



CHAPITRE 3

SOINS PENDANT LA GROSSESSE



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

- Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Chapter 3: Care during pregnancy

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

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

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

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020

Date de publication : janvier 2020

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

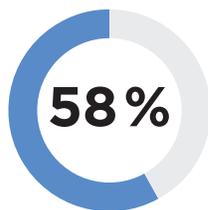
IMPRIMÉ Cat. : HP15-30/3-2019F **PDF** Cat. : HP15-30/3-2019F-PDF Pub. : 190248
ISBN : 978-0-660-32077-9 ISBN : 978-0-660-32076-2

CHAPITRE 3

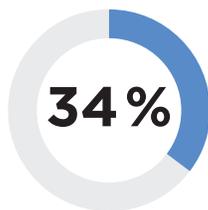
SOINS PENDANT LA GROSSESSE

LA GROSSESSE AU CANADA

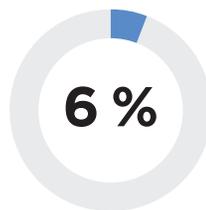
Les femmes reçoivent la majorité de leurs soins prénataux de :



Obstétricien



Omnipraticien



Sage-femme



COURS PRÉNATAUX

66 % de toutes les mères primipares suivent des cours prénataux



NIVEAU DE PARTICIPATION

73 % des mères canadiennes ont déclaré être très satisfaites du niveau de leur participation dans la prise de décisions portant sur leurs soins durant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que le postpartum



MALADIE CHRONIQUE

27 % des grossesses sont touchées par une maladie chronique



SANTÉ MENTALE

16 % des femmes ont reçu un diagnostic de dépression ou ont été traitées avec des antidépresseurs avant d'être enceintes



MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

59-66 % des femmes utilisent des médicaments sur ordonnance pendant la grossesse

67 %

des femmes utilisent des médicaments en vente libre pendant la grossesse



VIOLENCE CONJUGALE

6-8 % des femmes enceintes sont victimes de violence



NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

85 % des femmes enceintes ont des nausées et des vomissements



TROUBLES THYROÏDIENS

3 % des femmes enceintes sont atteintes d'hypothyroïdie

<1 % des femmes enceintes sont atteintes d'hyperthyroïdie



DIABÈTE GESTATIONNEL

5 % des femmes ont reçu un diagnostic de diabète sucré de la grossesse



USAGE DE SUBSTANCES

11 % des femmes fument la cigarette tous les jours ou à l'occasion durant les trois derniers mois de leur grossesse

11 % des femmes boivent de l'alcool pendant leur grossesse

1 % des femmes consomment des drogues illégales pendant leur grossesse

Pour les références, voir le chapitre 2 : Soins préconception, chapitre 3 : Soins pendant la grossesse et chapitre 4 : Soins pendant l'accouchement et à la naissance, dans : Agence de la santé publique du Canada, *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales*. Ottawa (Ontario) : ASPC; 2018/2019.



L'EXPÉRIENCE DE GROSSESSE DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

Les femmes qui reçoivent hâtivement et régulièrement des soins prénataux obtiennent généralement de meilleurs résultats de santé.

Toutes les femmes au Canada n'ont pas un accès égal aux soins prénataux. Certaines d'entre elles – y compris de nombreuses Autochtones et leur famille, ainsi que nombre de femmes et leur famille vivant dans des zones rurales ou éloignées – peuvent ne pas toujours avoir accès à un professionnel de la santé (PS) formé en soins prénataux.

Les PS sont conscients que la grossesse est un état de santé et un processus physiologique normal – ainsi qu'un événement important dans la vie d'une femme et de sa famille. Tous les soins doivent être fondés sur les besoins uniques de la femme et de sa famille.

Principales recommandations des soins dans une perspective familiale :

- Accueillir favorablement les personnes de soutien de la femme enceinte et les prendre en compte dans tous les points de services;
- Discuter en utilisant un langage fondé sur le respect, l'inclusion et l'acceptation;
- La prise de décisions partagée est fondée sur le principe voulant que l'autodétermination de la femme soit une composante essentielle des soins, et il s'agit d'un processus qui requiert une collaboration entre la famille et son PS. Prendre le temps de déterminer les besoins personnels, psychosociaux, éducatifs, physiques, spirituels et culturels uniques de la femme et de sa famille;
- Avoir conscience de l'influence de la culture sur les besoins uniques, les espoirs et les attentes des femmes durant leur grossesse. Chaque famille est unique. Elle adapte ses traditions culturelles et pratiques à ses propres expériences et besoins, et elle interprète la culture des soins de santé dans ce contexte. Les PS voudront en être informés et évaluer chaque situation au cas par cas;
- Tous les efforts doivent être déployés pour que la continuité des soins soit effectuée par le même PS ou la même équipe soignante. Lors de chaque visite prénatale, il convient que les PS demandent aux femmes de faire part de leurs questions, d'inquiétudes et de besoins courants, et de consigner cette information. De cette façon, ils pourront contribuer à assurer des soins continus lorsque d'autres PS seront appelés à intervenir durant la période prénatale, lors de l'accouchement ou après la naissance du nouveau-né;
- Le lieu où sont offerts les soins prénataux ainsi que leur organisation peuvent être des facteurs critiques qui déterminent si une femme opte ou non pour de tels soins, ou si elle y a accès. L'emplacement et l'organisation des services doivent donc être planifiés de façon à éviter le plus possible que ces facteurs constituent des obstacles aux soins.

REMERCIEMENTS

AUTEURE PRINCIPALE

Brenda Wagner, M. D., FRCS(C), CCPE

Agente d'accréditation de la Vancouver Coastal Health
Directrice médicale du programme régional – Maternité
Vancouver (Colombie-Britannique)

AUTEURES COLLABORATRICES

Anne Biringer, M. D., CCMF, FCMF

Directrice de médecine familiale sur les soins de maternité
Centre Ada and Slight Family
Hôpital Mount Sinai
Professeure agrégée de médecine familiale et communautaire
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Angela Bowen, inf. aut., Ph. D.

Professeure
Collège des sciences infirmières
Université de Saskatchewan

Pina Bozzo, B. Sc. S.

Coordinatrice Motherisk
Programme Motherisk, Division de pharmacologie clinique et toxicologie
Hôpital pour enfants malades
Toronto (Ontario)

Wee-Shian Chan, M. D., M. Sc., FRCPC, FACP

Professeure clinique
Université de Colombie-Britannique
Chef, Département de médecine
Responsable, Médecine obstétrique
Hôpital et Centre de santé pour femmes de la C.-B.
Vancouver (Colombie-Britannique)

Sherri Di Lallo, inf. aut., M. N.

Gestionnaire/Chef d'équipe
Programme de santé autochtone Awasisak
Hôpital pour enfants Stollery
Edmonton (Alberta)

Lisa Graves, M. D.

Professeure de médecine familiale et communautaire
École de médecine Homer Stryker M.D. de l'Université de Western Michigan
Kalamazoo (Michigan), É.-U.

Louise Harvey, inf. aut., B. Sc. inf., M.G.S.S.

Analyste principale des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Cathy Harness, S.-F. aut.

Sage-femme inscrite
Chef de pratique
Sage-femmerie JoySpring
Sherwood Park (Alberta)

Lisa Keenan-Lindsay, inf. aut., B. Sc. inf., M. N., PNC (C)

Professeure de soins infirmiers
École de sciences infirmiers
Collège Seneca
Toronto (Ontario)

Dawn Kingston, inf. aut., M. Sc., Ph. D.

Professeure
Présidente provinciale, santé mentale périnatale
Hôpital Lois Hole pour femmes
Faculté de soins infirmiers
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Adèle Lemay

Consultante en programmes
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Caroline Maltepe, B. A.

Coordinatrice
Programme Motherisk, Division de pharmacologie clinique et toxicologie
Hôpital pour enfants malades
Toronto (Ontario)

Lynn M. Menard, inf. aut., B. Sc. inf., M. A.

Chef d'équipe
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Nan Okun, M. D., FRCSC, M. Sc. S.

Chef de division, Médecine foeto-maternelle
Université de Toronto
Division Médecine foeto-maternelle
Hôpital Mount Sinai
Toronto (Ontario)

Anna Pupco, M. D.

Programme Motherisk, Division de
pharmacologie clinique et toxicologie
Hôpital pour enfants malades
Toronto (Ontario)

Kate Robson, M. Ed.

Coordonnatrice UNSI auprès des parents
Centre Sunnybrook des sciences de la santé
Membre du conseil d'administration
Fondation pour bébés prématurés canadiens
Représentante
Réseau consultatif canadien sur la famille
Toronto (Ontario)

EXAMINATEUR

Carley Nicholson, R. D., M. S. P.

Analyste des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)



TABLE OF CONTENTS

1	PARTICIPATION DE LA FAMILLE ET PRISE DE DÉCISIONS	2
1.1	PARTICIPATION DU CONJOINT ET AUTRES PERSONNES DE SOUTIEN	2
1.2	PRISE DE DÉCISIONS PARTAGÉE	3
2	CONSIDÉRATIONS CULTURELLES	3
2.1	SOINS AUX FEMMES AUTOCHTONES	5
3	ORGANISATION DES SOINS PRÉNATAUX	7
3.1	FOURNISSEURS DE SOINS PRÉNATAUX	7
3.2	CONTINUITÉ DES SOINS	8
3.3	FRÉQUENCE DES VISITES PRÉNATALES	8
3.4	DURÉE DES VISITES PRÉNATALES	9
3.5	TYPES DE SOINS PRÉNATAUX	9
3.6	LIEU DES VISITES PRÉNATALES	11
3.7	RECENSION DES SOINS - DOSSIER PRÉNATAL	11
4	SOINS CONTINUS	13
4.1	ÉVALUATION DU RISQUE	13
4.2	SANTÉ MENTALE	15
4.3	EXAMEN PHYSIQUE	18
4.4	TESTS DE DÉPISTAGE, ÉPREUVES DE LABORATOIRE OU AUTRES EXAMENS	20
4.5	ASPECTS LIÉS AU MODE DE VIE	20
4.6	VACCINATION ET IMMUNISATION	21
4.7	MALAISES COURANTS DURANT LA GROSSESSE	22
4.8	SIGNES ET SYMPTÔMES PRÉOCCUPANTS ET CEUX ASSOCIÉS AU TRAVAIL PRÉMATURÉ	22
4.9	NUTRITION PRÉNATALE, SALUBRITÉ DES ALIMENTS ET SUPPLÉMENTS NUTRITIFS	25
4.10	MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE	27
4.11	MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE	29
4.12	USAGE DE SUBSTANCES	29
4.13	POIDS SANTÉ	32
4.14	SÉCURITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL	33
4.15	SEXUALITÉ PENDANT LA GROSSESSE	34
4.16	ACTIVITÉ PHYSIQUE	35
4.17	VIOLENCE CONJUGALE	36

5	SOINS PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE	37
5.1	ANTÉCÉDENTS	38
5.2	NAUSÉES ET VOMISSEMENTS	39
5.3	EXAMEN PHYSIQUE COMPLET	40
5.4	ÉCHOGRAPHIE ET DÉPISTAGE PRÉNATAL	41
5.5	ÉPREUVES DE LABORATOIRE	43
6	SOINS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE	43
6.1	ÉCHOGRAPHIE ENTRE LA 18 ^e ET LA 22 ^e SEMAINE	43
6.2	DÉPISTAGE DU DIABÈTE GESTATIONNEL	44
6.3	ÉPREUVE DE TRAVAIL APRÈS CÉSARIENNE	44
7	SOINS PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE	45
7.1	MOUVEMENTS DU FŒTUS	45
7.2	ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE	46
7.3	DÉPISTAGE D'UNE INFECTION À STREPTOCOQUES DU GROUPE B	46
8	PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT ET PLUS ENCORE	47
8.1	LIEU D'ACCOUCHEMENT PRÉVU	47
8.2	COURS PRÉNATAUX ET ÉDUCATION PRÉNATALE	49
8.3	PLANS DE NAISSANCE	52
8.4	PARTICIPATION DE LA FRATRIE À LA NAISSANCE	54
8.5	QUAND SE RENDRE À L'HÔPITAL (OU AU CENTRE DE NAISSANCE) OU APPELER LE PS	54
8.6	ALLAITEMENT	55
8.7	PRÉPARATION À LA PARENTALITÉ	55
9	FACTEURS IMPORTANTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION	58
9.1	PRÉSENTATION DU SIÈGE	58
9.2	ÉPREUVE DE TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS UNE CÉSARIENNE	59
9.3	SURVEILLANCE DE LA SANTÉ FŒTALE	59
9.4	ENTRETIEN SUR LE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL	60
10	SITUATIONSPARTICULIÈRES	61
10.1	SOINS POUR LES FAMILLES LGBTQ2	61
10.2	FEMMES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE	62
10.3	PERTE DE GROSSESSE	62
10.4	NAISSANCE PRÉMATURÉE	63
10.5	FEMMES ATTEINTES D'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	63

10.6	GROSSESSE MULTIPLE	64
10.7	FEMMES ATTEINTES DE TROUBLES MÉDICAUX SOUS-JACENTS	66
10.8	FEMMES PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS DE GROSSESSE	67
10.9	FEMMES AYANT SUBI UNE MUTILATION/EXCISION GÉNITALE FÉMININE	68

CONCLUSION

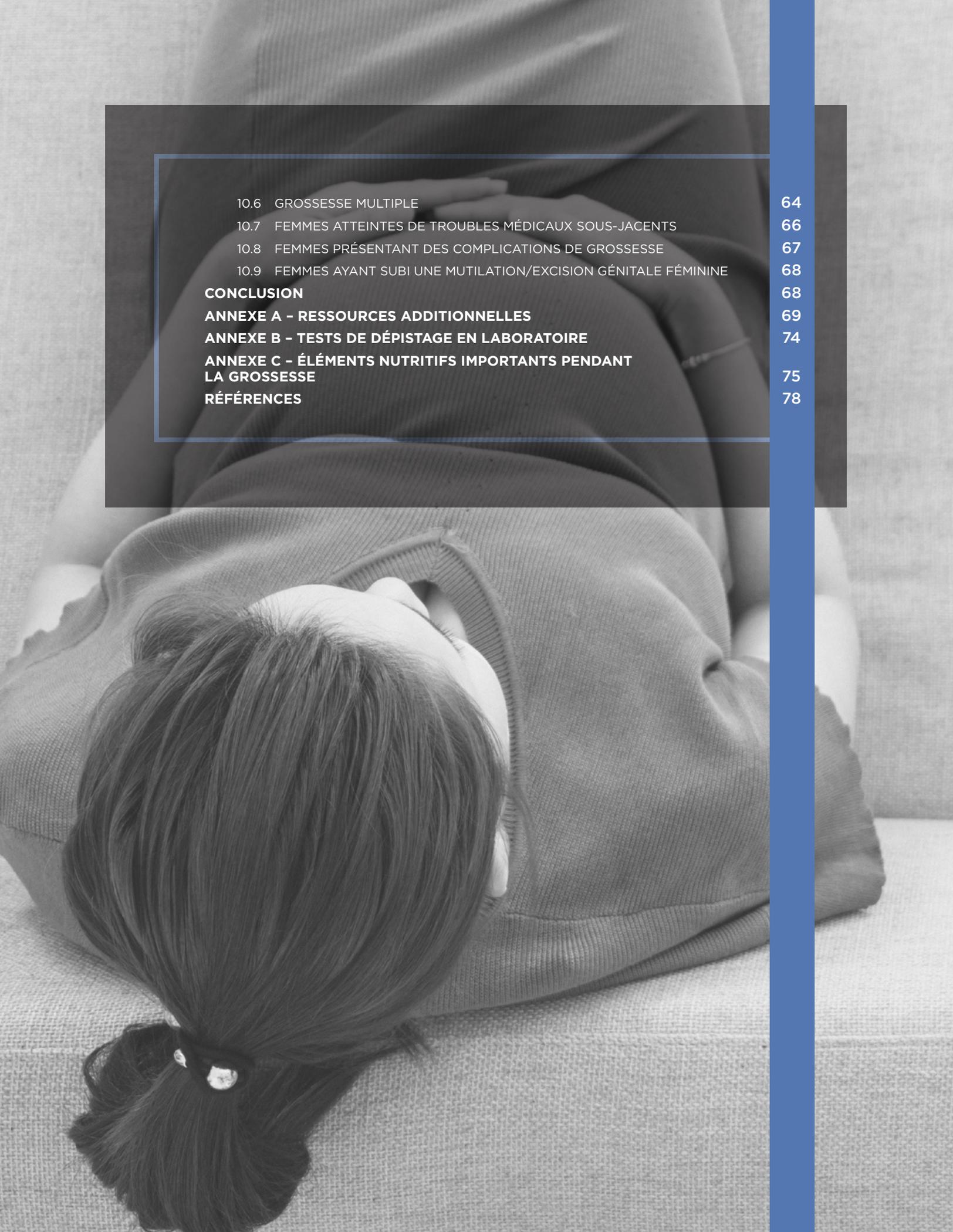
ANNEXE A - RESSOURCES ADDITIONNELLES

ANNEXE B - TESTS DE DÉPISTAGE EN LABORATOIRE

**ANNEXE C - ÉLÉMENTS NUTRITIFS IMPORTANTS PENDANT
LA GROSSESSE**

RÉFÉRENCES

64
66
67
68
68
69
74
75
78



Les femmes qui reçoivent hâtivement et régulièrement des soins prénataux obtiennent généralement de meilleurs résultats de santé¹⁻⁴. Les soins prénataux agissent sur la santé des femmes et des nouveau-nés de façons complexes, qui dépendent de nombreux facteurs. Malgré la tendance à assimiler les soins prénataux réguliers à de bons résultats de santé, les femmes qui accèdent à de tels soins ont tendance à jouir d'une plus grande sécurité financière et à souvent bénéficier d'un solide réseau de soutien social⁵.

Toutes les femmes au Canada n'ont pas un accès égal aux soins prénataux. Certaines d'entre elles – y compris de nombreuses Autochtones et leur famille, ainsi que nombre de femmes et leur famille vivant dans des zones rurales ou éloignées – peuvent ne pas avoir accès à un professionnel de la santé (PS) formé en soins prénataux. De plus, les immigrantes et les réfugiées peuvent faire face à des obstacles liés à la culture, à la langue et aux finances⁶. L'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* (ECEM) a révélé que les jeunes femmes (de 15 à 19 ans) étaient plus enclines à recevoir des soins prénataux plus tardivement que les femmes plus âgées. Les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ou vivant dans des conditions de faible revenu étaient aussi plus susceptibles de tarder à recevoir des soins⁷. Des approches axées sur la population ou la collectivité en matière de soins prénataux sont nécessaires pour permettre un accès équitable aux soins de santé.

Conformément aux principes des soins dans une perspective familiale pendant la grossesse :

- Les PS sont conscients que la grossesse est un état de santé et un processus physiologique normal – ainsi qu'un événement important dans la vie d'une femme et de sa famille. Tous les soins doivent être fondés sur les besoins uniques de la femme et de sa famille.
- Les femmes et leur famille prennent des décisions éclairées en ce qui concerne leurs soins. Pour ce faire, elles doivent être parfaitement informées et pouvoir discuter de façon ouverte et transparente avec leur PS.

La prise de décisions partagée devrait être la norme dans le contexte des soins donnés pendant la grossesse, indépendamment des risques éventuels associés à la grossesse. Pour une prise de décisions partagée, il faut que le PS puisse s'engager et jouer un rôle actif, et que des soins personnalisés soient assurés en fonction des circonstances et des besoins de la femme et de sa famille.

- Dans le cadre de leur pratique, les PS fondent leurs décisions sur les données probantes du jour, tout en étant conscients des lacunes dans la recherche et des limites de la pratique factuelle. Conformément aux données probantes issues de la recherche, les PS sont encouragés à soutenir le processus physiologique normal de la grossesse – et toute intervention doit présenter des avantages connus et être acceptable pour la femme enceinte et sa famille.



> RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES SUR SOINS PENDANT LA GROSSESSE : VOIR ANNEXE A



1

PARTICIPATION DE LA FAMILLE ET PRISE DE DÉCISIONS

1.1 PARTICIPATION DU CONJOINT ET AUTRES PERSONNES DE SOUTIEN

Dans le contexte des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (SMNPF), il convient d'accueillir favorablement les personnes de soutien de la femme enceinte et de les prendre en compte dans tous les points de services. Les femmes qui disposent d'un large réseau de soutien social s'adaptent mieux aux changements et au stress de la grossesse et des débuts de la maternité que celles qui ne bénéficient pas d'un tel réseau. Le réseau de soutien de la femme peut comprendre son conjoint, sa famille immédiate ou élargie, ses amis, sa collectivité, une compagne de maternité (ou doula) ou un conseiller spirituel. En général, les femmes choisissent des personnes de soutien qui, à leur avis, favoriseront leur bien-être physique, émotionnel et social et qui pourront renforcer leur sentiment d'appartenance et de sécurité. À l'inverse, les femmes disposant d'un soutien social inadéquat peuvent se sentir isolées. Le manque de soutien social peut également être associé à la violence conjugale et à la dépression postpartum⁸.

Il importe que les PS déterminent si une femme peut compter sur un réseau de soutien social ou si elle est socialement isolée pendant la grossesse, l'accouchement et les débuts de la maternité. Une partie importante d'une telle évaluation consiste à aider la femme à élargir ses options de soutien. Pour ce faire, il est possible de lui fournir de l'information imprimée ou électronique sur la façon de faire participer son conjoint, sa famille ou ses amis ainsi que sur les programmes et services communautaires. Les femmes ne disposant pas d'un soutien social adéquat doivent être encouragées à se joindre à un réseau social qui répondra à leurs besoins – et même à créer un tel réseau. Les PS peuvent contribuer à cet égard en se tenant au courant des services offerts dans le milieu.

Si la femme a un conjoint, celui-ci peut aussi avoir des besoins psychologiques, affectifs et physiques particuliers à combler par rapport à une transition réussie vers la parentalité⁹. Il est également important que les PS trouvent aussi des moyens d'inclure et de soutenir le conjoint¹⁰.



Les femmes qui disposent d'un large réseau de soutien social s'adaptent mieux aux changements et au stress de la grossesse et des débuts de la maternité que celles qui ne bénéficient pas d'un tel réseau.

1.2 PRISE DE DÉCISIONS PARTAGÉE

La prise de décisions partagée est fondée sur le principe voulant que l'autodétermination de la femme soit une composante essentielle des soins. Il s'ensuit que les PS doivent soutenir cet objectif. La prise de décisions partagée comprend les éléments suivants :

1. L'explication du droit de choisir;
2. la description des options;
3. l'aide aux familles pour déterminer les préférences et prendre des décisions.

Pour prendre des décisions partagées, il convient de disposer de suffisamment de latitude et de temps; pour certains problèmes cliniques, cela pourrait exiger des échanges s'étendant sur plus d'une visite prénatale. Il s'agit d'un processus qui requiert une collaboration entre la famille et son PS, ce qui se reflète dans les principes des SMNPF.

Il peut arriver que les PS reçoivent en consultation des familles dont les valeurs diffèrent profondément de leur propre modèle de soins et des normes acceptées en matière de soins de maternité fondés sur des données probantes. Or, l'objectif des soins demeure la prise de décisions partagée. L'atteinte de cet objectif dépend de l'établissement d'une relation ouverte et de confiance fondée sur le partage d'information de façon claire et non biaisée et de l'aide apportée à la femme afin qu'elle détermine et communique ses préférences.

Lorsqu'il est impossible de parvenir à une décision commune et que les préférences de la femme ne correspondent pas au code d'éthique ou au champ d'activité du PS ou risquent de nuire à sa propre sécurité ou à celle du bébé, diverses options de médiation s'imposent : obtenir un second avis, recourir aux conseils d'un spécialiste en éthique dans les établissements de soins de santé ou proposer un renvoi vers un autre PS.



2 CONSIDÉRATIONS CULTURELLES

La population canadienne est diversifiée sur le plan ethnique et culturel. Il est essentiel d'avoir conscience de l'influence de la culture sur les besoins uniques, les espoirs et les attentes des femmes durant leur grossesse. Les femmes de différentes cultures peuvent être nées au Canada ou nouvellement arrivées au pays, et peuvent donc être plus ou moins influencées par leurs antécédents culturels. Les PS ont donc tout intérêt à comprendre les origines de ces femmes – déterminer si elles sont de nouvelles arrivantes, leur lieu de naissance, le nombre d'années de vie au Canada et leur réseau de soutien¹¹.

La plupart des immigrantes doivent surmonter des obstacles lorsqu'elles s'établissent dans leur nouveau pays, et de nombreux problèmes peuvent agir sur leur santé lorsqu'elles reçoivent des soins pendant la grossesse et la période prénatale :

- Ces femmes peuvent se sentir isolées de l'ensemble de la société.
- Elles peuvent tout ignorer du système de santé canadien et des mesures de soutien offertes; ou encore, le système peut leur sembler étranger en raison de leurs valeurs, croyances et pratiques culturelles.



- Ces femmes peuvent avoir des attentes différentes de celles des PS.
- Il est possible qu'elles ne partagent pas la même langue que les PS sur place et que leur collectivité n'ont pas accès à des services de traduction ou à des soins de santé adaptés aux différences culturelles¹².

On entend par compétence culturelle – ou sensibilisation et sensibilité culturelles – « les connaissances et compétences interpersonnelles permettant aux PS de comprendre les personnes de culture différente de la leur, de les apprécier et de travailler avec elles. Cela nécessite une conscience et une acceptation des différences culturelles, une conscience de soi, une connaissance de la culture du patient et une adaptation des compétences^{13,14}. »

La compétence culturelle suppose le respect, la valorisation des différences, l'inclusivité et le maintien de l'équité. Offrir des soins compétents sur le plan culturel signifie préserver la dignité. Cela est essentiel pour obtenir des résultats positifs et sains¹¹. Pour fournir des soins compétents sur le plan culturel, les PS doivent évaluer les croyances, valeurs et pratiques des femmes et de leur famille ainsi que les leurs¹¹. La sécurité culturelle s'étend au-delà de la simple prise de conscience et de la reconnaissance

des différences, elle prend en compte les déséquilibres du pouvoir, la discrimination institutionnelle et les facteurs historiques¹⁵. La clé de la sécurité culturelle : savoir cultiver l'autoréflexion, ainsi que le respect et une atmosphère de confiance réciproque¹⁶.

Communiquer avec les familles provenant de différents milieux culturels peut constituer un défi – cela va au-delà de la simple traduction de mots et nécessite de comprendre les variations subtiles dans leur signification, le style, le volume et les gestes¹⁷. Il est important de trouver le meilleur interprète possible selon la situation. Cette personne doit pouvoir garantir la confidentialité des renseignements personnels et, idéalement, posséder des compétences linguistiques spécialisées en santé. Il n'est donc pas recommandé d'utiliser comme interprètes les enfants ou autres membres de la famille.

Chaque famille est unique. Elle adapte ses traditions culturelles et pratiques à ses propres expériences et besoins et interprète la culture des soins de santé dans ce contexte. Les PS voudront en être informés et évaluer chaque situation au cas par cas. Même s'ils peuvent ne pas être d'accord avec toutes les pratiques culturelles, il est important de respecter les besoins et décisions des familles.

Consultez le guide *Giving Birth in a New Land: Strategies for Service Providers Working with Newcomers* (Meilleur départ) pour connaître des stratégies particulières visant à promouvoir la prestation de soins prénataux axés sur la famille et adaptés sur le plan culturel. Ce guide peut également aider les PS à prendre part à un dialogue avec les femmes et leur famille afin de déterminer leurs valeurs et croyances, ainsi que l'influence de celles-ci dans le contexte d'une grossesse¹⁸.

QUESTIONS FAVORISANT LA COMMUNICATION SUR LES VALEURS ET LES CROYANCES

Si des familles sont au Canada depuis peu, demandez-leur quel est leur lieu de naissance, depuis combien de temps elles sont au pays et quels sont leurs systèmes de soutien.

Pour vous assurer que les femmes ont l'occasion d'exprimer leurs besoins, vous pouvez leur poser les questions suivantes :

- Quelle est la différence avec les soins de santé dans votre pays d'origine ou selon votre culture?
- Selon votre famille et vous-même, que devez-vous faire pour rester en bonne santé pendant la grossesse?
- Que pouvez-vous faire ou ne pas faire pour améliorer votre santé et celle de votre bébé?
- Avez-vous des croyances au sujet de la grossesse que j'ai intérêt à connaître?
- Avez-vous des croyances, pratiques et rituels religieux entourant la grossesse et l'accouchement?
- Y a-t-il des aliments particuliers que vous pouvez manger ou boire (ou qu'il vous est interdit de manger ou de boire) durant la grossesse?
- Y a-t-il des remèdes maison que vous pouvez prendre pendant la grossesse?
- Qui souhaitez-vous faire participer à la prise de décisions?

D'après Meilleur départ – *Giving Birth in a New Land: Strategies for Service Providers Working with Newcomers* (2014) and *Maternal Child Nursing Care in Canada* (2017).^{17, 18}

2.1 SOINS AUX FEMMES AUTOCHTONES

Intégrer la sécurité culturelle des femmes autochtones aux soins prénataux, cela suppose d'offrir un environnement de respect et de communication ouverte – conformément aux principes des SMNPF. Les femmes autochtones, à l'instar de toutes les femmes, ont besoin de se sentir en sécurité, et une relation de confiance avec leurs PS et leur communauté y contribuera.

Les femmes autochtones au Canada diffèrent en fait de culture, de langue, d'ascendance, de croyances et de pratiques. Travailler avec ces femmes signifie comprendre leurs valeurs, croyances et besoins personnels et trouver un terrain d'entente. Aussi, la *Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations* de la SOGC (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada) est une ressource utile, à cet égard, pour les PS. Ce guide recommande que « les professionnels de la santé devraient savoir que chaque communauté inuite, métisse et des Premières Nations possède ses propres traditions, valeurs et pratiques de

communication; ils devraient donc participer aux activités de la communauté en question de façon à se familiariser avec son mode de vie¹⁷. » À cette fin, les PS pourront obtenir des conseils auprès des ressources communautaires, des aînés ou même des patientes, ce qui favorisera une rétroaction et des échanges productifs, ainsi qu'une relation respectueuse.

PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

Le PSSA est un programme national qui offre aux Premières nations et aux Inuits une couverture pour une gamme définie de produits et de services médicaux nécessaires en matière de santé lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par d'autres régimes ou programmes. Il s'agit des produits et services suivants :

- Soins dentaires;
- Soins de la vue;
- Équipements médicaux et fournitures médicales;
- Médicaments et produits pharmaceutiques;
- Services de counseling en santé mentale;
- Transport pour raison médicale.

Les femmes autochtones peuvent faire face à de nombreux obstacles lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins prénataux. Ces obstacles comprennent la crainte ou la méfiance à l'endroit du système de soins de santé en raison d'expériences historiques, l'éloignement du PS et le manque de services de garde pour leurs autres enfants. Par conséquent, certaines d'entre elles ne reçoivent que peu de soins prénataux, voire aucun, ce qui les expose, ainsi que leur bébé, à un risque accru de résultats négatifs sur la santé¹⁶. Des études ont apporté des éclaircissements sur la façon de surmonter les obstacles à l'obtention de soins prénataux, ce qui comprend¹⁶ :

- l'établissement d'une relation de confiance;
- la diffusion d'information sur les soins prénataux – à quoi s'attendre, importance de ces soins et avantages pour la mère et le bébé;
- une aide pour s'y retrouver dans le système de soins de santé;
- la prestation de services de traduction afin de permettre aux femmes autochtones de recevoir, dans la mesure du possible, des soins dans leur langue;
- une assistance pour rencontrer un aîné, un agent de liaison autochtone ou un coordonnateur autochtone afin d'obtenir des conseils et un soutien spirituel;

- l'inclusion du conjoint et de la famille dans tous les aspects liés à l'évaluation, à l'information et aux soins selon les souhaits de la femme;
- l'orientation des femmes vers des organismes communautaires offrant des cours, du soutien et de l'encadrement sur le rôle parental;
- l'analyse des façons de résoudre les problèmes de transport et de la garde d'enfants;
- la collaboration avec les responsables des programmes de soins prénataux en milieu communautaire destinés aux femmes vivant dans les réserves ou hors réserve et avec des infirmières en santé communautaire en vue de mettre en place des mesures de soutien pour la femme enceinte, son conjoint et sa famille.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à cheminer dans la voie du partenariat et de l'amitié avec les peuples autochtones. Or, la réconciliation avec les Autochtones requiert l'engagement actif de tous les Canadiens, y compris des PS et des responsables des politiques. Une étape clé à cet effet consiste à mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation. L'appel à l'action 23 demande à tous les ordres de gouvernement d'accroître le nombre de professionnels autochtones travaillant dans le secteur des soins de santé, de veiller au maintien des PS autochtones dans les communautés autochtones et d'assurer une compétence culturelle à tous les PS.



3 ORGANISATION DES SOINS PRÉNATAUX

3.1 FOURNISSEURS DE SOINS PRÉNATAUX

La prestation des soins prénataux exige la collaboration et la coordination de nombreux services et spécialistes différents. Ceux-ci peuvent comprendre notamment les fournisseurs de soins primaires (omnipraticiens, sages-femmes et infirmières praticiennes), les infirmières, les obstétriciens et autres spécialistes consultants, les adjoints au médecin, les diététistes, les travailleurs sociaux, les travailleurs en santé mentale, les physiothérapeutes, les éducateurs en périnatalité, les doulas, les travailleurs des services d'approche, les éducateurs en matière de santé, les ménagères visiteuses et les psychologues. Lorsque plusieurs PS travaillent en collaboration, la communication et la consignation des échanges deviennent encore plus complexes.

« Les femmes doivent être informées de leurs options et prendre des décisions en fonction de leurs besoins médicaux et de leur propre conception des soins. »

La possibilité de choisir ses fournisseurs de soins prénataux dépend en grande partie de la taille de la collectivité, de son emplacement et de ses ressources. Les femmes doivent être informées de leurs options et prendre des décisions en fonction de leurs besoins médicaux et de leur propre conception des soins.

Selon l'ECCEM, plus de la moitié des femmes (58 %) interrogées avaient reçu des soins prénataux d'un obstétricien; 34 %, d'un omnipraticien et 6 %, d'une sage-femme⁷. Idéalement, les femmes présentant un faible risque obstétrical devraient recevoir des soins d'un fournisseur de soins primaires comme une sage-femme ou un omnipraticien; cela permet aux obstétriciens de se vouer davantage auprès des femmes dont la grossesse requiert des soins spécialisés. Quant aux omnipraticiens et aux sages-femmes, ils s'occupent principalement des femmes ayant une grossesse normale et sont donc plus susceptibles de posséder des connaissances détaillées de la femme et des situations susceptibles de lui arriver. Si l'on compare les résultats quant aux pratiques de ces 3 groupes de PS, on constate, en général, une similitude entre les principaux résultats, bien que les sages-femmes réalisent moins d'interventions. Le taux d'interventions des omnipraticiens se situe entre le taux d'interventions des sages-femmes et celui des obstétriciens¹⁹⁻²².

3.2 CONTINUITÉ DES SOINS

Durant la grossesse et l'accouchement, tous les efforts doivent être déployés pour que la continuité des soins soit effectuée par le même PS ou la même équipe soignante. Selon l'ECM, près de la moitié des participantes avaient reçu des soins prénataux et liés à l'accouchement du même PS, et presque toutes ont répondu que cela était important pour elles⁷. Les données probantes semblent indiquer que les femmes bénéficiant de la continuité des soins obtiennent de nombreux résultats positifs. Ceux-ci comprennent une plus faible probabilité d'hospitalisation prénatale, d'utilisation de méthodes pharmacologiques pour soulager la douleur durant l'accouchement et de réanimation du nouveau-né ainsi qu'une probabilité plus élevée de participation aux programmes prénataux. Les femmes ont affirmé qu'elles étaient plus satisfaites de leurs soins prénataux, intrapartum et postpartum lorsqu'elles bénéficiaient de la continuité des soins²³.

Dans certains cas, il est impossible d'assurer la continuité des soins durant la période prénatale si la femme est transférée d'un PS à un autre en raison de circonstances médicales, de problèmes liés aux ressources humaines en santé ou du manque de disponibilité des services. Il en est ainsi, entre autres, pour bon nombre de femmes vivant dans des communautés éloignées éprouvant un fort roulement du personnel, dépourvues d'un fournisseur spécialisé en soins primaires et de directives exigeant l'évacuation avant l'accouchement²⁴. Malgré une préférence pour la continuité des soins, les femmes comprennent et acceptent généralement le besoin de différents modèles de soins prénataux et intrapartum²⁵. La communication entre le PS précédent et le nouveau – ainsi qu'entre eux, la femme et sa famille – est essentielle à la capacité à réaliser un transfert des soins réussi. Les sociétés ou les collègues de PS de même que les lignes directrices institutionnelles peuvent contribuer à la réussite du transfert des soins.

3.3 FRÉQUENCE DES VISITES PRÉNATALES

Aucun consensus ne se dégage de la documentation – tout comme il n'existe aucune ligne directrice canadienne – quant au nombre optimal de visites prénatales à effectuer²⁶. Le nombre habituel de visites prénatales a été établi en l'absence de données probantes sur ce qu'il faut en fait de soins à combler pour optimiser la santé des femmes enceintes, ou encore sur ce qui peut leur être bénéfique¹. La fréquence de telles visites devrait être déterminée en fonction des besoins physiques et psychologiques de la femme, de sa famille et de l'enfant à naître.

« La fréquence de telles visites devrait être déterminée en fonction des besoins physiques et psychologiques de la femme, de sa famille et de l'enfant à naître. »

Pour les femmes vivant dans un pays développé, 7 à 11 visites prénatales régulières sont habituellement prévues tout au long de leur grossesse²⁷. Une récente revue Cochrane a révélé que, lorsque ce nombre est moindre, les femmes vivant dans un pays à revenu élevé n'étaient pas plus susceptibles d'accoucher prématurément, de donner naissance à un bébé de faible poids, d'être atteintes de prééclampsie ou de décéder que les femmes recevant les soins courants. Les femmes des pays développés étaient toutefois moins satisfaites du nombre réduit de visites, et certaines estimaient que le délai entre les visites était trop long¹. En revanche, dans les pays à revenu intermédiaire ou à faible revenu, la mortalité périnatale a augmenté avec la réduction du nombre de visites, même si les femmes enceintes n'étaient pas plus susceptibles d'être atteintes de prééclampsie ou de décéder¹.



3.4 DURÉE DES VISITES PRÉNATALES

Les lignes directrices du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recommandent d'organiser les visites prénatales, de cibler les sujets à aborder et d'allouer suffisamment de temps (en première visite) pour permettre une évaluation complète et une discussion². La première visite nécessite généralement plus de temps que les visites suivantes, bien qu'il n'existe aucune ligne directrice canadienne sur la durée des visites prénatales².

3.5 TYPES DE SOINS PRÉNATAUX

Tout comme il existe différents fournisseurs de soins prénataux, il y a également des modèles de soins variés : des soins d'un PS en particulier aux soins d'une équipe interprofessionnelle en passant par les soins prénataux de groupe. Une analyse des recherches sur les expériences des femmes en matière de soins prénataux a révélé que, tandis que certaines femmes avaient reçu des soins complets, respectueux et personnalisés, d'autres ont dû attendre longtemps, ont fait l'objet de visites rapides et voyaient les soins prénataux comme étant mécaniques et sévères. Les femmes avaient une préférence pour un temps d'attente raisonnable, des visites posées, la prestation de soins complets et adaptables et la continuité des soins, des rencontres de groupe avec d'autres femmes enceintes, l'établissement d'une relation constructive avec les PS et une participation plus active à leurs propres soins²⁸.

De plus, certaines femmes vivant dans des conditions de faible revenu et appartenant à un groupe minoritaire ont fait l'objet de discrimination ou de stéréotypes ou se sont heurtées à des obstacles extérieurs aux soins. Les femmes ont indiqué une préférence pour un seul PS, du counseling et de l'information (qui, à leur avis, étaient insuffisants), une participation à la prise de décisions et des conseils préventifs. Différents modèles de soins conviennent à différentes personnes et, selon leur accessibilité, les femmes devraient se voir proposer un choix fondé sur des données probantes, axé sur la femme et visant à éliminer les obstacles en matière de soins^{28,29}.

« Différents modèles de soins conviennent à différentes personnes et, selon leur accessibilité, les femmes devraient se voir proposer un choix fondé sur des données probantes, axé sur la femme et visant à éliminer les obstacles en matière de soins.

Soins personnalisés

Les soins prénataux conventionnels font référence aux rencontres individuelles entre une femme et son PS pendant toute la durée de sa grossesse. Le modèle de soins personnalisés est généralement axé sur les bilans de santé, les épreuves de laboratoire, la recherche de problèmes médicaux et l'éducation³⁰. L'importance accordée à chacun de ces types de soins, selon ce modèle, peut varier d'un PS à l'autre. Les soins personnalisés peuvent être fournis par un médecin de famille, un obstétricien ou une sage-femme selon le choix de la femme et ses besoins en santé.

Modèle interprofessionnel

Plusieurs modèles novateurs de soins prénataux ont été élaborés afin de répondre aux besoins des femmes en matière de soins prénataux, tout en aidant à résoudre les questions relatives aux ressources humaines comme la pénurie de fournisseurs de soins intrapartum dans certaines collectivités ainsi que le rôle moins important des omnipraticiens dans l'accouchement. De façon particulière, le modèle interprofessionnel (c.-à-d. obstétricien, infirmière praticienne, sage-femme, omnipraticien) est très répandu depuis une vingtaine d'années au Canada. Cette approche peut comprendre des façons novatrices de partager les responsabilités, tout en respectant les sphères de pratique de chacun^{31,32}. Ces différentes variantes du modèle peuvent s'appliquer de manière conventionnelle (c.-à-d. individuelle) ou être intégrées aux soins prénataux de groupe.

Dans le contexte du modèle interprofessionnel de collaboration, il faut s'assurer que tous les membres de l'équipe ont pour objectif commun de fournir des soins axés sur la femme et la famille. À cette fin, il faut faire preuve de respect mutuel, de souplesse et d'une parfaite compréhension du champ d'activité de chacun et surmonter les obstacles à la collaboration, comme le barème tarifaire et les questions de responsabilité et d'assurance^{33,34}.

Soins prénataux de groupe

Le modèle de soins prénataux de groupe a été élaboré aux États-Unis (É.-U.) par Sharon Schindler Rising; il est connu sous le nom de « Centering Pregnancy ». Les praticiens de partout au Canada ont mis au point différentes versions de ce modèle. Les principes servant de base à ces soins sont les suivants : favoriser la prestation de SMNPF et améliorer le contenu et l'efficacité des soins prénataux en combinant l'examen de grossesse à une formation prénatale et au soutien social dans un contexte de groupe.

Les femmes font habituellement l'objet d'une première évaluation par leur PS, laquelle est suivie d'une ou de deux autres visites plus personnalisées. Des groupes de 8 à 12 femmes dont l'âge gestationnel du fœtus est semblable sont formés parmi les femmes ayant amorcé leur 2^e trimestre de grossesse. Les séances de groupe, qui durent généralement de 90 à 120 minutes, se poursuivent jusqu'au début de la période postpartum. Dans une séance typique, les participantes font l'objet d'une brève évaluation individuelle et privée, prennent part à des activités d'autosoins (comme mesurer leur poids et leur tension artérielle et effectuer une analyse d'urine) et se joignent aux discussions de groupe sur des sujets d'information prénatale tirant parti d'expériences communes. Les femmes sont souvent accompagnées de leur conjoint, d'un membre de leur famille ou d'un ami.

Les femmes qui ont participé aux soins prénataux de groupe possédaient une meilleure connaissance de la vie prénatale, se sentaient mieux préparées au travail et à l'accouchement et étaient plus satisfaites de leurs soins que celles qui ne recevaient que des soins prénataux personnalisés³⁵. Des recherches laissent également entendre que les soins prénataux de groupe peuvent aussi réduire les taux de naissance prématurée et de naissance par césarienne et augmenter le taux d'allaitement³⁵. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre l'efficacité de ce modèle et déterminer son application à tous les segments de population.



3.6 LIEU DES VISITES PRÉNATALES

Le lieu où sont offerts les soins prénataux ainsi que leur organisation peuvent être des facteurs critiques qui déterminent si une femme opte ou non pour de tels soins, ou si elle y a accès. Bon nombre de facteurs entrent en jeu lorsqu'il est question pour elle d'avoir accès aux soins de grossesse – facteurs souvent liés à des déterminants sociaux de la santé : statut socioéconomique, culture, langue, âge, géographie. L'emplacement et l'organisation des services doivent donc être planifiés de façon à éviter que ces facteurs constituent des obstacles aux soins.

Les visites prénatales au cabinet d'un PS ou à une clinique ne conviennent pas nécessairement à toutes les femmes. Pour réduire les obstacles, il pourrait être nécessaire de prodiguer les soins en milieu communautaire ou au domicile de la femme, et d'offrir un éventail de services (soins primaires et soins de courte durée, services de santé publique, de santé mentale, de laboratoire et d'imagerie diagnostique, programmes communautaires axés sur la grossesse ainsi que services de transport et de garde d'enfants). La planification d'un système complet suppose la prise en compte de plusieurs organismes et services : bureaux de santé et centres de santé communautaires, organismes de services sociaux, organisations communautaires et services répondant à des besoins précis (comme les toxicomanies, les jeunes mères, l'allaitement et l'abandon du tabagisme).

Par exemple, dans le cadre du programme Nurse-Family Partnership (NFP), conçu d'abord aux É.-U. et adapté pour le Canada, des infirmières en santé publique offrent soutiens et conseils au cours de la période prénatale et après la naissance du nouveau-né aux jeunes mères à faible revenu qui n'ont jamais donné naissance à un enfant vivant. Ce programme a démontré une amélioration des compétences parentales, une diminution des blessures et des empoisonnements, ainsi qu'une amélioration du développement affectif et langagier du nouveau-

né. Les mères ont également indiqué qu'elles avaient tiré parti de ce programme, puisqu'elles étaient plus actives sur le marché du travail et comptaient moins sur l'aide sociale^{36,37}. Les chercheurs mettent en garde toutefois que, pour reproduire avec succès ce programme, il est important de s'assurer que l'organisation et le milieu communautaire apportent leur appui, que les infirmières soient formées et reçoivent une orientation, que le programme fasse l'objet d'une surveillance et que des stratégies d'amélioration continue soient mises en place³⁶.

Indépendamment de l'emplacement des visites prénatales, pour obtenir des résultats efficaces, il y va de modèles interprofessionnels novateurs qui offrent des soins de haute qualité, collaboratifs, intégrés, respectueux, axés sur la femme et sa famille et adaptés aux différences culturelles.

3.7 RECENSION DES SOINS – DOSSIER PRÉNATAL

Bon nombre de provinces/territoires tiennent un dossier normalisé consignnant les soins prénataux, les soins liés à l'accouchement et ceux au nouveau-né. Il n'existe pas un tel dossier à l'échelle nationale. L'objectif principal du dossier prénatal vise à proposer une approche structurée pour décrire les soins et évaluer les risques pour la mère et le fœtus afin de permettre la planification des soins subséquents. Les antécédents médicaux présentés de façon structurée – en format papier ou électronique – sont préférables aux antécédents médicaux présentés de façon non cohérente pour ce qui est de l'amélioration des interventions cliniques en présence de facteurs de risque. De plus, les renseignements consignés dans les dossiers prénataux sont recueillis à des fins administratives et, une fois regroupés, peuvent servir à informer les PS, consommateurs, planificateurs de soins de santé et chercheurs. De tels dossiers servent également d'outils d'assurance de la qualité, de documentation juridique et de communication tout au long de la continuité des soins³⁸.

Dossier prénatal « mobile »

Des études montrent que les femmes à qui l'on remet une copie papier de leur dossier prénatal, qu'elles peuvent alors apporter lors de leurs visites, prénatales ou autres, estiment être plus informées, maîtriser mieux la situation et être plus satisfaites. Elles aiment avoir accès à leurs résultats et considèrent que cela leur permet davantage de partager les renseignements consignés, particulièrement avec les autres membres de la famille et leur conjoint³⁹.

De plus, les femmes qui reçoivent une copie de leur propre dossier prénatal ont plus de chances de renforcer leurs rapports avec leur PS et de mieux communiquer avec lui. À cet égard, il existe des données probantes montrant une amélioration de la continuité des soins lorsqu'elles apportent leur dossier au lieu d'accouchement ou lors d'une consultation avec un PS différent³⁹. En plus de contenir des renseignements de base essentiels sur la santé, le dossier mobile permet aux femmes de consigner leur plan de grossesse et de naissance ainsi que toute question ou préoccupation qu'elles pourraient avoir. Que le dossier prénatal soit « mobile » ou tenu uniquement par le PS, il est important qu'une copie soit également envoyée au lieu d'accouchement prévu pour s'assurer qu'il est accessible.

« La continuité des soins est améliorée lorsqu'elles apportent leur dossier au lieu d'accouchement ou lors d'une consultation avec un PS différent.



Dossier médical électronique

L'intégration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires aux dossiers médicaux électroniques (DME) pourrait améliorer les soins. La connectivité directe aux bases de données peut garantir la collecte de données précises nécessaires aux fins d'assurance de la qualité et des recherches. La capacité d'accéder aux DME dans divers milieux peut améliorer la continuité des soins de la collectivité jusqu'à l'hôpital (ou au centre de naissance) et entre les différents groupes de PS, améliorant même possiblement les issues de grossesse. Une telle connectivité améliorerait la transition sans heurts des soins aux mères et aux nouveau-nés pour les Canadiennes et leur famille.

Cependant, lorsque l'on a recours aux DME, il est nécessaire d'imprimer des copies à jour ou de permettre leur accessibilité en format électronique afin que les femmes puissent monter leur propre dossier. Des outils permettant aux femmes d'accéder à distance à certaines parties de leur DME sont en cours d'élaboration, comme ceux intégrés aux appareils mobiles ou aux ordinateurs de bureau. De tels outils pourraient aider à surmonter les lacunes en matière d'accès et à favoriser la participation des patientes à leurs propres soins.



4 SOINS CONTINUS

Lors de chaque visite prénatale, il convient que les PS demandent aux femmes de faire part de leurs questions, d'inquiétudes et de besoins courants, et de consigner cette information. De cette façon, ils pourront contribuer à assurer des soins continus lorsque d'autres PS seront appelés à intervenir durant la période prénatale, lors de l'accouchement ou après la naissance du nouveau-né. Un laps de temps suffisant doit être prévu pour de tels échanges. L'évaluation continue lors de ces visites doit être axée sur les aspects appropriés concernant les besoins de la femme et l'âge gestationnel du bébé à naître. Les renseignements détaillés de l'historique de chaque visite sont déterminés en partie par les facteurs de risque ou les problèmes de santé mis en évidence lors des visites précédentes. Si les problèmes consignés dans l'historique ou dans des évaluations courantes soulèvent des préoccupations, il peut être avantageux d'augmenter la fréquence des visites.



4.1 ÉVALUATION DU RISQUE

Une connaissance approfondie des antécédents de santé, du mode de vie et du bien-être mental de la femme est essentielle à une évaluation dynamique du risque. Sans ces renseignements cruciaux, il est impossible de déterminer les risques en jeu. Nombre de facteurs sociaux et économiques (le revenu, l'emploi, la scolarité, les soutiens sociaux et les capacités d'adaptation, la culture et l'accès aux services de soins) revêtent un rôle important pour ce qui est d'évaluer les risques, puisqu'ils déterminent la santé de la femme et l'état de santé du nouveau-né, et pourraient susciter le besoin d'avoir recours à des soutiens sociaux et communautaires.

Les PS garderont à l'esprit que les subtilités du bilan de santé prénatale ne peuvent pas être prises en compte dans un simple questionnaire d'antécédents ou un outil de notation du risque. Pour réaliser une évaluation du risque convenable, un PS compétent et informé doit connaître l'état de santé antérieur et actuel de la femme, ainsi que sa condition psychosociale, et être conscient que des complications peuvent survenir ou s'améliorer à la suite de l'évaluation initiale. Il est également essentiel de connaître les ressources locales et régionales en matière de soins de santé. Du reste, pour déterminer les risques il n'existe pas de critères convenus.

Avantages de l'évaluation des risques

L'évaluation initiale et continue du risque facilite la prestation de soins appropriés durant la grossesse et l'accouchement. Il s'agit également d'un moyen précieux pour déterminer quand la femme doit recevoir des soins spéciaux, ou être aiguillée vers un établissement de soins spécialisés, et quand il lui suffit de continuer à recevoir des soins de son PS initial. L'évaluation du risque tient compte à la fois de la mère et du bébé à naître. L'évaluation du risque permet ce qui suit :

- examiner et consigner de manière systématique et uniforme un large éventail de questions;
- englober l'évaluation préconceptionnelle et le bilan de santé réalisé au début de la grossesse;
- entrevoir la possibilité de survenue ou de disparition de problèmes avant et après l'accouchement;
- examiner les facteurs médicaux, obstétricaux et psychosociaux.

Grâce à des questions structurées, l'évaluation du risque soutient les soins prénataux de base dans le contexte de la médecine familiale ou de l'obstétrique, ou de modèles de pratique sage-femme, tout en mettant en évidence les femmes qui pourraient avoir besoin de soins spécialisés ou obstétricaux. L'évaluation du risque met en évidence les femmes qui :

- peuvent demeurer dans le parcours des soins prénataux systématique, ou devoir y retourner;



- peuvent avoir besoin d'autres soins obstétricaux pour des raisons médicales;
- peuvent avoir besoin de soins spécialisés pour divers troubles physiques ou psychosociaux complexes;
- sont particulièrement vulnérables et qui courent un risque accru d'un piètre état de santé maternelle et périnatale, y compris de décès.

Mises en garde lorsqu'il s'agit de désigner une femme « à risque »

L'évaluation du risque a pour but de déterminer les besoins de la femme et de lui prodiguer les soins les plus appropriés en fonction de sa situation. Cependant, les outils d'évaluation du risque prénatal présentent une spécificité élevée, mais une faible sensibilité quant à la prévision de mauvaises issues de grossesse. On ne dispose pas de données probantes sur l'efficacité de l'évaluation du risque en ce qui concerne les résultats chez la mère et le nouveau-né. Pour cette raison et parce que le risque peut varier durant la grossesse, la prudence est de rigueur lorsqu'il s'agit d'associer à une femme une étiquette de risque, qui peut lui rester accolée, ce qui peut infléchir de façon négative sur ses soins. Si les PS se doivent de considérer la grossesse comme un processus normal et de santé, ils resteront vigilants pour prévenir toute complication²⁹.

Collaboration dans le contexte d'une évaluation du risque en cours

Il est important que les PS soient en mesure de reconnaître un large éventail de risques médicaux et psychosociaux, puis d'orienter les femmes vers les soins appropriés tout au long de leur grossesse. Selon les circonstances, le PS voudra consulter d'autres fournisseurs de soins. Selon son expertise, ces consultations peuvent être courtes ou exhaustives.

Chaque fois que les soins prénataux comprennent une évaluation ou sont prodigués par plus d'un PS, il est essentiel que les PS tiennent une discussion commune, appropriée et en temps opportun, et que l'information recueillie soit consignée.

4.2 SANTÉ MENTALE

Une santé mentale médiocre et la maladie mentale comptent parmi les complications de grossesse les plus courantes⁴⁰⁻⁴². Selon l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM), 15,5 % des femmes ont reçu un diagnostic de dépression ou ont été traitées avec des antidépresseurs avant d'être enceintes⁷. En l'absence d'une intervention précoce, jusqu'à 70 % des femmes souffrant de dépression prénatale ou d'anxiété présentent des symptômes chroniques qui persistent jusqu'à la période postnatale et la petite enfance^{41,43-48}.

De récentes données provenant que près de 40 % des femmes atteintes de dépression clinique (score de plus de 10 sur l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh [EPDS]) ou de dépression subclinique (score de 6 à 8 sur l'EPDS) qui ne demandent pas à recevoir un traitement continuent d'être symptomatiques lorsque leur enfant est âgé de 4 à 5 ans⁴⁹⁻⁵¹.

Plusieurs facteurs de risque jouant un rôle dans l'apparition d'une piètre santé mentale et de la maladie mentale durant la grossesse ont été mis en évidence. Ceux-ci comprennent⁵²⁻⁵⁵ :

- des antécédents de maladies mentales;
- l'arrêt de la prise de médicaments pour traiter une maladie mentale;
- des antécédents de dépression postpartum;
- des antécédents familiaux de maladies mentales;
- l'abus de consommation de substances;
- une mauvaise résilience (capacités d'adaptation médiocres; et
- Les facteurs psychosociaux sont les suivants :
 - > une attitude négative à l'égard de la grossesse;
 - > un manque de soutien social;
 - > la pauvreté;
 - > le chômage;
 - > la discrimination;
 - > le stress de la mère;
 - > la violence conjugale;
 - > un conjoint ou autre membre de la famille mécontent de la grossesse.

Les femmes autochtones au Canada sont sujettes à un certain nombre de facteurs – l'exclusion sociale, un traumatisme intergénérationnel découlant des écoles résidentielles et d'autres formes de colonisation – qui peuvent accroître un risque de dépression périnatale. Aussi, les régimes de traitement pour celles qui éprouvent des problèmes de santé mentale préexistants ou périnataux doivent reconnaître l'importance de prodiguer des soins la fois pertinents et culturellement sécuritaires⁵⁶⁻⁵⁸.

Évaluation psychosociale

De nombreuses femmes disent se sentir mal à l'aise quant à discuter de leur santé mentale avec leur PS. Il arrive qu'elles s'inquiètent de faire l'objet de préjugés, qu'elles désirent éviter la prise d'antidépresseurs ou qu'elles ignorent si leurs préoccupations débordent du cadre de la *normalité* dans le contexte de la grossesse⁵⁹⁻⁶¹. Cela étant, les femmes enceintes souhaitent discuter de leur santé mentale avec leur PS – moins de 4 % des femmes font part d'un sentiment d'inconfort lorsque leur PS se renseigne au sujet de leur santé mentale^{62,63}. Une récente étude canadienne a révélé que 97 % des femmes enceintes estimaient que l'intégration de l'évaluation de la santé mentale aux soins prénataux courants était une pratique acceptable⁶⁴⁻⁶⁶.

Bien que le Canada n'ait élaboré aucune ligne directrice nationale sur le dépistage prénatal de la dépression et de l'anxiété, des lignes directrices internationales mettent en avant les avantages d'un tel dépistage⁶⁷⁻⁷⁰. Selon la plus récente déclaration de position internationale faite par la Marcé Society of Perinatal Mental Health, un consensus de plus en plus large se dégage sur le recours à une évaluation psychosociale universelle durant la période prénatale lorsque le modèle de soins intégrés comprend une évaluation, un aiguillage et un traitement. Les données probantes indiquent clairement que, en l'absence d'un dépistage systématique et normalisé en tant que composante des soins prénataux, il est difficile de détecter et de traiter les maladies mentales en période périnatale.

Moins d'un tiers des femmes souffrant de dépression et d'anxiété sont reconnues comme telles par les fournisseurs de soins de maternité, et moins de 20 % des femmes ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage consultent le spécialiste recommandé ou suivent un traitement⁷¹⁻⁷³. Dans les pays où l'évaluation

psychosociale est réalisée systématiquement durant la prestation des soins prénataux, les femmes et les PS ont invariablement rapporté des taux élevés d'acceptation et d'avantages⁷⁴⁻⁷⁸. Plusieurs outils d'évaluation ont été validés aux fins d'utilisation durant la grossesse.

OUTILS DE DÉPISTAGE ET D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE VALIDÉS AUX FINS D'UTILISATION CHEZ LES FEMMES ENCEINTES OU EN PÉRIODE POSTPARTUM

Outil de dépistage	Description
Échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ^{66,79}	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit (accessible sur Internet) • Outil d'auto-évaluation (la femme remplit le questionnaire) • 10 points se rapportant aux 7 derniers jours; durée : 3 à 5 minutes • Peut être utilisé durant les périodes prénatale et postnatale • Le questionnaire peut être rempli sur copie papier ou en ligne (p. ex., à l'aide d'une tablette) • Accessible et validé dans plusieurs langues
Questions de Whooley ⁸⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit (accessible sur Internet) • Outil d'auto-évaluation (la femme remplit le questionnaire) • 3 points se rapportant au dernier mois; durée : 1 à 2 minutes • Peut être utilisé durant les périodes prénatale et postnatale • Recommandé par les récentes lignes directrices du NICE
Questionnaire sur la santé du patient, version à 2 questions (The Patient Health Questionnaire-2 [PHQ-2])	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit (accessible sur Internet) • Outil d'auto-évaluation (la femme remplit le questionnaire) • 2 points se rapportant aux 2 dernières semaines; durée : 1 à 2 minutes • Peut être utilisé durant les périodes prénatale et postnatale
Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé, version à 2 questions (Generalized Anxiety Disorder Scale [GAD-2]) ⁸¹	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit (accessible sur Internet) • Outil d'auto-évaluation (la femme remplit le questionnaire) • 2 points se rapportant aux 2 dernières semaines; durée : 1 minute • Le score varie de 0 à 6. • Peut être utilisé durant les périodes prénatale et postnatale • Recommandé par les récentes lignes directrices du NICE
Évaluation du risque psychosocial	Description

OUTILS DE DÉPISTAGE ET D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE VALIDÉS AUX FINS D'UTILISATION CHEZ LES FEMMES ENCEINTES OU EN PÉRIODE POSTPARTUM

<p>Évaluation de la santé psychosociale prénatale (Antenatal Psychosocial Health Assessment [ALPHA])^{66,78,82,83}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit (accessible sur demande aux auteurs) • Versions à remplir soi-même ou par le PS • Si la version d'autodéclaration est utilisée, il reste au PS de terminer le formulaire lors d'une discussion avec la femme au sujet de ses réponses en indiquant, dans différentes sections, si elle présente un faible risque, un certain risque ou un risque élevé • Les sections comprennent les suivantes : situation familiale; vie familiale (soutien et réaction du conjoint face à la grossesse); relation avec le conjoint; facteurs de stress de la vie; réaction de la femme face à la grossesse; sentiments liés au rôle de mère; relation avec ses parents en tant qu'enfant; santé émotionnelle actuelle et antérieure; consommation d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse; et violence conjugale • Durée : 5 à 10 minutes • Le questionnaire peut être rempli sur copie papier ou en ligne (p. ex., à l'aide d'une tablette)
<p>Questionnaire sur les risques prénataux (Antenatal Risk Questionnaire [ANRQ])^{66,84}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuit (accessible sur demande aux auteurs) • 11 points; comprend des réponses sur une échelle de Likert à 5 points et des réponses oui/non; • Durée : 5 à 10 minutes • Les sections comprennent les suivantes : niveau de soutien; situation familiale; relation avec le conjoint; mauvais traitements psychologiques, sexuels ou physiques et violence conjugale; niveau d'anxiété; facteurs de stress de la vie et répercussions; santé émotionnelle actuelle et antérieure et aide professionnelle obtenue; consommation d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse • Un algorithme de décision décrit les parcours de soins en fonction du score de risque clinique dérivé des scores EPDS et ANRQ combinés • Le questionnaire peut être rempli sur copie papier ou en ligne (p. ex., à l'aide d'une tablette)



Une récente étude canadienne a révélé que la majorité des femmes enceintes se sentent tout à fait à l'aise avec les modes d'évaluation en ligne ainsi que ceux sur papier, et préfèrent les dépistages amorcés par les PS (97,4 %) à ceux provenant de leur propre initiative (68,7%)⁶⁶.

Les PS sont incités à discuter avec les femmes des pressions qu'elles subissent dans leur vie quotidienne et pendant leur grossesse en insistant sur le fait que, bien qu'il soit normal de ressentir un certain degré de stress et d'anxiété, il est important d'en parler si ces pressions ont des répercussions sur leur vie quotidienne. De tels échanges exigeront de prévoir un temps suffisant; et s'ensuivra, au besoin, un renvoi aux services communautaires pertinents.

S'il est établi qu'une femme présente d'importants facteurs de risques psychosociaux (c.-à-d. qu'elle est susceptible d'avoir une piètre santé mentale ou une maladie mentale), il est important de tenir compte des principes de soins suivants :

- aiguiller la femme vers les services appropriés;
- élaborer un plan de soins intégrés;
- définir le rôle de tous les PS – pour ce faire, déterminer la personne responsable de la coordination et de la surveillance du plan de soins, de la mise en place des interventions et de la prestation du soutien;
- fournir des soins et du soutien selon les besoins de chaque femme et l'évolution de la maladie ou des problèmes⁸⁰.

4.3 EXAMEN PHYSIQUE

De nombreuses pratiques liées à l'examen physique sont systématiquement ou couramment réalisées en soins prénataux au Canada et de par le monde. Certaines sont toutefois controversées et diverses lignes directrices recommandent des évaluations prénatales systématiques comme les suivantes : la mesure de la hauteur utérine, du poids de la mère et de la tension artérielle, l'auscultation du cœur du fœtus et la palpation abdominale^{27,85}.

ÉVALUATIONS SYSTÉMATIQUES OU COURANTES

Évaluation	Ligne directrice
Mesure de la hauteur utérine	<ul style="list-style-type: none"> • La directive clinique de la SOGC <i>Retard de croissance intra-utérine : Dépistage, diagnostic et prise en charge</i>⁸⁶. • Le BC Perinatal Pathway recommande la mesure et le tracé graphique de la hauteur utérine⁸⁷. • Les lignes directrices du NICE recommandent de mesurer la hauteur utérine lors de chaque visite prénatale à compter de la 24^e semaine de grossesse⁸⁰. • L'American Academy of Family Physicians (AAFP) recommande de mesurer et de réaliser un tracé graphique de la hauteur utérine à compter de la 20^e semaine de grossesse⁸⁵.

Mise en garde : Les mesures de la hauteur utérine sont sujettes à une erreur due à l'observateur ^{27,87,88}.

ÉVALUATIONS SYSTÉMATIQUES OU COURANTES

Évaluation	Ligne directrice
Mesure de la tension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> La directive clinique de la SOGC <i>Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse</i> fournit des instructions sur la façon de mesurer la tension artérielle⁸⁹.
Auscultation de la fréquence cardiaque fœtale	<ul style="list-style-type: none"> Aucune ligne directrice canadienne. Selon le NICE (2008), l'auscultation n'est pas recommandée; cependant, lorsqu'elle est demandée par la mère, l'auscultation du cœur du fœtus peut s'avérer rassurante². BC Perinatal Pathway recommande de procéder à l'auscultation lors de chaque visite⁸⁷. L'AAFP recommande l'auscultation du cœur du fœtus à chaque visite pour confirmer la viabilité du fœtus⁸⁵.
<p>Mise en garde : L'auscultation des bruits du cœur fœtal est couramment réalisée pour confirmer la présence d'un fœtus viable. Bien qu'aucune recherche sérieuse n'ait été menée sur cette question, on ne dispose d'aucune donnée probante indiquant d'autres bienfaits cliniques associés à l'auscultation du cœur fœtal, si ce n'est qu'elle permet de rassurer certaines femmes^{2,27,87,88}.</p> <p>L'auscultation réalisée trop tôt au début de la grossesse peut causer une anxiété injustifiée chez la femme.</p>	
Mesure du poids	<ul style="list-style-type: none"> Les <i>Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : gain de poids pendant la grossesse</i> de SC recommandent de mesurer le gain de poids au fil du temps pour y déceler des tendances inhabituelles, mais ne prévoient pas d'intervalles de mesure précis⁹⁰. La directive clinique de la SOGC <i>Obésité et grossesse</i> contient des recommandations sur les conseils et les soins à donner aux patientes obèses⁹¹. Les lignes directrices du NICE déconseillent la mesure systématique du poids de la mère lors de chaque visite, mais recommandent de surveiller le poids maternel seulement si cela a une incidence sur la prise en charge clinique ou en cas de préoccupations nutritionnelles². Selon le BC Perinatal Pathway, la mesure systématique du poids de la mère est laissée à la discrétion de celle-ci⁸⁷. L'AAFP, quant à elle, recommande de mesurer le poids et la taille de la mère lors de la première visite, puis uniquement le poids à chaque visite subséquente⁸⁵.
<p>Mise en garde : Il n'existe pas de consensus sur la question de savoir si les femmes enceintes doivent être pesées lors de chaque visite.</p> <p>La plupart des dossiers prénataux des provinces comprennent un champ pour y consigner le poids lors de chaque visite; par conséquent, le poids est habituellement mesuré de façon systématique.</p>	
Palpation abdominale pour déterminer la présentation du fœtus	<ul style="list-style-type: none"> Aucune ligne directrice canadienne pour ce qui est d'effectuer une palpation abdominale. Les lignes directrices de la Colombie-Britannique (C.-B.) en matière de santé périnatale recommandent d'évaluer la présentation du fœtus par palpation abdominale à compter de la 34^e semaine⁸⁷. Le NICE recommande de commencer la palpation à la 36^e semaine si la présentation du fœtus a des répercussions sur les choix d'accouchement et de recourir à l'échographie pour confirmer une présentation vicieuse².

4.4 TESTS DE DÉPISTAGE, ÉPREUVES DE LABORATOIRE OU AUTRES EXAMENS

Lors de chaque visite, les PS doivent déterminer la nécessité de réaliser des épreuves de laboratoire d'après les lignes directrices actuelles et les antécédents médicaux de la femme. De plus, les résultats de toutes les épreuves de laboratoire doivent être communiqués aux personnes concernées, et une discussion doit être amorcée sur le suivi et les interventions nécessaires. Les recommandations concernant le dépistage de divers troubles varient selon les provinces/territoires : certains organismes compétents recommandent des tests de dépistage particuliers pour certains troubles, alors que d'autres ne formulent aucune recommandation à cet égard.

Se reporter aux directives cliniques de la SOGC en matière de dépistage ainsi qu'à celles des provinces/territoires. La Société canadienne du sang offre des directives sur *La maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né et thrombopénie immune périnatale*, qui contiennent des recommandations sur les tests sérologiques et les doses recommandées d'IgRh⁹².



L'accès aux ultrasons à des fins non cliniques s'est répandu ces dernières années. Dans sa directive *Principes d'utilisation des ultrasons à des fins diagnostiques*, SC énonce que les ultrasons ne devraient pas être utilisés dans les circonstances suivantes :

- pour obtenir une photo du fœtus uniquement à des fins non médicales;
- pour connaître le sexe du fœtus uniquement à des fins non médicales;
- à des fins commerciales, par exemple lors de foires commerciales, ou pour produire des photos ou des vidéos du fœtus⁹³.

La SOGC et l'Association canadienne des radiologistes (CAR) appuient la position de SC pour ce qui est de l'usage non médical des ultrasons; à cet égard, les PS pourront se reporter à la *Déclaration de principe commune SOGC/CAR sur l'utilisation non médicale de l'échographie fœtale*⁹⁴.

Consulter l'[Annexe B](#) pour en savoir davantage sur les tests de dépistage en laboratoire.

4.5 ASPECTS LIÉS AU MODE DE VIE

Il convient de tenir compte de plusieurs aspects liés au mode de vie tout au long de la grossesse et d'en discuter avec la femme selon ses besoins, ses inquiétudes et les risques reconnus. Le recours à des stratégies axées sur des données probantes, telle que la technique d'entrevue motivationnelle, contribuera à favoriser un comportement positif^{95,96}. Pour des recommandations, les PS ont intérêt à consulter les différentes directives canadiennes sur les aspects liés au mode de vie.

DIRECTIVES LIÉES AU MODE DE VIE PENDANT LA GROSSESSE

ASPECT	Ligne directrice
Nutrition et salubrité des aliments	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà</i> de la SOGC⁹⁷ • <i>Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations</i> de la SOGC¹⁷ • <i>Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé</i> de Santé Canada⁹⁸
Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme</i> de CAN-ADAPTT⁹⁹
Consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse</i> de la SOGC¹⁰⁰ • <i>Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse</i> de la SOGC¹⁰¹
Autres substances	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse</i> de la SOGC¹⁰¹
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Directive clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme</i> de la SOGC¹⁰⁴ • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> de l'ASPC¹⁰⁵
Sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • <i>SOGC Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines</i>¹⁰⁴ • <i>PHAC Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections</i>¹⁰⁵

4.6 VACCINATION ET IMMUNISATION

La vaccination protège la mère contre les maladies évitables par la vaccination qu'elle pourrait autrement transmettre à son fœtus ou à son bébé. Les femmes enceintes répondent adéquatement aux vaccins même si l'état immunologique est modifié pendant la grossesse. De plus, les titres d'anticorps maternels protecteurs sont transférés au fœtus par le placenta, une grande partie du transfert ayant lieu durant le 3^e trimestre¹⁰⁶.

Lorsqu'il s'agit de choisir des vaccins pour les femmes enceintes, il est important de distinguer les vaccins vivants atténués des vaccins inactivés. Les vaccins inactivés sont considérés comme sécuritaires pour les femmes enceintes.

L'administration d'un vaccin vivant atténué est généralement contre-indiquée durant la grossesse, mais peut être envisagée lorsque les avantages pour la mère l'emportent sur les risques, comme dans le cas du vaccin contre la fièvre jaune administré à une femme enceinte voyageant dans une région endémique¹⁰⁶.

Les vaccins recommandés durant la grossesse comprennent le vaccin dcaT (antitétanique, antidiphtérique et anticoquelucheux), ainsi que les vaccins antigrippaux annuels. L'immunisation au moyen du vaccin dcaT est recommandée une fois durant la grossesse, idéalement lors d'une visite prénatale entre la 27^e et 32^e semaine. Ce vaccin est administré pour protéger les nouveau-nés et les nourrissons d'une infection coquelucheuse durant leurs 2 premiers mois de vie, période pendant laquelle cette maladie peut entraîner des complications graves, voire le décès. Si ces 2 types de vaccins ne sont

pas administrés durant la grossesse, il faut envisager de le faire dès que possible en période postpartum, préférablement avant le congé de l'hôpital. De plus, une femme enceinte qui ne manifeste pas de marqueurs d'infections à hépatite B (HB), mais qui présente un risque élevé d'être atteinte de cette maladie, devrait se voir offrir une série complète de vaccins anti-HB à la première occasion durant la grossesse et subir un test pour mesurer la réponse des anticorps.

Les visites prénatales représentent un bon moment pour évaluer l'état d'immunisation de la femme enceinte, commencer à discuter de la vaccination infantile et de l'importance de recevoir les vaccins à temps et de s'assurer qu'ils sont à jour. Les PS jouent un rôle important face à l'hésitation des parents en ce qui a trait à la vaccination et sont invités à consulter le point de pratique de la SCP *Les parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants : une mise à jour*¹⁰⁷. Quant au *Guide canadien d'immunisation* et à la directive de la SOGC *Immunisation pendant la grossesse*, ces documents formulent des recommandations précises pour la vaccination durant la grossesse et la période d'allaitement¹⁰⁸. Même si le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) formule des recommandations à l'échelle du pays, des programmes et calendriers d'immunisation particuliers sont déterminés par les provinces/territoires. Par conséquent, les PS se reporteront également aux calendriers d'immunisation de leur province/territoire respectif.

« Les visites prénatales représentent un bon moment pour évaluer l'état d'immunisation de la femme enceinte, commencer à discuter de la vaccination infantile et de l'importance de recevoir les vaccins à temps et de s'assurer qu'ils sont à jour.



4.7 MALAISES COURANTS DURANT LA GROSSESSE

De nombreuses femmes en santé présentent divers symptômes ou malaises pendant la grossesse, tels que la pollakiurie (trouble de l'évacuation de l'urine), la fatigue, l'érythème palmaire et les brulements d'estomac (aigreurs). La plupart de ces réactions vont de pair avec les changements physiologiques normaux qui surviennent alors que le corps de la femme s'adapte à la grossesse. Si certains symptômes persistent tout au long de la grossesse, d'autres ne sont que temporaires. Les PS doivent informer à l'avance les femmes des malaises éventuels qu'elles pourraient ressentir et leur proposer des solutions pratiques. Les femmes devraient recevoir des conseils sur ce qu'elles doivent faire en cas d'aggravation des symptômes ou de malaises multiples.

4.8 SIGNES ET SYMPTÔMES PRÉOCCUPANTS ET CEUX ASSOCIÉS AU TRAVAIL PRÉMATURÉ

Les femmes enceintes doivent être informées de ce qui constitue une situation urgente justifiant de communiquer sans tarder avec leur PS ou le service des urgences. De même, elles doivent savoir jauger les réactions nécessitant un suivi moins urgent. Il est également important que les femmes connaissent les signes du travail prématuré.

SIGNES ET SYMPTÔMES PRÉOCCUPANTS^{109,110}

Les femmes enceintes doivent communiquer immédiatement avec leur PS ou le service des urgences si elles présentent l'un ou l'autre des signes ou symptômes suivants :

- saignements vaginaux abondants ou légers;
- pertes vaginales à tout moment avant le début du travail;
- douleur ou pression dans le bas du dos ou changement dans la douleur du bas du dos;
- contractions ou changements dans l'intensité ou le nombre de contractions;
- sensation que le bébé pousse vers le bas;
- étourdissements, sensation de tête légère, évanouissement ou perte de conscience;
- maux de tête intenses et prolongés;
- troubles visuels tels qu'une vision trouble, la présence de mouches volantes dans le champ de vision, la perception de taches lumineuses ou une vision double;
- douleur abdominale;
- douleur thoracique;
- fièvre accompagnée de frissons;
- douleur ou sensation de brûlure au moment d'uriner accompagnée de fièvre ou d'une douleur lombaire;
- diminution des mouvements du bébé.

Les femmes enceintes doivent communiquer sans retard avec leur PS si elles présentent l'un ou l'autre des signes ou symptômes suivants :

- enflure ou bouffissure du visage, des mains ou des pieds;
- douleur ou sensation de brûlure au moment d'uriner non accompagnée de fièvre ou d'une douleur lombaire;
- nausées ou vomissements persistant toute la journée;
- douleur grave dans la partie inférieure du bassin qui entrave la marche;
- fièvre de faible grade ou éruption cutanée à la suite d'un épisode de fièvre.



SIGNES ET SYMPTÔMES DU TRAVAIL PRÉMATURÉ^{110,111}

Il s'agit de l'une ou plusieurs des manifestations cliniques suivantes :

- crampes semblables à celles ressenties durant les menstruations;
- contractions régulières dont la fréquence, la durée ou l'intensité augmente graduellement;
- crampes abdominales accompagnées ou non de diarrhée;
- légère douleur sourde et constante au bas du dos;
- sensation d'une pression dans l'abdomen ou la partie inférieure du bassin ou de tiraillements;
- augmentation ou variation des pertes vaginales;
- écoulement de liquide du vagin ou associé à la rupture des membranes;
- saignements ou taches de sang.

Ce que doit faire une femme si elle croit être en travail prématuré :

- changer de position et limiter ses activités;
- se reposer et attendre que les symptômes s'atténuent;
- appeler son médecin ou sa sage-femme ou l'unité hospitalière où l'accouchement est censé avoir lieu et décrire ses signes et symptômes;
- appeler son médecin ou sa sage-femme ou l'unité hospitalière où l'accouchement est censé avoir lieu si elle soupçonne une rupture des membranes.

La femme doit se rendre immédiatement au service des urgences le plus près ou à l'unité d'obstétrique si elle :

- présente l'un des signes ou symptômes décrits ci-dessus et, également, qu'elle ne se sent pas bien;
- a des saignements vaginaux abondants ou inquiétants;
- souffre d'une douleur inexplicée;
- a des contractions régulières qui soudainement se rapprochent, se prolongent ou s'intensifient.

4.9 NUTRITION PRÉNATALE, SALUBRITÉ DES ALIMENTS ET SUPPLÉMENTS NUTRITIFS

L'apport nutritionnel de la femme, tant avant que durant la grossesse, influe sur la santé de son bébé en croissance. Bien s'alimenter en suivant les conseils du *Guide alimentaire canadien*, en plus de prendre quotidiennement une multivitamine, peut l'aider à obtenir les éléments nutritifs dont elle a besoin pour se sentir bien, avoir de l'énergie et soutenir une grossesse en santé. SC et la SOGC offrent un certain nombre de recommandations pour les femmes enceintes, notamment ce qui suit^{25,97,98,112-114} :

- Les femmes enceintes ont tout juste besoin de manger un peu plus durant leur 2^e et 3^e trimestre pour combler leurs besoins énergétiques accrus. Le *Guide alimentaire canadien* recommande une consommation régulière de légumes, fruits, céréales entières et aliments protéinés.
- Folate
 - > Les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir doivent prendre quotidiennement une multivitamine contenant 400 mcg (0,4 mg) d'acide folique.
 - > Certaines d'entre elles requièrent une dose plus élevée d'acide folique, notamment celles qui présentent les facteurs de risque suivants :
 - » grossesse antérieure éprouvée par une anomalie du tube neural (ATN);
 - » antécédents familiaux d'ATN personnels ou du conjoint masculin;
 - » antécédents personnels ou familiaux d'autres anomalies congénitales liées à l'acide folique;
 - » diabète avant la grossesse (type 1 ou 2);
 - » dialyse rénale;
 - » Troubles de malabsorption gastro-intestinale tels que la maladie inflammatoire intestinale, la maladie cœliaque et un pontage gastrique;

- » médicaments antiépileptiques ou autres médicaments contenant un inhibiteur de folate;
- » maladie hépatique avancée;
- » abus d'alcool.

- Fer
 - > Prendre quotidiennement une multivitamine de 16 à 20 mg.
 - > Certaines femmes peuvent exiger plus de fer selon leurs besoins individuels.
- Poisson et acides gras oméga-3
 - > Le poisson contient des gras oméga-3 et d'autres éléments nutritifs d'importance pour une grossesse en santé.
 - > Discuter de l'importance d'un apport en acides gras oméga-3 (p. ex., poisson gras, noix, graines) durant la grossesse pour aider les femmes à mieux comprendre comment satisfaire aux recommandations à ce chapitre;
 - > Varier les types de poisson consommé et suivre les recommandations d'usage sur les limites d'exposition aux contaminants environnementaux tels que le mercure. L'apport recommandé par SC pour certains poissons prédateurs se limite à 150 g (5 oz) par mois.
 - > Consulter les administrations locales, provinciales/territoriales pour de l'information sur le poisson pêché localement.
- Les femmes ayant des exigences alimentaires particulières voudront obtenir des conseils additionnels.

Se reporter aux *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé* de Santé Canada, à la directive clinique de la SOGC *Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà* ainsi qu'à l'[Annexe C](#) pour plus de renseignements sur la nutrition et la grossesse.



La grossesse peut inciter certaines femmes à changer leurs habitudes de vie, y compris leur alimentation. Le Canada a mis en place de nombreux programmes de nutrition prénatale complets portant sur la supplémentation alimentaire, l'évaluation de l'état nutritionnel et la prestation de conseils connexes, le soutien social, l'aiguillage interorganismes et la prestation d'information sur des aspects liés au mode de vie, comme le tabagisme, l'usage de substances, la violence familiale et le stress. Les PS ont intérêt à se familiariser avec ces programmes dans leur milieu. Les programmes sont souvent conçus pour aider les organisations et les groupes communautaires à répondre aux besoins des populations vulnérables (femmes autochtones, femmes vivant dans la pauvreté, adolescentes enceintes et femmes enceintes isolées sur le plan géographique, social ou culturel). Par exemple, le Programme canadien de nutrition prénatale adopte une approche orientée vers le développement communautaire visant à améliorer la santé globale des femmes enceintes vulnérables, des nouvelles mères et de leur nourrisson¹¹⁵.

Salubrité des aliments

La grossesse est un bon moment pour rappeler aux femmes les principes généraux en matière de manipulation sécuritaire des aliments. Les maladies d'origine alimentaire présentent un plus grand risque pour la femme enceinte et son bébé à naître que pour la population générale. Les ressources accessibles sur le site de SC abordent les pratiques sécuritaires en matière d'achat, de nettoyage, de refroidissement, de décongélation et de cuisson des aliments et de conservation des restants de repas¹¹⁶.

Listériose

Les femmes enceintes sont particulièrement prédisposées à la listériose, qui peut provoquer une fausse couche ou une mortinaissance dans jusqu'à 20 % des grossesses.

Méthylmercure

Le méthylmercure est une neurotoxine susceptible de provoquer un retard dans le développement physique et mental, la cécité, la surdité et la paralysie cérébrale. Il s'accumule dans la chaîne alimentaire aquatique et, par conséquent, les concentrations de ce contaminant dans différentes espèces de poissons dépendent de la nature prédatrice et de la durée de vie de celles-ci. Qu'ils soient frais ou congelés, le thon, le requin, l'espadon, le makaire, l'hoplostète orange et l'escolar sont particulièrement touchés, et les femmes enceintes et celles qui allaitent doivent en limiter leur consommation à un maximum de 150 g (5 oz) par mois. De même, les femmes enceintes ou susceptibles de l'être et celles qui allaitent doivent limiter leur consommation de thon blanc en conserve à un maximum de 300 g (10 oz) par semaine. Cet avis ne s'applique pas au thon pâle en conserve. Le thon pâle en conserve contient d'autres petits poissons, tels le listao, le thon à nageoires jaunes et le thon mignon, qui ne contiennent que de faibles concentrations de mercure. SC n'impose pas aux femmes enceintes de limite quant à leur consommation de ces types de thon en conserve⁹⁸.

« Le Programme canadien de nutrition prénatale adopte une approche orientée vers le développement communautaire visant à améliorer la santé globale des femmes enceintes vulnérables, des nouvelles mères et de leur nourrisson.

Caféine

Bien qu'une quantité excessive de caféine est jugée, être associés à une fausse couche et à un retard de croissance intra-utérine, il n'y a pas suffisamment d'éléments de preuve pour confirmer ou réfuter l'efficacité de l'évitement de la caféine sur le poids à la naissance et les issues de grossesse¹⁷. SC recommande d'en limiter la consommation à 300 mg/jour (équivalent de 2 tasses de 8 onces de café)¹¹⁸.

Tisanes

Bon nombre de femmes choisissent de boire des tisanes plutôt que du café pour réduire au minimum leur exposition à la caféine durant la grossesse. Bien que SC affirme que les tisanes à base de pelure d'agrumes, d'églantier et de gingembre sont considérées comme étant inoffensives, il conseille aux femmes enceintes de ne pas consommer de tisane contenant de la camomille, d'aloès, de tussilage, de baies de genièvre, de menthe pouliote, d'écorce de nerprun, de grande consoude, de thé du Labrador, de sassafras, de racine de patience, de lobélie, grande ortie et de feuilles de séné¹¹⁸.

4.10 MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Environ 59 à 66 % des femmes enceintes utilisent des médicaments sur ordonnance durant leur grossesse¹¹⁹. Avant de décider de commencer à prendre un médicament, d'en poursuivre et d'en arrêter la prise ou de changer de médicament, il est important d'en évaluer l'innocuité pour l'appareil reproducteur par rapport aux bienfaits associés au traitement et à la maîtrise du trouble en question ainsi qu'aux risques associés au non-traitement de ce dernier¹²⁰. Il faut également tenir compte de la dose, de la durée du traitement et du stade de la grossesse (période d'exposition critique). Des malformations congénitales majeures se manifestent chez de 3 à 5 % des nouveau-nés au Canada et chez de 8 à 10 % de mort-nés, mais seulement environ 6 sur 1 000 (0,6 %) nouveau-nés naissent avec une malformation majeure causée par un médicament^{121,122}.

ALIMENTS À ÉVITER PENDANT LA GROSSESSE¹¹⁶

- Fromages à pâte molle pasteurisés et non pasteurisés, tels Brie et Camembert
- Fromages à pâte demi-ferme pasteurisés et non pasteurisés, tel Havarti
- Tous les fromages à pâte persillée pasteurisés et non pasteurisés
- Fruits de mer et poissons fumés réfrigérés (Les fruits de mer et les poissons fumés congelés présentent un risque plus faible; les options sûres comprennent les fruits de mer et les poissons entièrement cuits, en conserve ou à longue durée de conservation.)
- Lait et jus non pasteurisés (jus de pomme brut)
- Saucisses à hot-dog, à moins qu'elles ne soient chauffées jusqu'à ce qu'elles soient fumantes
- Charcuteries, sauf si elles sont séchées et salées ou chauffées jusqu'à ce qu'elles soient fumantes
- Pâtés et tartinades de viande, sauf s'ils sont congelés, en conserve ou à longue durée de conservation
- Viande, volaille et poisson crus (sushi) ou pas assez cuits
- Œufs crus ou peu cuits
- Germes crus, particulièrement les germes de luzerne

MÉDICAMENTS TÉRATOGENES VENDUS SUR ORDONNANCE CONNUS

Médicament	Effets indésirables
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)	L'emploi d'IECA pendant le 2 ^e et 3 ^e trimestre de grossesse a été associé à une foetopathie se traduisant par une hypotension, une anurie, un oligoamnios, un retard de croissance, une hypoplasie pulmonaire, une dysplasie tubulaire rénale, une hypoplasie de la voûte crânienne et une insuffisance rénale chez le fœtus ¹²³ .
Carbamazépine	Son emploi au début de la grossesse a été associé à un risque accru de 0,2 à 1 % d'ATN (valeur de référence : 0,1 %) ¹²⁴⁻¹²⁶ . Les PS voudront discuter avec les femmes enceintes du besoin d'une dose plus élevée d'acide folique ¹¹³ .
Dérivés de la coumarine	L'exposition aux dérivés de la coumarine pendant la grossesse a été associée à une embryopathie à la warfarine qui cause des anomalies squelettiques, un retard de croissance intra-utérine, une déficience intellectuelle attribuable aux lésions du système nerveux central (SNC), des anomalies oculaires et une perte auditive ¹²⁷ .
Antagonistes de l'acide folique (aminoptérine, méthotrexate)	L'emploi de plus de 10 mg par semaine de méthotrexate pendant la grossesse a été associé à une embryofœtopathie à l'aminoptérine qui cause des malformations du SNC (hydrocéphalie, méningoencéphalocèle, anencéphalie, craniosynostose partielle), des anomalies faciales (fente labiale ou palatine, hypognathie ou rétrognathie), des malformations des membres (syndactylie, pied bot/main bote), un retard de croissance intra-utérine et une déficience intellectuelle ¹²⁸ . Les PS voudront discuter avec les femmes enceintes du besoin d'une dose plus élevée d'acide folique ¹¹³ .
Lithium	Son emploi pendant le 1 ^e trimestre a été associé à la maladie d'Ebstein. On estime que le risque est d'environ 0,05 % à 0,1 % (valeur de référence : 0,005 %) ^{129,130} .
Misoprostol	Son emploi durant le 1 ^e trimestre a été associé à un risque accru du syndrome de Moebius et de malformations des membres, ainsi que d'avortement et d'accouchement prématuré ^{131,132} .
Mycophénolate mofétil	L'emploi du mycophénolate pendant la grossesse a été associé à un risque accru de malformations auriculaires (microtie, atrésie du conduit auditif), craniofaciales (fente labiale ou palatine), oculaires et cardiaques ainsi que de malformations du squelette et des membres (hypoplasie des ongles d'orteil) ¹³³ .
Rétinoïdes (par voie générale)	L'exposition aux rétinoïdes par voie générale pendant la grossesse a été associée à un risque accru de fausse couche, d'embryopathie (malformations craniofaciales [microtie/anotie, micrognathie], thymiques, du SNC et cardiaques) et d'effets sur le comportement ¹³⁴⁻¹³⁶ .
Tétracyclines	L'emploi de tétracyclines pendant le 2 ^e ou le 3 ^e trimestre de grossesse peut causer une coloration des dents et un retard de croissance osseuse de jusqu'à 40 % ^{137,138} .
Thalidomide	L'exposition au thalidomide 34 à 50 jours après les dernières menstruations a été associée à un taux élevé de mortinaissance et de mort néonatale (~ 40 %) et à des malformations graves, y compris une malformation réductionnelle des membres ainsi que des anomalies oculaires, auriculaires, cardiovasculaires, rénales et gastro-intestinales ¹³⁹ .

MÉDICAMENTS TÉRATOGENES VENDUS SUR ORDONNANCE CONNUS

Médicament	Effets indésirables
Acide valproïque	L'emploi d'acide valproïque pendant le 1 ^{er} trimestre de grossesse a été associé à un risque d'ATN, d'anomalies génito-urinaires et musculosquelettiques, de fente labiale ou palatine ou de cardiopathie congénitale 2 à 7 fois supérieur au risque associé aux autres antiépileptiques ¹⁴⁰ . L'emploi d'acide valproïque pendant la grossesse a été associé à un retard du développement et à des déficiences cognitives, l'effet le plus marqué étant la diminution du quotient intellectuel verbal ¹⁴¹ . Les PS voudront discuter avec les femmes enceintes du besoin d'une dose plus élevée d'acide folique ¹¹³ .

De plus, certains médicaments, bien qu'ils ne soient pas tératogènes, peuvent entraîner un risque accru d'effets indésirables chez le nouveau-né s'ils sont pris vers la fin de la grossesse. Les effets peuvent comprendre le sevrage (suivant la prise d'opioïdes par la mère), une mauvaise adaptation néonatale (suivant la prise d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine par la mère) et les symptômes associés au bêta-blocage (suivant la prise de bêtabloquants par la mère). Les symptômes peuvent être spontanément résolutifs ou nécessiter une intervention médicale. Le risque accru de ces symptômes néonataux ne justifie pas nécessairement l'arrêt de la prise du médicament, mais la femme doit en être informée afin de prendre une décision éclairée.

Plusieurs ressources fournissent des renseignements factuels sur l'innocuité des médicaments utilisés durant la grossesse. Les PS canadiens peuvent accéder à des renseignements tératologiques au moyen d'Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse et MotherToBaby.

4.11 MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Environ 66,9 % des femmes utilisent des médicaments en vente libre pendant la grossesse¹⁴². Les analgésiques (50,6 %), principalement l'acétaminophène et produits connexes (47,7 %), sont les médicaments les plus souvent utilisés¹⁴². Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'innocuité de tels médicaments pour l'appareil reproducteur, il faut tenir compte des mêmes

considérations que celles s'appliquant aux médicaments d'ordonnance. Les PS pourront s'adresser aux pharmaciens communautaires ou d'établissement, ou encore se reporter à Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse et MotherToBaby pour obtenir des renseignements sur les médicaments en vente libre et sur les risques qui y sont associés pour la mère et le fœtus.

4.12 USAGE DE SUBSTANCES

Parmi les femmes interrogées dans le cadre de l'ECM, 11 % ont déclaré qu'elles avaient fumé la cigarette tous les jours ou à l'occasion durant les 3 derniers mois de leur grossesse; 11 %, qu'elles avaient bu de l'alcool pendant leur grossesse et 1 %, qu'elles avaient consommé des drogues illégales pendant leur grossesse⁷. Une autre étude a révélé que 5 % des femmes enceintes consomment des drogues illégales durant leur grossesse¹⁴³. Cependant, il est probable que les taux soient plus élevés en raison de la tendance à sous-déclarer l'usage de drogues illégales ou l'usage problématique de médicaments d'ordonnance¹⁴⁴.

Les causes et effets associés à un usage problématique de substances psychoactives (tant des drogues illicites que des médicaments d'ordonnance) pendant la grossesse sont complexes. Il est important de tenir compte à la fois des aspects liés à la santé et des aspects médicaux de l'usage de substances ou de la toxicomanie ainsi que des facteurs psychologiques et sociologiques¹⁴⁴. Une approche de réduction des méfaits axée sur la femme est requise durant la grossesse.

Les PS doivent être au fait des tendances de consommation de substances dans leur collectivité et de l'usage de substances non traditionnelles. Par exemple, certaines collectivités présentent des taux plus élevés d'usage de gaz pour inhalation. Des recherches montrent que l'usage de substances inhalées pendant la grossesse peut produire des effets semblables à ceux du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), à savoir des déformations craniofaciales, une microcéphalie, un bébé de faible poids, un retard du développement, et d'autres complications liées à la grossesse et à l'accouchement de même que le syndrome de sevrage néonatal¹⁴⁵.

« Les PS doivent être au fait des tendances de consommation de substances dans leur collectivité et de l'usage de substances non traditionnelles.

La SOGC recommande que toutes les femmes enceintes fassent l'objet d'un dépistage de la consommation de substances psychoactives¹⁰¹. L'usage de ces substances n'est pas limité à un quelconque profil socioéconomique ou sociodémographique. Bon nombre de femmes craignant de discuter de l'usage de telles substances, le PS pourra prévenir cette situation par une approche exempte de jugements – se présentant comme un partenaire collaborant avec la femme pour réduire l'usage de telles substances plutôt que comme une figure d'autorité usant de réprimandes. Les meilleures approches ciblent les femmes en tenant compte de leur état de préparation face au changement, visent la réduction des méfaits chez celles pour qui l'abstinence est impossible et offrent de brèves interventions assorties de recommandations sur des ressources communautaires disponibles pour une consultation psychosociale.

Les femmes aux prises avec une toxicomanie peuvent être effrayées de répercussions qui risquent d'entraîner l'intervention des services de protection de l'enfance. Aussi, les PS doivent travailler en collaboration avec les femmes et les organismes compétents pour rechercher les meilleures options à la fois pour la mère et le bébé.

Pour plus de recommandations, se reporter à la directive clinique de la SOGC *Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse*¹⁰¹.

Tabac et produits de vapotage/ cigarettes électroniques

L'usage du tabac pendant la grossesse est associé à bon nombre d'anomalies : bébé de faible poids, mortinaissance, fausse couche, retard de croissance intra-utérine, naissance prématurée, décollement placentaire, syndrome de mort subite du nourrisson ainsi que de nombreux risques pour la santé de la femme enceinte¹⁴⁶. Les taux de tabagisme varient au Canada chez les femmes enceintes, le taux le plus élevé se situant dans les territoires du Nord (59,3 %) et le plus faible, en Ontario (18,5 %)¹⁴⁷.

Tout comme la cigarette à tabac, les produits de vapotage (cigarettes électroniques) peuvent dégager de la nicotine et d'autres substances potentiellement nuisibles aux femmes enceintes et à leur bébé. L'option la plus sûre est donc d'éviter l'usage de la cigarette à tabac et des produits de vapotage durant la grossesse.

Ne pas faire usage de la nicotine avant ou pendant la grossesse, cela aura de nombreux effets positifs pour la femme et son bébé. Les femmes qui consomment de la nicotine, qu'il s'agisse de la cigarette à tabac ou d'un produit de vapotage, devraient se voir offrir du counseling pour cesser une telle pratique. Les femmes – ainsi que leur conjoint – doivent être informés des méfaits de la fumée secondaire durant la grossesse, ainsi que de l'importance d'un environnement sans fumée après la naissance du bébé.

Les *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme* formulent des recommandations et des stratégies pour aider les femmes enceintes à cesser de fumer la cigarette⁹⁹.

Alcool

Le TSAF est une lésion cérébrale qui peut survenir lorsque le bébé à naître est exposé à l'alcool. Cette affection s'avère la principale cause connue de déficience développementale évitable au Canada. Puisqu'aucun seuil fondé sur des données probantes n'a été établi pour ce qui est de la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse, les lignes directrices canadiennes recommandent purement et simplement que les femmes enceintes s'abstiennent de consommer de l'alcool. Elles recommandent également le dépistage périodique de la consommation d'alcool chez toutes les femmes enceintes¹⁰⁰.

Il est important pour les PS de discuter de la consommation d'alcool avec les femmes pendant leur grossesse, puisqu'un dépistage précoce peut améliorer l'état de santé de la mère et du fœtus¹⁴⁴. Aussi, ils ont intérêt à être au courant des facteurs de risque associés à l'usage problématique d'alcool, ainsi que des soutiens et interventions à la disposition.

Se reporter à la *Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse* de la SOGC¹⁰⁰.

Consommation de drogues

Cannabis : Le cannabis, qui est maintenant légal, est la drogue la plus couramment utilisée durant la grossesse¹⁴⁸. Des données provenant des É. U. montrent que la consommation de cannabis durant la grossesse a augmenté de 62 % entre 2002 et 2014¹⁴⁹. Des recherches montrent aussi que les femmes se tournent vers le cannabis pour soulager les nausées et les vomissements pendant la grossesse¹⁵⁰.

Bien que les conclusions soient contradictoires, il a été démontré que l'exposition prénatale au cannabis nuit à la croissance et au développement du fœtus ainsi qu'à l'issue néonatale immédiate; de plus, elle entraîne des troubles du comportement et de l'apprentissage plus tard dans la vie. D'autres recherches doivent être menées sur les effets immédiats et à long terme de la consommation de cannabis pendant la grossesse. Mais l'option la plus sûre est de renoncer entièrement au cannabis (cigarettes; produits comestibles, topiques et de vapotage) lors de la grossesse. La SOGC recommande que les PS discutent de la consommation de cannabis avec les femmes enceintes et leur conseillent de s'en abstenir ou de réduire leur consommation pendant la grossesse¹⁰¹.

Opiacés : La dépendance aux opiacés est considérée comme une crise majeure au Canada, qu'il s'agisse de substances d'ordonnance ou non. De 2012 à 2016, le nombre d'ordonnances d'opiacés a augmenté de 6,8 %; toutefois, les quantités prescrites ont diminué de 4,9 %¹⁵¹. Des données provenant des É.-U. indiquent que l'usage de ces substances chez les femmes enceintes s'est accru considérablement¹⁵². La prise d'opiacés ne doit pas être interrompue brusquement lorsque la femme tombe enceinte, puisqu'un sevrage soudain pose des risques de fausse couche et de naissance prématurée. Si le fœtus est exposé aux opiacés pendant la grossesse, il pourrait être atteint du syndrome de sevrage néonatal. La SOGC recommande un agoniste opioïde, avec de la méthadone ou de la buprénorphine, en tant que norme de soins pour traiter la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes¹⁰¹.

Cocaïne : Les risques associés à la consommation de cocaïne pendant la grossesse comprennent la naissance prématurée, les syndromes associés au placenta (p. ex., décollement placentaire, prééclampsie et infarctus placentaire) et l'altération de la croissance foétale. Il existe également un risque de déficits cognitifs

et neurodéveloppementaux à long terme, tels des difficultés quant au développement langagier, à l'apprentissage et au raisonnement perceptif, des problèmes comportementaux et des effets indésirables sur la mémoire et la fonction exécutive. Il est toutefois important de reconnaître que la consommation de cocaïne peut s'accompagner d'autres facteurs de risque sociodémographiques jouant un rôle causal dans la survenue de ces issues défavorables¹⁵³. La cocaïne produit un effet de courte durée, et il est possible d'en cesser la prise en toute sécurité pendant la grossesse¹⁵³.

Substances hallucinogènes : L'usage de substances hallucinogènes (MDMA, LSD) a été associé à des anomalies congénitales, y compris des anomalies cardiovasculaires et rénales¹⁰¹. La prise de substances hallucinogènes peut être interrompue en toute sécurité pendant la grossesse.

Les PS se reporteront à la directive clinique de la SOGC *Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse* pour connaître les recommandations en matière de soins et de traitement des femmes faisant usage de substances psychoactives durant leur grossesse¹⁰¹.

4.13 POIDS SANTÉ

Compte tenu de l'incidence à la hausse de l'obésité chez les femmes en âge de procréer et des risques connexes (p. ex., diabète gestationnel, hypertension, anomalies du déclenchement du travail, risque accru d'accouchement par césarienne, thrombo-embolie veineuse, nourrisson gros pour son âge gestationnel), on accorde une grande importance au poids de la mère et au gain pondéral dans le cadre des soins prénataux. Le poids est un sujet sensible pour de nombreuses

femmes et doit être abordé avec discrétion et respect. En fait, il pourrait s'agir d'un facteur incitant les femmes obèses ou en surpoids de ne pas se prévaloir de soins prénataux¹⁵⁴. Il est important de comprendre les pratiques culturelles, les croyances et les circonstances de la vie d'une femme, puisque de nombreux facteurs influencent ses impressions concernant son poids et ses attentes quant au poids qu'elle prendra pendant la grossesse.

Il n'existe pas de consensus sur la question de savoir si les femmes enceintes doivent être pesées lors de chaque visite. Les lignes directrices du NICE déconseillent cette pratique, mais précisent qu'il convient de le faire de nouveau après la visite initiale si cela peut agir favorablement sur la prise en charge clinique ou en cas de préoccupations nutritionnelles. Selon le BC Perinatal Pathway, la mesure systématique du poids de la mère est laissée à la discrétion de celle-ci⁸⁷. La plupart des dossiers prénataux des provinces comprennent un champ pour y consigner le poids lors de chaque visite; par conséquent, cette mesure est considérée comme une pratique de base.

SC et la SOGC se conforment aux lignes directrices de 2009 de l'Institute of Medicine (É.-U.) en matière de gain pondéral recommandé au cours d'une grossesse unique. Le gain pondéral recommandé pour les femmes qui ont un poids normal ou insuffisant est plutôt identique dans l'ensemble des provinces/territoires. Un débat porte toutefois sur les lignes directrices relatives au gain pondéral chez les femmes obèses (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 30 kg/m²). Certains considèrent que les lignes directrices actuelles sont trop indulgentes et proposent que les femmes obèses ne gagnent que peu de poids, voire aucun, durant leur grossesse⁸⁷.

GAIN DE POIDS DURANT UNE GROSSESSE UNIQUE^{91,97,98}

IMC avant la grossesse	Taux moyen ^a de gain de poids pendant les 2 ^e et 3 ^e trimestres		Gain de poids total recommandé ^b	
	kg/semaine	lb/semaine	kg	lb
< 18,5	0,5	1,0	12,5 à 18	28 à 40
18,5 à 24,9	0,4	1,0	11,5 à 16	25 à 35
25,0 à 29,9	0,3	0,6	7 à 11,5	15 à 25
≥ 30,0 ^c	0,2	0,5	5 à 9	11 à 20

a) Chiffres arrondis.

b) Le calcul des intervalles du gain de poids recommandé suppose un gain de 0,5 à 2 kg (1,1 à 4,4 lb) pendant le 1^e trimestre¹⁵⁵⁻¹⁵⁷.

c) Dans le cas des femmes qui ont un IMC avant la grossesse égal ou supérieur à 35, un gain pondéral plus faible peut être conseillé selon le jugement clinique, après une évaluation minutieuse des risques et des avantages pour la mère et l'enfant¹⁵⁸⁻¹⁶⁰.

Les femmes qui ont un poids insuffisant ou dont le gain de poids ne dépasse pas l'intervalle recommandé sont susceptibles de connaître des issues de grossesse indésirables, comme un accouchement prématuré et un nourrisson petit pour son âge gestationnel.

Les pratiques axées sur le poids santé et un mode de vie sain sont influencées par des facteurs tels que la génétique et les choix personnels ainsi que l'environnement social, culturel, physique et financier de la femme. Les PS jouent un rôle important en aidant les femmes à adopter de saines habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique durant leur grossesse. Ils doivent être sensibles aux aspects pouvant constituer des obstacles à cet égard, en plus de disposer d'un équipement approprié dans leur cabinet pour prodiguer les soins convenus aux femmes obèses.

Se reporter aux *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : gain de poids pendant la grossesse* de SC, ainsi qu'aux directives cliniques de la SOGC *Obésité et grossesse* et *Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà*^{90,97}.

4.14 SÉCURITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

La femme enceinte peut habituellement continuer à travailler à l'extérieur du foyer pendant la grossesse en toute sécurité, bien que les aspects suivants du travail sont à examiner : le type de travail, les heures de travail, le degré de stress physique et émotionnel ainsi que l'état de santé de la mère. Les tâches exigeant un effort considérable effectuées sur une période prolongée (soulever des objets lourds, travail par quarts et environnements très stressants) peuvent être associées à une diminution du poids de naissance, à la prématurité et à une fausse couche². Une telle évaluation devrait avoir lieu au début de la grossesse pour déterminer s'il y a lieu d'apporter des mesures d'adaptation.

La discrimination en matière d'emploi fondée uniquement sur la grossesse est illégale. Les femmes enceintes doivent connaître les droits et avantages dont elles peuvent bénéficier durant la maternité. Il est possible d'obtenir davantage de renseignements en consultant Service Canada, la *Politique sur la grossesse et droits de la personne en milieu de travail* mise en place par le gouvernement fédéral ainsi que les organismes des droits de la personne de chaque province/territoire.

Puisque nous sommes tous exposés à divers produits chimiques et toxines tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de notre résidence, il est important d'évaluer l'exposition actuelle et antérieure de la femme aux toxines environnementales. Les femmes exerçant un travail sédentaire doivent être encouragées à prendre régulièrement des pauses pour aller marcher. Elles ont intérêt à utiliser une chaise dont le dossier offre un soutien lombaire adéquat ainsi qu'un appuie-pieds pour aider à prévenir les douleurs dorsales. Les femmes doivent éviter de se croiser les jambes afin de maximiser la circulation sanguine. Les femmes qui restent debout durant de longues périodes seront encouragées à se reposer régulièrement, puisqu'une période prolongée en station debout peut augmenter le risque de travail prématuré.



Toutes les femmes enceintes doivent éviter d'entrer en contact avec certains produits chimiques et métaux, comme le plomb, le mercure et les polychlorés biphényles, qui sont connus pour avoir des effets néfastes sur la mère et le bébé à naître¹⁶¹. Certains gaz inhalants, comme les agents anesthésiques, augmentent légèrement le risque de fausse couche. L'exposition survient dans des salles d'opération médicales, dentaires et vétérinaires. Ce risque peut être réduit au minimum par l'utilisation de systèmes d'évacuation des gaz efficaces et de techniques anesthésiques adéquates (tests d'étanchéité, utilisation de tubes endotrachéaux à ballonnet, etc.)¹⁶².

4.15 SEXUALITÉ PENDANT LA GROSSESSE

Bien qu'un large éventail de réactions sexuelles physiologiques surviennent durant la grossesse, l'intérêt pour la sexualité, la fréquence des relations et le sentiment de satisfaction changent souvent à la fois chez l'homme et la femme. La pratique de relations sexuelles pendant la grossesse dépend de nombreux facteurs, notamment la qualité de la relation, les valeurs et attitudes relatives à la sexualité, les croyances culturelles et religieuses, l'état de santé général, les sensations de malaises ressenties durant les différents trimestres et les préoccupations de santé liées à la grossesse. Les changements physiologiques comme le grossissement des seins, les nausées, la fatigue, les changements abdominaux, la leucorrhée, la vasocongestion pelvienne et les réactions orgasmiques peuvent influencer la sexualité et son expression¹¹.

Les femmes enceintes et leur conjoint ont tout intérêt à posséder des connaissances de base sur la sexualité et les répercussions de la grossesse sur la sexualité. Ils ont intérêt à être informés des changements physiques et psychologiques associés à la grossesse et de la façon dont ces changements peuvent modifier les réactions sexuelles physiques et émotionnelles, des différents moyens de parvenir au plaisir et de l'importance de communiquer ses besoins, ses désirs et les changements se produisant. Le counseling en matière de sexualité offert aux couples en attente d'un enfant consiste à rectifier les renseignements erronés, à les rassurer quant à la normalité et à suggérer d'autres comportements. Les relations sexuelles et l'orgasme ne sont pas contre-indiqués chez les femmes enceintes en santé¹⁰⁴. Certaines restrictions sexuelles peuvent s'appliquer pendant la grossesse, par exemple en cas de saignements vaginaux, de rupture prématurée des membranes ou de travail prématuré. Les femmes susceptibles de contracter ou de transmettre des ITS sont encouragées à utiliser le condom lors des relations sexuelles pendant la grossesse.

Les PS seront sensibles à l'éventail des attitudes et des sentiments que les femmes et leur conjoint peuvent avoir à l'égard des relations intimes au cours de la grossesse. Ils prendront également conscience de leurs propres attitudes, valeurs et préjugés et de la façon dont ceux-ci peuvent influencer leur évaluation de la santé sexuelle de la femme. La SOGC recommande que les PS discutent de sexualité au cours d'une des premières visites prénatales. Ils se montreront ouverts quant à discuter des préoccupations sexuelles et à informer les femmes et leur conjoint au sujet des changements normaux dans la fréquence des relations sexuelles et de l'intérêt pour la sexualité ainsi que des différents rapports sexuels appropriés. Enfin, il est important d'envisager le besoin de procéder à un dépistage subséquent des ITS.

Se reporter à la *Directive clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme* de la SOGC et aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* de l'ASPC pour obtenir plus d'information sur la sexualité pendant la grossesse^{104,105}.

4.16 ACTIVITÉ PHYSIQUE

La pratique d'une activité physique et l'adoption d'un mode de vie actif durant la grossesse comportent de nombreux avantages, notamment les suivants^{103,163-168} :

- gain de poids non excessif durant la grossesse et maintien d'un poids santé après l'accouchement;
- réduction possible du risque de complications de grossesse, comme la prééclampsie, la macrosomie et le diabète gestationnel, et de la durée du travail;
- prévention à long terme du diabète de type 2, de l'obésité et des maladies cardiaques;
- malaises physiques moins intenses durant le travail, diminution des complications liées au travail et à l'accouchement et rétablissement plus rapide après l'accouchement;
- meilleure santé mentale pendant et après la grossesse;

- soulagement des malaises typiques associés à la grossesse, y compris la fatigue, une mauvaise qualité de sommeil, la dorsalgie et la constipation, et reprise possiblement plus facile des activités courantes après l'accouchement.

Les PS encourageront les femmes enceintes sans contre-indications particulières à être physiquement actives¹⁶⁹. Il est important pour elles de savoir que, dans le contexte d'une grossesse en santé à faible risque, entreprendre une activité physique d'intensité légère à modérée, ou poursuivre une telle pratique, n'est pas associé à des résultats défavorables, mais est au contraire bénéfique^{2,103}. Les femmes qui n'ont pas été actives avant la grossesse seront conseillées de commencer par des activités légères, comme la marche ou la natation, même pendant de courtes périodes, puis d'augmenter graduellement la durée¹⁰².



La Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) a publié le *X-AAP pour les femmes enceintes*, un outil d'évaluation visant à aider les cliniciens à conseiller les femmes qui désirent commencer un programme d'exercices ou qui souhaitent continuer d'être actives¹⁶⁹. Les ressources pratiques de l'outil comprennent :

- un questionnaire à l'intention des femmes enceintes, qui comprend un profil de leurs habitudes en matière d'activité physique et de leurs antécédents médicaux;
- des contre-indications à l'exercice durant la grossesse;
- des recommandations en matière de conditionnement aérobique et musculaire fondées sur des données probantes.

Pour certaines femmes, il peut arriver qu'une activité physique ne soit pas appropriée ou doive être modifiée. Les *Directives canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse* de la SCPE décrivent les contre-indications relatives et absolues à l'exercice physique durant la grossesse¹⁰³. Il est important pour les PS d'être au fait des contre-indications qui se trouvent dans ce guide et dans la directive *L'exercice physique pendant la grossesse et le postpartum* de la SOGC¹⁰².

Ces directives de la SCPE proposent également d'exercer quotidiennement les muscles du plancher pelvien (p. ex., exercices Kegel) pour réduire le risque de l'incontinence urinaire¹⁰³. La SOGC recommande un tel entraînement dès le début du postpartum pour la même raison¹⁰². Aborder la santé du plancher pelvien durant la grossesse, cela peut mieux faire apprécier l'importance de tels exercices et contribuer à renforcer la santé de cette région du corps.

Les PS voudront se reporter à la directive de la SCPE *X-AAP pour les femmes enceintes*, aux *Directives canadiennes en matière d'activité physique pendant la grossesse* de la SOGC/SCPE, ainsi qu'à la directive de la SOGC *L'exercice physique pendant la grossesse et le postpartum*, pour l'examen d'aptitude à l'activité physique pendant la grossesse, les contre-indications et les recommandations d'usage.

4.17 VIOLENCE CONJUGALE

On estime que 6 à 8 % des femmes enceintes sont victimes de violence¹⁷⁰⁻¹⁷². On considère qu'il s'agit là d'une estimation prudente, puisque les femmes signalent rarement les actes dont elles sont victimes. Toutes les femmes sont susceptibles d'être victimes de violence conjugale, peu importe leur statut socioéconomique, leur race, leur orientation sexuelle, leur âge, leur origine ethnique ou leur état de santé. Selon un sondage auprès de femmes ayant signalé des mauvais traitements,

une sur dix a indiqué avoir subi de la violence pendant la grossesse. Ce n'est pas parce que la femme est enceinte qu'elle ne sera pas victime de violence conjugale; du reste, quant à savoir si cette violence s'accroît ou diminue durant la grossesse, les données probantes dont on dispose sont contradictoires^{173,174}.

La violence conjugale durant la grossesse est une cause importante de problèmes de santé tant pour la femme enceinte que pour son bébé, et ce, en raison des traumatismes physiques et de leurs effets psychologiques^{174,175}. Les femmes victimes de mauvais traitements présentent des taux plus élevés de complications de grossesse (faible gain pondéral, anémie, saignements au cours du 1^e et du 2^e trimestre, fausse couche, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérine, faible poids à la naissance et décès périnatal). De plus, la violence conjugale se traduit par une plus forte incidence de dépression, de pensées suicidaires et d'issues de grossesse indésirables, y compris le décès maternel et fœtal¹⁷⁵. La violence conjugale durant la grossesse entraîne également des effets négatifs durant le postpartum et plus tard dans la vie, comme le stress maternel prénatal sur le développement comportemental et affectif de l'enfant¹⁷⁴.

Les expériences des femmes en matière de violence conjugale peuvent varier, et cela a une incidence sur la probabilité qu'elles dévoilent les actes dont elles sont victimes. Certains groupes de femmes, tels que les nouvelles arrivantes, les femmes LGBTQ2, les femmes de couleur, les femmes autochtones et les femmes atteintes d'une incapacité, peuvent éprouver plus de difficultés à dévoiler des mauvais traitements subis. Certains obstacles les en empêchent, tels les suivants : la marginalisation, la stigmatisation, les stéréotypes, le manque d'accès à des ressources, la méconnaissance de la loi et des ressources offertes, des problèmes de langue, des obstacles physiques et un lien de dépendance à l'endroit de la personne en cause^{176,177}.

« De tels soins mettront plutôt l'accent sur la réduction des risques de préjudice et de retraumatisation ainsi que sur la sécurité, le contrôle et la résilience des clientes et des patientes.

Si bon nombre de femmes ne rapportent pas spontanément les actes de violence qu'elles subissent, elles choisissent souvent de le faire à la suite d'une demande de renseignements en ce sens¹⁷⁵. Aucune donnée probante

n'indique actuellement un dépistage universel de la violence conjugale, y compris durant la grossesse. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande pas l'application de la ligne directrice du Preventive Services Task Force des É.-U., qui recommande le dépistage de la violence conjugale chez toutes les femmes en âge de procréer. Les PS devraient pouvoir reconnaître les signes d'une violence conjugale, et prodiguer des soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence, qu'il y ait eu déclaration ou non de l'incident¹⁷⁸. De tels soins mettront plutôt l'accent sur la réduction des risques de préjudice et de retraumatisation ainsi que sur la sécurité, le contrôle et la résilience des clientes et des patientes.



5 SOINS PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE

La première visite prénatale est déterminante pour l'établissement d'une saine relation entre le PS et la femme et sa famille, qui doit être fondée sur une communication bilatérale et le respect et favoriser une prise de décision éclairée. Pour réunir les conditions propices à la prestation de SMNPF lors de la première visite, les PS peuvent :

- décrire l'approche en matière de prise de décisions partagée;
- prendre le temps de déterminer les besoins personnels, psychosociaux, éducatifs, physiques, spirituels et culturels uniques de la femme et de sa famille;

- discuter en utilisant un langage fondé sur le respect, l'inclusion et l'acceptation;
- insister sur le fait que la grossesse est un état de santé.

Au Canada, la plupart des femmes consultent un omnipraticien pour diagnostiquer ou confirmer une grossesse ou pour une visite initiale à la suite de la confirmation de leur grossesse. Bon nombre de femmes peuvent recevoir, ou non, des soins continus du même PS, selon si elles font appel à une sage-femme, un omnipraticien ou un obstétricien. Les premières visites sont déterminantes pour obtenir et fournir des renseignements sur un large éventail de sujets.

Le nombre d'examens et d'interventions réalisés pendant la grossesse a considérablement augmenté, et il en va de même du niveau d'anxiété des femmes et de leurs personnes de soutien lorsqu'elles ont à décider des examens à subir, ou à interpréter et comprendre les résultats obtenus. Les femmes se sentent moins anxieuses lorsqu'elles sont informées à l'avance de l'objectif des examens et des interventions. Des aides à la décision à l'intention des femmes et de leur famille s'avèrent utiles pour ce qui est des aspects complexes des soins. Si l'on communique à l'avance aux femmes des renseignements sous forme écrite ou verbale sur les aspects des soins, elles seront en mesure d'examiner les options possibles avant de se soumettre aux examens ou aux traitements.

5.1 ANTÉCÉDENTS

La collecte initiale des antécédents prénataux a pour but d'obtenir les renseignements médicaux pertinents sur la grossesse. Compte tenu de la multitude de facteurs influençant la grossesse, il est important que les PS prennent le temps nécessaire pour effectuer un examen exhaustif des antécédents et en discuter. C'est également l'occasion de déterminer les facteurs qui nécessitent une attention ou une intervention immédiate et ceux qui peuvent être pris en compte au cours des visites subséquentes.

La collecte des antécédents prénataux porte sur les éléments suivants^{78,82-84,179-181} :

- **antécédents allergiques** afin de connaître les allergies aux médicaments, aux aliments ou à d'autres substances;
- **antécédents médicaux**, plus précisément les problèmes médicaux ayant une incidence sur la grossesse et l'allaitement ou susceptibles d'être influencés par la grossesse et l'allaitement, comme le diabète, l'hypertension et les affections auto-immunes;
- **antécédents obstétricaux** afin de connaître les facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur la grossesse, comme un accouchement préalable par césarienne, un accouchement prématuré, une mortinaissance ou la prééclampsie;
- **antécédents gynécologiques**, y compris les interventions utérines ou cervicales susceptibles d'avoir une incidence sur la grossesse actuelle;
- **expérience d'allaitement** et toute préoccupation connexe;
- **antécédents sexuels**, y compris les facteurs de risque persistants d'ITS, les antécédents d'infection par le virus de l'herpès simplex et la syphilis;
- **antécédents chirurgicaux** pour connaître les interventions chirurgicales susceptibles d'avoir une incidence sur la grossesse et l'allaitement, comme la réduction mammaire;
- **antécédents familiaux** de la mère et du père du bébé, y compris les troubles exposant la mère à un risque accru de complications de grossesse ou les troubles augmentant le risque d'anomalies génétiques;
- **antécédents alimentaires et nutritionnels**, y compris toute restriction alimentaire ou tout trouble de l'alimentation susceptible d'avoir une incidence sur la grossesse;
- **habitudes d'activité physique**, y compris le travail, les périodes de repos et les loisirs;
- **exposition aux contaminants environnementaux**, y compris les risques professionnels;
- **antécédents menstruels** pour aider à déterminer la date d'accouchement initiale, laquelle devrait être confirmée par échographie;
- **antécédents de grossesse**, y compris les nausées, les vomissements, les saignements et les infections ainsi que les problèmes émotionnels susceptibles d'avoir une incidence sur la grossesse (p. ex., si la grossesse était souhaitée);
- **antécédents pharmaceutiques**, y compris les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre ainsi que les herbes médicinales traditionnelles et autres;

- **aspects liés au mode de vie**, y compris la consommation actuelle ou antérieure de tabac, d'alcool et d'autres substances;
- **antécédents psychosociaux** établis au moyen d'un outil psychosocial validé visant à connaître les antécédents psychosociaux et de santé mentale;
- **mauvais traitements actuels ou antérieurs**, y compris la violence physique, psychologique ou sexuelle;
- **traditions et croyances religieuses et ethniques** susceptibles d'avoir une incidence sur les pratiques liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période postpartum;
- **autres facteurs** qui, de l'avis de la femme et de ses personnes de soutien, sont pertinents aux soins qui lui sont offerts.

Le PS doit recueillir les antécédents prénataux dans un endroit confortable et dans une ambiance détendue en disposant de suffisamment de temps pour discuter des détails pertinents. Les dossiers prénataux, élaborés par les provinces, tiennent compte des éléments des antécédents d'une femme qui ont le plus de répercussions sur les soins et qui permettent d'orienter la collecte. Puisqu'il peut parfois être nécessaire de recueillir des renseignements supplémentaires, le dossier prénatal est un outil permettant d'amorcer une discussion en fonction des réponses initiales.

5.2 NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Les premières visites sont l'occasion de se pencher sur les symptômes et les malaises courants associés à la grossesse.

Les nausées et vomissements de la grossesse (NVG), aussi appelés « nausées matinales », sont l'un des troubles médicaux les plus courants durant la grossesse, touchant jusqu'à 85 % des femmes enceintes à différents degrés

d'intensité^{182,183}. Les symptômes comprennent les nausées et les hauts de cœur avec ou sans vomissements commençant habituellement entre la 4^e et la 9^e semaine de grossesse et atteignant un pic entre la 7^e et la 12^e semaine. Chez la plupart des femmes, les symptômes s'atténuent habituellement entre la 12^e et la 16^e semaine. Cependant, jusqu'à 20 % des femmes peuvent ressentir ces symptômes jusqu'à la 20^e semaine ou jusqu'à l'accouchement^{184,185}. Les NVG peuvent avoir un effet négatif sur le bien-être global de la femme enceinte ainsi que sur sa famille, son travail et sa vie sociale^{184,186}. De plus, leur fardeau financier peut être plutôt en raison des symptômes qui réduisent la capacité de travailler¹⁸⁷. Les femmes disent souvent se sentir impuissantes, isolées, irritables, déprimées, anxieuses et frustrées^{184,186}. Lorsque ces symptômes se manifestent après la 10^e semaine de grossesse, le PS doit rechercher d'autres causes possibles.

La forme la plus grave de NVG, l'hyperemesis gravidarum (HG), touche jusqu'à 3 % des femmes enceintes¹⁸⁸. L'HG se définit par des nausées et des vomissements graves et persistants, une perte de poids de plus de 5 % par rapport au poids avant la grossesse, une déshydratation, des anomalies électrolytiques et des carences nutritionnelles nécessitant généralement une hospitalisation¹⁸⁸⁻¹⁹⁰. Les femmes atteintes peuvent avoir des problèmes psychosociaux plus graves, dont la dépression¹⁹¹. Dans certains cas, elles peuvent choisir de mettre un terme à leur grossesse qui, autrement, était désirée¹⁹². L'hospitalisation et le traitement de l'HG peuvent avoir des effets défavorables sur la mère, tels un rétablissement plus long après la grossesse, des douleurs musculaires et un dysfonctionnement de la vésicule biliaire après l'accouchement^{184,191}. De plus, des effets néfastes sur le fœtus ont été rapportés, comme un plus grand nombre de cas de bébés de faible poids, de bébés petits pour leur âge gestationnel et de bébés prématurés¹⁹³.



La cause des NVG et de l’HG reste obscure et est très probablement associée à plusieurs facteurs¹⁹⁴. Par conséquent, leur prise en charge s’avère difficile à la fois pour le PS et la femme. Les femmes s’inquiètent souvent de l’emploi de traitements pharmacologiques pendant la grossesse en raison des risques pour le fœtus^{183,184,190,195,196}. Pour optimiser la prise en charge des symptômes des NVG et de l’HG, il est important que les PS conseillent différentes options^{183,184,190,191,195,196}. On trouve de plus en plus de renseignements, particulièrement sur le Web, concernant l’emploi du cannabis pour traiter les NVG; bien que les données canadiennes soient limitées, des recherches américaines ont montré une augmentation du nombre de femmes enceintes consommant du cannabis. La SOGC ne recommande pas l’usage du cannabis durant la grossesse pour traiter l’une ou l’autre de ces affections, et les PC voudront aborder les risques en jeu avec leurs patients.

Se reporter à la directive clinique de la SOGC *Prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse* pour connaître les

recommandations quant aux modifications du régime alimentaire et des habitudes de vie ainsi qu’aux interventions (pharmacologiques et autres) visant à soulager les NVG et pour accéder à un algorithme de traitement¹⁸². Il est important que le PS se renseigne auprès de la femme au sujet des répercussions des NVG sur sa vie quotidienne et de la gravité de ses symptômes afin de déterminer la meilleure cure de traitement^{184,195-199}.

5.3 EXAMEN PHYSIQUE COMPLET

Dans le cas des femmes considérées comme étant à faible risque, il est recommandé de réaliser un examen physique selon leurs antécédents et besoins actuels. Bien que certaines lignes directrices sur les soins aux mères et aux nouveau-nés recommandent d’effectuer un examen physique lors de la visite initiale, une récente analyse a révélé qu’un bilan de santé général ou un examen physique complet ne permet pas de réduire la morbidité et la mortalité et a conclu qu’il est improbable que cette pratique soit bénéfique ou modifie les résultats^{27,87,88,200}. Il convient de faire remarquer qu’aucune recherche n’a porté sur les avantages de plusieurs interventions pratiquées durant l’examen physique.

Les lignes directrices actuelles s’appliquant aux femmes ne présentant aucun facteur de risque connu traitent des éléments énumérés ci-après, lesquels sont à prendre en compte lors de l’examen physique de la visite initiale (ou au début de la grossesse).

ÉLÉMENTS DE L’EXAMEN PHYSIQUE À PRENDRE EN COMPTE LORS DE LA VISITE INITIALE

Éléments de l’examen physique	Ligne directrice
Mesure du poids et de la taille	<ul style="list-style-type: none"> Les <i>Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l’intention des professionnels de la santé : gain de poids pendant la grossesse</i> de SC recommandent de suivre le gain de poids au fil du temps pour y déceler toute tendance inhabituelle, en plus d’offrir des recommandations sur le gain de poids durant la grossesse⁹⁰. La directive clinique de la SOGC <i>Obésité et grossesse</i> contient des recommandations sur les conseils et les soins à donner aux patientes obèses²⁰¹.

ÉLÉMENTS DE L'EXAMEN PHYSIQUE À PRENDRE EN COMPTE LORS DE LA VISITE INITIALE

Éléments de l'examen physique	Ligne directrice
Mesure de la tension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> La directive clinique de la SOGC <i>Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse</i> fournit des indications sur la façon de mesurer la tension artérielle⁸⁹.
Frottis de Pap	<ul style="list-style-type: none"> La directive clinique du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs <i>Cancer du col de l'utérus</i> fournit une orientation en matière de dépistage à l'intention des femmes en général et ne concerne pas particulièrement la grossesse²⁰². Pour les femmes de 25 à 69 ans, on y recommande le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus aux 3 ans. Ainsi, selon le moment du dernier dépistage, la femme enceinte pourrait devoir subir cet examen.
Examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> Aucune ligne directrice canadienne ne traite de l'examen pelvien systématique durant la grossesse. Les lignes directrices du NICE ne recommandent pas un examen pelvien systématique durant la grossesse². Les lignes directrices de l'AAFP décrivent les avantages de réaliser un examen pelvien lors de la visite initiale, soit de mettre en évidence les anomalies de l'appareil reproducteur ou de procéder au dépistage d'ITS.
Examen des seins	<ul style="list-style-type: none"> Aucune ligne directrice canadienne ne traite de l'examen systématique des seins durant la grossesse. Les lignes directrices du NICE ne recommandent pas d'effectuer un examen systématique des seins pour favoriser l'allaitement².

5.4 ÉCHOGRAPHIE ET DÉPISTAGE PRÉNATAL

Échographie de datation

Les lignes directrices actuelles de la SOGC précisent que pour évaluer l'âge gestationnel et la date prévue d'accouchement, il est préférable d'utiliser la longueur vertex-coccyx entre la 7^e et la 12^e semaine de grossesse plutôt que les dates de menstruation. Il est particulièrement important de déterminer avec précision la date prévue lorsque l'on prend en considération les soins à prodiguer aux femmes qui pourraient accoucher prématurément ou dont la grossesse se prolonge au-delà de 41 semaines. La SOGC recommande de réaliser une échographie de datation au cours du 1^{er} trimestre de grossesse chez toutes les femmes enceintes.

Se reporter aux documents suivants de la SOGC pour de plus amples recommandations : la *Directive clinique sur l'utilisation de l'échographie au premier trimestre* et la directive clinique *Détermination de l'âge gestationnel par échographie*^{180,203}.

Tests génétiques prénatals

Le nombre et les types de tests génétiques prénatals changent rapidement, et il est difficile à la fois pour les PS et les femmes de tous les connaître. En outre, les tests offerts et financés par les pouvoirs publics ainsi que l'infrastructure de dépistage prénatal varient considérablement dans l'ensemble du pays.

Dans la logique des SMNPF, le dépistage génétique prénatal repose sur le principe que les femmes ont le droit de prendre des décisions éclairées concernant leur grossesse. Cela comprend la possibilité de refuser de se soumettre aux tests génétiques prénatals²⁰⁴.

Les tests génétiques prénataux servent à dépister directement des troubles chromosomiques ou génétiques. À titre d'exemple de tels tests, citons le dépistage au moyen de multiples marqueurs sériques, conjointement à la mesure de la clarté nucale lors de l'échographie réalisée entre la 11^e et la 14^e semaine. Il est important que les PS informent les femmes que l'échographie anatomique, réalisée entre la 18^e et la 22^e semaine, comprend le dépistage des malformations structurales du fœtus et est un type de dépistage de troubles chromosomiques ou génétiques²⁰⁵. Bon nombre d'anomalies structurales ou de *marqueurs* échographiques (p. ex., os nasal petit ou absent, épaisseur accrue de la clarté nucale) sont associés à des anomalies chromosomiques ou génétiques. La découverte de telles anomalies doit être suivie d'une discussion avec la famille au sujet des options possibles et des autres tests requis. Les tests de l'ADN fœtal acellulaire sont offerts par diverses firmes privées au Canada, quoique leur couverture varie au gré des régimes d'assurance maladie des provinces/territoires. Ces tests permettent le dépistage des aneuploïdies fœtales, et peuvent déterminer le sexe et le type sanguin du fœtus. Tout comme les multiples marqueurs sériques et la mesure de la clarté nucale, si le test de l'ADN fœtal acellulaire s'avère positif, la femme enceinte aura intérêt à discuter des résultats avec son PS de façon à ce qu'elle puisse prendre une décision éclairée quant aux étapes suivantes. Les directives conjointes suivantes de la SOGC/CCGM (Collège canadien des généticiens médicaux) offrent des recommandations sur le dépistage de l'ADN fœtal acellulaire : *Directive clinique de la SOGC et du CCGM : Mise à jour sur le dépistage prénatal de l'aneuploïdie fœtale, des anomalies fœtales et des issues défavorables de la grossesse*, ainsi que *Opinion commune de la SOGC et du CCGM sur le dépistage génétique en contexte de procréation : Mise à jour à l'intention de l'ensemble des prestataires canadiens de soins de santé maternelle et de services en procréation, à l'ère des tests offerts directement aux consommateurs*^{206,207}.

Les tests de diagnostic génétique effractifs ne sont généralement offerts au Canada que lorsque le dépistage au moyen de multiples marqueurs ou l'échographie indique un risque accru de trouble chromosomique ou génétique. Encore une fois, il est essentiel de fournir des conseils impartiaux et d'obtenir le consentement éclairé de la femme avant de l'intégrer à un quelconque programme de dépistage prénatal. Les 2 tests de diagnostic génétique les plus couramment proposés sont l'amniocentèse et le prélèvement de villosités choriales (PVC). Les données probantes les plus récentes indiquent que le taux de fausse couche associé à l'amniocentèse et au PVC est respectivement d'environ 0,1 % et 0,2 %²⁰⁸.

La SOGC a émis plusieurs directives cliniques sur ce type de dépistage, notamment les suivantes^{204,206,207,209-212} :

- État actuel du dépistage prénatal non effractif du syndrome de Down, de la trisomie 18 et de la trisomie 13 au moyen d'ADN acellulaire se trouvant dans le plasma maternel;
- *Anomalies fœtales affectant le tube neural : Dépistage/diagnostic prénatal et prise en charge de la grossesse;*
- *Interventions et techniques de diagnostic prénatal visant l'obtention d'un prélèvement fœtal à des fins diagnostiques : Risques et avantages pour la mère et le fœtus;*
- *Opinion commune de la SOGC et du CCGM sur le dépistage génétique en contexte de procréation : Mise à jour à l'intention de l'ensemble des fournisseurs canadiens de soins de santé maternelle et de services en procréation, à l'ère des tests offerts directement aux consommateurs;*
- *Dépistage prénatal de l'aneuploïdie fœtale en ce qui concerne les grossesses monofœtales;*
- *Dépistage et diagnostic prénatals de l'aneuploïdie en ce qui concerne les grossesses gémellaires;*
- *Directive clinique de la SOGC et du CCGM : mise à jour sur le dépistage prénatal de l'aneuploïdie fœtale, des anomalies fœtales et des issues défavorables de la grossesse.*

5.5 ÉPREUVES DE LABORATOIRE

Les lignes directrices provinciales/territoriales recommandent d'effectuer certaines épreuves de laboratoire à la visite initiale ou dès que possible pendant la grossesse et de les répéter ou d'effectuer d'autres examens plus tard au cours de la grossesse. Les PS peuvent consulter leur association professionnelle et les lignes directrices de leur province/territoire pour

être au fait des recommandations. Consulter l'Annexe B pour des lignes directrices sur certaines épreuves de laboratoire.

Conformément aux principes des SMNPF, les PS doivent informer les femmes et leur famille de la justification des tests, des résultats attendus, du suivi prévu et de tout risque éventuel, et obtenir leur consentement éclairé.



6 SOINS PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE

De nombreux aspects des soins se poursuivent après le 1^e trimestre et tout au long de la grossesse, comme les évaluations de la santé mentale, les analyses sanguines réalisées en laboratoire (au besoin), ainsi que les discussions et le suivi liés aux soins personnalisés de la femme.

6.1 ÉCHOGRAPHIE ENTRE LA 18^e ET LA 22^e SEMAINE

L'échographie effectuée entre la 18^e et la 22^e semaine de grossesse offre plusieurs possibilités : rechercher ou diagnostiquer les anomalies structurales fœtales; déterminer l'emplacement du placenta; estimer l'âge gestationnel (bien que cet examen soit moins précis que l'échographie réalisée entre la 11^e et la 14^e semaine) et déterminer la quantité de liquide amniotique.

La SOGC recommande d'offrir ce type d'échographie à toutes les femmes²¹³. Il est essentiel que les femmes et leur famille soient parfaitement informées des suites possibles de cet examen. Consulter la directive clinique de la SOGC *Tenue systématique d'un examen échographique obstétrical au cours du deuxième trimestre : Contenu d'un examen et d'un rapport exhaustifs*²¹³.

Dans certaines circonstances, les femmes enceintes pourraient se voir proposer un second dépistage fœtal anatomique entre la 13^e et la 16^e semaine, notamment celles qui présentent un risque très élevé d'anomalies fœtales ou celles pour qui un dépistage transabdominal en mi-trimestre pourrait constituer un problème technique. Se reporter à la directive de la SOGC : *Le rôle de l'examen échographique précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale*²¹⁴.

6.2 DÉPISTAGE DU DIABÈTE GESTATIONNEL

En 2010-2011, 5,4 % des femmes ont reçu un diagnostic de diabète sucré de la grossesse (DSG, ou diabète gestationnel), soit une augmentation par rapport au taux de 4,1 % observé en 2004-2005. Les taux de DSG augmentent avec l'âge maternel : 1,5 % des mères de 15 à 19 ans en étaient atteintes en 2010-2011 par rapport à 12,2 % des mères de 40 à 44 ans²¹⁵. Le diabète gestationnel augmente le risque de prééclampsie, de dystocie des épaules, de nourrisson gros pour l'âge gestationnel et de naissance par césarienne. Le DSG augmente aussi le risque de diabète de type 2 pour la mère plus tard au cours de sa vie.

« Le diabète gestationnel augmente le risque de prééclampsie, de dystocie des épaules, de nourrisson gros pour l'âge gestationnel et de naissance par césarienne.

La directive clinique de la SOGC *Le diabète pendant la grossesse* et celle de Diabète Canada ayant pour titre *Diabète et grossesse* recommandent le dépistage du DSG chez toutes les femmes entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse^{216,217}. Si la femme est exposée à un risque élevé en raison d'antécédents de DSG ou d'obésité (IMC \geq 30) ou parce qu'elle est âgée de 35 ans ou plus, le dépistage doit être effectué au cours de la première moitié de grossesse. Dans le cas des femmes à risque élevé obtenant un résultat normal au test de dépistage initial, il convient de répéter le test entre la 24^e et la 28^e semaine.

6.3 ÉPREUVE DE TRAVAIL APRÈS CÉSARIENNE

Pour les femmes ayant déjà accouché par césarienne, le 2^e trimestre est un moment idéal pour commencer à discuter du plan de naissance. Si la femme ne présente aucune contre-indication à l'épreuve de travail (EDT) après une naissance par césarienne, le PS doit aborder cette option avec elle et sa famille. Les données sur les issues portent à croire qu'entre 60 et 80 % des femmes qui choisissent un EDT après une naissance par césarienne réussissent un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC)²¹⁸⁻²²¹. Les femmes qui ont subi au moins une césarienne ont de bonnes chances de réussir un accouchement vaginal, mais courent un risque accru d'éprouver une rupture utérine²²².

Consulter la directive clinique *Épreuve de travail après césarienne* de la SOGC pour connaître les contre-indications et les recommandations en matière d'EDT après une naissance par césarienne et réussir un AVAC²²².





7 SOINS PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE

Le 3^e trimestre est une période de défis physiques et émotionnels, d'excitation et d'anxiété. En général, les femmes prennent conscience que leur date d'accouchement approche et ont de nouvelles questions au sujet de ce à quoi elles doivent s'attendre pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail et l'accouchement. Elles souhaitent connaître les symptômes qui sont normaux et ceux qui pourraient être préoccupants pour elles ou leur bébé. La fréquence des visites augmente habituellement entre la 30^e et la 36^e semaine, ce qui offre aux personnes soignantes plusieurs occasions de répondre aux questions et préoccupations de la femme et d'aborder la planification de la naissance. Les visites ont habituellement lieu une fois par semaine à compter de la 36^e semaine.

En plus des soins prénataux particuliers au 3^e trimestre, certains doivent être prodigués de façon continue, comme c'est le cas au cours du 1^e et du 2^e trimestre.



7.1 MOUVEMENTS DU FŒTUS

Il convient d'informer les femmes de l'importance des mouvements du fœtus au cours du 3^e trimestre, tout en leur précisant qu'il n'est pas nécessaire de compter régulièrement ces mouvements, à moins qu'il existe un risque d'issues périnatales indésirables. Le décompte des mouvements du fœtus comme outil de surveillance fœtale fait l'objet d'un vaste débat et de controverses. La plupart des lignes directrices ne recommandent pas le décompte systématique de ces mouvements pour toutes les femmes^{27,87,223,224}. Un vaste essai randomisé comparant un protocole formel de décompte des mouvements fœtaux à un décompte informel des mouvements n'a révélé aucune différence quant aux taux de mortinaissance entre les 2 groupes²²⁵.

Selon la directive clinique de la SOGC *Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'antepartum*, les femmes enceintes en santé exposées à un faible risque ont intérêt à être informées de l'importance des mouvements fœtaux au cours du 3^e trimestre et être avisées qu'elles doivent faire le décompte de ces mouvements si elles croient qu'il y a une diminution²²³. La ligne directrice recommande également que les femmes qui ne perçoivent pas 6 mouvements dans un intervalle de 2 heures communiquent avec leur PS ou l'hôpital dès que possible²²³. Les PS prendront soin d'expliquer la bonne façon de faire le décompte des mouvements et les mesures à prendre en cas d'une diminution.

Pour les femmes présentant un risque d'issues périnatales indésirables, la SOGC recommande de commencer le décompte des mouvements entre la 26^e et la 32^e semaine^{87,223}. Afin d'éviter le stress éventuel associé à cette pratique, les PS doivent être prêts à répondre aux questions de la femme sur l'activité fœtale (en fournissant des réponses et des renseignements appropriés au sujet des interventions) et l'aider à considérer le décompte des mouvements comme une occasion de vivre pleinement sa grossesse et de prendre contact avec le fœtus en croissance.

7.2 ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

L'évaluation systématique et continue de la santé psychosociale de troubles connexes font partie intégrante des soins prénataux continus offerts à la femme enceinte. Il est particulièrement important de déterminer le degré d'anticipation de la femme à l'égard d'une naissance tardive du bébé et la façon dont elle-même, son conjoint et sa famille feront face à la situation. Il est essentiel de discuter des aspects de l'accouchement susceptibles de créer de la peur et de l'anxiété, notamment :

- le bon moment pour appeler et la personne à appeler en cas de début du travail ou de rupture des membranes;
- les lignes directrices et les procédures de l'hôpital (ou du centre de naissance);
- les stratégies pharmacologiques et autres pour soulager la douleur.

Des mesures peuvent être prises au cours du 3^e trimestre pour déterminer si la femme pourrait être atteinte d'un trouble de l'humeur périnatale et la soutenir, elle et sa famille le cas échéant. Ces mesures comprennent les suivantes :

- examiner les facteurs de risque de prédisposition comme des antécédents personnels de dépression ou d'anxiété, des antécédents familiaux de dépression, des difficultés importantes liées à la grossesse et des événements de vie stressants;
- déterminer si une femme vit de légers épisodes de changement d'humeur ou d'anxiété légère et si elle a des attentes normales à l'égard de ses nouveaux rôles;
- discuter avec la femme de l'accès à un réseau de soutien formé de sa famille et de ses amis pendant la période postpartum;
- discuter des signes et symptômes des troubles de l'humeur, de la dépression et de la psychose postpartum et du moment où il convient de demander de l'aide auprès du PS.

7.3 DÉPISTAGE D'UNE INFECTION À STREPTOCOQUES DU GROUPE B

Bien que l'incidence des infections néonatales ait chuté depuis l'adoption du dépistage de l'infection à streptocoques du groupe B durant la grossesse et le recours au traitement préventif durant le travail, ce type d'infection continue de soulever des préoccupations. La directive clinique de la SOGC *Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce* recommande d'offrir, à toutes les femmes, un dépistage entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse²²⁶. Se reporter à cette ligne directrice pour connaître les autres recommandations en matière de dépistage et de prise en charge de l'infection à streptocoques du groupe B²²⁶.



8 PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT ET PLUS ENCORE

8.1 LIEU D'ACCOUCHEMENT PRÉVU

Les soins prénataux comprennent une discussion sur le lieu où la femme prévoit donner naissance à son bébé. Les SMNPF soutiennent la femme dans sa décision d'accoucher à l'endroit de son choix, en dépit des préférences du PS. L'aspect de la sécurité dans les soins de maternité comprend la sécurité physique, mais aussi une sécurité émotionnelle, culturelle et spirituelle, dans le respect des valeurs propres à chacune, en ce qui a trait à son bébé, à sa famille et à elle-même.

La décision concernant le lieu d'accouchement peut être fondée sur différents facteurs : services offerts à proximité du foyer et nécessité de se déplacer; accès à un PS et l'endroit où celui-ci bénéficie de privilèges; facteurs de risques maternels, foetaux et néonataux et processus d'accouchement; facteurs culturels et préférence de la mère; et accessibilité aux services d'urgence^{227,228}. Certaines femmes affirment se sentir plus détendues, à l'aise et en sécurité en accouchant en milieu hospitalier, alors que d'autres accouchent à la maison (ou dans un centre de naissance) pour les mêmes raisons. Ces préférences sont généralement fondées sur des expériences précédentes et des facteurs sociaux et culturels.

Lorsqu'elles décident du lieu de naissance du bébé, les familles doivent tenir compte de nombreux aspects des soins et de l'accessibilité aux services. Elles doivent, par exemple, décider de la présence de la fratrie à l'accouchement et déterminer le nombre de membres de la famille et de personnes de soutien qui participeront à la phase du travail. Les femmes et leur famille devraient être informées des politiques de l'établissement ou des politiques d'accouchement à domicile afin de prendre des choix éclairés.

Accouchement en milieu hospitalier

Avant le milieu du XX^e siècle, les femmes accouchaient à domicile, mais l'arrivée du régime d'assurance maladie a donné lieu à une transition des soins d'accouchement vers le milieu hospitalier et, de nos jours, presque toutes les Canadiennes (98 %) donnent naissance à leur enfant dans un hôpital⁷. Cependant, le taux des bébés nés à l'hôpital au Canada a diminué progressivement au cours des dernières années. En 2017–2018, le taux était de 100 pour 10 000 habitants, contre 112 pour 10 000 en 2009–2010²²⁹. L'un des résultats de cette transition a été la médicalisation de nombreux aspects du travail et de l'accouchement.



L'aspect de la sécurité dans les soins de maternité comprend la sécurité physique, mais aussi une sécurité émotionnelle, culturelle et spirituelle, dans le respect des valeurs propres à chacune, en ce qui a trait à son bébé, à sa famille et à elle-même.

Depuis les dernières décennies, les hôpitaux ont apporté de nombreux changements à leurs politiques et pratiques en adoptant une approche plus axée sur la famille et en encourageant l'accouchement normal. Ils sont maintenant plus susceptibles d'inclure les familles dans le processus de travail et d'accouchement, d'avoir des politiques précisant que les femmes reçoivent d'une personne soignante qualifiée un soutien continu lors du travail, d'avoir un système de chambres individuelles et de permettre à la mère de rester avec son bébé après l'accouchement. Aussi, les femmes et leur famille sont encouragées à prendre connaissance de ces politiques et procédures.

Accouchement à domicile

Dans plusieurs provinces/territoires canadiens, les femmes ont la possibilité d'accoucher ailleurs qu'à l'hôpital grâce, notamment, à la réémergence des sages-femmes, pratique qui est réglementée et offerte dans la plupart des administrations. Bien que la portée de la pratique de sage-femme et les lignes directrices s'y rapportant puissent différer, le choix du lieu d'accouchement est l'un des principes fondamentaux de cette profession au Canada²³⁰. Dans la plupart des provinces/territoires, les sages-femmes pratiquent l'accouchement à domicile, en milieu hospitalier et, dans certaines régions, dans des centres de naissance. Peu de médecins pratiquent l'accouchement à l'extérieur du milieu hospitalier²³¹.

L'accouchement ailleurs qu'à l'hôpital peut ne pas convenir à toutes les femmes. Les PS qui offrent des services d'accouchement à domicile doivent procéder à une évaluation minutieuse des risques pour déterminer si cette pratique est appropriée selon les lignes directrices de leur province/territoire et celles de leur association ou collègue professionnel. Les recherches actuelles sont en faveur de l'accouchement à domicile comme option sûre pour les femmes enceintes à faible risque²³²⁻²³⁴. Cela est sans doute particulièrement vrai là où la profession de sage-femme est réglementée et intégrée au système de soins de santé, ce qui permet un accès facile aux services d'urgence et la consultation d'un médecin ou le transfert des soins à un médecin, au besoin²³³. Des recherches montrent qu'un accouchement prévu à domicile avec l'assistance d'une sage-femme autorisée est associé à des taux plus faibles de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale, taux qui sont comparables à ceux associés à un accouchement en milieu hospitalier. De plus, les femmes qui accouchent à domicile avec l'aide d'une sage-femme subissent moins d'interventions obstétricales, dont l'accouchement par césarienne ou l'épisiotomie, et présentent moins de traumatismes graves du vagin que celles qui accouchent en milieu hospitalier sous la supervision d'un médecin ou d'une sage-femme^{232,233}. Le taux global de femmes prévoyant accoucher à domicile qui ont été transférées vers un hôpital est d'environ 25 %; de ce pourcentage, celles ayant été transférées en raison de préoccupations urgentes comptent pour au plus 3 %²³²⁻²³⁴. Les femmes nullipares prévoyant donner naissance à domicile sont plus susceptibles de devoir être transportées à l'hôpital que les mères multipares²³³.

Il est important que les femmes comprennent les types de soins qui ne sont pas offerts à domicile, par exemple l'administration d'une analgésie péridurale ou narcotique, le monitoring électronique fœtal et l'accouchement opératoire. Les PS auront intérêt à se reporter à la directive clinique de la SOGC *Déclaration sur l'accouchement à domicile planifié*, qui souligne l'importance pour les familles d'être bien informées en fait de choix d'options de naissance²³¹.

Centre de naissance

En fait de sécurité, un accouchement pratiqué dans un centre de naissance est comparable à un accouchement à domicile pour les femmes dont la grossesse est à faible risque, pourvu que des protocoles de transport vers un hôpital à proximité et d'admission aient été mis en place au préalable en cas d'urgence. Les 2 milieux sont sujets à des conditions similaires à prendre en considération : accès à un moyen de transport, proximité d'un hôpital, accès à des analgésiques, etc.

8.2 COURS PRÉNATAUX ET ÉDUCATION PRÉNATALE

L'éducation prénatale a pour but de fournir aux femmes et à leur famille de l'information afin de les aider à développer des compétences et à prendre des décisions sûres et éclairées au sujet de la grossesse, de l'accouchement et des débuts de la parentalité. Les sujets abordés comprennent les connaissances et les stratégies facilitant la prise de décisions concernant l'accouchement, le soulagement de la douleur, les soins au nourrisson et les soins postnatals, l'allaitement, les changements dans les rôles et les relations, la communication et la sexualité.

L'éducation prénatale encourage les comportements tels que la pratique d'une activité physique, l'adoption d'une saine alimentation et l'adaptation prénatale; permet d'acquérir des connaissances sur la grossesse et l'accouchement; aide à renforcer la confiance; permet de réduire la douleur ressentie durant le travail; augmente les chances d'arriver à l'hôpital pendant le travail actif et de ne pas recevoir d'anesthésie péridurale; favorise l'amorce, la poursuite et la durée de l'allaitement; améliore le bien-être psychologique de la mère, diminue son degré d'anxiété et aide à soulager la dépression; augmente la satisfaction postnatale du couple dans leur relation et dans la relation parent-nourrisson²³⁵.

Les femmes assistent aux cours prénatals et aux séances d'information prénatale pour différentes raisons, notamment pour²³⁵ :

- obtenir des réponses à leurs questions et préoccupations;
- favoriser la participation de leur conjoint;
- rencontrer d'autres parents;
- recevoir du soutien et de l'information;
- réduire leur anxiété à l'égard du travail et de l'accouchement;
- satisfaire les désirs de leur conjoint ou de leur famille;
- savoir comment prendre soin de leur bébé.

Les stratégies employées aux fins d'éducation prénatale comprennent²³⁶ :

- les séances conventionnelles d'éducation prénatale en classe;
- les cours d'éducation prénatale en groupe offerts par l'entremise de PS ou dans le cadre d'un programme existant;
- les cours prénatals individuels;
- l'information prénatale générale et universelle fournie par un PS;
- les brochures, documents d'information et ressources;
- les applications et les sites Web;
- les cours en ligne.

L'éducation prénatale fait partie intégrante des soins prénatals offerts à toutes les familles. Selon l'ECM de 2009, un tiers des femmes enceintes de leur premier bébé n'ont pas assisté à des cours prénatals, même si elles étaient plus susceptibles d'y prendre part que les mères multipares⁷. Certaines femmes peuvent être moins enclines à participer à un programme d'éducation prénatale. Une recherche a révélé que les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu, à faible niveau d'éducation, à faible taux d'emploi, à fortes

concentrations d'immigrants récents ou de minorités visibles ou dans les régions où habitent une large proportion de résidents ne parlant ni français ni anglais sont moins susceptibles d'assister à des cours prénataux. D'autres efforts doivent être déployés pour garantir l'accessibilité aux programmes d'éducation prénatale²³⁵.

On encourage la recherche de solutions créatives pour offrir des cours d'éducation prénatale à toutes les femmes, et ce, de concert avec elles. Ces cours doivent être axés sur la collectivité afin que les femmes et leur famille puissent avoir un mot à dire dans leur planification et en assurer la responsabilité. Éducateurs et PS doivent travailler avec les collectivités pour cerner les obstacles décourageant les femmes d'accéder à l'éducation prénatale et trouver des solutions appropriées.

« L'éducation prénatale a pour but de fournir aux femmes et à leur famille de l'information afin de les aider à développer des compétences et à prendre des décisions sûres et éclairées au sujet de la grossesse, de l'accouchement et des débuts de la parentalité.

Éducateurs en périnatalité

Bon nombre d'éducateurs en périnatalité ont suivi une formation et obtenu l'agrément du Childbirth and Postpartum Professional Association (CAPP), du Lamaze International ou de l'International Childbirth Education Association (ICEA), ou encore ont suivi un programme de certification ou une formation de doula. Certains éducateurs en périnatalité possèdent un niveau de scolarité plus élevé ou un grade de premier cycle ne portant pas précisément sur l'éducation prénatale ou ont suivi une formation informelle (ateliers de formation internes, observation de collègues et apprentissage par la pratique). Comme dans toute discipline, leurs compétences varient. Enfin, il est important que les éducateurs en périnatalité soient enthousiastes, sensibles et respectueux d'autrui et qu'ils considèrent les parents comme des pairs capables de prendre des décisions relativement à leurs soins.

Sujets abordés dans les séances d'éducation prénatale

L'éducation prénatale peut comprendre de l'information sur toutes les phases suivantes ou certaines d'entre elles, à savoir la période préconception, les débuts de la grossesse, le dernier stade de la grossesse, la préparation au travail et à l'accouchement, les débuts de la parentalité et la première année postpartum. Cette éducation, qui convient d'être offerte à des intervalles appropriés, devrait aider à comprendre que la grossesse et l'accouchement sont des processus normaux faisant partie d'une vie saine. Les sujets abordés incluront des renseignements sur les cycles physiologiques et psychologiques naturels de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postpartum.

SUJETS ABORDÉS DANS LES SÉANCES D'ÉDUCATION PRÉNATALE¹¹

Soins et préparation préalables à la conception :

- Décision d'avoir un enfant
- Préparation à la parentalité
- Préparation physique et psychologique à la conception
- Choix d'un mode de vie sain
- Changements dans les relations

Cours axés sur les débuts de la grossesse :

- Croissance et développement du fœtus
- Changements physiques et émotionnels pendant la grossesse
- Santé mentale
- Malaises normaux et façons de les soulager
- Soins prénataux, dépistage prénatal et tests diagnostiques – but et utilisation
- Alimentation de la mère pendant la grossesse
- Activité physique
- Consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances
- Médicaments d'ordonnance et en vente libre
- Influences tératogènes et iatrogènes sur la grossesse
- Sexualité
- Relations pendant la grossesse
- Écarts par rapport à la normalité et signaux d'alerte
- Complications de la grossesse et stratégies d'adaptation en cas de grossesse à risque élevé
- Stratégies de communication pour discuter des préoccupations avec les PS et stratégies de communication au sein du couple
- Mesures de soutien et ressources communautaires

Dernier stade de la grossesse et du travail et préparation à l'accouchement :

- Élaboration du plan de naissance pour aider à préparer l'accouchement
- Travail et accouchement normaux
- Naissance prématurée ou admission aux services d'urgence
- Méthodes d'adaptation au travail : techniques de détente, de confort et de soulagement de la douleur, positions et mouvements, nourriture et boisson, etc.
- Rôle des personnes de soutien pendant le travail et des doulas
- Accouchement par césarienne et EDT après une naissance par césarienne/AVAC
- Interventions médicales et procédures courantes, y compris la prestation de renseignements factuels sur les indications, les risques, les bienfaits et les solutions de rechange
- Contraception postpartum
- Intervalle intergrossesse

Débuts de la parentalité :

- Préparation à la parentalité
- Transition vers la parentalité
- Caractéristiques et comportements du nouveau-né et soins au nouveau-né
- Contact peau contre peau
- Allaitement, alimentation du nourrisson, soins au bébé, changements normaux à prévoir et soutien affectif et physique pour la mère
- Santé mentale et dépression postpartum
- Signes avertisseurs précoces de complications postnatales chez la mère ou le bébé
- Participation, rôle et préoccupations du conjoint et relations avec le conjoint
- Sexualité
- Deuil périnatal
- Mesures de soutien et ressources communautaires

Se familiariser avec le lieu d'accouchement

Les éducateurs en périnatalité proposent habituellement une visite du lieu d'accouchement à la femme enceinte et à sa famille. Cette visite a pour but de calmer les craintes que peut évoquer l'hôpital ou le lieu de naissance et de donner un sens réel à l'accouchement imminent. La visite peut être organisée par un éducateur en périnatalité ou un membre du personnel de l'hôpital (ou du centre de naissance). Il convient de prévoir un laps de temps suffisant pour répondre aux questions durant et après la visite. Certains hôpitaux (ou centres de naissance) offrent aussi la possibilité d'une visite virtuelle des lieux comme autre solution à la visite sur place.

Ce qu'il faut apporter à l'hôpital (ou au centre de naissance)

Les articles que la femme doit apporter en vue de son séjour post-accouchement diffèrent selon les hôpitaux (et centres de naissance). La plupart de ces établissements demandent d'apporter tous les articles nécessaires aux soins du nouveau-né, bien que certains puissent les fournir. Les femmes peuvent aussi apporter des articles pour elles-mêmes (serviettes hygiéniques, produits de toilette, collations, etc.).

Les PS et les éducateurs en périnatalité peuvent fournir ce type de renseignements aux femmes ou les aider à se les procurer.

« Un tel plan n'a pas pour but de cibler un résultat ou un processus particulier, mais plutôt de servir d'outil pour améliorer la communication entre une femme et son conjoint, ainsi que son PS, afin que tous collaborent pour créer une expérience d'accouchement positive et sans danger.



8.3 PLANS DE NAISSANCE

Un plan de naissance est un outil permettant à une femme d'exprimer ses préférences et désirs quant à son expérience d'accouchement, d'apprendre à faire confiance à son équipe soignante et de recevoir l'information nécessaire. C'est également une occasion pour les PS de connaître les préférences de la femme et de déterminer les possibilités d'éducation et de soutien.

Une étude récente a révélé que les femmes qui ont élaboré un plan de naissance et dont la plupart des demandes ont été prises en compte étaient plus satisfaites, avaient plus de chances de voir leurs attentes comblées et avaient l'impression de mieux maîtriser la situation. Par ailleurs, un nombre élevé de demandes a été associé à une diminution de la satisfaction globale à l'égard de l'expérience d'accouchement²³⁷.

Pour que le plan de naissance s'avère un outil positif et utile à la fois pour la femme et son PS, il doit être accommodant et axé sur la collaboration. Un tel plan n'a pas pour but de cibler un résultat ou un processus particulier, mais plutôt de servir d'outil pour améliorer la communication entre une femme et son conjoint, ainsi que son PS, afin que tous collaborent pour créer une expérience d'accouchement positive et sans danger. La plupart des plans de naissance comprennent les éléments suivants :

- des renseignements sur le lieu où la femme souhaite accoucher;

- les personnes présentes à l'accouchement;
- les méthodes de soulagement de la douleur privilégiées par la femme;
- les types de pratiques et d'interventions médicales que la femme accepte ou refuse;
- les attentes de la femme à l'égard du bébé immédiatement après l'accouchement.

Lorsqu'un accouchement ne se déroule pas selon le plan de naissance, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un plan très détaillé, la femme et sa famille peuvent ressentir un sentiment d'insatisfaction ou avoir l'impression d'avoir échoué, même si l'issue a été positive. Il est préférable que le plan se limite à quelques éléments clés et décrive les interventions médicales, même si la femme ne souhaite pas y recourir. Fait digne de mention, bien qu'une grande partie des renseignements utiles soient accessibles en ligne, de nombreux modèles de plans de naissance comprennent des renseignements périmés susceptibles de

creuser un fossé entre la femme et ses PS et de nuire à la communication. Pour cette raison, les PS souhaitent parfois recommander un modèle particulier ou proposent de participer à l'élaboration du plan pour s'assurer que le contenu est pertinent et à jour.

En ce qui concerne les femmes dont la grossesse est à risque élevé, les PS voudront discuter d'éventualités qui pourraient survenir durant et après l'accouchement et leur fournir des renseignements à cet égard. Il est également important d'aborder avec la mère les choix possibles, le cas échéant, de façon à ce qu'elle puisse continuer à jouer un rôle actif, même si sa grossesse présente un risque élevé, et qu'ensemble ils reformulent un plan de naissance qui tienne compte de ses besoins particuliers.

Qu'il y ait un plan de naissance écrit ou non, il est essentiel que les femmes, leur famille et les PS prennent le temps de discuter des attentes de chaque partie lors des visites prénatales.



8.4 PARTICIPATION DE LA FRATRIE À LA NAISSANCE

Ce qui caractérise les SMNPF, c'est l'accent mis sur la famille telle que définie par la femme — et les femmes ont différents souhaits quant aux personnes qui seront présentes pendant le travail et la naissance. Certains parents souhaitent que leurs enfants assistent à l'arrivée du nouveau membre de la fratrie.

Les parents doivent donc prendre les mesures nécessaires et déterminer les ressources dont ils disposent pour préparer leurs enfants en vue de l'accouchement. Dans la mesure du possible et selon leur âge, les enfants doivent avoir leur mot à dire quant à assister à l'accouchement et être soutenus à cet égard. S'ils y sont présents, un adulte doit avoir pour unique responsabilité de prendre soin d'eux, comme de s'assurer qu'ils ont mangé et se sont reposés, et de répondre à leurs questions en tenant compte des souhaits de la famille.

La présence de la fratrie au moment de l'accouchement peut être une expérience enrichissante, mais ce choix ne doit pas être fait dans le but d'éviter la prise de dispositions appropriées en matière de garde d'enfants. Aussi, il est crucial d'étudier les options de garde d'enfants avec les familles lors de la préparation à l'accouchement. Les hôpitaux et centres de naissance ont intérêt à adopter des politiques sur la présence de la fratrie à l'accouchement, qui appuient les choix de la famille tout en assurant le bien-être et la sécurité des enfants.

8.5 QUAND SE RENDRE À L'HÔPITAL (OU AU CENTRE DE NAISSANCE) OU APPELER LE PS

Le moment où une femme en travail doit se rendre à l'hôpital (ou au centre de naissance) dépend de ses antécédents de grossesse. En général, une femme nullipare à faible risque n'est pas tenue de s'y rendre aussi rapidement qu'une mère multipare. Les femmes nullipares peuvent demeurer à la maison jusqu'à ce que leurs contractions surviennent à des intervalles de 4 à 5 minutes pendant au moins une heure et qu'elles durent soixante secondes. Cependant, si la femme a de la difficulté à s'adapter à l'intensité du travail alors qu'elle se trouve à la maison, il est possible qu'elle doive se présenter plus tôt à l'hôpital (ou au centre de naissance). Les mères multipares peuvent se rendre à l'hôpital lorsqu'elles ont des contractions à des intervalles de 5 minutes.

Les signaux d'alerte indiquant que la femme doit se rendre à l'hôpital plus tôt que prévu peuvent comprendre l'absence de mouvements fœtaux, la fièvre, une hémorragie, la rupture des membranes colonisées par des streptocoques du groupe B, la présence de méconium ou une combinaison de ces signaux. Bon nombre d'hôpitaux, de centres de naissance et de praticiens adoptent des directives précisant à quel moment les femmes doivent communiquer avec eux ou se rendre à l'établissement pour y accoucher. Aussi, les PS consulteront leurs ressources locales. Les femmes qui prévoient donner naissance à domicile (ou dans un centre de naissance) devront se renseigner auprès de leur sage-femme pour savoir quand appeler le moment venu.

8.6 ALLAITEMENT

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation inégalé pour les nourrissons et les jeunes enfants. L'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Société canadienne de pédiatrie, SC et l'ASPC recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et en combinaison, jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, avec une alimentation complémentaire adéquate²³⁸⁻²⁴⁰. Les femmes qui perçoivent leur PS comme étant favorable à l'allaitement seront plus portées à adopter cette pratique que celles qui le considèrent comme étant neutre à cet égard ou favorable à l'alimentation au biberon^{241,242}. Par ailleurs, plus il est fait mention de l'allaitement durant la grossesse, et plus les femmes seront portées à adopter cette pratique²⁴³. Puisque la femme peut décider d'allaiter avant de devenir enceinte, pendant la grossesse ou pendant la période postpartum, il est capital que les PS discutent, dès la première visite prénatale, des bienfaits de cette pratique et des recommandations d'usage, ainsi que des conséquences que comportent les préparations et autres substituts du lait maternel. Les cours prénataux sont une autre excellente occasion de discuter de ce sujet²⁴⁴.

Le nombre de femmes qui commencent à allaiter ou qui poursuivent l'allaitement augmente grâce à l'éducation (notamment les documents écrits, les vidéos et les ressources en ligne) et au soutien dont elles bénéficient²⁴⁴. La discussion sur l'allaitement doit être axée sur les attitudes, les expériences précédentes et le plan d'alimentation, lequel comprend le conjoint de la femme. Les femmes veulent une information pratique sur l'allaitement, couvrant par exemple la position, la prise du sein, l'alimentation sur demande, l'alimentation en réponse aux signaux du bébé, le contact peau contre peau, l'amorce de l'allaitement, la supplémentation, des chambres permettant aux parents de dormir avec leur nourrisson; ainsi que les problèmes possibles tels que l'engorgement, une perception d'insuffisance de lait et des moyens de se tirer d'affaire²⁴⁰. Les cours prénataux de groupe peuvent aussi favoriser l'amorce de l'allaitement en faisant valoir l'importance de cette

pratique et la façon de faire. Les femmes peuvent aussi obtenir des renseignements supplémentaires sur l'allaitement auprès d'une infirmière en santé communautaire, d'une consultante en allaitement, de leur médecin ou de leur sage-femme⁸⁷.

Les PS voudront acquérir les connaissances et habiletés nécessaires pour conseiller les femmes et leur famille sur l'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants, et se conformer aux directives du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui notamment interdit la distribution, par l'industrie visée, d'échantillons de préparations pour nourrissons et de matériel pédagogique connexe.

« Les femmes qui perçoivent leur PS comme étant favorable à l'allaitement seront plus portées à adopter cette pratique.

8.7 PRÉPARATION À LA PARENTALITÉ

Selon l'ECM, les femmes estimaient qu'elles avaient obtenu suffisamment d'information pendant la grossesse au sujet de l'allaitement, des soins de base à la mère et au nourrisson et des ressources communautaires. Elles ont toutefois précisé ne pas avoir été suffisamment informées sur la transition vers la parentalité, particulièrement en ce qui a trait aux sujets suivants : changements sexuels, exigences physiques liées aux soins du nouveau-né et les effets de la période de transition sur la relation avec leur conjoint⁷. Récemment, l'Organisation mondiale de la Santé a noté que les femmes estiment ne pas recevoir suffisamment d'information prénatale en matière d'alimentation et d'allaitement du nourrisson. Voir à cet égard la directive d'application *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services*²⁴⁰.



Les PS peuvent fournir des renseignements sur la transition vers la parentalité ou aiguiller les femmes vers les ressources susceptibles de leur fournir ces renseignements, soit les cliniques sans rendez-vous, les programmes de soutien à l'allaitement, les programmes de visites à domicile, les programmes de parentalité et d'autres ressources locales auxquelles les femmes et leur famille peuvent accéder après la naissance du bébé. Il est pratique de remettre aux parents une liste de ressources comprenant livres, sites Web et vidéos.

Les PS peuvent également rassurer les femmes en leur affirmant qu'il est normal d'avoir besoin de soutien durant la période postpartum. Il est important de discuter de moyens pratiques grâce auxquels les familles peuvent obtenir du soutien pendant la phase de transition (p. ex., appeler quelqu'un, accepter de l'aide pour les soins de la fratrie et profiter de moments de repos). Ces moyens aideront les femmes à déterminer les personnes de leur entourage susceptibles de les aider et à normaliser cette expérience. Il importe

de savoir recenser les femmes à risque d'éprouver des difficultés pendant la phase de transition vers la parentalité afin de pouvoir les diriger vers les services appropriés.

La période prénatale est souvent axée sur la grossesse et l'accouchement, et les parents considèrent souvent qu'il leur est difficile d'obtenir de l'information sur la parentalité et la période postpartum. Les PS peuvent discuter de sujets relatifs à la période postpartum avec les femmes et leur famille pour faciliter la transition vers la parentalité.

« Il importe de savoir recenser les femmes à risque d'éprouver des difficultés pendant la phase de transition vers la parentalité afin de pouvoir les diriger vers les services appropriés.

SUJETS À ABORDER CONCERNANT LA TRANSITION VERS LA PARENTALITÉ

Sujets généraux :

- Ce à quoi les parents peuvent s'attendre durant la période postpartum et la transition vers la parentalité
- Préparation de la famille/fratrie et du foyer dans l'attente du bébé
- Participation, rôle et préoccupations du père/conjoint

Soins au nouveau-né :

- Prophylaxie oculaire, prophylaxie à la vitamine K et dépistage chez le nouveau-né
- Sièges d'auto sécuritaires
- Pleurs normaux par rapport aux pleurs et aux comportements anormaux
- Sécurité du nourrisson : sommeil sécuritaire, sécurité des lits d'enfant, syndrome du bébé secoué
- Immunisation
- Suppléments de vitamine D
- Alimentation du nourrisson

Relations :

Adaptations pour la mère et son conjoint et répercussions sur leur relation

- Changements dans les relations sexuelles
- Stress associé à la transition vers la parentalité
- Maintien de la relation du couple et soutien réciproque
- Contraception postpartum et intervalle intergrossesse

Mesures de soutien et ressources communautaires :

- Professionnels de la santé itinérants présents dans des organismes de santé, lignes téléphoniques pour les nouveaux parents, programmes et ressources de soutien à l'allaitement, groupes de parents, ressources des bibliothèques et des centres de loisir, refuges, banques alimentaires, ressources financières et ressources en ligne





9 FACTEURS IMPORTANTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

9.1 PRÉSENTATION DU SIÈGE

Environ 3 à 4 % des fœtus à terme se présentent par le siège. Les risques courus par le fœtus sont plus importants avec une présentation par le siège qu'avec une présentation céphalique, et dans nombre de provinces/territoires, procéder à un accouchement par césarienne avant le travail est une pratique courante pour les présentations par le siège. L'accouchement par césarienne entraîne toutefois un risque accru pour la mère. Une des options s'offrant à certaines femmes dont le bébé se présente par le siège consiste à tenter de modifier la position du fœtus au moyen de la version céphalique par manœuvres externes (VCME).

Une récente revue Cochrane a révélé que la VCME réalisée avant le terme de la grossesse réduit la probabilité de présentation non céphalique à l'accouchement. La VCME réalisée entre la 34^e et la 35^e semaine a permis de réduire le taux de présentation non céphalique et le risque d'accouchement vaginal par présentation du siège comparativement à la VCME pratiquée au terme de la grossesse. Cependant, puisqu'une VCME réalisée à un moment précoce de la grossesse peut accroître le risque d'accouchement peu prématuré, il est important que les PS discutent du moment où il convient d'effectuer de telles manœuvres et des risques connexes afin que les femmes et leur famille puissent prendre une décision éclairée²⁴⁵.

Si la VCME se révèle inefficace ou si la femme choisit de ne pas y avoir recours, le PS doit déterminer si l'accouchement vaginal par présentation du siège est approprié. Une récente revue Cochrane comparant les risques d'un accouchement vaginal par présentation du siège à ceux d'un accouchement par césarienne avec présentation du siège, tous deux planifiés au terme de la grossesse, n'a conduit à aucune conclusion claire et, par conséquent, la controverse se poursuit. Les PS peuvent, dans certains cas, discuter de la possibilité de l'accouchement par voie vaginale en présence d'un fœtus unique à terme avec présentation du siège, et cette décision doit être prise au cas par cas²⁴⁶. Les femmes doivent être informées des bienfaits et des risques associés à toutes les options – qu'il s'agisse de la VCME, d'un accouchement par le siège planifié ou d'un accouchement par césarienne avant le travail –, et avoir la possibilité d'en discuter avec un PS compétent dans ces domaines.

Consulter la directive clinique *Accouchement du siège par voie vaginale* de la SOGC pour connaître les recommandations concernant l'accouchement vaginal par présentation du siège et les contre-indications²⁴⁷.



Il est important que les PS discutent du moment où il convient d'effectuer de telles manœuvres et des risques connexes afin que les femmes et leur famille puissent prendre une décision éclairée.

9.2 ÉPREUVE DE TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS UNE CÉSARIENNE

Des données probantes semblent indiquer qu'un EDT après une naissance par césarienne est une option sûre et appropriée pour la plupart des femmes ayant déjà accouché par césarienne^{218,220,222,248}. La directive clinique de la SOGC Épreuve de travail après césarienne est en faveur de l'EDT après une naissance par césarienne chez les femmes qui ont déjà subi une césarienne en l'absence de contre-indications. Il est probable qu'un EDT réussisse chez les femmes ayant déjà subi plus d'une césarienne, bien qu'il soit associé à un risque accru de rupture utérine²²².

Les taux globaux de complications maternelles et périnatales associées à l'AVAC et à une césarienne répétée volontaires sont faibles²⁴⁹. Malgré nos connaissances actuelles, le taux d'AVAC a diminué considérablement au Canada depuis le milieu des années 1990, le taux de césarienne répétée étant passé de 65 % en 1995 à 82 % en 2012-2013^{250,251}. La morbidité la plus importante pour la mère et le bébé est associée à la rupture utérine^{249,252}.

Le lieu d'accouchement optimal pour les EDT après une naissance par césarienne planifiés fait l'objet d'un vaste débat. Selon plusieurs lignes directrices, de tels EDT devraient se tenir dans un établissement où il est possible d'avoir facilement accès à des produits sanguins et de

réaliser une intervention chirurgicale, ce qui suppose, en général, la présence d'un obstétricien et d'un anesthésiologiste sur place ou à proximité immédiate^{218,222}. Cela peut parfois se révéler difficile dans certaines collectivités rurales et éloignées²⁵³.

Dans le contexte des soins offerts à une femme ayant déjà accouché par césarienne, il est important de discuter hâtivement des différents types d'accouchements afin de lui laisser de nombreuses occasions de poser des questions. Une telle discussion hâtive permettra à la femme et à sa famille de prendre une décision éclairée. Il revient aux PS de tenir compte des priorités et préférences de la femme, des circonstances liées à son dernier accouchement par césarienne, ainsi que des risques et des bienfaits d'un accouchement par césarienne répétée de même que des risques et bienfaits d'un EDT après la naissance par césarienne, incluant le risque de césarienne imprévue²⁴⁸.

Se reporter à la directive clinique *Épreuve de travail après césarienne* de la SOGC pour passer en revue tous les risques, les bienfaits et les contre-indications²²². Certains hôpitaux canadiens disposent aussi d'outils de prise de décisions pour aider les femmes à comprendre les risques et les bienfaits du recours à un EDT après une naissance par césarienne.

9.3 SURVEILLANCE DE LA SANTÉ FŒTALE

La surveillance de la santé fœtale constitue un élément important des soins durant le travail et l'accouchement. Aussi, les PS doivent aborder avec les femmes enceintes les 2 modes de surveillance fœtale, à savoir l'auscultation intermittente et le monitoring électronique fœtal continu. La discussion doit porter sur les circonstances où chaque mode de surveillance est indiqué et expliquer en quoi consiste chacun d'eux. Tous les renseignements fournis seront fondés sur des données probantes et non sur des pratiques habituelles ou les préférences personnelles des fournisseurs.

Consulter la directive clinique *Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'antepartum et intrapartum* de la SOGC, les manuels et la formation du Partenariat des programmes périnataux du Canada et de Perinatal Services BC, ainsi que les autres lignes directrices cliniques actuelles pour obtenir des directives sur la surveillance de la santé fœtale.

9.4 ENTRETIEN SUR LE DÉCLENCHÉMENT DU TRAVAIL

Le déclenchement du travail désigne la provocation du travail par des moyens artificiels avant le début du travail spontané. Le déclenchement est indiqué lorsque la poursuite de la grossesse présente des risques plus importants pour la mère ou le bébé que les risques liés à cette pratique.

La directive clinique *Déclenchement du travail* et la *Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41e+0 et la 42e+0 semaine de gestation* de la SOGC recommandent de proposer le déclenchement du travail entre la 41^e+0 et la 42^e+0 semaine afin de prévenir la grossesse après terme (> 42+0 semaines)²⁵⁴. Les autres indications médicales du déclenchement du travail peuvent comprendre les suivantes :

- maladie maternelle importante ne réagissant pas au traitement;
- hémorragie antepartum importante, mais stable;
- chorioamnionite;
- présence soupçonnée d'un danger grave pour le fœtus;
- rupture prématurée des membranes à terme en présence d'une colonisation maternelle aux streptocoques du groupe B;
- grossesse gémellaire sans complications ≥ 38 semaines;
- diabète sucré;

- maladie allo-immune à terme ou près de ce dernier;
- retard de croissance intra-utérine;
- oligohydramnios;
- hypertension gestationnelle ≥ 38 semaines;
- décès fœtal intra-utérin;
- rupture prématurée des membranes à terme ou près de ce dernier en l'absence de streptocoques du groupe B;
- décès intra-utérin au cours d'une grossesse précédente.

On peut aussi envisager le déclenchement pour les femmes de 40 ans et plus à la 39^e semaine, étant donné le risque de mortinaissance plus élevé²⁵⁵.

Si le déclenchement du travail est envisagé, les décisions connexes doivent être fondées sur les besoins et préférences de la femme, et cette dernière doit prendre des choix éclairés de concert avec son PS. La discussion doit porter sur les éléments suivants :

- les indications du déclenchement du travail ainsi que les risques et les avantages de déclencher ou non le travail;
- les méthodes de déclenchement du travail ainsi que les risques et les avantages associés à chacune d'elles;
- le processus de déclenchement (p. ex., la durée, le processus normal du déclenchement)²⁵⁵.

Selon certaines données probantes, il est possible d'effectuer le balayage des membranes pour stimuler le commencement du travail, ce qui peut réduire les taux de déclenchement²⁵⁵. Il est aussi possible pour la femme de se tourner vers des méthodes complémentaires pour déclencher le travail comme l'huile de ricin, les rapports sexuels, l'acupuncture ou la stimulation des seins. Une revue systématique Cochrane a déterminé que les résultats variaient pour ces méthodes. Les PS peuvent discuter de ces possibilités avec la femme en s'appuyant sur les meilleures données probantes.

Se reporter à la directive clinique *Déclenchement du travail* et à la *Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41e+0 et la 42e+0 semaine de gestation* de la SOGC pour obtenir

d'autres recommandations sur les méthodes de déclenchement du travail, les indications et les contre-indications du déclenchement du travail et la prise en charge du travail^{254,255}.



10 SITUATIONS PARTICULIÈRES

10.1 SOINS POUR LES FAMILLES LGBTQ2

Les SMNPF sont fondés sur des rapports de confiance mutuellement respectueux et sur les besoins de chaque personne. Même si des progrès ont été réalisés pour fournir des soins de santé équitables aux membres des communautés LGBTQ2 (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers ou en questionnement et êtres aux deux esprits), ces populations continuent de faire face à des obstacles les empêchant d'avoir accès à certains soins de santé et à des soins adaptés à leur réalité culturelle. Le taux de personnes LGBTQ2 qui ont des enfants est à la hausse, bien que les données connexes soient limitées. En 2016, 12 % des couples de même sexe avaient des enfants vivant sous le même toit, une augmentation par rapport au taux de 8,6 % en 2001²⁵⁶. On note toutefois une lacune dans les données sur les personnes LGBTQ2 en tant que parents seuls.

La plupart des personnes LGBTQ2 peuvent réfléchir pendant des années à la question d'avoir des enfants en tenant compte des options en matière de conception, des aspects financiers liés aux techniques de reproduction assistée ou à l'adoption et des questions juridiques. Les personnes LGBTQ2 enceintes et leur famille ont droit à des soins exempts de jugements, fondés sur le respect et l'acceptation. Les principes de SMNPF s'appliquent également à cette population. Il convient parfois de prêter davantage attention à certains besoins particuliers comme lorsque la conjointe lesbienne non enceinte souhaite allaiter, qu'un couple souhaite accompagner la mère porteuse à ses visites prénatales ou que la mère porteuse a besoin de soins psychologiques additionnels²⁵⁷.

Les PS se pencheront sur leurs propres attitudes et présupposés à l'égard des personnes LGBTQ2 pour mieux se rendre compte comment cela peut influencer les soins qu'ils prodiguent. Ils doivent aussi se prononcer en faveur de formations sur les soins de grossesse adaptés à la réalité culturelle des personnes LGBTQ2²⁵⁷.

10.2 FEMMES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE

Il est important que les femmes ayant des antécédents de maladie mentale soient soumises à une évaluation et aiguillées, au besoin, pendant leur grossesse vers le professionnel de santé approprié. Le protocole d'aiguillage varie selon les ressources locales. Comme c'est le cas de celles qui sont atteintes d'une autre maladie chronique, les femmes aux prises avec une maladie mentale peuvent nécessiter des soins spécialisés, qui comprennent une évaluation complète réalisée par un spécialiste en santé mentale (p. ex., aux fins d'élaboration d'un plan de diagnostic et de prise en charge) et faire l'objet d'une évaluation ou d'une surveillance continue de la santé mentale à chaque visite prénatale. Elles peuvent aussi avoir besoin de traitements psychologiques tels qu'une thérapie cognitivo-comportementale ou un traitement pharmacologique.

Si une femme prend des médicaments pour traiter une maladie mentale, il convient de mettre en balance l'innocuité du médicament pour l'appareil reproducteur avec ses bienfaits, les risques associés au non-traitement ainsi que les bienfaits et les risques associés à un autre traitement. Les ressources accessibles sur les médicaments d'ordonnance à l'intention des femmes enceintes comprennent Info-médicaments en allaitement et grossesse et MotherToBaby.

Les femmes doivent être encouragées à poursuivre les autres traitements, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale, le counseling ou la consultation d'un psychologue, d'un psychothérapeute ou d'un psychiatre. En plus de proposer un traitement, les programmes de promotion de la santé mentale jouent un rôle clé pour ce qui est d'aider les femmes aux prises avec une maladie mentale à se rétablir en se dotant de solides remparts de protection tels des capacités d'adaptation, des relations saines, des milieux favorables et une fierté à l'endroit de son identité et de sa culture. S'ils ne sont pas traités pendant la grossesse, une piètre santé mentale ou une maladie mentale peut se poursuivre durant la période postpartum et entraîner des issues défavorables à la fois pour la mère et le bébé.

10.3 PERTE DE GROSSESSE

Que la perte de grossesse survienne de façon spontanée ou qu'elle soit volontaire, les femmes et leur famille ont besoin d'un accompagnement bienveillant durant cette période. Les femmes qui ont déjà subi une perte à la suite d'une grossesse précédente peuvent fort bien éprouver du stress durant leur grossesse actuelle, notamment aux environs de l'âge gestationnel de la grossesse précédente. La cause de leur perte précédente peut également influencer sur la grossesse actuelle et déterminer les soins requis, au besoin. Qui plus est, la femme et sa famille peuvent en venir à douter de leur capacité d'avoir et d'élever un enfant²⁵⁸. Les femmes qui ont déjà subi une mortinaissance courent un risque accru d'une nouvelle mortinaissance et d'issues défavorables lors de grossesses ultérieures : faible poids à la naissance, naissance prématurée, décollement placentaire¹⁸¹. Se reporter à la directive clinique de la SOGC *Prise en charge de la grossesse après une mortinaissance* pour des recommandations concernant les soins à prodiguer aux femmes qui ont déjà subi une mortinaissance¹⁸¹.

Les PS doivent également être attentifs aux réactions qu'eux-mêmes peuvent éprouver et pouvoir composer avec leurs sentiments de deuil et de perte – et connaître les réactions et le processus habituels de deuil – afin de fournir des soins efficaces aux familles vivant une telle situation. La consultation d'un thérapeute et le counseling peuvent aider les familles à décrire et à exprimer leurs sentiments de deuil. En l'occurrence, des services spécialisés pourraient être requis.

10.4 NAISSANCE PRÉMATURÉE

La naissance prévue d'un nourrisson prématuré provoque de l'inquiétude et de l'anxiété chez les parents. Voilà une raison de plus d'offrir un accompagnement axé sur la famille. Nombre de familles n'ont jamais envisagé une naissance prématurée et peuvent ne pas être sensibilisées aux défis et issues entourant un nourrisson prématuré. Une rencontre avec les PS périnataux avant le travail et la naissance peut être l'occasion pour les parents de savoir davantage à quoi s'attendre. Cela permet également à l'équipe de soins de mieux comprendre plusieurs facettes de la vie des parents : circonstances particulières, attentes, situation familiale, antécédents scolaires, systèmes de soutien, besoins et anxiétés. Également, une consultation prénatale avec l'équipe pédiatrique ou néonatale peut réduire l'anxiété, notamment plus tard durant la grossesse, lorsque les parents peuvent craindre que le pronostic de l'enfant à naître soit pire qu'il ne l'est en réalité.

La naissance prévue d'un nourrisson extrêmement prématuré (de 22+0 à 25+6 semaines de gestation) est particulièrement navrante pour les parents. Une telle éventualité exigera plusieurs rencontres qui leur permettront de faire part de leurs inquiétudes et de réexaminer leur plan de soins. Se reporter au document de principes de la SCP *Les conseils et la prise en charge en prévision d'une naissance extrêmement prématurée* pour des directives concernant la façon de communiquer avec des parents qui s'attendent à avoir un nourrisson prématuré.

10.5 FEMMES ATTEINTES D'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Il est essentiel que les soins et traitements offerts aux femmes ayant un problème d'usage de substances psychoactives pendant la grossesse soient exempts de jugements, axés sur la femme et fondés sur sa propre expérience. Les femmes qui déclarent consommer des substances pendant la grossesse et qui demandent à recevoir un traitement font un premier pas important vers leur rétablissement. Cet état de fait vaut d'être reconnu et encouragé. Les femmes enceintes qui consomment des substances psychoactives sont souvent blâmées par la société et peuvent, en plus, être considérées avec mépris par le système de soins de santé et de services sociaux¹⁰¹.

Plusieurs éléments importants doivent être pris en compte dans le contexte de la prestation de soins aux femmes enceintes dont la consommation d'alcool ou de drogues est problématique, à savoir :

- Offrir à toutes les femmes une approche axée sur la réduction des méfaits si l'abstinence est impossible. Toute diminution de la quantité de substances psychoactives consommée sera bénéfique pour la mère et le fœtus en développement. Des études montrent que la réduction des méfaits pendant la grossesse peut se traduire par la participation des femmes aux soins périnataux, à un traitement de la toxicomanie et à d'autres services sociaux et de santé et par la diminution de la consommation d'alcool et d'autres drogues. La réduction des méfaits pendant la grossesse entraîne également de meilleures issues pour les mères et les bébés, notamment des taux plus faibles de naissances prématurées et de bébés de faible poids, une plus forte probabilité que les mères restent avec leur bébé après l'accouchement et qu'elles l'allaitent, un attachement plus précoce et une amélioration du développement des jeunes enfants^{101,259-263};



- Prodiguer des soins adaptés aux traumatismes parce que bon nombre de ces femmes ont souffert de traumatismes et de stress – y compris de violence sexuelle – de la part de leur conjoint, de membres de leur famille immédiate ou de leur famille d'accueil et d'autres personnes. Les soins adaptés aux traumatismes tiennent compte du fait que les femmes ayant été ainsi victimes ont besoin de compassion, de soutien et de compréhension de la part de leur entourage tout au long de la grossesse. Le rôle des traumatismes intergénérationnels/historiques doit également être pris en compte. Les PS bien intentionnés peuvent par inadvertance provoquer un nouveau traumatisme chez ces femmes s'ils ne tiennent pas compte de l'expérience du traumatisme de leurs clientes et s'ils ne les soutiennent pas²⁶⁴;
- Fournir des soins intégrés facilement accessibles comprenant des services sur place liés à la grossesse, à la parentalité et à l'enfance ainsi que des services de traitement des dépendances ou d'aiguillage coordonné vers d'autres services sociaux et de santé, s'il y a lieu;
- Encourager la collaboration entre la femme et les systèmes de santé et de services de protection et de bien-être de l'enfance^{259,265-268}.

À mesure que l'accouchement approche, il est important de tenir compte de l'aspect de la parentalité après la naissance de l'enfant. Selon que la femme consomme ou non des substances psychoactives ou qu'elle a atteint un état de rétablissement stable, des services sociaux pourraient devoir être intégrés aux soins qui lui sont donnés. Du reste, elle devrait pouvoir recevoir un appui pour ce qui est de se créer un réseau de soutien de la parentalité.

Les principes de SMNPF s'appliquent aux soins donnés aux femmes ayant un problème de consommation de substances psychoactives, peu importe la substance. L'approche globale des soins à la mère et au fœtus demeure la même, mais le traitement et les thérapies diffèrent selon la substance consommée.

Les PS et autres personnes soignantes auront peut-être à consulter des spécialistes en dépendance pour obtenir des recommandations. Il est également possible de se reporter à la directive clinique de la SOGC *Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse*¹⁰¹.

10.6 GROSSESSE MULTIPLE

En 2014, les naissances multiples comptaient pour 3,3 % de toutes les naissances au Canada –, une augmentation par rapport au taux de 2,8 % noté en 2001^{269,270}. Le nombre de grossesses multiples a augmenté en raison de l'âge maternel plus avancé et du recours plus généralisé aux techniques de reproduction assistée.

« Les femmes ayant une grossesse multifœtale ont besoin de consulter plus fréquemment leur PS et faire l'objet d'une surveillance plus étroite de sa part en raison des risques plus importants courus et du soutien requis.

Les femmes ayant une grossesse multifœtale sont exposées à un plus grand risque, de naissance prématurée, d'hypertension, de complications hémorragiques, de fausse couche, d'anémie, d'accouchement par césarienne et de complications postpartum²⁷¹. Le risque de mortalité maternelle est également accru en présence d'une grossesse multiple, équivalant à 2,5 fois celui associé aux grossesses uniques²⁷².

Les complications fœtales et néonatales comprennent des taux supérieurs d'accouchement prématuré et de mortinaissance. Les grossesses multiples sont également associées à des taux plus élevés d'anomalies congénitales et de retard de croissance intra-utérine. En présence d'une grossesse multiple, les risques pour le bébé dépendent en partie de la chorionicité et de l'amnionité²⁷¹. Les femmes et leur famille doivent être informées de ces risques ainsi que des plus grandes répercussions sur le plan social, affectif et financier. Les femmes ayant une grossesse multifœtale ont besoin de consulter plus fréquemment leur PS et faire l'objet d'une surveillance plus étroite de sa part en raison des risques plus importants courus et du soutien requis.

La détermination hâtive de la chorionicité en présence de jumeaux est essentielle, puisqu'il s'agit d'un facteur de risque important et qu'elle permet de déterminer le cheminement clinique. La SOGC recommande que toutes les femmes chez lesquelles une grossesse multiple est soupçonnée passent un examen échographique au cours du 1^e trimestre, puisque cet examen peut fournir des renseignements importants sur le nombre de fœtus, l'amnionité et la chorionicité^{180,273}. Se reporter aux documents suivants de la SOGC : *Échographie et grossesse gémellaire* et *Directive clinique sur l'utilisation de l'échographie au premier trimestre*^{180,273}.

Les grossesses gémellaires monochorioniques présentent le risque le plus élevé de syndrome transfuseur-transfusé et d'écart de croissance. Les grossesses gémellaires présentant le risque le plus élevé sont les grossesses gémellaires dites mono-mono (monochorioniques monoamniotiques) en raison du risque d'emmêlement du cordon. Les femmes enceintes de jumeaux mono-mono doivent être aiguillées immédiatement pour recevoir des soins associés à une grossesse à risque élevé. Les femmes enceintes de jumeaux monochorioniques et diamniotiques peuvent habituellement être prises en charge par un obstétricien en consultation avec le département de médecine materno-fœtale, selon les circonstances particulières. Enfin, les femmes enceintes de jumeaux dichorioniques et diamniotiques peuvent recevoir les services partagés d'un fournisseur de soins primaires de maternité, tel un omnipraticien ou une sage-femme, et d'un obstétricien.

Il est essentiel que les PS discutent du moment de l'accouchement et d'options possibles pour les femmes et leur famille. Le moment propice pour l'accouchement de jumeaux dépend de la chorionicité. De même, la meilleure méthode d'accouchement n'a pas encore été établie. Les discussions doivent être fondées sur des données probantes afin de favoriser une prise de décision éclairée. Il est également important d'informer les femmes ayant une grossesse multiple au sujet des services de soutien pour les aider à faire face à une éventuelle période d'anxiété et de stress accrus et à se préparer à avoir plusieurs enfants²⁷⁴.

10.7 FEMMES ATTEINTES DE TROUBLES MÉDICAUX SOUS-JACENTS

Les femmes atteintes de troubles médicaux préexistants dont le diagnostic a été posé avant ou pendant la grossesse doivent souvent consulter des spécialistes autres que les obstétriciens. Elles pourraient donc devoir faire l'objet d'une planification complexe de soins interdisciplinaires pour le travail et la naissance. Certains de ces troubles ou leurs traitements pourraient nuire à la santé du fœtus; dans de telles circonstances, une demande de consultation pédiatrique pourrait contribuer à des soins optimaux. Il est important d'assurer une communication efficace entre les PS, la femme et sa famille et de veiller à la cohérence de l'information fournie afin de permettre une prise de décision éclairée durant la grossesse. L'Association médicale canadienne et les organismes provinciaux/territoriaux de réglementation de la profession de sage-femme soutiennent les principes de soins en collaboration ou offerts par une équipe interprofessionnelle²⁷⁵. La SOGC a élaboré une déclaration de consensus décrivant clairement les rôles des membres d'une équipe multidisciplinaire dans le contexte des soins à apporter aux femmes enceintes³⁴.

Les femmes atteintes de troubles de santé préexistants connus peuvent devenir enceintes du moment qu'elles ont reçu au préalable des recommandations relatives à leur grossesse

de leur fournisseur de soins primaires ou de différents spécialistes. Il est important que les fournisseurs de soins obstétricaux et les fournisseurs de soins primaires ainsi que les spécialistes et les sous-spécialistes vers qui ces femmes sont aiguillées leur offrent des soins axés sur la collaboration et qu'ils communiquent entre eux. Dans la mesure du possible, les fournisseurs de soins obstétricaux doivent déterminer rapidement les sous-spécialistes vers qui aiguiller ces femmes afin de leur offrir des services de counseling et d'assurer leur prise en charge médicale, en plus de clarifier le protocole d'aiguillage.

En général, les approches à adopter en présence de troubles médicaux courants chez les femmes enceintes sont décrites dans les lignes directrices s'y rapportant. Il est possible d'obtenir de l'information sur l'innocuité des médicaments et d'autres sources d'exposition durant la grossesse en consultant des ressources comme l'Info-médicaments en allaitement et grossesse et MotherToBaby.

Il revient aux fournisseurs de soins obstétricaux de reconnaître que plusieurs troubles médicaux qui surviennent pendant la grossesse et qui disparaissent après l'accouchement peuvent, en fait, dissimuler la présence de troubles chroniques sous-jacents. Par conséquent, il est essentiel d'effectuer un suivi approprié pour déterminer l'état du trouble postpartum afin d'offrir du counseling sur les risques liés à une grossesse subséquente et les risques de santé à long terme.

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MÉDICAUX COURANTS

Trouble médical	Lignes directrices
Troubles hypertensifs	<ul style="list-style-type: none"> Hypertension Canada <i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge de l'hypertension durant la grossesse</i>. SOGC, <i>Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse</i>.
Thrombo-embolie veineuse	<ul style="list-style-type: none"> SOGC <i>Thrombo-embolie veineuse et traitement antithrombotique pendant la grossesse</i>.
Diabète préexistant et diabète sucré gestationnel	<ul style="list-style-type: none"> Diabète Canada <i>Diabète et grossesse</i>. SOGC <i>Le diabète pendant la grossesse</i>.

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MÉDICAUX COURANTS

Trouble médical	Lignes directrices
Troubles thyroïdiens	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune directive canadienne. • The American Thyroid Association <i>Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum</i>.
Crises d'épilepsie ou épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune directive canadienne. • American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society <i>Management issues for women with epilepsy-Focus on pregnancy (an evidence-based review): I Obstetrical complications and change in seizure frequency</i>. • Royal College of Obstetricians and Gynaecologists <i>Epilepsy in Pregnancy</i>.
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	<ul style="list-style-type: none"> • Association canadienne de gastro-entérologie <i>The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy</i>.

10.8 FEMMES PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS DE GROSSESSE

Lorsque des complications surviennent au cours de la grossesse, il reste capital d'appliquer les principes de SMNPF. Les femmes et leur famille éprouveront des inquiétudes et des peurs et, pour les surmonter, auront besoin d'un soutien continu et de communications régulières. Les femmes et leur famille seront informées des options offertes et de la possibilité d'en discuter avec leur PS afin de prendre des décisions éclairées. La priorité des soins pour la femme, le bébé et la famille consiste toujours à maximiser la possibilité pour une femme en santé de donner naissance à un bébé également en santé. Les patients peuvent bien avoir leur propre façon de définir la santé et la sécurité et les fournisseurs doivent rester conscients du poids que peuvent avoir les antécédents culturels dans ce contexte.

Tous les PS participant aux soins de la femme doivent collaborer et tenir compte des rôles de chaque membre de l'équipe multidisciplinaire dont l'apport est essentiel à la prestation de SMNPF sûrs -, notamment en accordant toujours la priorité aux intérêts de la femme, de son bébé et de sa famille, en respectant l'autonomie de la femme ainsi que le champ d'activité de tous les membres de l'équipe et en favorisant une communication axée sur le respect³⁴.

Les complications de grossesse nécessitent souvent une surveillance plus étroite, un suivi plus rigoureux et des soins spécialisés. Puisque les complications peuvent survenir de façon spontanée, il est essentiel d'apporter un soutien continu et d'établir des communications régulières advenant une telle situation. Les complications peuvent comprendre le diabète gestationnel, l'hypertension, le retard de croissance intra-utérine, l'anémie, l'iso-immunisation, les naissances multiples, l'accouchement prématuré, la grossesse ectopique, l'obésité, les problèmes de santé mentale, les infections ainsi que la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire. Pour s'informer sur les recommandations ou obtenir des renseignements précis, les PS se reporteront aux lignes directrices de pratique clinique élaborées par leur groupe professionnel ainsi que par les provinces/territoires dans lesquels ils exercent.

Selon la complication qui survient, la femme devra peut-être se voir hospitaliser. Selon les ressources accessibles et son état de santé, la femme peut être admise dans une unité antepartum, une unité médico-chirurgicale, une unité de soins intensifs ou une salle de travail ou de naissance - quel que soit l'endroit, un transfert est possible vers un autre hôpital. En fonction des besoins du bébé, la femme peut être transférée avant l'accouchement vers un hôpital offrant des soins néonataux spécialisés. Ce pourrait être une situation

particulièrement stressante pour les femmes des communautés nordiques et éloignées qui devraient quitter leur famille, enfants y compris, pour de longues périodes de temps.

Les hôpitaux sont encouragés à élaborer des politiques et procédures écrites sur la prise en charge des patientes enceintes admises au service des urgences ou dans un service autre que le service d'obstétrique de façon à ce que les soins axés sur la famille puissent orienter la pratique, peu importe l'unité en question²⁷⁶.

10.9 FEMMES AYANT SUBI UNE MUTILATION/EXCISION GÉNÉTALE FÉMININE

Les femmes qui ont subi une mutilation ou excision génitale féminine (M/EGF) ont besoin d'être traitées avec dignité, modestie et égard pour leur vie privée; et ont besoin d'information sur les conséquences d'une telle pratique sur la grossesse, le travail et l'accouchement. Bon nombre de femmes ne sont pas portées à signaler d'emblée avoir subi une M/EGF, et cet état n'est pas toujours apparent (notamment pour les cas moins invasifs)²⁷⁷. Aussi, il est particulièrement important d'adopter une attitude de respect et exempte de jugements²⁷⁸. Les soins doivent être axés sur la femme, c'est-à-dire que le PS respectera ses souhaits et points de vue, tout en lui expliquant pourquoi il peut être impossible de répondre à certaines demandes en raison de contraintes légales ou éthiques. En discutant ouvertement avec la femme et son conjoint de l'illégalité de la M/EGF et de la réinfibulation au Canada, le PS peut contribuer à éviter que le couple n'ait recours à un PS traditionnel pour une telle pratique après l'accouchement, ou ne cherche à l'imposer à une nouveau-née.

Dans certains cas, une désinfibulation peut être nécessaire pour permettre un accouchement vaginal. Il s'agira d'effectuer une incision pour rouvrir l'orifice du vagin scellé chez une femme qui a subi une infibulation²⁷⁹. Si nécessaire, une

désinfibulation peut être réalisée au cours de la grossesse. Cependant, bon nombre de femmes préfèrent reporter cette intervention jusqu'au moment de l'accouchement et y avoir recours uniquement en cas de nécessité²⁸⁰. Certains PS peuvent offrir aux femmes ayant subi une M/EGF d'accoucher par césarienne, même si une M/EGF ne constitue pas une indication de césarienne²⁸⁰. Le manque de connaissances sur les M/EGF et le malaise des PS à l'égard de la prise en charge intrapartum ont pu entraîner une hausse du nombre d'accouchements par césarienne évitables chez les femmes ayant subi une telle pratique²⁸¹. Il sera donc important pour le PS d'aborder les options possibles avec la femme enceinte avant le travail. Parmi les soutiens que choisira la femme, figure la présence d'une doula ou une guérisseuse traditionnelle au moment de l'accouchement.

La *Directive clinique sur l'excision génitale féminine* de la SOGC offre des recommandations supplémentaires sur les soins aux femmes qui ont subi une M/EGF²⁸⁰.

CONCLUSION

Fournir des SMNPF pendant la grossesse est un élément essentiel pour tous les établissements, organismes, programmes et PS concernés. Si la grossesse est une période de grande joie et d'anticipation pour les femmes et leur famille, elle est accompagnée inmanquablement d'inquiétudes et de préoccupations. La grossesse est une occasion de travailler en partenariat avec les femmes et leur famille pour les aider à acquérir les connaissances dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet des soins requis; comprendre leurs valeurs, leur situation et leurs besoins particuliers; ouvrir la voie à une expérience d'accouchement sûre et satisfaisante; enfin, établir une fondation solide pour les soins à prodiguer au nouveau-né tout en assumant leur rôle de parents.

ANNEXE A – RESSOURCES ADDITIONNELLES

LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE RELATIF À LA GROSSESSE

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

<https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrives/lignes-directrices-publiees/?lang=fr>

PEI Reproductive Care Program

<https://src.healthpei.ca/reproductive-care-program>

Perinatal Services BC—Maternity Care Pathway

www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MaternityCarePathway.pdf

Provincial Council for Maternal and Child Health—Quality Based Procedures / Clinical Practice Guidelines

www.pcmch.on.ca/health-care-providers/maternity-care/quality-based-procedures-clinical-practice-guidelines

Reproductive Care Program of Nova Scotia

<http://rcp.nshealth.ca/clinical-practice-guidelines/antenatal>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

www.jogc.com/directives-cliniques

Toward Optimized Practice

www.topalbertadoctors.org/cpgs/cpgoverview

ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS CÉSARIENNE

Qualité des services de santé Ontario – Accouchement vaginal après césarienne : Soins destinés aux personnes ayant accouché par césarienne et planifiant leur prochain accouchement

www.hqontario.ca/Améliorer-les-soins-grâce-aux-données-probantes/Normes-de-qualité/Voir-toutes-les-normes-de-qualité/Accouchement-vaginal-après-césarienne-AVAC

ALCOOL

Meilleur départ – Planning for Change, Facilitator Guide: Workshop for First Nations Women about FASD Prevention and Skills for Change – Booklet

<https://resources.beststart.org/fr/product/f19a-first-nations-women-fasd-prevention-booklet-fr/>

Portico – Trousse à outils sur la toxicomanie en soins primaires : Conduite à tenir face aux problèmes liés à l'alcool

www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/alcohol-toolkit

Saskatchewan Prevention Institute – Enhancing Patient Care Clinical Approaches to Addressing Alcohol Use During Pregnancy

http://skprevention.ca/wp-content/uploads/2016/07/3-141_ARA_Manual.pdf

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

MotherToBaby

<https://mothertobaby.org>

Portico – Trousse à outils sur la toxicomanie en soins primaires : L'usage abusif des opioïdes et la toxicomanie

www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/opioid-toolkit

CULTURE

American College of Obstetricians and Gynecologists—Cultural Awareness and Sensitivity in Women's Health Services

www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Public-Health-and-Social-Issues/Cultural-Awareness-and-Sensitivity-in-Womens-Health-Care

Meilleur départ – Giving Birth in a New Land: Strategies for Service Providers Working with Newcomers

<https://resources.beststart.org/fr/product/e26e-giving-birth-in-new-land-manual-fr>

ÉDUCATION PRÉNATALE

L'Institut national de santé publique du Québec – Portail d'information périnatale

www.inspq.qc.ca/information-perinatale

Meilleur départ – Programme d'éducation prénatale

<https://resources.beststart.org/fr/product/e38f-programme-deducation-prenatale-diapos>

LGBTQ2

Collège des médecins de famille du Canada – Soins aux gais et lesbiennes

www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1615&langType=4105/li

Gay and Lesbian Medical Association—Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients

<https://npin.cdc.gov/publication/guidelines-care-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-patients>

Meilleur départ – Welcoming and Celebrating Sexual Orientation and Gender Diversity in Families, From Preconception to Preschool

<https://resources.beststart.org/fr/product/j14e-sexual-orientation-gender-diversity-families-manual-fr/>

The Joint Commission—Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide

www.jointcommission.org/lgbt

MÉDICAMENTS

Centers for Disease Control and Prevention—Treating for Two

www.cdc.gov/pregnancy/meds/treatingfortwo

Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse

www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGE

Le manuel MSD – Version pour professionnels de la santé

www.msmanuals.com/fr/professional

MotherToBaby

<https://mothertobaby.org>

Santé Canada – Base de données sur les produits pharmaceutiques

www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/base-donnees-produits-pharmaceutiques.html

POIDS SANTÉ/NUTRITION/ACTIVITÉ PHYSIQUE

Meilleur départ – Obesity in Preconception and Pregnancy – Report

<https://resources.beststart.org/fr/product/f07e-obesity-preconception-pregnancy-report-fr>

Santé Canada – Fichier canadien sur les éléments nutritifs

<https://food-nutrition.canada.ca/cnf-fce/switchlocale.do?lang=fr&url=t.search.recherche>

Santé Canada – Guide alimentaire canadien – Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation

<https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/directrices>

Société canadienne de physiologie de l'exercice – Lignes directrices

www.csep.ca/en/guidelines/guidelines-for-other-age-groups

SANTÉ AUTOCHTONE

Anishnawbe Health Toronto—Aboriginal Cultural Safety Initiative

www.aht.ca/aboriginal-culture-safety

First Nations Health Authority—Aboriginal Pregnancy Passport

www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/AboriginalPregnancyPassport.pdf

Meilleur départ – Atuaqsijut: Following the Path Sharing Inuit Specific Ways

<https://resources.beststart.org/fr/product/k84a-atuaqsijut-inuit-manual-fr>

Meilleur départ – Open Hearts Open Minds

<https://resources.beststart.org/fr/product/j15e-services-inclusive-first-nations-metis-inuit-families-report-fr>

Meilleur départ – Pimotisiwin – A Good Path for Pregnant and Parenting Aboriginal Teens – Report

<https://resources.beststart.org/fr/product/e39a-good-path-pregnant-parenting-aboriginal-teens-booklet-fr>

Meilleur départ – Supporting the Sacred Journey: From Preconception to Parenting for First Nations Families in Ontario

<https://resources.beststart.org/fr/product/e31a-preconception-to-parenting-first-nations-ontario-manual-fr>

National Aboriginal Council Of Midwives – Bringing Birth Back Aboriginal Midwifery Toolkit

<https://indigenoumidwifery.ca/wp-content/uploads/2018/10/Aboriginal-Midwifery-Toolkit.pdf>

National Aboriginal Council Of Midwives – Stories and Teachings about Pregnancy

https://indigenoumidwifery.ca/wp-content/uploads/2017/03/NACM_Booklet_Pregnancy_2017_MED.pdf

Provincial Health Services Authority of British Columbia – Indigenous Cultural Safety Training

www.culturalcompetency.ca

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – Santé sexuelle Autochtone

www.santesexuelleautochtone.ca

SANTÉ BUCCODENTAIRE

Saskatchewan Prevention Institute – Improving the Oral Health of Pregnant Women and Young Children

http://skprevention.ca/wp-content/uploads/2016/07/2-805_Oral_Health_Fact_Sheet.pdf

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Meilleur départ – Ne prenons pas de risque : Stratégies à l'intention des fournisseurs de service en vue de réduire les risques environnementaux avant et pendant la grossesse et durant l'enfance

<https://resources.beststart.org/fr/product/I01f-ne-prenons-pas-de-risque-livre>

Santé Canada – Notre santé, notre environnement : un aperçu de la santé environnementale au Canada

http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H129-18-2012-fra.pdf

SANTÉ MENTALE

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – Assessment and Interventions for Perinatal Depression

<https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>

Saskatchewan Prevention Institute – Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) Screening and Care Guide

http://skprevention.ca/wp-content/uploads/2016/08/2-104_EPDS_Screening_and_Care_Guide.pdf

TABAC

**Association canadienne de santé publique – Vers une vie sans fumer :
Ressources pour les animatrices d’ateliers d’abandon du tabac**

www.cpha.ca/fr/vers-une-vie-sans-fumer-ressources-pour-les-animatrices-dateliers-dabandon-du-tabac-0

CAN-ADAPTT – Guidelines and resources

www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/Home.aspx

**L’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario – Supporting
Pre- and Postnatal Women and Their Families Who Use Tobacco**

<https://rnao.ca/bpg/courses/supporting-pre-and-postnatal-women-and-their-families-who-use-tobacco>

Meilleur départ – Ressources sur l’abus du tabac

<https://resources.beststart.org/fr/product-category/sujets-de-ressources/abus-du-tabac>

Portico – Trousse à outils sur la toxicomanie en soins primaires : Arrêt du tabagisme

www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/smoking-toolkit

**Saskatchewan Prevention Institute – Environmental Tobacco Smoke:
The risk to unborn babies, pregnant women and children**

http://skprevention.ca/wp-content/uploads/2016/07/3-306_Tobacco_Smoke_Booklet.pdf

VIOLENCE CONJUGALE

VEGA Project

<https://vegaproject.mcmaster.ca>

Organisation mondiale de la Santé

<http://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence>

ANNEXE B – TESTS DE DÉPISTAGE EN LABORATOIRE

TEST	LIGNES DIRECTRICES
Antigène de surface de l'hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> • ASPC <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> • SOGC <i>L'hépatite B et la grossesse</i>
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> • ASPC <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i>
Culture d'urine	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs <i>La bactériurie asymptomatique au cours de la grossesse</i> • SOGC <i>La prise en charge de la bactériurie à streptocoques du groupe B au cours de la grossesse</i>
Cytomégalovirus	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Infection à cytomégalovirus pendant la grossesse</i>
Diabète sucré gestationnel (DSG)	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Le diabète pendant la grossesse</i>
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none"> • ASPC <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i>
Groupe sanguin (ABO), dépistage du facteur Rh et anticorps anti-érythrocytaires	<ul style="list-style-type: none"> • La Société canadienne du sang <i>La maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né et thrombopénie immune périnatale</i>
IgG anti-rubéole (titre d'anticorps)	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>La rubéole durant la grossesse</i>
Infection à parvovirus	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Infection au parvovirus B19 pendant la grossesse</i>
Streptococcus du groupe B (SGB)	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce</i>
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> • ASPC <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i>
Thalassémie et d'hémoglobinopathies	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Dépistage des porteurs de thalassémie et d'hémoglobinopathies au Canada</i>
Toxoplasmose	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Toxoplasmose pendant la grossesse : Prévention, dépistage et traitement</i>
Vaginose bactérienne	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Dépistage et prise en charge de la vaginose bactérienne au cours de la grossesse</i>
Varicelle	<ul style="list-style-type: none"> • SOGC <i>Prise en charge de l'infection à la varicelle pendant la grossesse</i>
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • ASPC <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> • SOGC <i>Dépistage du VIH au cours de la grossesse</i>
Virus de l'herpès simplex (VHS)	<ul style="list-style-type: none"> • ASPC <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> • SOGC <i>Prise en charge du virus de l'herpès simplex au cours de la grossesse</i>

ANNEXE C – ÉLÉMENTS NUTRITIFS IMPORTANTS PENDANT LA GROSSESSE

Les nutriments proviennent idéalement du régime alimentaire, mais comme cela n'est pas toujours possible, le régime de la femme doit faire l'objet d'une évaluation pour s'assurer qu'il contient les nutriments précis qui lui sont essentiels durant sa grossesse. Aussi, il se pourrait qu'une supplémentation en vitamines et minéraux soit indiquée pour combler toute insuffisance.

Calcium	<ul style="list-style-type: none">• Les femmes enceintes ont besoin de calcium et de vitamine D pour maintenir l'intégrité de leurs os et fournir les éléments nécessaires à la formation du squelette du bébé à naître. L'apport nutritionnel recommandé (ANR) en calcium est de 1 300 mg/jour pour les femmes enceintes ou allaitantes de 14 à 18 ans, et de 1 000 mg/jour pour les femmes enceintes ou allaitantes de 19 à 50 ans. Les données semblent indiquer que l'apport alimentaire moyen en calcium chez les Canadiennes en âge d'avoir des enfants est inférieur à l'apport recommandé²⁸².• Certains groupes de femmes sont moins portés à consommer suffisamment de calcium, notamment les femmes de faible statut socioéconomique, les membres de certains groupes culturels, les adolescentes enceintes et les végétaliennes.• Il faut rappeler aux femmes de ne pas prendre du calcium et du fer simultanément. La vitamine C peut favoriser l'absorption du calcium.
Fer	<ul style="list-style-type: none">• Pendant la grossesse, il est nécessaire de consommer environ 600 mg/jour de fer en raison de l'augmentation du volume sanguin, de la formation du placenta et du fœtus et des pertes en fer survenant durant l'allaitement^{283,284}. Si une femme présente un risque élevé d'anémie hypochrome, il convient de surveiller son taux de fer pour s'assurer qu'elle en consomme suffisamment ou lui recommander un supplément parentéral de fer.• En plus de vérifier l'hémoglobine, surveiller le taux sérique de ferritine dès le début et tout au long de la grossesse. Une multivitamine quotidienne contenant de 16 à 20 mg de fer est recommandée²⁸⁵. Cependant, certaines femmes cessent de prendre des multivitamines riches en fer pendant la période prénatale parce que ce supplément leur cause de la constipation, des nausées, des vomissements et d'autres problèmes gastro-intestinaux.• La carence en fer constitue une préoccupation pour les végétariennes, les végétaliennes, les femmes de faible statut socioéconomique et celles qui ont de la difficulté à absorber correctement le fer (p. ex., femmes atteintes de la maladie de Crohn ou de la maladie cœliaque). Les femmes inuites et des Premières nations ainsi que les nouvelles immigrantes (particulièrement celles provenant de l'Asie du Sud) présentent aussi un risque accru d'anémie²⁸⁶⁻²⁸⁹.• Certains aliments, boissons et suppléments peuvent influencer sur l'absorption du fer. Il est donc recommandé que les femmes prennent tout supplément de fer 1 heure ou 2 soit avant, soit après un café, thé ou supplément de calcium²⁹⁰.• La vitamine C facilite l'absorption du fer; aussi doit-on rappeler aux femmes d'incorporer cette vitamine dans chaque repas²⁹⁰.

Iode	<ul style="list-style-type: none"> L'iode est nécessaire au développement normal du cerveau du fœtus. Le taux d'iode peut être mesuré au moyen d'une analyse d'urine. Les femmes présentant une carence en iode doivent être informées des risques d'une telle carence sur les issues de grossesse et de l'importance d'un apport alimentaire en iode de 220 Qg/jour (0,22 mg) pendant la grossesse²⁹¹.
Acide folique	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes susceptibles de devenir enceintes et celles présentant un faible risque d'anomalies du tube neural (ATN) ont besoin de prendre quotidiennement une multivitamine contenant 400 Qg (0,4 mg) d'acide folique ou, à tout le moins, de commencer à prendre un tel supplément au moins 3 mois avant la conception et durant toute la période de grossesse^{292,293}. En ce qui concerne les femmes présentant un risque modéré à élevé d'ATN, se reporter à la directive clinique de la SOGC <i>Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des ATN et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique</i>¹¹³. Les femmes doivent aussi avoir une saine alimentation, ce qui, selon le <i>Guide alimentaire canadien</i>, signifie consommer des aliments riches en folate¹¹².
Vitamine A	<ul style="list-style-type: none"> L'ANR en vitamine A est de 750 Qg/jour pour femmes enceintes de 14 à 18 ans et de 770 Qg/jour pour celles de 19 à 50 ans. Lorsqu'elle est prise en quantité excessive, la vitamine A (rétinol) est connue pour augmenter le risque de malformations congénitales²⁹⁴. Les femmes doivent éviter de consommer plus de 3 000 Qg d'équivalents d'activité du rétinol (EAR) ou 10 000 unités internationales (UI)/jour de vitamine A²⁹⁴. Informer les femmes que certaines vitamines prénatales contiennent plus de 10 000 UI de vitamine A. Les femmes enceintes doivent aussi limiter leur consommation de foie et d'huile de foie de morue, qui contiennent tous deux de fortes concentrations de vitamine A²⁹⁴.
Vitamine B12	<ul style="list-style-type: none"> L'ANR en vitamine B12 pour femmes enceintes est de 2,6 Qg/jour²⁹⁰. Les femmes végétaliennes et celles qui prennent des antiacides peuvent être exposées à un risque accru de carence en vitamine B12. Les femmes ayant une telle carence sont plus susceptibles d'avoir des enfants atteints d'ATN et doivent donc faire l'objet d'une surveillance et prendre une supplémentation adéquate²⁹⁵.
Vitamin D	<ul style="list-style-type: none"> L'ANR en vitamine D pour femmes enceintes est de 600 UI/jour (15 Qg)²⁸². Bien que la prévalence d'apports insuffisants en vitamine D semble élevée, les mesures de statut sanguin disponibles ne suggèrent pas que la carence en vitamine D soit généralisée dans la population canadienne. Toutefois, l'apport en vitamine D dans certaines sous-populations, comme celles qui ont une pigmentation foncée de la peau, peut requérir un examen plus approfondi²⁸².

Acides gras oméga-3

- Les femmes enceintes ont besoin de consommer plus d'acides gras oméga-3 durant la grossesse²⁹⁶. Ces nutriments, qui sont transférés par le placenta, jouent un rôle important dans la croissance et le développement du fœtus. Les types principaux d'acides gras oméga-3 dans l'alimentation sont :
 - > l'acide alpha-linolénique (AAL)
 - > l'acide docosahexaénoïque (ADH)
 - > l'acide eicosapentaénoïque (AEP)
- L'AAL est présent dans certaines huiles végétales, les noix et les graines, ce qui comprend l'huile de canola, l'huile de lin, les noix de Grenobles (et leur huile) et les graines de lin. La meilleure source d'AEP et d'ADH est le poisson gras, quoique l'ADH se trouve dans d'autres lipides de tissus animaux, comme les œufs. Puisque certains poissons prédateurs (tels que le thon frais ou congelé, l'espadon et le requin) contiennent des niveaux importants de mercure, les femmes enceintes devraient en limiter leur consommation à 150 g (5 oz)/mois²⁹⁶. De plus, conseiller aux femmes qui sont enceintes ou susceptibles de le devenir de limiter leur consommation de thon albacore (blanc) en conserve à 300 g (10 oz) par semaine.
- Les suppléments à base d'huile de poisson et les aliments enrichis d'ADH peuvent fournir d'importants acides gras oméga-3 qui se trouvent dans le poisson. Toutefois, on ne dispose pas suffisamment de données probantes pour affirmer que de tels suppléments et aliments ont un effet favorable sur le développement des nourrissons²⁹⁶. Un supplément d'huile de poisson devrait se limiter à un maximum de 3 g d'AEP et d'ADH combinés.

RÉFÉRENCES

1. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(7):CD000934.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2015 [consulté le 1 juin 2019]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/evidence-tables-from-the-2003-version-pdf-196748322.
3. Kaunitz AM, Spence C, Danielson TS, Rochat RW, Grimes DA. Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;150(7):826-31.
4. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15(1):1-42.
5. Logan C, Moore K, Manlove J, Mincieli L, Cottingham S. Conceptualizing a “strong start”: antecedents of positive child outcomes at birth and into early childhood [Internet]. Washington (DC) : Child Trends; 2007 [consulté le 1 juin 2019]. Accès : www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/04/Child_Trends-2007_02_12_RB_StrongStart.pdf.
6. Debessai Y, Costanian C, Roy M, El-Sayed M, Tamim H. Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: Findings from the Maternity Experiences Survey. *J Perinatol.* 2016;36(6):420-6.
7. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa (ON) : ASPC; 2009.
8. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol.* 2010;20(8):575-83.
9. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8(1):30.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 731: group prenatal care. *Obstet Gynaecol.* 2018;131(3):e104-8.
11. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Keenan-Lindsay L, Sams CA. *Maternal child nursing care in Canada.* 2e éd. Toronto (ON): Elsevier; 2017.
12. Higginbottom GM, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, *et al.* Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev.* 2015;4(13).
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 493: cultural sensitivity and awareness in the delivery of health care. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1258-61.
14. Fleming M, Towey K. *Delivering culturally effective health care to adolescents* [Internet]. Chicago (IL): American Medical Association; 2001 [consulté le 4 juin 2019]. Accès : www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/culturallyeffective.pdf.
15. Aboriginal Nurses Association of Canada. *Cultural competence and cultural safety in nursing education: a framework for First Nations, Inuit and Métis nursing* [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Indigenous Nurses Association; 2009 [consulté le 4 juin 2019]. Accès : www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/first_nations_framework_e.pdf.
16. Di Lallo S. Prenatal care through the eyes of Canadian Aboriginal women. *Nurs Womens Health.* 2014;18(1):38-46.
17. Wilson D, de la Ronde S, Brascoupé S, Apale AN, Barney L, Guthrie B, *et al.* Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations. Directive clinique de la SOGC n° 293. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(6):554-8.
18. Meilleur départ. *Donner naissance dans un nouveau pays : un guide pour les femmes nouvellement venues au Canada et leurs familles* [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2014 [consulté le 4 juin 2019]. Accès : www.beststart.org/resources/rep_health/Revisions_2014/French/Giving%20Birth_French_Complete_2014.pdf.
19. Fraser W, Hatem-Asmar M, Krauss I, Maillard F, Bréart G, Blais R. Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: clinical indicators. *Can J Public Health.* 2000;91(1):15-11.
20. Hueston WJ, Applegate JA, Mansfield CJ, King DE, McClaffin RR. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J Fam Pract.* 1995;40(4):345-51.
21. Reid AJ, Carroll JC, Ruderman J, Murray MA. Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians. *CMAJ.* 1989;140(6):625-33.
22. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Les modèles de soins continus dispensés par une sage-femme comparés à d'autres modèles de soins pour les femmes enceintes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(4):CD004667.
23. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(4):CD000062.
24. Organization nationale de la santé autochtone. *Exploring models for quality maternity care in First Nations and Inuit communities: a preliminary needs assessment* [Internet]. Ottawa (ON): NAHO; 2006 [consulté le 18 juin 2019]. Accès : http://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30538/1/Models_Maternity_Care_Needs_Assessment_2006.pdf.
25. Kidd M, Avery S, Duggan N, McPhail J. Family practice versus specialist care for low-risk obstetrics Examining patient satisfaction in Newfoundland and Labrador. *Can Fam Physician.* 2013;59(10):e456-61.

26. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. *BMC Public Health*. 2010;10(1):527.
27. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part I. General prenatal care and counseling issues. *Am Fam Physician*. 2005;71(7):1307-22.
28. Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(3):226-37.
29. Chalmers B. Family-centred perinatal care: improving pregnancy, birth and postpartum care. Cambridge (RU): Cambridge University Press; 2017.
30. Tanner-Smith EE, Steinka-Fry KT, Gesell SB. Comparative effectiveness of group and individual prenatal care on gestational weight gain. *Matern Child Health J*. 2014;18(7):1711-20.
31. Price D, Howard M, Shaw E, Zazulak J, Waters H, Chan D. Family medicine obstetrics. Collaborative interdisciplinary program for a declining resource. *Can Fam Physician*. 2005;51(1):68-74.
32. Harris SJ, Janssen PA, Saxell L, Carty EA, MacRae GS, Petersen KL. Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. *CMAJ*. 2012;184(17):1885-92.
33. Peterson WE, Medves JM, Davies BL, Graham ID. Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada: easier said than done. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(11):880-6.
34. Hutton, Eileen, RM, PhD, Farmer MJ, MD, Carson GD, MD. The roles of multidisciplinary team members in the care of pregnant women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(11):1068-9.
35. Ruiz-Mirazo E, Ruiz-Mirazo E, Lopez-Yarto M, Lopez-Yarto M, McDonald SD, McDonald SD. Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analyses. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(3):223-9.
36. Olds DL. The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*. 2006;27(1):5-25.
37. Jack SM, Catherine N, Gonzalez A, MacMillan HL, Sheehan D, Waddell C. Adapting, piloting and evaluating complex public health interventions: lessons learned from the nurse-family partnership in canadian public health settings. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2015;35(8-9):151-9.
38. Lilford RJ, Kelly M, Baines A, Cameron S, Cave M, Guthrie K, *et al*. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. *BMJ*. 1992;305(6863):1181-4.
39. Brown HC, Brown HC, Smith HJ, Smith HJ, Mori R, Mori R, *et al*. Remise du dossier médical aux patientes afin de le faire suivre pendant leur grossesse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(10):CD002856.
40. Kingston D, Heaman M, Fell D, Dzakpasu S, Chalmers B. Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Matern Child Health J*. 2012;16(1):158-68.
41. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, *et al*. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108(1):147-57.
42. Priest SR, Austin M-, Barnett BB, Buist A. A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(5):307-17.
43. Grant K, McMahon C, Austin M. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord*. 2007;108(1):101-11.
44. Austin MV, Hadzi-Pavlovic D, Priest SR, Reilly N, Wilhelm K, Saint K, *et al*. Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(5):395-401.
45. Austin M, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*. 2007;101(1):169-74.
46. Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Persistence of maternal depressive symptoms throughout the early years of childhood. *J Womens Health*. 2009;18(5):637-45.
47. Sharpley CF, Rogers HJ. Preliminary validation of the abbreviated spanier dyadic adjustment scale: some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educ Psychol Meas*. 1984;44(4):1045-9.
48. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(6):542-9.
49. Giallo R, Woolhouse H, Gartland D, Hiscock H, Brown S. The emotional-behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(10):1233-44.
50. van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M, PhD, Sutter-Dallay A, Melchior M, *et al*. Maternal depression trajectories and children's behavior at age 5 years. *J Pediatr*. 2015;166(6):1440-8.
51. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Giallo R, Brown S. Maternal depression from pregnancy to 4 years postpartum and emotional/behavioural difficulties in children: results from a prospective pregnancy cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):141-51.
52. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77.
53. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *B C Med J*. 2005;47(2):96-9.
54. Kumar R, Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*. 1984;144(1):35-47.
55. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(6):569-73.

56. Roy A, Thurston WE, Voices and PHACES Study Team. Depression and mental health in pregnant aboriginal women: key results and recommendations from the Voices and PHACES study [Internet]. Calgary (AB): Université de Calgary; 2015 [consulté le 14 juin 2019]. Accès : www.ucalgary.ca/wethurston/files/wethurston/voices-phaces-study-finalreport.pdf.
57. Dharma C, Lefebvre DL, Lu Z, Lou WYW, Becker AB, Mandhane PJ, *et al.* Risk for maternal depressive symptoms and perceived stress by ethnicities in Canada: from pregnancy through the preschool years. *Can J Psychiatry*. 2019;64(3):190-9.
58. Nelson C, Lawford KM, Otterman V, Darling EK. Indicateurs de santé mentale chez les femmes autochtones enceintes au Canada : résultats de l'Enquête sur l'expérience de la maternité. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2018;38(7-8):307-14.
59. Dennis C, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33(4):323-31.
60. Flynn HA, Ph.D., Henshaw E, Ph.D., O'Mahen H, Ph.D., Forman J, Ph.D. Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(1):9-16.
61. Reay R, Matthey S, Ellwood D, Scott M. Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *J Affect Disord*. 2010; 2011;129(1):94-103.
62. Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2009;10(1):7.
63. Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(5):329-34.
64. Kingston D, Austin M, McDonald SW, Vermeyden L, Heaman M, Hegadoren K, *et al.* Pregnant women's perceptions of harms and benefits of mental health screening. *PLoS ONE*. 2015;10(12):e0145189.
65. Kingston D, Austin M, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, *et al.* Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *J Affect Disord*. 2015;186:350-7.
66. Kingston DE, Biringner A, McDonald SW, Heaman MI, Lasiuk GC, Hegadoren KM, *et al.* Preferences for mental health screening among pregnant women: A cross-sectional study. *Am J Prev Med*. 2015;49(4):e35-43.
67. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 453: Screening for depression during and after pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;115(2, Pt1):394-5.
68. Austin, Marie-Paule, Marcé Society Position Statement Advisory Committee. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):179-87.
69. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, *et al.* Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7.
70. Austin MP, Highet N, Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis - in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals [Internet]. Melbourne (AUS): beyondblue; 2011 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2013/12/Perinatal-Mental-Health-Clinical-Practice-Guidelines.pdf>.
71. Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res*. 2004;31(2):117-33.
72. Kim JJ, La Porte L, Corcoran M, Magasi S, Batza J, Silver R. Barriers to mental health treatment among obstetric patients at risk for depression. *Obstet Gynecol*. 2010;202(3):312.e1-5.
73. Bowen A, Bowen R, Butt P, Rahman K, Muhajarine N. Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *Can J Psychiatry*. 2012;57(3):161-7.
74. Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, *et al.* Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord*. 2006;93(1-3):233-7.
75. Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J. A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health*. 2006;6(1):211.
76. Buist A, Ellwood D, Brooks J, Milgrom J, Hayes BA, Sved-Williams A, *et al.* National program for depression associated with childbirth: the Australian experience. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):193-206.
77. Chew-Graham C, Chamberlain E, Turner K, Folkes L, Caulfield L, Sharp D. GPs' and health visitors' views on the diagnosis and management of postnatal depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2008;58(548):169-76.
78. Reid AJ, Biringner A, Carroll JD, Midmer D, Wilson LM, Chalmers B, *et al.* Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *CMAJ*. 1998;159(6):677-84.
79. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-6.
80. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2014 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg192.
81. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
82. Carroll JC, Reid AJ, Biringner A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, *et al.* Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2005;173(3):253-9.
83. Carroll JC, Reid AJ, Biringner A, Wilson LM, Midmer DK. Psychosocial risk factors during pregnancy. What do family physicians ask about? *Can Fam Physician*. 1994;40:1280-9.
84. Austin M, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth*. 2013;26(1):17-25.

85. Zolotor AJ, Carlough MC. Update on prenatal care. *Am Fam Physician*. 2014;89(3):199-208.
86. Lausman A, Kingdom J, Maternal Fetal Medicine Committee. Retard de croissance intra-utérin : dépistage, diagnostic et prise en charge. Directive clinique de la SOGC n° 95. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(8):749-60.
87. BC Perinatal Health Program. BCPHP obstetric guideline 19: maternity care pathway [Internet]. Vancouver (BC): BCPHP; 2010 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MaternityCarePathway.pdf.
88. Provincial Council for Maternal and Child Health, The Better Outcomes Registry & Network, Ontario Perinatal Record Working Group. A user guide to the Ontario Perinatal Record [Internet]. Toronto (ON): OMA; 2018 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2018/08/OPR_UserGuide_2018Update_Final_18-08-22.pdf.
89. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Hypertension Guideline Committee. Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse : résumé directif. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(5):439-41.
90. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé : gain de poids pendant la grossesse [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2010 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H164-126-2010-fra.pdf.
91. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L. Obésité et grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 239. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(8):e630-9.
92. Clarke G, Hannon J, Société canadienne du sang. Chapitre 12: La maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né et thrombopénie immune périnatale [Internet]. Ottawa (ON): CBS; 2018 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : <https://professionaleducation.blood.ca/fr/transfusion/clinical-guide/la-maladie-hemolytique-du-foetus-et-du-nouveau-ne-et-thrombopenie-immune>.
93. Santé Canada. Principes d'utilisation des ultrasons à des fins diagnostiques [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2001 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-environnement-milieu-travail/rapports-publications/radiation/principes-utilisation-ultrasons-fins-diagnostiques.html.
94. Salem S, Lim K, Van den Hof MC. N° 304 - Déclaration de principe commune SOGC/CAR sur l'utilisation non médicale de l'échographie foetale. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(2):e4-6.
95. Rasouli M, Mousavi SA, Khosravi A, Keramat A, Fooladi E, Atashsokhan G. The impact of motivational interviewing on behavior stages of nulliparous pregnant women preparing for childbirth: a randomized clinical trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018;39(3):237-45.
96. Lindson-Hawley N, Thompson T, Begh R. Entretiens motivationnels lors d'un sevrage tabagique. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(3):CD006936.
97. O'Connor DL, Blake J, Bell R, Bowen A, Callum J, Fenton S, et al. Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(6):555-609.e19.
98. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2009 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-prenatale.html.
99. Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT). Canadian smoking cessation clinical practice guideline [Internet]. Toronto (ON): CAMH; 2011 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.nicotinedependenceclinic.com/en/canadaptt/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines.aspx.
100. Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, et al. Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse. Directive clinique de la SOGC n°245. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(9):e255-92.
101. Ordean A, Wong S, Graves L. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Directive clinique de la SOGC n°349. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(10):938-56.e3.
102. Davies GAL, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. L'exercice physique pendant la grossesse et le postpartum. Directive clinique de la SOGC n°129. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(2):e66-73.
103. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. 2019 lignes directrices canadiennes sur l'activité physique durant la grossesse. Directive clinique de la SOGC n°367. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(11):1538-48.
104. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, et al. Directive clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme. Directive clinique de la SOGC n°279. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(6):e505-66.
105. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2016 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html.
106. Agence de la santé publique du Canada. Immunisation durant la grossesse et l'allaitement : guide canadien d'immunisation [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2018 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-3-vaccination-populations-particulieres/page-4-immunisation-durant-grossesse-allaitement.html.
107. MacDonald NE, Desai S, Gerstein B. Working with vaccine-hesitant parents: An update. *Paediatr Child Health*. 2018;23(8):561.
108. Castillo E, Poliquin V. Immunisation pendant la grossesse. Directive clinique de la SOGC n°357. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(4):490-502.
109. Meilleur départ. Voici les signes auxquels il faut faire attention si vous êtes enceinte [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2012 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : <https://resources.beststart.org/fr/product/e08f-signes-attention-si-enceinte-image>.

110. Meilleur départ. Le travail prématuré, signes et symptômes [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2016 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : <https://resources.beststart.org/fr/product/e06f-travail-premature-signes-symptomes-livret/>.
111. American College of Obstetricians and Gynecologists. Frequently asked questions: labour, delivery, and postpartum care [Internet]. Washington (DC): ACOG; 2019 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Labor-and-Birth.
112. Santé Canada. Guide alimentaire canadien [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2019 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/>.
113. Wilson RD. Supplémentation préconceptionnelle en acide folique / multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique. Directive clinique de la SOGC n°324. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(6):550-2.
114. Santé Canada. Le mercure présent dans le poisson [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2017 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/salubrite-aliments/contaminants-chimiques/contaminants-environnementaux/mercure/mercure-poisson.html.
115. Muhajarine N, Ng J, Bowen A, Cushon J, Johnson S. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation. *Can J Public Health.* 2012;103(S1):S26-31.
116. Santé Canada. La salubrité des aliments pour les femmes enceintes [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2019 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/salubrite-aliments-pour-populations-vulnerables/salubrite-aliments-pour-femmes-enceintes.html.
117. Jahanfar S, Jaafar SH. Effets de la restriction de l'absorption de caféine par la mère sur les résultats pour le fœtus, le nouveau-né et la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(6):CD006965.
118. Santé Canada. La caféine et la grossesse [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2019 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grossesse/cafeine.html.
119. Smolina K, Hanley GE, Mintzes B, Oberlander TF, Morgan S. Trends and determinants of prescription drug use during pregnancy and postpartum in British Columbia, 2002-2011: a population-based cohort study. *PLoS ONE.* 2015;10(5):e0128312.
120. Beřard A, Sheehy O. The Quebec pregnancy cohort - prevalence of medication use during gestation and pregnancy outcomes. *PLoS ONE.* 2014;9(4):e93870.
121. Agence de la santé publique du Canada. Anomalies congénitales au Canada 2013 : Rapport de surveillance sur la santé périnatale [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2014 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/qu-est-ce-que-le-rcsac/anomalies-congenitales-canada-2013-rapport-surveillance-sante-perinatale.html.
122. Bánhidı F, Lowry RB, Czeizel AE. Risk and benefit of drug use during pregnancy. *Int J Med Sci.* 2005;2(3):100-6.
123. Quan A. Fetopathy associated with exposure to angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor antagonists. *Early Hum Dev.* 2006;82(1):23-8.
124. Rosa FW. Spina bifida in infants of women treated with carbamazepine during pregnancy. *N Engl J Med* 1991;324(10):674-7.
125. Kaaja E, Kaaja R, Hiilesmaa V. Major malformations in offspring of women with epilepsy. *Neurology.* 2003;60(4):575-9.
126. Morrow J, Russell A, Guthrie E, Parsons L, Robertson I, Waddell R, *et al.* Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2006;77(2):193-8.
127. Hall JG, Pauli RM, Wilson KM. Maternal and fetal sequelae of anticoagulation during pregnancy. *Am J Cardiol.* 1980;68(1):122-40.
128. Feldkamp M, Feldkamp M, Carey JC, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology.* 1993;47(6):533-9.
129. Pinelli JM, Symington AJ, Cunningham KA, Paes BA. Case report and review of the perinatal implications of maternal lithium use. *Obstet Gynecol.* 2002;187(1):245-9.
130. Gentile S. Lithium in pregnancy: the need to treat, the duty to ensure safety. *Expert Opin Drug Saf.* 2012;11(3):425-37.
131. da Silva Dal Pizzol T, Knop FP, Mengue SS. Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: systematic review and meta-analysis. *Reprod Toxicol.* 2006;22(4):666-71.
132. Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, *et al.* Avortement médical. Directive clinique de la SOGC n°332. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(4):390-420.
133. Merlob P, Stahl B, Klinger G. Tetrada of the possible mycophenolate mofetil embryopathy: a review. *Reprod Toxicol.* 2009;28(1):105-8.
134. Dai WS, LaBraico JM, Stern RS. Epidemiology of isotretinoin exposure during pregnancy. *J Am Acad Dermatol.* 1992;26(4):599-606.
135. Lammer EJ, Chen DT, Hoar RM, Agnish ND, Benke PJ, Braun JT, *et al.* Retinoic acid embryopathy. *N Engl J Med.* 1985;313(14):837-41.
136. Adams J. The neurobehavioral teratology of retinoids: A 50-year history. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2010;88(10):895-905.
137. Briggs GG. Drug effects on the fetus and breast-fed infant. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45(1):6-21.
138. Sánchez AR, Rogers RS, Sheridan PJ. Tetracycline and other tetracycline-derivative staining of the teeth and oral cavity. *Int J Dermatol.* 2004;43(10):709-15.
139. Smithells RW. Defects and disabilities of thalidomide children. *Br Med J.* 1973;1(5848):269-72.
140. Tanoshima M, Kobayashi T, Tanoshima R, Beyene J, Koren G, Ito S. Risks of congenital malformations in offspring exposed to valproic acid in utero: A systematic review and cumulative meta-analysis. *Clin Pharmacol Ther.* 2015;98(4):417-41.

141. Forsberg L, Wide K. Long-term consequences after exposure to antiepileptic drugs in utero. *Ther Adv Drug Saf*. 2011;2(5):227-34.
142. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mårdby AC, Moretti ME, *et al*. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004365.
143. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada. Ottawa (ON) : ASPC; 2008.
144. Finnegan L. Substance abuse in Canada: licit and illicit drug use during pregnancy: maternal, neonatal and early childhood consequences. Ottawa (ON): Canadian Centre on Substance Abuse; 2013.
145. Howard MO, Bowen SE, Garland EL, Perron BE, Vaughn MG. Inhalant use and inhalant use disorders in the United States. *Addict Sci Clin Pract*. 2011;6(1):18-31.
146. Santé Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2013 [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2015 [consulté le 27 juin 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html.
147. Cui Y, Shooshtari S, Forget EL, Clara I, Cheung KF. Smoking during pregnancy: findings from the 2009-2010 Canadian community health survey. *PLoS ONE*. 2014;9(1):e84640.
148. Porath A, Kent P, Konefal S. Dissiper la fumée entourant le cannabis : effets du cannabis pendant la grossesse - version actualisée [Internet]. Ottawa (ON): Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2018 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2018-fr.pdf.
149. Brown QL, Sarvet AL, Shmulewitz D, Martins SS, Wall MM, Hasin DS. Trends in marijuana use among pregnant and nonpregnant reproductive-aged women, 2002-2014. *JAMA*. 2017;317(2):207-9.
150. Volkow ND, Compton WM, Wargo EM. The risks of marijuana use during pregnancy. *JAMA*. 2017;317(2):129-30.
151. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016 [Internet]. Ottawa (ON): ICIS; 2017 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : www.cihi.ca/sites/default/files/document/pan-canadian-trends-opioid-prescribing-2017-fr-web.pdf.
152. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 711: opioid use and opioid use disorder in pregnancy. *Obstet Gynaecol*. 2017;130(2):e81-94.
153. Cressman AM, Natekar A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Cocaine abuse during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(7):628-31.
154. Heslehurst N, Moore H, Rankin J, Ells LJ, Wilkinson JR, Summerbell CD. How can maternity services be developed to effectively address maternal obesity? A qualitative study. *Midwifery*. 2011;27(5):e170-7.
155. Siega-Riz AM, Adair LS, Hob CJ. Institute of medicine maternal weight gain recommendations and pregnancy outcome in a predominantly hispanic population. *Obstet Gynaecol* 1994;84(4):565-73.
- Abrams B, Carmichael S, Selvin S. Factors associated with the pattern of maternal weight gain during pregnancy. *Obstet Gynaecol*. 1995;86(2):170-6.
157. Carmichael S, Abrams B, Selvin S. The pattern of maternal weight gain in women with good pregnancy outcomes. *Am J Public Health*. 1997;87(12):1984-8.
158. Crane JMG, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(1):28-35.
159. Oken E, Kleinman KP, Belfort MB, Hammitt JK, Gillman MW. Associations of gestational weight gain with short- and longer-term maternal and child health outcomes. *Am J Epidemiol*. 2009;170(2):173-80.
160. Hinkle SN, Sharma AJ, Dietz PM. Gestational weight gain in obese mothers and associations with fetal growth. *Am J Clin Nutr*. 2010;92(3):644-51.
161. Wilson RD, Johnson J, Summers A, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, *et al*. Principes de tératologie humaine : Exposition aux médicaments aux produits chimiques et aux agents infectieux. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(11):918-26.
162. Centre for Disease Control. Reproductive health and the workplace: anesthetic gases [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2017 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : www.cdc.gov/niosh/topics/repro/anestheticgases.html.
163. Charkoudian N, Joyner MJ. Physiologic considerations for exercise performance in women. *Clin Chest Med*. 2004;25(2):247-55.
164. Tomic V, Sporiš G, Tomic J, Milanovic Z, Zigmundovac-Klaic D, Pantelic S. The effect of maternal exercise during pregnancy on abnormal fetal growth. *Croat Med J*. 2013;54(4):362-8.
165. Alleyne J. Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice. Position statement: exercise and pregnancy [Internet]. Ottawa (ON): CASEM; 2008 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : https://casem-acmse.org/wp-content/uploads/2018/10/Exercise-Pregnancy-Position-Paper_2008_.pdf.
166. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 650 summary: physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynaecol*. 2015;126(6):1326-7.
167. Wolfe LA, Mottola MF. Aerobic exercise in pregnancy: an update. *Can J Appl Physiol*. 1993;18(2):119-47.
168. El-Rafie MM, Khafagy GM, Gamal MG. Effect of aerobic exercise during pregnancy on antenatal depression. *Int J Womens Health*. 2016;8:53-7.
169. Société canadienne de physiologie de l'exercice. PARmed-X for pregnancy: physical activity readiness medical examination [Internet]. Ottawa (ON): SCPE; 2015 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/parmed-xpreg.pdf.
170. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ*. 1999;160(7):1007-11.
171. Stewart DF, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993;149(9):1257-63.

172. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health*. 2015;24(1):100-6.
173. Taillieu TL, Brownridge DA, Tyler KA, Chan KL, Tiwari A, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence in Canada: a comparison of victims who were and were not abused during pregnancy. *J Fam Violence*. 2016;31(5):567-79.
174. Organisation mondiale de la santé. Intimate partner violence during pregnancy: information sheet [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2011 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf;jsessionid=CDD64F56C-7431C9D2E9154FE81F2405A?sequence=1.
175. Cherniak D, Grant L, Mason R, Moore B, Pellizzari R. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(4):365-418.
176. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 - regard sur la violence familiale au Canada [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2016 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2016-regard-violence-familiale-canada.html.
177. Alberta Justice and Solicitor General, Alberta Crown Prosecution Service. A domestic violence handbook for police services and crown prosecutors in Alberta [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Justice Communications; 2014 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : <https://open.alberta.ca/dataset/f3319ecb-60b4-41d2-a335-2f05c8c50a3c/resource/a48368aa-3c26-4c80-8617-44cca7819308/download/2014-domesticviolencehandbook.pdf>.
178. Agence de la santé publique du Canada. Approches tenant compte des traumatismes et de la violence - politiques et pratiques [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2018 [consulté le 4 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html.
179. National Institute of Child Health and Human Development. What happens during prenatal visits? [Internet]. Rockville (MD) : NICHD; 2017 [consulté le 5 juillet 2019]. Accès : www.nichd.nih.gov/health/topics/preconception-care/conditioninfo/prenatal-visits.
180. Van den Hof MC, Smithies M, Nevo O, Oullet A. Directive clinique sur l'utilisation de l'échographie au premier trimestre. Directive clinique de la SOGC n°375. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(3):396-404.
181. Ladhani NNN, Fockler ME, Stephens L, Barrett JFR, Heazell AEP. Prise en charge de la grossesse après une mortinai-sance. Directive clinique de la SOGC n°369. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(12):1684-700.
182. Campbell K, Rowe H, Azzam H, Lane CA. Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(12):1138-49.
183. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 189: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynaecol*. 2018;131(1):e15-30.
184. Association of Professrs of Gyecology and Obstetrics. Nausea and vomiting of pregnancy [Internet] Crofton (MD): APGO; 2011 [consulté le 5 juillet 2019]. Accès : www.nationalperinatal.org/Resources/APGO%20Educational%20Series%202011.pdf.
185. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions contre les nausées et vomissements en début de grossesse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(9):CD007575.
186. O'Brien B, Naber S. Nausea and vomiting during pregnancy: effects on the quality of women's lives. *Birth*. 1992;19(3):138-43.
187. Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarnson TR. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):149-60.
188. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008;35(3):401-17.
189. Koch KL, Frizzera CL. Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003;32(1):201-34.
190. Clark SM, Costantine MM, Hankins GDV. Review of NVP and HG and early pharmacotherapeutic intervention. *Obstet Gynaecol Int*. 2012;2012:252676.
191. Castillo MJ, Phillippi JC. Hyperemesis gravidarum: a holistic overview and approach to clinical assessment and management. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2015;29(1):12-22.
192. Mazzota P, Magee L, Koren G. Therapeutic abortions due to severe morning sickness. Unacceptable combination. *Can Fam Physician*. 1997;43:1055-7.
193. Veenendaal MVE, Van Abeelen AFM, Painter RC, Van Der Post JAM, Roseboom T. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: A systematic review and meta-analysis. *Int J Obstet Gynaecol*. 2011;118(11):1302-13.
194. Niemeijer MN, Grooten IJ, Vos N, Bais JMJ, Van Der Post JA, Mol BW, *et al*. Diagnostic markers for hyperemesis gravidarum: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(2):150.e1-15.
195. Clark SM, MD, Dutta E, DO, Hankins GDV, MD. The outpatient management and special considerations of nausea and vomiting in pregnancy. *Semin Perinatol*. 2014;38(8):496-502.
196. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004;18(4):312-28.
197. Smith J, Fox KA, Clark S. UpToDate: treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy [Internet]. Alphen aan den Rijn (NL); Wolters Kluwer; 2019 [consulté le 5 juillet 2019]. Accès : www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy.
198. King TL, Murphy PA. Evidence-based approaches to managing nausea and vomiting in early pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(6):430-44.
199. Niebyl JR, Briggs GG. The pharmacologic management of nausea and vomiting of pregnancy. *J Fam Pract*. 2014;63(2):S31-7.
200. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Les bilans de santé généraux chez l'adulte pour la réduction de la morbidité et de la mortalité des suites de maladie. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019(1):CD009009.

201. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L. Obésité et grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 239. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(8):e630-9.
202. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ.* 2013;185(1):35-35.
203. Butt K, Lim KI. Détermination de l'âge gestationnel par échographie. Directive clinique de la SOGC n° 303. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(2):182-3.
204. Chitayat D, Langlois S, Wilson RD. Dépistage prénatal de l'aneuploïdie fœtale en ce qui concerne les grossesses monofœtales. Directive clinique de la SOGC n° 261. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(9):e362-79.
205. Public Health England. NHS fetal anomaly screening programme (FASP) [Internet]. Londres (RU): Go.UK; 2013 [consulté le 5 juillet 2019]. Accès : www.gov.uk/topic/population-screening-programmes/fetal-anomaly.
206. Audibert F, De Bie I, Johnson J, Okun N, Wilson RD, Armour C, *et al.* Directive clinique de la SOGC et du CCGM : mise à jour sur le dépistage prénatal de l'aneuploïdie fœtale, des anomalies fœtales et des issues défavorables de la grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 348. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(9):818-32.
207. Wilson RD, De Bie I, Armour CM, Brown RN, Campagnolo C, Carroll JC, *et al.* Opinion commune de la SOGC et du CCGM sur le dépistage génétique en contexte de procréation : Mise à jour à l'intention de l'ensemble des prestataires canadiens de soins de santé maternelle et de services de procréation, à l'ère des tests offerts directement aux consommateurs. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(8):763-87.e4.
208. Akolekar R, Beta J, Picciarelli G, Ogilvie C, D'Antonio F. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(6):369-71.
209. Wilson RD, Gagnon A, Audibert F, Campagnolo C, Carroll J. Interventions et techniques de diagnostic prénatal visant l'obtention d'un prélèvement fœtal à des fins diagnostiques : risques et avantages pour la mère et le fœtus. Directive clinique de la SOGC n° 326. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(7):669-70.
210. Douglas Wilson R, Audibert F, Brock J, Campagnolo C, Carroll J, *et al.* Anomalies fœtales affectant le tube neural: Dépistage/diagnostic prénatal et prise en charge de la grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 314. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(10):940-2.
211. Langlois S, Brock J, Douglas Wilson R, Audibert F, Carroll J, Cartier L, *et al.* État actuel du dépistage prénatal non effractif du syndrome de Down, de la trisomie 18 et de la trisomie 13 au moyen d'ADN acellulaire se trouvant dans le plasma maternel. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(2):182-3.
212. Audibert F, Gagnon A. Dépistage et diagnostic prénatals de l'aneuploïdie en ce qui concerne les grossesses gémellaires. Directive clinique de la SOGC n° 262. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(9):e329-46.
213. Cargill Y, Morin L. Tenue systématique d'un examen échographique obstétrical au cours du deuxième trimestre : contenu d'un examen et d'un rapport exhaustifs. Directive clinique de la SOGC n° 223. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(8):e138-43.
214. Nevo O, Brown R, Glanc P, Lim K. Mise à jour technique : le rôle de l'examen échographique précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale. Directive clinique de la SOGC n° 352. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(12):1212-20.
215. Agence de la santé publique du Canada. Diabète maternel au Canada [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2014 [consulté le 29 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/diabete-maternel-canada.html.
216. Berger H, Gagnon R, Sermer M, Basso M, Bos H, Brown RN, *et al.* Diabetes in Pregn Le diabète pendant la grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 334. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(7):680-94.e2.
217. Feig DS, Berger H, Donovan L, Godbout A, Kader T, Keely E, *et al.* 2018 clinical practice guidelines: diabetes and pregnancy. *Can J Diabetes.* 2018;42(3):S255-82.
218. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 205: vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynaecol.* 2019;133(2):e110-27.
219. Scott JR. Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence and experience. *BJOG.* 2014;121(2):157-62.
220. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, *et al.* NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements.* 2010;27(3):1-42.
221. Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach. *Obstet Gynaecol.* 2011;118(2 Pt 1):342-50.
222. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. Épreuve de travail après césarienne. Directive clinique de la SOGC n° 382. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(7):1012-34.
223. Liston R, Sawchuck D, Young D. Surveillance du bien-être fœtal : directive consensus d'intrapartum. Directive clinique de la SOGC n° 197b. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(4):e323-52.
224. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care: evidence update May 2013 [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2013 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : <https://arms.evidence.nhs.uk/resources/hub/995345/attachment>.
225. Grant A, Valentin L, Elbourne D, Alexander S. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. *Lancet.* 1989;334(8659):345-9.
226. Money D, Allen VM. Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce. Directive clinique de la SOGC n° 298. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(8):e675-86.

227. Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth*. 2009;36(4):297-304.
228. Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(2):119-26
229. Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveau-nés, les cas en niveau de soins alternatif et les accouchements, 2017-2018 [Internet]. Ottawa (ON): ICIS; 2019 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/dad-hmdb-child-birth-quick-stats-2017-2018-snapshot-fr-web.pdf.
230. Conseil canadien des ordres de sages-femme. Midwifery in Canada [Internet]. Toronto (ON) : CCOSF; 2019 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : <https://cmrc-ccosf.ca/midwifery-canada>.
231. Campbell K, Carson G, Azzam H, Hutton E. Déclaration sur l'accouchement à domicile planifié. Directive clinique de la SOGC n° 372. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(2):228-32.
232. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009;181(6-7):377-83.
233. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009;36(3):180-9.
234. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, *et al*. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016;188(5):e80-90.
235. Meilleur départ. La prestation de l'éducation prénatale en Ontario : Un résumé des conclusions de l'étude [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2015 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2015/01/F15-F.pdf>.
236. Meilleur départ. Éducation prénatale : messages clés pur l'Ontario [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2019 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www.educationprenatale-ontario.ca/apropos/.
237. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans: What matters for birth experience satisfaction. *Birth*. 2016;43(2):144-50.
238. Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2012 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html.
239. Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2014 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois/6-24-mois.html.
240. Organisation mondiale de la santé, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2018 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/
241. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth*. 2003;30(2):94-100.
242. Brodribb W, Jackson C, Fallon A, Hegney D. Breastfeeding and the responsibilities of GPs: a qualitative study of general practice registrars. *Aust Fam Physician*. 2007;36(4):283-5.
243. Bryant CA, Coreil J, D'Angelo SL, Bailey DF, Lazarov M. A strategy for promoting breastfeeding among economically disadvantaged women and adolescents. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs*. 1992;3(4):723-30.
244. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. L'éducation prénatale à l'allaitement pour augmenter la durée de l'allaitement maternel. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(12):CD006425.
245. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7):CD000084.
246. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG*. 2016;123(1):49-57.
247. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, *et al*. Accouchement du siège par voie vaginale. Directive clinique de la SOGC n° 226. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(6):567-78.
248. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2011 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg132.
249. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, *et al*. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess*. 2010(191):1-397.
250. Institut canadien d'information sur la santé. Points saillants sur certains indicateurs de 2011-2012 relatifs à l'accouchement au Canada [Internet]. Ottawa (ON): ICIS; 2013 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/Childbirth_Highlights_2011-12_FR.pdf.

251. Symon A, Winter C, Donnan PT, Kirkham M. Examining aAutonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth*. 2010;37(4):280-7.
252. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, *et al.* Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *New Engl J Med*. 2004;351(25):2581-9.
253. Leeman LM, King VJ. Increasing patient access to VBAC: new NIH and ACOG recommendations. *Am Fam Phys*. 2011;83(2):121-2.
254. Delaney M, Roggensack A. Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41e+0 et la 42e+0 semaine de gestation. Directive clinique de la SOGC n° 214. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(8):e150-63.
255. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J, Corbett T, Duperron L, *et al.* Déclenchement du travail. Directive clinique de la SOGC n° 296. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(9):858-63.
256. Statistique Canada. Les couples de même sexe au Canada en 2016 [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2017 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016007/98-200-x2016007-fra.cfm.
257. McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(1):13-23.
258. Lamb EH. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ*. 2002;11(2):33-40.
259. BC Centre of Excellence for Women's Health. Harm reduction and pregnancy: community-based approaches to prenatal substance use in western Canada [Internet]. Vancouver (BC): BCCEWH; 2015 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/02/HReduction-and-Preg-Booklet.2015_web.pdf.
260. Racine N, Motz M, Leslie M, Pepler D. Breaking the cycle pregnancy outreach program: Reaching out to improve the health and well-being of pregnant substance-involved mothers. *J Assoc Research Mothering*. 2009;11(1):279-90.
261. Rutman D, Hubberstey C. National evaluation of Canadian multi-service FASD prevention programs: Interim findings from the co-creating evidence study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(10):1767.
262. Poole N, BC Centre of Excellence for Women's Health. Evaluation report of the Sheway Project for high-risk, pregnant and parenting women [Internet]. Vancouver (BC): BCCEWH; 2000 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2000_Evaluation-Report-of-the-Sheway-Project.pdf.
263. Saskatchewan Prevention Institute. Fetal alcohol spectrum disorder (FASD) prevention framework 2014 [Internet]. Saskatoon (SK): Saskatchewan Prevention Institute; 2014 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : <http://publications.gov.sk.ca/documents/13/99283-FASD-prevention-framework-2014.pdf>.
264. BC Centre of Excellence for Women's Health. Trauma-informed practice guide [Internet]. Vancouver (BC): BCCEWH; 2013 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf.
265. Drabble L, Poole N. Collaboration between addiction treatment and child welfare fields: opportunities in a Canadian context. *J Soc Work Pract Addict*. 2011;11(2):124-49.
266. Marcellus L, Mackinnon K, Benoit C, Phillips R, Stengel C. Reenvisioning success for programs supporting pregnant women with problematic substance use. *Qual Health Res*. 2015;25(4):500-12.
267. Sword W, Niccols A, Yousefi-Nooraie R, Dobbins M, Lipman E, Smith P. Partnerships among Canadian agencies serving women with substance abuse issues and their children. *Int J Ment Health Addict*. 2013;11(3):344-57.
268. Santé Canada. Meilleures pratiques - intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2006 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.641113/publication.html>.
269. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017 [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2017 [consulté le 29 juillet 2019]. Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP7-1-2017-fra.pdf.
270. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2013 [consulté le 29 juillet 2019]. Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP7-1-2013-fra.pdf.
271. Santé Canada. Risques pour la santé liés à la procréation assistée [Internet]. Ottawa (ON): Sc; 2013 [consulté le 9 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/risques-pour-sante-lies-procreation-assistee.html.
272. National Institute for Health and Care Excellence. Multiple pregnancy: antenatal care for twin and triplet pregnancies [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2011 [consulté le 12 juillet 2019]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg129.
273. Morin L, Lim K. Ultrasound in twin pregnancies. Directive clinique de la SOGC n°. 260. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(10):e398-411.
274. Vilska S, Unkila-Kallio L, Punamäki R, Poikkeus P, Repokari L, Sinkkonen J, *et al.* Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. *Hum Reprod*. 2009;24(2):367-77.
275. Malott AM, Kaufman K, Thorpe J, Saxell L, Becker G, Paulette L, *et al.* Models of organization of maternity care by midwives in Canada: a descriptive review. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(10):961-70.

276. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for Perinatal Care, 7th Edition [Internet]. Itasca (IL): AAP; 2012 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : https://ebooks.aappublications.org/content/guidelines-for-perinatal-care-7th-edition?panels_ajax_tab_tab=blp_book_info&panels_ajax_tab_trigger=tab-info&sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token.
277. Statistique Canada. Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2013 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2013001/article/11766-fra.pdf?st=rYxP6fXl.
278. Royal College of Nursing. Female genital mutilation: an RCN resource for nursing and midwifery practice [Internet]. Londres (RU): RCN; 2016 [consulté le 10 juillet 2016]. Accès : www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005447.
279. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2016 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/fr/.
280. Perron L, Sekikas V, Burnett M, Davis V. Excision génitale féminine. Directive clinique de la SOGC n° 299. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(12S):s348-69.
281. Chalmers B, Omer-Hashi K. Female genital mutilation and obstetric care. Perinatology. 2005;7(6):303-11.
282. Santé Canada. La vitamine D et le calcium : Révision des Apports nutritionnels de référence [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2019 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/vitamines-mineraux/vitamine-calcium-revision-apports-nutritionnels-reference.html.
283. Bothwell TH. Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them. Am J Clin Nutr. 2000;72(1 Suppl):S257-64.
284. Milman N. Iron and pregnancy - a delicate balance. Ann Hematol. 2006;85(9):559-65.
285. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé - Le fer contribue à une grossesse en santé [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2009 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/aliments-et-nutrition/lignes-directrices-nutrition-pendant-grossesse-intention-professionnels-sante-contribue-grossesse-sante-2009.html.
286. Jamieson J. Correlates of iron status, hemoglobin and anemia in Inuit adults [Internet]. Montreal (QC): University de McGill; 2012 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR79052.PDF.
287. Jamieson JA, Kuhnlein HV. The paradox of anemia with high meat intake: a review of the multifactorial etiology of anemia in the Inuit of North America. Nutr Rev. 2008;66(5):256-71.
288. British Columbia Ministry of Health. Iron deficiency - diagnosis and management [Internet]. Vancouver (BC): Government of BC; 2019 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/iron-deficiency.pdf.
289. Christofides A, Schauer C, Zlotkin SH. Iron deficiency and anemia prevalence and associated etiologic risk factors in first nations and inuit communities in Northern Ontario and Nunavut. Can J Public Health. 2005;96(4):304-7.
290. Santé Canada. Fer et grossesse [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2016 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grossesse/fer-et-grossesse.html.
291. Santé Canada. Tableaux des ANREF [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2016 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/dri_tables-fra.pdf.
292. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé - Le folate contribue à une grossesse en santé [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2013 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/aliments-et-nutrition/lignes-directrices-nutrition-pendant-grossesse-intention-professionnels-sante-folate-contribue-grossesse-sante-2009.html.
293. McNulty B, McNulty H, Marshall B, Ward M, Molloy AM, Scott JM, *et al.* Impact of continuing folic acid after the first trimester of pregnancy: findings of a randomized trial of folic acid supplementation in the second and third trimesters. Am J Clin Nutr. 2013;98(1):92-8.
294. Découvrez Les Aliments. Ce que vous devez savoir au sujet de la vitamine A [Internet]. Toronto (ON): Dietitians of Canada; 2019 [consulté le 19 juillet 2019]. Accès : [www.unlockfood.ca/fr/Articles/Elements-nutritifs-\(vitamines-et-mineraux\)/Ce-que-vous-devez-savoir-au-sujet-de-la-vitamine-A.aspx?aliaspath=%2fen%2fArticles%2fNutrients-\(vitamins-and-minerals\)%2fWhat-you-need-to-know-about-Vitamin-A](http://www.unlockfood.ca/fr/Articles/Elements-nutritifs-(vitamines-et-mineraux)/Ce-que-vous-devez-savoir-au-sujet-de-la-vitamine-A.aspx?aliaspath=%2fen%2fArticles%2fNutrients-(vitamins-and-minerals)%2fWhat-you-need-to-know-about-Vitamin-A).
295. Langan RC, Zawistoski KJ. Update on vitamin B12 deficiency. Am Fam Phys. 2011;83(12):1425-30.
296. Santé Canada. Consommation d'acides gras oméga 3 et de poisson pendant la grossesse [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2009 [consulté le 10 juillet 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grossesse/consommation-acides-gras-omega-3-et-poisson-pendant-grossesse.html.