Lignes directrices pour les soins appropriés aux besoins de développement du bébé

- Les concepts de « soins appropriés aux besoins du bébé et prodigués dans une perspective familiale » tiennent compte :
  - de l'état clinique du bébé;
  - de son comportement;
  - de son tempérament;
  - de son milieu;
  - de son développement;
  - de sa famille;
  - de réactions aux stimulations positives et négatives (y compris les situations qui présentent des risques et la peinture).
- Il faut également planifier la prestation de soins continus par des soignants compatibles.
- Les concepts précités doivent être intégrés à tout programme de formation du personnel.
- Il faut favoriser l'amélioration des communications entre les familles et les intervenants.
- Il faut concevoir des systèmes qui encouragent la cohérence et la continuité des soins par la réduction du nombre de soignants.
- Il faut instaurer des systèmes pour encourager l'évaluation du comportement du bébé, dans le but d'élaborer des plans de soins individualisés, de réduire l'état de stress (tant de l'enfant que des parents) et de promouvoir un développement optimal.
- Il faut encourager les soignants, les chercheurs et l'industrie à collaborer en vue de promouvoir l'utilisation d'un équipement qui est de toute sécurité pour les bébés et adapté à leurs besoins.

Adaptation de *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics*, Société canadienne de pédiatrie, GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

Dans bien des situations, la mère obtient son congé de l'hôpital avant son enfant et doit parcourir de longues distances pour être avec lui. Des systèmes doivent être mis en place pour satisfaire les besoins des parents et des nouveau-nés en pareils cas. Par exemple, les parents peuvent avoir besoin d'une chambre à l'hôpital, ou dans des installations adjacentes que l'hôpital met à la disposition des parents, ou encore dans d'autres logements situés à proximité. En outre, il se peut qu'il faille transférer le bébé aussitôt que possible dans un établissement près de la demeure des parents (SCP, 1995).

Les unités de soins intensifs néonatals doivent comporter des espaces réservés aux familles. Il est très important que les parents et les bébés disposent d'une pièce tranquille ou d'une pièce de transition où ils peuvent passer de longs moments dans l'intimité. Un mobilier confortable, un accès direct et intime à une salle de bain (avec lavabo et toilettes), un téléphone

permettant de communiquer avec le personnel et un nombre suffisant de sorties des gaz et de prises de courant sont tous des éléments nécessaires. Il faut aussi prévoir une pièce pour que la mère puisse allaiter et utiliser un tire-lait.

Il est souhaitable qu'il y ait des unités réservées aux parents qui donnent les soins à leur bébé; les parents apprennent ainsi à s'occuper de leur enfant avant le congé. Ces unités ont pour but de favoriser la prise en charge des soins par les parents le plus tôt possible, ce qui leur donne confiance en eux et en leurs compétences. On doit inclure les parents dans toute planification et toute prise de décisions relatives aux soins de leur enfant. En outre, les parents doivent avoir accès à certaines installations s'ils décident de rester en permanence auprès de leur enfant. Il faut également élaborer des critères pour l'acceptation des parents dans ces unités de soins, critères qui tiennent compte de la santé et du bien-être de l'enfant (Swanson, 1998).

Exigences en matière d'espace et d'équipement pour les pouponnières de niveaux II et III

Les pouponnières de niveau II, qui doivent se trouver à proximité des chambres de naissance et loin du va-et-vient général de l'hôpital, doivent être dotées des installations et de l'équipement décrits à la section précédente sur les petites pouponnières. Elles doivent également disposer d'un nombre suffisant de berceaux, de tables chauffantes et d'incubateurs pour maintenir la température corporelle, de même que de pompes à perfusion, de moniteurs pour surveiller la fréquence cardiopulmonaire et d'appareils d'aide à la respiration.

Pour les soins intermédiaires néonatals, il faut prévoir une aire couvrant environ 8 mètres carrés (86 pieds carrés) pour chaque poste de bébé, 1,2 mètre (4 pieds) entre les incubateurs, les berceaux ou les tables chauffantes (par rayonnement) et des allées de 1,5 mètre (5 pieds) de large. Chaque poste de bébé requiert également huit prises de courant, deux bouches de sortie d'oxygène, deux bouches de sortie d'air et deux bouches d'aspiration. En outre, la pièce doit être pourvue d'une prise spéciale pour alimenter les appareils à rayons X portatifs. Toutes les prises de courant doivent être reliées au courant régulier et au courant auxiliaire. L'équipement et le matériel pour la réanimation doivent être immédiatement accessibles; il faudrait peut-être, pour cela, le placer sur un chariot d'urgence. Les exigences en matière d'équipement pour les bébés qui ont besoin de soins de niveau II

sont décrites à l'annexe 2. On doit aussi prévoir suffisamment d'espace pour la tenue de dossiers au chevet de chacun des lits.

Dans les pouponnières de niveau III, les aires de soins intensifs néonatals doivent être adjacentes à l'unité de naissance dans les hôpitaux qui disposent de ces installations. L'aire des soins doit être dotée des installations et de l'équipement exigés pour une installation de niveau II. De plus, on doit prévoir un espace libre de 1,8 mètre (6 pieds) entre les incubateurs ou les tables chauffantes (sous une source de chaleur par rayonnement), et les allées doivent avoir 2,4 mètres (8 pieds) de large. Chaque nouveau-né a besoin d'une surface totale de 12 mètres carrés (130 pieds carrés). Chaque poste requiert de douze à seize prises de courant, de deux à quatre bouches d'oxygène, de deux à quatre bouches d'aspiration et de deux à quatre bouches d'air comprimé. Toutes les pouponnières de niveaux II et III doivent avoir un plan détaillé d'évacuation d'urgence, lequel précise l'équipement et le personnel requis. Les exigences en matière d'équipement pour les bébés qui ont besoin de soins de niveau III sont décrites à l'annexe 2.

Besoins en lits : unités de travail et de naissance

Auparavant, le calcul du nombre de pièces requises pour toutes les phases de la naissance s'appuyait sur le rapport suivant : le nombre de naissances, la durée moyenne du séjour et le niveau d'occupation accepté. Aujourd'hui, cependant, chaque unité de naissance doit analyser attentivement les fonctions, les philosophies et les prévisions qui dicteront le type et le nombre de pièces requises.

Une des méthodes de planification est l'analyse approfondie des activités dans chaque type de pièce. Par exemple, les chambres de naissance ne doivent pas servir systématiquement à des soins, comme les tests pour des malades externes, alors qu'une autre pièce pourrait mieux convenir. On recommande l'utilisation de chambres privées pour toutes les phases de la périnatalité jusqu'au congé de l'hôpital.

L'évaluation du nombre de chambres de naissance présuppose une analyse des pratiques existantes en matière de soins. L'analyse doit tenir compte du taux de naissances prévu, du taux de césariennes prévu, du taux d'occupation en tenant compte des hauts et des bas du recensement, du

nombre et du type de naissances avec complications, des centres environnants pour les transferts et de la durée prévue du séjour de la mère pendant toutes les phases de la périnatalité. Voici certaines questions à considérer :

- Quel est le plus grand nombre de naissances possible annuellement ?
- Quelle est la durée du séjour des mères qui ont recours aux services ambulatoires et aux services offerts avant, pendant et après la naissance ?
- Quels sont les taux actuels et prévus pour les césariennes électives et les césariennes non planifiées ?
- Quels sont les taux d'occupation acceptables des pièces pour les différents niveaux de soins ?
- Quels sont les niveaux d'occupation maximale prévus et à quelle fréquence se présentent-ils ?
- Quels partenariats régionaux sont en place pour prodiguer les soins qui ne peuvent l'être dans un centre particulier ? Combien de mères et de bébés seront transférés dans un autre centre de soins ? Combien de mères et de bébés provenant d'autres centres seront admis ?

Une fois les données recueillies, on peut utiliser la formule normative suivante pour calculer le nombre de pièces requises selon le type.

$$\frac{\text{Le nombre d'interventions par client (tenir compte de toutes les activités dans cette pièce)} \times \text{la durée totale du séjour}}{\text{365 jours} \times \text{le pourcentage d'occupation pour ce type de pièce}}$$

Nota : On utilise le nombre d'interventions par client (cas ou activités) plutôt que le nombre de naissances.

Surveillance des lieux de travail et ingénierie

Il existe des lignes directrices pour réglementer les taux acceptables de renouvellement de l'air, les niveaux d'éclairage et les niveaux de bruit provenant d'autres salles. Ces lignes directrices doivent être appliquées soigneusement pour créer un milieu plus familial. La mère doit pouvoir contrôler l'environnement de l'aire de naissance, c'est-à-dire la température et l'intensité de l'éclairage et du bruit.

Plusieurs codes et normes s'appliquent aux installations pour les mères et les bébés. Il faut notamment consulter le Code national du bâtiment du Canada, le code du bâtiment de la province ou du territoire et les normes de l'Association canadienne de normalisation (ACN).

Température ambiante, ventilation et climatisation

Les ingénieurs de l'hôpital doivent surveiller toutes les conditions du milieu. La température optimale suggérée pour les centres de naissance se situe entre 22° et 26 °C. Il faut maintenir l'humidité relative entre 30 et 60 p. 100. Pour tenir compte de l'utilisation de gaz anesthésiques dans les chambres de naissance, il faut prévoir la même fréquence de renouvellement de l'air que dans les salles d'opération (soit de 16 à 20 changements d'air par heure) si on utilise de l'oxyde nitreux.

Cependant, plusieurs facteurs influent sur les lignes directrices recommandées et il faut les prendre en considération. Ces facteurs doivent faire l'objet de discussions avec les ingénieurs mécaniques — le but ultime recherché étant le confort de la mère et du nouveau-né. Par exemple, durant la naissance, l'intensité plus forte de l'éclairage et le plus grand nombre de personnes augmentent la chaleur ambiante de la chambre de naissance; par contre, après la naissance, les activités diminuent et, par conséquent, la température de la pièce baisse.

Alimentation en électricité pour les services

Les normes de l'ACN fournissent des lignes directrices pour l'alimentation et les méthodes d'alimentation en électricité. Une alimentation électrique de secours est nécessaire pour l'équipement essentiel que nécessitent les soins aux bébés dans les pouponnières de niveaux II et III et les salles d'opération pour césariennes. La nécessité d'une alimentation électrique isolée ne fait pas consensus : bien que celle-ci ne soit pas exigée dans les chambres de naissance, elle l'est dans les unités de soins intensifs néonatals et dans les salles d'opération lorsqu'il faut avoir recours à des interventions invasives à l'aide d'appareils électriques. On peut utiliser les codes locaux relatifs au bâtiment et à l'électricité pour déterminer les exigences en matière d'éclairage d'urgence.

Télécommunications

Dans le milieu hospitalier d'aujourd'hui, comme partout ailleurs, le système de télécommunications doit répondre à un nombre croissant de besoins. Les lignes de transmission de données sont nécessaires pour accommoder les réseaux électroniques. Le système d'intercommunication (interphone) peut faire partie du système téléphonique ou peut fonctionner comme entité indépendante. Les systèmes d'appels d'urgence doivent être incorporés dans les systèmes de télécommunications. Les téléphones, utilisés régulièrement par le personnel et les membres de la famille, sont particulièrement utiles en cas d'urgence.

Insonorisation

Le contrôle du bruit est très important dans les centres de naissance. On doit appliquer les lignes directrices suivantes pour réduire le bruit :

- installer des panneaux d'insonorisation à toutes les cloisons;
- insonoriser les partitions jusque sous le plancher;
- munir les portes pleines de joints de caoutchouc;
- installer des ventilateurs ou des chaînes audio dans les chambres de naissance pour masquer les autres bruits;
- utiliser, partout où c'est nécessaire, des matériaux insonorisants ou des surfaces conçues pour atténuer la réflexion du son;
- munir l'équipement mécanique de dispositifs d'amortissement ou d'absorption des vibrations;
- considérer l'installation d'un système de son pour la diffusion d'une musique d'ambiance.

Sélection de matériaux et de produits de finition appropriés

Le choix de matériaux et de produits de finition appropriés peut réduire les coûts à long terme. Il faut se poser les questions suivantes durant le processus de sélection :

- Quelles méthodes et quel équipement utilise-t-on actuellement pour le nettoyage ?
- Quel est le coût de revient du nettoyage au pied carré, y compris l'installation de l'équipement, et le nettoyage et l'entretien réguliers ? Par exemple, y a-t-il du personnel sur place pour enlever les taches sur les tapis ou sur les tissus de recouvrement du mobilier ?

- Quelles sont la résistance et la durée des matériaux ? Peuvent-ils résister aux fréquents nettoyages requis dans les chambres de naissance ? Conserveront-ils leur apparence après tous ces nettoyages ?
- Les matériaux peuvent-ils résister aux produits et aux méthodes de nettoyage utilisés ?
- Les matériaux peuvent-ils résister aux taches de produits chimiques faites lors du travail et de la naissance ?
- La combinaison des matériaux choisis créera-t-elle une ambiance appropriée, propice au travail et à la naissance, tout en étant attrayante ?

L'annexe 4 présente une liste des critères de sélection des matériaux pour les murs, les planchers et les plafonds.

Bibliographie

ALS, H. « Toward a synactive theory of development: promise for assessment and support of individuality », *Infant Mental Health Journal*, vol. 3 (1982), p. 229-243.

ALS, H., G. LAWHORN, E. BROWN, R. GIBES, R. DUFFY, G. McANULTY et coll. « Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome », *Pediatrics*, vol. 78 (1986), p. 1123-1131.

ALS, H., G. LAWHORN, F. DUFFY, G. McANULTY, R. GIBES-GROSSMAN et J. BLICKMAN. « Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant: medical and neurofunctional effects », *Journal of the American Medical Association*, vol. 272, n° 11 (1994), p. 853-858.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Guidelines for Perinatal Care*, 4e éd., Washington, chez les auteurs, 1997.

AMIEL-TISON, C. « Risque neurologique et intervention précoce chez le nouveau-né en unité de soins intensifs », *Réalités pédiatriques*, vol. 26, 1997, p. 37-42.

COLE, J.G., A. BEGISH-DUGDDY, M.L. JUDAS et K.M. JORGENSEN. « Changing the NICU environment: the Boston City Hospital model », *Neonatal Network*, vol. 9, n° 2 (1990), p. 15-23.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF MANITOBA. *Recommended Standards for Hospital Resources Maternal and Newborn Care*, Winnipeg, chez l'auteur, 1994.

DANHAIVE, O. « Le confort de l'enfant ventilé », *Ventilation artificielle chez le nouveau-né et l'enfant*, Devictor, D, P. Hubert et G. Moriette (éd.), Arnette Blackwell, 1997, p. 419-464.

DUNSKY, L.S., R. WESTREICH, M.C. KLEIN, A. PAPAGEORGIOU, M. GELFAND, M. KRAMER et V. ELKINS. « La satisfaction à l'égard de la naissance parmi les couples utilisant la chambre de naissance ou la chambre traditionnelle », *Santé mentale au Québec*, vol. VIII, no 2, autonome 1983, p. 47-54.

FANAROFF, A.A. *1997 Year Book of Neonatal and Perinatal Medicine*, St. Louis (MO), Mosby, 1997.

HANSON, J.L., B.H. JOHNSON, E. SEALE JEPPSON, J. THOMAS et J.H.HALL. *Hospitals Moving Forward with Family-Centered Care*, Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care, 1994.

HARRISON, H. « The principles for family-centred neonatal care », *Pediatrics*, vol. 92 (1993), p. 643-650.

HODNETT, E.D. « Home-like versus conventional birth settings », (Cochrane Review) dans The Cochrane Library, parution n° 2, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales en matière de réanimation néonatale*, Ottawa, chez l'auteur, 1994. Publié aussi

en anglais sous le titre *National Guidelines for Neanatal Resuscitation*, Canadian Institute of Child Health.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. *Designing for Child Health: Newborn Intensive Care*, Bethesda (MD), chez l'auteur, 1995.

JOHNSON, B.H., E. SEALE JEPPSON et L. REDBURN. *Caring for Children and Families: Guidelines for Hospitals*, Bethesda (MD), Association for the Care of Children's Health, 1991.

LEQUIEN, P., et al. « L'environnement du prématurissime. Les 10 premiers jours de vie », *Médecine Infantile*, vol. 6, 1990, p. 461-466.

McNIVEN, P.S., J.I. WILLIAMS, E. HODNETT, K. KAUFMAN et M.E. HANNAH. « An early labor assessment program: a randomized, controlled trial », *Birth*, vol. 25, n° 1 (1998), p. 5-10.

NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES. *Infant Developmental Care Guidelines*, Washington, chez l'auteur, 1993.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Developmentally Supportive Care*, Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1996.

ROSS LABORATORIES. *Hospital Environments for Newborn Special Care*, Columbus (Ohio), Ross Products Division, Abbott Laboratories, 1993.

SIZUN, J., et coll. « Peut-on améliorer le pronostic neuro-intellectuel et comportemental des enfants nés prématurément par une modification de leur environnement ? », *Arch Pédiatr*, 1998 (sous presse).

SIZUN, J., C. MAMBRINI et TU-AHN TRAN. « Réduire le stress du nouveau-né prématuré par un programme individualisé : l'expérience du NIDCAP », Sixième Journée *La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?*, UNESCO, Paris, 13 novembre 1998. Organisation Direction Générale de la Santé, Association ATDE. Source : base de données Pediadol.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). *Supplément français à la 10e Conférence Ross canadienne* intitulée *Optimizing the Neonatal Intensive Care Environment, Report on the Tenth Canadian Ross Conference in Paediatrics* (Le document original est en anglais seulement), GCI Communications, Ed., Montréal, Abbott Laboratories, 1995.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES. *Lignes directrices en matière d'anesthésie*, Ottawa, chez l'auteur, 1989. Publié aussi en anglais sous le titre *Guidelines to the Practice of Anaesthesia*, Canadian Anaesthetists Society.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Surveillance fœtale pendant le travail », *Le Journal SOGC*, vol. 17, n° 9 (1995), p. 859-901. Publié aussi en anglais sous le titre « Fetal health surveillance in labour », *The SOGC Journal*.

SWANSON, L. « Home is where the hospital is for London preemies », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, vol.159, p.158-159.

ANNEXE 1

Processus de planification

TERMINOLOGIE ET PROCESSUS DE PLANIFICATION

Les définitions suivantes des principaux volets du processus de planification montrent comment ces volets s'inscrivent dans le cadre des soins à la mère et au nouveau-né. Les définitions peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Étude du rôle : définit le rôle de l'établissement et, en termes génériques, la gamme des services à offrir. Le rôle des services de soins à la mère et au nouveau-né est habituellement défini à ce stade ou lors de l'élaboration d'un plan régional (par ex., des niveaux I, II ou III). Il faut y retrouver le nombre de lits, de berceaux et d'employés par spécialité.

Plan stratégique : remplace habituellement l'étude du rôle, tout en ayant des composantes similaires. Le plan stratégique définit la mission, la vision, les orientations stratégiques et les buts de l'établissement.

Programme directeur : fournit une évaluation, pour chaque service de l'hôpital, des répercussions de l'orientation future de l'hôpital sur la portée des services qu'ils offrent, sur leur charge de travail et leurs activités, sur les exigences techniques relatives aux principaux éléments d'aménagement des pièces et de superficie de chaque service de l'hôpital.

La capacité de l'établissement de modifier les installations pour prodiguer des soins dans une perspective familiale est évaluée au moment de l'élaboration du plan directeur. À ce stade, on détermine la gamme des services actuels et futurs et, selon les exigences provinciales ou territoriales, les besoins en matière de ressources (p. ex., dotation en personnel) et d'installations.

Plan directeur : décrit et illustre au moyen de graphismes les répercussions du programme directeur sur le développement ou l'aménagement des installations et fournit une stratégie d'utilisation continue de réaménagement ou d'agrandissement des immeubles.

L'emplacement futur, la configuration générale et l'accessibilité des services de soins à la mère et au nouveau-né sont décrits comme une

composante de l'immeuble lors de l'élaboration du plan directeur ou conceptuel. Il est essentiel, à cette étape de l'examen d'ensemble, de tenir compte des soins à la mère et au nouveau-né dans le contexte d'autres services hospitaliers et des contraintes de l'immeuble.

Programme fonctionnel : décrit en détail une activité de soins de santé proposée, dresse le plan des systèmes opérationnels qui s'y rattachent et évalue les ressources requises (p.ex., dotation en personnel, installations) pour un seul élément fonctionnel ou pour un centre complet. En tant que préalable essentiel à un projet d'immobilisation, cette étape sert de lien entre la planification opérationnelle et la mise en œuvre.

Une fois le projet d'immobilisation approuvé, il faut élaborer un programme fonctionnel pour le service des soins à la mère et au nouveau-né. Ce programme explique en détail les fonctions proposées, les procédures opérationnelles, les activités, la dotation en personnel, les considérations de conception et l'aménagement des locaux, la superficie de chaque pièce ou aire, et la superficie brute du service ou de l'aire fonctionnelle. Le programme fonctionnel sert d'assise à la planification de l'architecture et de la construction, et à toute planification subséquente. Il sert également à communiquer les intentions au personnel de l'hôpital et à d'autres organismes. Dans plusieurs provinces, le programme architectural ou d'aménagement de l'espace se fait séparément.

PROCESSUS ARCHITECTURAL OU DE CONCEPTION

Une fois que les volets précités sont en place, le processus architectural ou de conception peut commencer. Il comporte six grands volets : le prédesign, la définition du concept (ou étude de définition), l'avant-projet détaillé, les dessins d'exécution, l'appel d'offres et la construction. Ces six étapes doivent être réalisées dans cet ordre, et chacune dépend de la réalisation des volets précédents.

Au cours du *stade du prédesign,* on confirme le programme fonctionnel, et les installations existantes sont examinées. Tous les principaux intervenants y participent, y compris le personnel et les familles. Par la suite, on dresse le budget, on crée l'équipe du projet et on précise les responsabilités de chacun de ses membres. Finalement, l'échéancier du projet est déterminé.

La *définition du concept* comprend l'élaboration d'un rapport sur l'esquisse de l'unité. Ce rapport comprend les concepts préliminaires en matière

d'espace et de systèmes mécaniques et électriques, l'évaluation des coûts et le devis préliminaire pour les matériaux de construction. On recommande de préparer des contre-projets et de les étudier à fond. Il faut définir et examiner les besoins de la dotation en personnel pour faire les esquisses préliminaires, et déterminer les budgets opérationnels.

L'objectif de *l'avant-projet détaillé* est de produire un plan détaillé de tous les éléments de l'unité (fonctions, pièces). Le plan détaillé tient compte de différents éléments : occupants, aménagement intérieur, fonctions, besoin d'intimité, accessibilité, besoins en ameublement et en équipement permanents, matériaux et finitions, besoins de rangement, sécurité, éclairage, gaz médicaux et besoins énergétiques réguliers et de secours. Tous les éléments, pour chaque fonction, doivent être passés en revue avec des groupes d'utilisateurs.

Les *dessins d'exécution* et le devis définissent le projet avec une précision qui permet de procéder à un appel d'offres et à la construction. Des devis complets et précis réduisent les possibilités de malentendus, assurent une construction conforme aux prévisions et aident à limiter les coûts imprévus.

L'hôpital et l'architecte émettent ensuite un *appel d'offres* à un groupe de candidats approuvés et choisissent l'*équipe chargée de la construction.*

Adaptation de Agnew Peckham Health Care Consultants and Parkin Architects.

ANNEXE 2

Équipement de diverses pièces

Équipement de la chambre de naissance

Certains articles peuvent être rangés à l'extérieur de la pièce et y être apportés au besoin.

- appareils ultrasoniques portatifs pour auscultation fœtale (par ex., par Doptone, par effet Doppler — submersibles)
- thermomètre
- sphygmomanomètre
- stéthoscope et fœtoscope
- gants d'examen, lubrifiants
- équipement de perfusion
- chariot pour le transport des médicaments pour l'anesthésie, les épidurales et les cas d'urgence
- chariot contenant
  - des cuvettes et des instruments stérilisés
  - un plateau pour instruments (instruments pour une naissance vaginale normale, pour la réparation de déchirures ou pour une épisiotomie; instruments servant aux urgences obstétricales)
  - de la literie, des chemises d'hôpital, etc.
- solution antiseptique pour le brossage
- équipement pour l'administration d'oxygène (canules nasales, masques)
- serviettes hygiéniques obstétricales et piqués
- plateau pour les instruments de cathétérisme
- équipement pour examen par spéculum
- table chauffante pour le nouveau-né
- instruments et tables de travail
- table Mayo
- porte-cuvettes
- lampe d'examen à portée de la main
- tabouret pour l'intervenant qui assiste la naissance
- pèse-bébé (d'accès facile)
- incubateur de transport et équipement
- matériel pour une naissance vaginale à l'aide d'instruments

Équipement de la salle d'opération pour césariennes

(en plus de l'équipement requis dans une chambre de naissance)

- forceps
- ventouse

- plateau pour l'anesthésie locale
- médicaments — analgésiques, ocytociques
- équipement pour l'anesthésie (consulter les lignes directrices en matière d'anesthésie de la Société canadienne des anesthésistes)
- équipement pour un curetage de l'utérus

Équipement de la pouponnière normale

- équipement de réanimation d'urgence du nouveau-né (consulter ICSI, 1994)
- incubateur
- médicaments pour les nouveau-nés (conformément aux lignes directrices du Programme national de réanimation)
- substituts du plasma (conformément aux lignes directrices du Programme national de réanimation)
- stéthoscope pédiatrique
- pèse-bébés
- lampe d'examen
- table chauffante
- oxymètre de pouls
- saturomètre

ANNEXE 3

Aires de service pour les soins en périnatalité

- salle familiale, aires privées réservées à l'allaitement
- bureau d'administration
- poste des infirmières
- aires pour la tenue des dossiers
- salle de conférence
- locaux réservés à la formation du personnel et des familles permettant un accès facile au matériel documentaire
- salon et vestiaire pour le personnel et salles de repos avec lits (pour les employés sur appel)
- une ou des salles d'examen et de traitement
- endroit de rangement de sécurité pour les médicaments
- aire de nettoyage des instruments
- aire et équipement nécessaires pour le nettoyage des bassines
- bain tourbillon ou à jets d'air, ou douche facilement accessible (s'il n'y en a pas dans chaque chambre)
- cuisine pour les familles et le personnel
- espace de rangement
- utilités pour la lingerie propre et souillée
- aires de brossage
- bibliothèque pour les familles et le personnel

Équipement pour les soins aux bébés — niveaux II et III

Au chevet de chaque lit

- incubateur, table chauffante, berceau[1]
- stéthoscope
- moniteur cardiorespiratoire (mesure — invasive de la tension artérielle)
- appareil d'aspiration, y compris des cathéters
- ballon et masque pour ventilation
- cabinet/chariot/tiroir de rangement des fournitures (p.ex., bandelettes réactives pour la détection du glucose) et des articles personnels, y compris ceux fournis par les parents

Dans chaque unité[1]

- unités de photothérapie
- lampe chauffante portative
- lumières d'examen (sauf s'il y en a près de chaque lit)

1. Le nombre exact varie selon les besoins de la collectivité.

- ventilateurs, mélangeurs d'oxygène
- analyseurs d'oxygène, oxymètres, moniteurs de PO_2 transcutanés
- moniteurs de CO_2 transcutanés de fin d'expiration/saturomètres
- bonbonnes d'oxygène portatives pour évacuation d'urgence
- incubateurs de transport (et équipement)
- pompes à perfusion intraveineuse
- ophtalmoscope, otoscope, lampe de transillumination
- pèse-bébés, pèse-couches
- tire-lait électriques, congélateur pour conserver le lait
- réfrigérateur pour médicaments
- chariot pour instruments de réanimation
- équipement pour ventilation manuelle (dans les cas d'une défaillance de la pression du gaz ou d'une évacuation d'urgence)
- plateaux et matériel pour les interventions (p. ex., pour accès intravasculaire, drains thoraciques)
- manuels et matériel éducatif à l'intention des parents et du personnel
- analyseur de gaz sanguins (dans l'unité ou tout près, pour des résultats en cinq minutes)
- chariots de rangement, tables à instruments, selon les besoins

De plus, il faut prévoir de l'équipement et du matériel de rechange.

ANNEXE 4

Critères de sélection des matériaux

Tableau A4.1 Critères de sélection des revêtements de sol et des matériaux de base

- facteurs de résistance à l'eau et d'absorption
- facteurs de résistance au glissement et facteurs de sécurité
- facteurs de confort pour le personnel qui travaille debout durant de longues heures
- facteurs de confort pour les patients — chaleur
- propreté et apparence de propreté (les taches font mauvaise impression)
- belle apparence
- durabilité
- facteurs de résistance aux dommages et aux marques causés par l'équipement et les chariots

Tableau A4.2 Critères de sélection des revêtements muraux

- couleur — doit permettre au personnel d'évaluer la coloration de la peau du patient (surtout du nouveau-né)
- facilité d'entretien et de nettoyage (voir les commentaires du tableau 1)
- qualités visuelles et esthétiques
- coût
- résistance aux dommages causés par les chariots et l'équipement (considérer l'installation de rampes sur les murs et de pare-chocs)
- reflet de la lumière — un fini lustré peut créer un reflet nuisible pour les yeux du nouveau-né; un fini mat de couleur foncée absorbe trop de lumière et nécessite trop d'éclairage artificiel
- motifs ou coloris unis

Tableau A4.3 Critères de sélection des revêtements de plafond

- absorption du son
- absorption des odeurs/facilité de nettoyage
- intégration de l'équipement électrique et mécanique dans le faux-plafond
- coût
- reflet de la couleur et de la lumière
- belle apparence
- facilité d'accès au faux-plafond pour la réparation de l'équipement

Documents d'accompagnement

Il existe un nombre substantiel de documents importants qui peuvent compléter les présentes lignes directrices. Les organismes devraient s'assurer d'avoir ces documents à leur disposition sur place.

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

- *The Cochrane Library*
  Base de données d'études systématiques: Pregnancy and Childbirth Group (module de la grossesse et de la naissance); Neonatal Group (module des soins néonatals).
  Base de données électronique fournissant des données sûres sur les effets des interventions en matière de soins de santé. Abonnements annuels offerts sur disquette pour Windows de 3½ pouces ou sur CD-ROM.
- *Infobanque des GPC*
  L'Infobanque des GPC (guides de pratique clinique) permet d'accéder à plus de 300 guides de pratique clinique

Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario)
K1G 3Y6
Tél.: (613) 731-9331
http://www.cma.ca/cpgs/

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

- *Partir du bon pied: directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*
  Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1998
- *Partir du bon pied — Guide pour la grossesse et l'accouchement*
  Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1998
- Lignes directrices, énoncés de politique et opinions de comités de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
774, Echo Drive
Ottawa (Ontario)
K1S 5N8
Tél. : (613) 730-4192
Sans frais : 1-800-561-2416
Téléc. : (613) 730-4314
http://www.sogc.medical.org

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE

- Documents de principes de la Société canadienne de pédiatrie
- Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases (rapport du comité sur les maladies infectieuses)
  American Academy of Pediatrics

Société canadienne de pédiatrie
2204, Walkley Road, pièce 100
Ottawa (Ontario)
K1G 4G8
Tél. : (613) 526-9397
Téléc. : (613) 526-3332
http://www.cps.ca

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DU COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT

- *Déclaration sur l'allaitement, 1996*

Comité canadien pour l'allaitement
C.P. 65114
Toronto (Ontario)
M4K 3Z2
Téléc. : (416) 465-8265
Courriel : bfc@istar.ca
http://www.geocities.com/HotSprings/Falls/1136

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DE L'INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE

- *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*
  Institut canadien de la santé infantile, 1996
- *Lignes directrices nationales en matière de réanimation néonatale*
  Institut canadien de la santé infantile, 1994

Institut canadien de la santé infantile
384, rue Bank, Suite 300
Ottawa, Ontario
K2P 1Y4
Tél. : (613) 230-8838
Téléc. : (613) 230-6654
http://www.cich.ca

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DE SANTÉ CANADA

- *Nutrition pour une grossesse en santé: Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
- *Dodo sur le dos* (brochure)
  Santé Canada, la Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile, la Société canadienne de pédiatrie
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
- *Dodo sur le dos* (affiche)
  Santé Canada, la Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile, la Société canadienne de pédiatrie
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
- *Déclaration conjointe sur la réduction du risque de syndrome de mort subite du nourrisson au Canada*
  Santé Canada, la Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile, la Société canadienne de pédiatrie
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

- *10 bonnes raisons pour allaiter*
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
- *10 précieux conseils pour allaiter avec succès*
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
- *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*
  Énoncé du groupe de travail mixte : Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
- *Le point sur l'allaitement au Canada*
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
- Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997
- *Allaitement maternel : Bibliographie choisie et recueil de documentation*
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997
- *Déclaration conjointe sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus*
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1996
- Série d'affiches sur l'allaitement
  Santé Canada, 1994-1996
- Soutien à l'allaitement maternel
  Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1991

Publications, Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366
http://www.hc-sc.gc.ca

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DES ÉDITIONS DU GOUVERNEMENT DU CANADA

- *Programme d'aide postnatale aux parents : Guide de mise en œuvre*
  Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1989
- *Programme d'aide postnatale aux parents : Manuel de référence*
  Ministre d'Apprivisionnements et Services Canada, 1993

- *Programme d'aide postnatale aux parents : Questionnaire et feuillets d'information à l'intention des parents*
  Ministre d'Apprivisionnements et Services Canada, 1995

Les Éditions du gouvernement du Canada
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0S9
Tél. : (819) 956-4800 or 1-800-635-7943
Téléc. : (819) 994-1498 or 1-800-565-7757
Courriel : publications@tpsgc.gc.ca
http://publications.tpsgc.gc.ca

OUVRAGES DISPONIBLES AUPRÈS DE LA FONDATION CANADIENNE SUR L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ INFANTILE

- *Sudden Infant Death Syndrome Sleeping Position Information for Health Professionals, 2000*

Fondation canadienne sur l'étude de la mortalité infantile
586, avenue Eglinton Est, pièce 308
Toronto (Ontario)
M4P 1P2
Tél. : 1-800-END-SIDS (363-7437)
www.sidscanada.org/sids.html

Index

A

accouchement, *voir* Naissance, Travail
acide folique, *voir* Nutrition
ACQ, *voir* Amélioration continue de la qualité
Activité physique
  avant la conception, 3.19, 3.20
  pendant la grossesse, 4.21, 4.22
Adaptation postnatale, 6.32–6.35, *voir aussi* apprentissage postnatal sous Éducation
Admission à l'hôpital, 5.13, 5.14, 9.12
Adolescence, grossesse à l', 4.33
  éducation sexuelle, 3.8
Adoption, 8.9
Agonistes et travail, 5.23
Alcool, 3.16, 3.17, 4.20
Alcoolisme fœtal, *voir* Syndrome
alimentation, *voir* Nutrition
Alimentation durant le travail, 5.17, 5.18
Allaitement, 7.5, 7.16–18, 7.39, 7.49–52
  arrêt ou continuité de l'allaitement, 7.29–32
  bébé prématuré, 7.25, 7.26
  contre-indications médicales, 7.13
  décision d'allaiter, 7.9, 7.10
  difficultés possibles, 7.23
  documentation, 7.6, 7.7
  encouragement à l'allaitement, 7.12, 7.14–16
  examen des seins, 7.12–14
  extraction et conservation du lait, 7.53–56
  faits sur l'allaitement, 7.8
  ictère néonatal, 7.23, 7.24
  mythes sur l'allaitement, 7.10, 7.11, 7.20, 7.21
  pendant les premiers jours, 7.14, 7.51
  politiques institutionnelles et communautaires, 7.7
  position, 7.15, 7.16
  prise de médicament, 7.27, 7.28
  retour au travail, 5.31, 5.32
  raisons médicales pour supplément, 7.24, 7.25
  régime alimentaire de la mère, 7.19, 7.20
  services de soutien, 7.33
  sevrage, 7.32
  signes à observer, 7.16, 7.17, 7.51
  substitut du lait maternel, 7.9, 7.12, 7.40
ALPHA (formulaire), 4.55–57
Amélioration continue de la qualité, 5.57, 5.58
aménagement, *voir* Équipement et installations
Anesthésie épidurale, 5.24, 5.25, 5.27
Anomalie congénitale, 8.9, 8.19
Asphyxie fœtale, 2.48
Augmentation mammaire, 7.13
Autopsie, 8.21
Avortement thérapeutique, 8.9

C

calcium, *voir* Nutrition
Césarienne, 5.33–35
  équipement, 10.33
  évaluation postnatale et soins, 6.30, 6.31
  installations, 10.10, 10.13
  taux, 5.33, 5.34
Chambre de naissance, 5.7
cholémie, *voir* Ictère néonatal
Circoncision, 6.19
Cliniques
  d'allaitement, 6.38
  de suivi postnatal, 6.37
Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, 7.40
Complications
  installations, 10.13
  pendant le travail et la naissance, 5.26, 5.27
  de la grossesse, 4.26, 4.27

postnatales, 6.52, 6.53
chez la mère, 6.24, 6.25
chez le nouveau-né, 6.25–30
Conditions environnementales, 3.18, 3.19, 4.22
substances toxiques, 3.19, 4.22
Congé de l'hôpital
critères, 7.22
suivi, 7.22
Consultation prénatale, 4.8
formation prénatale, 4.28
soins continus, 4.25–27
Contact mère-enfant, 5.28, 5.29, 6.6, 6.7, 7.15
installations, 10.14, 10.15
Continuité des intervenants, 5.11
Cordon ombilical et peau, 6.18, 6.19
Counseling avant la conception, 3.24–26
counseling génétique, 3.27
couple, *voir* Parents
cours prénataux, *voir* Éducation
Curetage chirurgical, 8.18

D

décès, *voir* Mortalité périnatale
Dépistage
postnatal, 6.19–21
prénatal, 4.11, 4.12, 4.48–51
Dépression postnatale, 6.22, 6.23
Dépression respiratoire, 5.23
Déshydratation du nouveau-né, 6.26, 6.27, 6.29
Détresse respiratoire, 6.25, 6.26
deuil, *voir* Mortalité périnatale
Diversité de la population, 1.6, 3.6, 3.7
décès et deuil, 8.20, 8.21
diversité ethnique, *voir* Diversité de la population
Documentation
guide d'évaluation, 7.47, 7.48
Dossier de santé, 2.35
Dossier prénatal, 4.8, 4.9
collecte de données, 4.9, 4.10
exemple, 4.46, 4.47
transfert et transport, 9.10, 9.11, 9.15, 9.19, 9.20
Dotation, exigences minimales, 2.22–31
Douleurs
pendant la grossesse, 4.61–63
pendant le travail, 5.21
méthodes naturelles de contrôle, 5.21–23
méthodes pharmacologiques de contrôle, 5.18, 5.23–26
Drogues et substances psychoactives, 3.17, 3.18, 4.20, 4.22
Durée du séjour à l'hôpital
incidences sur l'allaitement, 7.21–23
Dystocie, 5.29, 5.30

E

Échographie, 4.53, 8.19
Éducation
apprentissage postnatal, 6.14–17, *voir aussi* Adaptation postnatale
formation prénatale, 4.28–32, 6.31, 6.32
matériel éducatif, 2.37
perfectionnement et formation professionnels, 2.11, 2.12, 2.16, 2.22, 2.35, 2.36, 2.38, 3.7, 5.17, 6.11
deuil et décès, 8.24, 8.25
principes d'apprentissage, 2.36
Endométrite postnatale, 6.24, 6.25
environnement, *voir* Conditions environnementales
épidurale, *voir* Anesthésie épidurale
Épisiotomie, 5.26, 5.27
équilibre hydro-électrolytique, *voir* Déshydratation du nouveau-né
Équipement et installations
équipement, 10.33–36
ingénierie, 10.24–27, 10.37
centres de niveau 2 et 3, 10.17–22
équipement, 10.35, 10.36
pouponnière, 10.22, 10.23
installations pour les soins en périnatalité, 10.9, 10.10, 10.35
planification, 10.6, 10.7, 10.30–32
réanimation, 10.7–9

installations pour les soins en périnatalité
unité de travail et de naissance, 10.11–15, 10.33
besoins en lits, 10.23, 10.24
pouponnière, 10.15–17, 10.22, 10.34
Érythromycine, 6.12
ESP, *voir* Évaluation psychosociale
Évaluation de la santé
avant la conception, 3.24–27
pendant la grossesse, 4.10–12, 4.48–54
période postnatale, 6.52, 6.53
mère, 6.7, 6.8, 6.14–17, 6.24, 6.25, 6.33
nouveau-né, 6.9, 6.10, 6.17, 6.18, 6.30, 6.34, 6.50
complications courantes, 6.25–30
Évaluation des soins, 1.13, 2.39–41
Évaluation psychosociale
après la naissance, 6.15, 6.16, 6.21–24, 6.51
avant la conception, 3.12
deuil périnatal, 8.8–12
pendant la grossesse, 4.12–14
formulaire ALPHA, 4.55–57
exercice, *voir* Activité physique

F

famille (soutien), *voir* Participation familiale
Fausse couche, 8.8, 8.18, 8.19, 8.33, *voir aussi* Mortalité périnatale
fer, *voir* Nutrition
formation prénatale, *voir* Éducation
formation professionnelle, *voir* Éducation
formulaire ESP, *voir* Évaluation psychosociale

G

Gestion active du travail, 5.30, 5.31
volets, 5.30
soutien psychosocial, 5.30
Grossesse, *voir* Soins pendant la grossesse
Guide alimentaire canadien, 4.22, 4.23
Guide d'activité physique, 3.24

H

Hémorragies postnatales, 6.8, 6.24
Hôpital ami des bébés
conditions, 7.5, 7.46
mise en œuvre, 7.41–45
Hydratation durant le travail, 5.17, 5.18
hyperbilirubinémie, *voir* Ictère néonatal
Hypoglycémie, 6.26

I

Ictère néonatal, 6.27, 6.28, 7.23, 7.24
Immunisation du nouveau-né, 6.19
Indicateurs d'adaptation postnatale, 6.32–35
Induction du travail, 5.32, 5.33, 5.54–56
Infection puerpérale, 6.24
Infirmière
exigences selon les niveaux I, II et III, 2.23–30
responsabilités, 2.23
rôle pendant le travail, 5.9, 5.10
soins de soutien, 5.16, 5.17
installations, *voir* Équipement et installations
Initiative des hôpitaux amis des bébés, 7.41–45
Intervenants en santé
continuité des soins, 5.11
perfectionnement et formation professionnels, *voir* Éducation
rôle (principes dans une perspective familiale), 1.10–12
soins avant la conception, 3.5, 3.6, 3.17, 3.18
Intervention médicale, 5.26, 5.27, 5.31
équipement, 10.33
installations, 10.13
Intervention pharmacologique, *voir* Douleur pour interventions pendant le travail et la naissance sur le nouveau-né, 6.12, 6.13
Intoxication, 6.29, 6.30

L

lien mère-enfant, *voir* Contact mère-enfant
Lieu de naissance, 5.6, 5.7
  naissance à la maison, 2.11, 2.12, 5.6
  recommandations, 5.7
Ligue La Leche, 6.38

M

Maison de naissance, 2.10
Maison et travail (retour), 6.31–35, 7.30–32, 7.57, 8.23
Maison, naissance à la, 2.10, 2.11
maladie, *voir* Évaluation de la santé
malaise, *voir* Douleurs
Malformations du tube neural, 3.22, 3.23
matériel, *voir* Équipement et installations
Médecin, sage-femme
  exigences selon les niveaux, 2.23, 2.25–28, 2.30, 2.31
Médicaments
  pendant l'allaitement, 7.27, 7.28
Milieu de travail ami des mères, 7.58
monitoring fœtal, *voir* Surveillance de la santé fœtale
Mortalité périnatale, 8.5, 8.6, 8.8, *voir aussi* Fausse couche
  deuil périnatal, 8.8, 8.9, 8.11, 8.20
    évaluation des besoins, 8.10, 8.12, 8.20
    guide de l'intervenant, 8.33–41
    rôle de l'intervenant, 8.13–16, 8.29
    tâches du deuil, 8.11
  diversité religieuse et culturelle, 8.20, 8.21
  droits de l'enfant, 8.6
  droits des parents, 8.7
  formation de l'intervenant, 8.24, 8.25
  groupes d'entraide parentale, 8.27
  incinération, enterrement, funérailles, 8.17, 8.21–23
  lectures complémentaires, 8.42
  lois
    autopsie, 8.21
    enterrement et incinération, 8.22
    retour au travail, 8.23
    transport, 8.22, 8.23
  organismes, 8.46, 8.47
  ressources pour les parents, 8.30, 8.31, 8.46, 8.47
  soutien au personnel, 8.24, 8.25
  soutien de la collectivité, 8.25–31
  souvenirs du bébé, 8.17
  tâches spécifiques du personnel, 8.33, 8.41
mortinatalité, *voir* Mortalité périnatale
Mutilation des organes génitaux, 3.13, 3.14

N

Naissance, *voir aussi* Niveau I, II et III
  contact mère-enfant, 5.28, 5.29
  deuxième phase de travail, 5.27
  troisième phase de travail, 5.29
Narcotiques pendant le travail, 5.23, 5.24
Niveau I
  Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats, 2.22–24
  soins postnatals, 2.24, 2.25
Niveau II
  équipement, 10.35, 10.36
  installations, 10.17–22
  pouponnière, 10.22
  soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats, 2.25, 2.26
  soins néonatals, 2.27, 2.28
  soins postnatals, 2.26, 2.27
Niveau III
  équipement, 10.35, 10.36
  installations, 10.17–22
  pouponnière, 10.23
  soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats, 2.28
  soins néonatals, 2.29–31
  soins postnatals, 2.28, 2.29
Nutrition, 3.20, 3.21, 4.22, 4.23, 4.25, 4.58–60
  acide folique, 3.22, 3.23, 4.23, 4.59, 4.60

acides gras, 4.23, 4.60
alimentation durant le travail, 5.17, 5.18
allaitement, 7.19–21
guide d'évaluation de la nutrition du nourrisson, 7.47, 7.48
raisons médicales pour suppléments, 7.24–27, 7.30
avant la grossesse, 3.20, 3.21
calcium, 3.21, 4.23, 4.58, 4.59
fer, 3.22, 4.23, 4.59
recommandations alimentaires, 3.21
vitamine A, 3.23
vitamine D, 3.21, 4.23, 4.58, 4.59
vitamines, 4.23, 4.60
Nutrition pour une grossesse en santé, 3.23, 4.23

O

OMS, *voir* Organisation Mondiale de la Santé
Ophtalmie gonococcique, 6.12
Organisation Mondiale de la Santé, 7.5
Oxyde nitreux, 5.24

P

Parents (de l'enfant)
qualité de la relation, 3.12
soutien du conjoint, 4.15, 4.16
violence et agression, 3.12, 3.13
Participation communautaire
appel à la communauté, 1.19
milieu scolaire, 3.8, 3.10
services et programmes, 2.10, 6.35–43, 7.18, 7.19, 7.33
support pour deuil et décès, 8.25–27
groupes d'entraide parentale, 8.27–31
Participation familiale
comité, 1.18, 2.13
incitation à la participation, 1.15, 1.16, 1.18
pendant le travail, 5.11
Partir du bon pied, 4.11
Partogramme, 5.30
Personnel, exigences, 2.21
infirmière, 2.23–30
médecin et sage-femme, 2.23–30
niveau I, 2.22–25
niveau II, 2.25–28
niveau III, 2.28–31
ratio personnel/patient, 2.22, 2.24, 2.27, 2.29
réanimation néonatale, 2.21, 2.22
soins paramédicaux, 2.26–28, 2.31
transport, 9.7
perte périnatale, *voir* Mortalité périnatale
Plan de naissance
avantages, 5.8
exemple, 5.51–53
Poids de la mère
avant la conception, 3.24
pendant la grossesse, 4.24
Positions de la mère au cours du travail et de la naissance, 5.18, 5.19
Pouponnière, 10.15–17, 10.22, 10.34
Prélèvement du sang, cuir chevelu, 5.19, 5.20
Prématurité, 7.25, 7.26, 8.9, 8.19
PRN, *voir* Réanimation néonatale
Programmes de soins, 2.12–14
administration, 2.33
avant la conception
diffusion de l'information, 3.8–10
hôpital ami des bébés
conditions, 7.5, 7.46
mise en œuvre, 7.41–45
mission, 2.12
politiques d'organisation, 2.14
politiques et procédures, 2.34
Programmes de soutien communautaire, *voir* participation communautaire
Psychose postnatale, 6.23, 6.24

R

Ratio personnel / patient
niveau I
soins durant le travail et la naissance, 2.22
soins postnatals, 2.24

niveau II
soins néonatals, 2.27
niveau II
soins néonatals, 2.29
Réanimation néonatale, 6.10, 6.11
installations, 10.14
personnel, 2.21, 2.22
Réduction mammaire, 7.13
Réforme de la santé, 1.6
Régionalisation des services, 2.6–12
définition d'une région, 2.8
description, 2.6
groupe consultatif, 2.9
modèles des programmes, 2.8
soins à la naissance, 2.10, 2.11
soins communautaires, 2.10
soins primaires, 2.10

S

SAF, *voir* Syndrome de l'alcoolisme fœtal
sage-femme, sage–femme, *voir* Médecin
santé mentale, *voir* Évaluation psychosociale
santé physique, *voir* Évaluation de la santé
Santé, réforme, 1.6
SCSP, *voir* Système Canadien de Surveillance Périnatale
Seins, examen, 7.12–14
Septicémie, 6.29
Services auxiliaires, 2.32
Sevrage, 7.32
Sexualité pendant la grossesse, 4.16, 4.17
Société des obstétriciens et gynécologues
lignes directrices *Partir du bon pied*, 4.10, 4.11
dépistage, 4.10, 4.11
surveillance de la santé fœtale, 5.19, 5.20
Soins
lignes directrices, 2.15
périodes, 2.7
Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale
lignes directrices
but, 1.7
contenu, 1.7, 1.8
historique et contexte, 1.5–7
principes directeurs, 1.9–14
Soins avant la conception
besoins, 3.7
évaluation de la santé, 3.24–27
principes, 3.5, 3.6
programmes de soins, 3.8–10
rôle de l'intervenant, 3.6
voir aussi Activité physique, Conditions environnementales, Drogues, Nutrition, Tabagisme
Soins durant la grossesse
antécédents prénatals, 4.9, 4.10
détermination des risques, 4.11
complications, 4.26, 4.27
dossier prénatal, 4.8, 4.9, 4.46–47
évaluation continue, 4.25, 4.26
évaluation psychosociale, 4.12–22
examen physique, 4.10
malaises, 4.26, 4.27, 4.61–63
nutriments à surveiller, 4.23
nutrition, 4.22–25
poids, 4.24
signes d'un travail prématuré, 4.27
soins continus, 4.25–27
test de dépistage, 4.12
Soins durant le transport, 9.11, 9.12
Soins durant le travail et la naissance, et soins postnatals immédiats
allaitement, 7.14–18
continuité des soins, 5.11
contrôle et intervention, 5.21–27
diagnostic, 5.12
évaluation initiale, 5.13
participation familiale, 5.11
personnel, niveau I, 2.22–24
personnel, niveau II, 2.25, 2.26
personnel, niveau III, 2.28
principes, 5.5
rôles des intervenants, 5.9, 5.10
soins à l'arrivée, 9.12
soins à la mère, 6.7, 6.8, 6.14–17
soins de soutien pendant le travail, 5.14–17, 5.21, 5.22
soins du nouveau-né, 6.9, 6.10, 6.17–21, 6.43, 6.44
Soins durant le travail et la naissance, soins postnatals et néonatals (lignes directrices)

niveau I, 2.16–18
niveau II, 2.18, 2.19
niveau III, 2.19, 2.20
Soins néonatals
équipement et installations, 10.17, 10.18, 10.19–22
niveau II, 2.27, 2.28
niveau III, 2.29–30
Soins paramédicaux
soins néonatals, 2.28, 2.31
soins postnatals, 2.26, 2.27
Soins postnatals
indicateurs d'adaptation postnatale, 6.32–35
niveau I, 2.24, 2.25
niveau II, 2.26, 2.27
niveau III, 2.28, 2.29
soins mère-enfant, 6.13, 6.14
besoins fondamentaux, 6.5, 6.6
objectifs, 6.5
soins immédiats, 6.6
soins postnatals immédiats, *voir* Soins durant le travail et la naissance et soins postnatals immédiats
Soins prénatals
continuité des soins, 4.7
examen des seins, 7.12–14
liste des intervenants, 4.6
prestations, 4.5, 4.6
principes, 4.5
visites prénatales, *voir* Consultation prénatale
Soins prénatals ambulatoires (lignes directrices)
niveau I, 2.15
niveau II, 2.15, 2.16
niveau III, 2.16
soutien communautaire, *voir* Participation communautaire
Soutien social, 3.11, 4.7, 4.13–15
pendant le travail, 5.14–17, 5.21, 5.22
Stimulation du travail, 5.31, 5.54–56
Stress, 3.11, 4.15
Suivi après le congé, 6.37, 6.38
Surveillance de la santé fœtale, 5.19–21
Syndrome de l'alcoolisme fœtal, 3.16, 4.20
Syndrome du troisième jour, 6.21
Système canadien de surveillance périnatale, 2.46, 2.47

T

Tabagisme, 3.14–16, 4.18–20
ressources, 3.34
Technologie, 2.40, 2.41
Tire-lait, 7.54, 7.55
Transport, 9.5–8
dossier, 9.10, 9.11, 9.15, 9.19, 9.20
matériel requis, 9.23, 9.24
personnel, 9.7
plan, 9.9–11
programmes régionaux, 9.6, 9.7
soins, 9.11, 9.12
transfert, 9.8
transport de retour, 9.16
transport néonatal, 9.13, 9.14, 9.21, 9.22
plan de transport, 9.14–16
Travail
diagnostic, 5.12, 5.13
évaluation de la progression, 5.17
évaluation initiale, 5.13, 5.14
hydratation, 5.17, 5.18
mesures de confort, 5.21–23
positions de la mère, 5.18, 5.19
travail, retour de la mère, *voir* Maison et travail (retour)

U

UNICEF, 7.5
hôpital ami des bébé, 7.41–45

V

Violence et agression, 3.12, 3.13, 4.17–19
vitamine, *voir* Nutrition