



CHAPITRE 5
SOINS POSTNATAUX



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

ROMOUVOIR 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 5: Postpartum Care

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
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 : décembre 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. : HP15-30/5-2020F **PDF** Cat. : HP15-30/5-2020F-PDF Pub. : 200258
ISBN : 978-0-660-36500-8 ISBN : 978-0-660-36499-5

CHAPITRE 5
SOINS POSTNATAUX

LA SANTÉ APRÈS L'ACCOUCHEMENT AU CANADA

SANTÉ MATERNELLE



La **mastite** se produit chez 10 % des femmes qui allaitent.



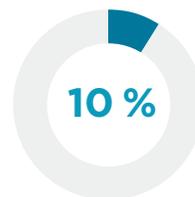
De 53 à 79 % des femmes souffrent d'une forme de **lacération** au cours de l'accouchement vaginal. Des **lacérations** du troisième et du quatrième degré se produisent chez jusqu'à **11 % des femmes**.



Il y a 3,4 % de toutes les femmes ayant accouché qui ont déclaré que **l'incontinence urinaire** causait « beaucoup de problèmes » au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement.



L'**endométrite** survient après 1 à 3 % des naissances vaginales et jusqu'à 27 % après les naissances par césarienne.



10 % des femmes ayant accouché a déclaré avoir subi un ou plusieurs **actes de violence** au cours des deux années précédentes.



De 16 à 30 % des femmes atteintes de diabète gestationnel développent le **diabète de type 2** de 5 à 10 ans après l'accouchement.



L'**hémorragie postpartum** se produit dans 465,4 cas sur 100 000 naissances à l'hôpital.

Santé mentale maternelle

Les **troubles de la panique** affectent environ **1 à 3 %** des nouvelles mères.

Les symptômes **obsessionnels compulsifs** se manifestent chez **4 à 9 %** des nouvelles mères.

Les troubles liés au **traumatisme et au stress**, y compris le trouble de stress post-traumatique, affectent environ **3 %** des nouvelles mères.

Le type de changement d'humeur après l'accouchement le plus fréquent est le **syndrome du troisième jour**, les estimations sur sa prévalence varient considérablement, de **15 à 84 %**.

SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS



Les taux d'allaitement au Canada ont augmenté. Moins de **25 %** en 1965 comparativement à **90 %** en 2015-2016.



Il y a **8 %** des nourrissons qui naissent prématurément.



Il y a **48 %** des cas d'apparition précoce de septicémie néonatale précoce qui étaient dus au streptocoque



Il y a **9,1 sur 100** des grossesses vivantes uniques qui sont petites par rapport à l'âge gestationnel à la

Pour les références, voir le **chapitre 4 : Soins durant le travail et l'accouchement**; **chapitre 5 : Soins postnataux**; **chapitre 6 : L'allaitement maternel 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; 2018/2019/2020.**



L'EXPÉRIENCE POSTNATALE DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

La période postpartum est une période importante pour la mère, le bébé, le conjoint et la famille. Il s'agit d'une période de transition, d'adaptation et d'apprentissage pour tous. La mère comme le bébé doivent s'adapter sur le plan physiologique, et toute la famille est appelée à s'adapter de façon considérable sur les plans social et émotionnel. Aussi, la prestation des soins dans une perspective familiale à l'intention des femmes, de leur conjoint et de leur famille pendant la période postnatale est un élément essentiel des soins offerts par tous les établissements, organismes et programmes.

Même si la période postpartum est une période normale et saine de la vie, c'est une période difficile pour les familles, même si les parents se sentent à l'aise dans leur nouveau rôle. C'est pourquoi il est important pour les professionnels de la santé qui travaillent avec les mères, le conjoint, le nouveau-né et la famille de porter attention à leurs besoins et valeurs individuels.

Principales recommandations des soins dans une perspective familiale :

- Traiter les familles avec respect, dignité et gentillesse, et en apprendre au sujet de leurs valeurs et croyances, les respecter, et s'en servir pour orienter les soins à prodiguer;
- Maintenir une communication ouverte et régulière avec la femme et son conjoint ou sa famille;
- Prévoir le moment et le but de chaque contact suivant l'accouchement en collaboration avec la femme et son conjoint ou sa famille en fonction de leurs besoins individuels;
- Prodiger des soins adaptés à la culture et sûrs en faisant preuve d'humilité en matière de culture.
- Fournir des renseignements et du soutien de façon opportune et en fonction des besoins de la femme, de son conjoint et de sa famille. Tous les renseignements doivent être fondés sur des données probantes et accessibles selon leur culture, leur langue et leurs capacités, de façon que les mères puissent promouvoir leur santé et celle de leur bébé et prendre des décisions éclairées sur leurs soins et, le cas échéant, les traitements qui s'imposent;
- Appuyer la mère et le bébé et favoriser leur bien-être physique; donner la possibilité à la mère de se reposer et de se remettre des efforts physiques de la grossesse et de l'accouchement;
- Soutenir l'évolution de la relation entre le bébé et sa mère ainsi qu'entre le conjoint et la famille;
- Répondre aux besoins émotionnels et de santé mentale de la mère et de son conjoint.

Pour les références, voir le **Chapitre 5 : Soins postnataux**, 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; 2020.

REMERCIEMENTS

AUTEURE PRINCIPALE

Georgia Hunt, M. D.

Chef adjoint, qualité
Département de médecine familiale
BC Women's Hospital
Vancouver (Colombie-Britannique)

AUTEURES COLLABORATRICES

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

College of Nursing
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

**Christina M. Cantin, inf. aut., B. ScN.,
M. ScN., PNC(C)**

Consultante périnatale
Programme régional des soins à la mère et au
nouveau-né de Champlain
Ottawa (Ontario)

Beverley Chalmers, D. Sc.(Méd), Ph. D.

Consultante internationale en santé périnatale
Kingston (Ontario)

Kimberly Dow, M.D., FRCPC

Professeure
Département de pédiatrie
Université Queen's
Kingston (Ontario)

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

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

Faiza Khurshid, MBBS, FCPS, M. Sc.(HQ)

Professeure adjointe, département de pédiatrie
Université Queen's
Directrice médicale, Division de la médecine
néonatale et périnatale
Centre des sciences de la santé de Kingston
Kingston (Ontario)

Céline Lemay, SF, Ph. D.

Chargée de cours sénior
Bac en pratique sage-femme
Université du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières (Québec)

Tracy Lovett, inf. aut., B. Sc. inf., M. N., IBCLC

Infirmière coordonnatrice de la santé
maternelle et infantile
Direction générale de la santé des Premières
nations et des Inuits, région de l'Atlantique
Services aux Autochtones Canada
Halifax (Nouvelle-Écosse)

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)

Simone Vigod, M.D., M.Sc., FRCPC

Chef, département de psychiatrie,
Women's College Hospital
Professeure agrégée et directrice,
Département de psychiatrie, faculté de médecine,
Université de Toronto
Chaire commémorative Shirley A. Brown
(recherche en santé mentale des femmes)
Women's College Hospital
Toronto (Ontario)

EXAMINATRICES

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

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

Lori E. Ross, Ph. D.

Professeure agrégée et directrice
du programme de doctorat
Division of Social and Behavioural
Health Sciences
École de santé publique Dalla Lana,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Roberta Stout

Associée à la recherche
Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone
Prince George (Colombie-Britannique)



TABLE DES MATIÈRES

1	FAMILLES PRÉSENTANT DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES	2
1.1	CARACTÉRISTIQUES CULTURELLES	2
1.2	PRODIGUER DES SOINS AUX FEMMES ET NOUVEAU-NÉS AUTOCHTONES ET À LEUR FAMILLE	3
1.3	PRODIGUER DES SOINS AUX FAMILLES LGBTQ2	5
2	SOINS POSTNATAUX IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT (DANS LES DEUX HEURES)	6
2.1	SOINS INTÉGRÉS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ	6
2.2	SOINS DE LA MÈRE	8
2.3	SOINS DU NOUVEAU-NÉ	9
3	SOINS POSTNATAUX PRÉCOCES (AU-DELÀ DE DEUX HEURES)	11
3.1	NAISSANCE EN MILIEU HOSPITALIER : DURÉE DU SÉJOUR ET CONGÉ	12
3.2	SOINS DE LA MÈRE	14
3.3	SOINS DU NOUVEAU-NÉ	17
4	COMPLICATIONS CHEZ LA MÈRE	27
4.1	SANTÉ MENTALE POSTPARTUM	27
4.2	HÉMORRAGIE TARDIVE DU POSTPARTUM	32
4.3	INFECTIONS	32
4.4	TROUBLES CARDIOVASCULAIRES ET DE L'HYPERTENSION DE LA GROSSESSE	33
4.5	LÉSIONS IMPORTANTES DU PÉRINÉE	34
4.6	MUTILATION GÉNITALE FÉMININE/EXCISION (MGF/E)	35
4.7	DIASTASIS DU MUSCLE GRAND DROIT DE L'ABDOMEN	35
4.8	DIABÈTE SUCRÉ DE LA GROSSESSE	36
4.9	MALADIES DE LA THYROÏDE	37
4.10	DYSFONCTION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE, DOULEUR À LA CEINTURE PELVIENNE ET DIASTASIS DE LA SYMPHYSE PUBIENNE	37
4.11	NAISSANCE VAGINALE ASSISTÉE	38
4.12	INCONTINENCE URINAIRE ET ANALE ET RÉTENTION URINAIRE	39
4.13	SÉJOUR PROLONGÉ À L'HÔPITAL	41

5	COMPLICATIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ	42
5.1	INFECTION	42
5.2	DÉTRESSE CARDIORESPIRATOIRE ET PROBLÈMES CARDIAQUES	43
5.3	HYPOGLYCÉMIE	43
5.4	PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS AVANT L'ACCOUCHEMENT	44
5.5	FAIBLE POIDS POUR L'ÂGE GESTATIONNEL ET MACROSOMIE	45
5.6	SYMPTÔMES DE SEVRAGE NÉONATAL AUX OPIOÏDES	46
5.7	BÉBÉS PEU PRÉMATURÉS	47
5.8	NAISSANCE VAGINALE ASSISTÉE	48
5.9	ANOMALIES OU AFFECTIONS RARES	49
5.10	SÉJOUR PROLONGÉ À L'HÔPITAL OU À L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATAUX	50
6	POSTPARTUM TARDIF	54
6.1	SYSTÈMES POUR FAIRE LE SUIVI DES FAMILLES APRÈS LA NAISSANCE	54
6.2	SOINS POSTNATAUX CONTINUS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ	56
6.3	VIOLENCE ENTRE CONJOINTS INTIMES ET MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ENFANTS	56
6.4	NUTRITION ET POIDS SANTÉ DE LA MÈRE	57
6.5	SEXUALITÉ ET CONTRACEPTION	58
6.6	IMMUNISATION	59
	CONCLUSION	61
	ANNEXE A — RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	62
	ANNEXE B — APPRENDRE DES AUTRES — MODÈLES ET DIRECTIVES SUR LES SOINS POSTNATAUX	67
	ANNEXE C — MÉTHODES UTILISÉES POUR DISPENSER DES SOINS POSTNATAUX DANS LA COLLECTIVITÉ	69
	RÉFÉRENCES	71



La période postpartum est un moment important pour la mère, le bébé, le conjoint et la famille. Il s'agit d'une période de transition, d'adaptation et d'apprentissage pour tous. La mère comme le bébé doivent s'adapter sur le plan physiologique, et toute la famille est appelée à s'adapter de façon considérable sur les plans social et émotionnel.

Ces adaptations, à la fois complexes et bien réglées, présentent des bienfaits physiques et psychologiques pour la mère et son bébé. Il est essentiel que quiconque intervient dans les soins qui leur sont prodigués reconnaisse ces bienfaits pour prévoir et organiser les systèmes en fonction de l'unité mère-nourrisson, plutôt qu'en fonction des professionnels de la santé (PS).

Les soins pendant la période postpartum visent les objectifs suivants :

- appuyer la mère et le bébé et favoriser leur bien-être physique, donner la possibilité à la mère de se reposer et de se remettre des efforts de la grossesse et de l'accouchement;
- soutenir l'évolution de la relation entre le bébé et sa mère ainsi qu'entre le conjoint et la famille;
- accompagner la mère et son conjoint pour ce qui est de leurs besoins émotionnels et de santé mentale;
- appuyer l'alimentation du nourrisson;
- favoriser la confiance de la mère en ses capacités, et en la santé et le bien-être de son bébé, ce qui lui donnera l'occasion de remplir son nouveau rôle dans le contexte de sa famille et de sa culture;
- appuyer le conjoint et d'autres membres de la famille pour leur permettre de gagner confiance en leur nouveau rôle.

Selon les principes des soins axés sur la famille, les PS assument les obligations suivantes :

- traiter les familles avec respect, dignité et gentillesse, et en apprendre au sujet de leurs valeurs et croyances, les respecter, et s'en servir pour orienter les soins à prodiguer;
- maintenir une communication ouverte et régulière avec la femme et son conjoint/sa famille;
- prévoir le moment et le but de chaque contact suivant l'accouchement en collaboration avec la femme et son conjoint/sa famille en fonction de leurs besoins individuels;
- prodiguer des soins adaptés à la culture et sûrs en faisant preuve d'humilité en la matière;
- fournir des renseignements et du soutien de façon opportune et en fonction des besoins de la femme, de son conjoint/sa famille. On s'assurera que tous les renseignements seront fondés sur des données probantes et accessibles selon leur culture, leur langue, et leurs capacités; de façon que les mères puissent promouvoir leur santé et celle de leur bébé, et prendre des décisions éclairées sur leurs soins et, le cas échéant, les traitements qui s'imposent.



> RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES SUR LES SOINS POSTNATAUX : VOIR ANNEXE A



1

FAMILLES PRÉSENTANT DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES

1.1 CARACTÉRISTIQUES CULTURELLES

Les Canadiens sont diversifiés sur le plan ethnoculturel. Les femmes issues de différentes cultures, qu'elles soient nées au Canada ou nouvellement arrivées, peuvent être influencées par leur héritage dans une plus ou moins grande mesure.

Les PS auront à cœur de comprendre l'héritage de chaque femme – est-elle une nouvelle arrivante? où est-elle née? depuis combien de temps est-elle au Canada? – et son réseau de soutien¹. Ils ont également tout intérêt à comprendre comment sa culture influence ses besoins uniques, ses souhaits et ses attentes après l'accouchement. Même si les services nécessaires sont disponibles et que les femmes immigrantes en ont été mises au courant, celles-ci peuvent se heurter à des barrières linguistiques et à des difficultés d'accès en raison des différences en matière de pratiques culturelles et d'attentes².

La plupart des femmes nouvellement arrivées au Canada se heurtent à des difficultés diverses² :

- le système de santé canadien peut leur sembler étrange, et leurs attentes peuvent différer de celles de leurs PS;
- elles pourraient ne pas connaître les mesures de soutien du système de soins qui s'offrent à elles;

- elles pourraient ne pas parler la même langue que les PS disponibles, et leur communauté pourrait ne pas avoir accès à des soins de santé adaptés à la culture ou à des services d'interprétation et de traduction.

Toutes les familles sont uniques. Elles adaptent à leurs traditions et pratiques culturelles leurs propres expériences et besoins, et auront tendance à interpréter dans cette perspective les paramètres du système canadien des soins de santé. Aussi, est-il important d'évaluer chaque situation individuellement. Les PS pourraient ne pas être toujours d'accord avec certaines pratiques culturelles, mais le respect des besoins et des décisions de la famille est capital. Une approche valorisante à cet égard consistera à prêter attention à ce que les femmes et leur famille ont à dire sur leur propre culture, leurs pratiques relatives à la maternité et leurs besoins¹. Le document *Donner naissance dans un nouveau pays : Un guide pour les femmes nouvellement venues au Canada* propose des stratégies précises qui favorisent les soins postnataux axés sur la famille et adaptés à la culture³. Les PS pourront s'en servir pour tenir un dialogue avec les femmes et les familles, et en apprendre à propos de leurs valeurs et croyances et de la façon dont elles s'appliquent à leur situation.

Les PS seront conscients de leurs propres valeurs qu'ils apportent à leur relation avec les familles. La compétence culturelle fait appel, entre autres, à la collaboration avec les familles et à une communication efficace.

La communication avec les familles issues de différents milieux culturels ne consiste pas seulement à traduire des mots, mais aussi à comprendre les subtiles variations du sens et du style des paroles, du volume de la voix et de la gestuelle¹. On essayera donc le plus possible de trouver le meilleur interprète selon la situation. Il faudra pouvoir recourir à des interprètes

dignes de confiance pour la transmission de renseignements privés; ces intervenants posséderont, idéalement, des compétences langagières en matière de santé. Aussi, il n'est pas recommandé de demander à des enfants ou à d'autres membres de la famille de remplir cette tâche.

QUESTIONS VISANT À FACILITER LA COMMUNICATION SUR LES VALEURS ET LES CROYANCES^{1,3}

Si les familles sont nouvellement arrivées au Canada, posez des questions au sujet du lieu de naissance, du temps qu'elles ont passé au Canada et de leur réseau de soutien. Pour veiller à ce que les femmes aient la possibilité de faire part de leurs besoins, les questions à poser peuvent comprendre les suivantes :

- En quoi les soins de santé diffèrent-ils de ceux de votre pays d'origine ou de votre culture?
- Selon vous et votre famille, que devez-vous faire pour demeurer en santé après l'accouchement?
- Que faites-vous pour améliorer votre santé et celle de votre bébé? Quelles sont les choses que vous ne pouvez pas faire?
- Avez-vous des croyances quant à vos soins et à ceux de votre bébé que je devrais connaître?
- Dans votre rôle de mère, adoptez-vous des pratiques ou des rituels religieux?
- Y a-t-il des aliments ou des boissons en particulier que vous pourriez consommer ou préféreriez éviter?
- Existe-t-il des remèdes maison auxquels vous êtes susceptibles d'avoir recours pendant la période postpartum?
- Qui voulez-vous voir participer aux décisions?

Adapté de *Donner naissance dans un nouveau pays : Un guide pour les femmes nouvellement venues au Canada* (2014) et de *Maternal Child Nursing Care Canada* (2017).

1.2 PRODIGUER DES SOINS AUX FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS AUTOCHTONES ET À LEUR FAMILLE

L'histoire relative aux pensionnats et à la colonisation, qui ont causé la perte des valeurs et des pratiques traditionnelles, des langues et des liens familiaux et communautaires, continue toujours de peser sur les femmes, les familles et les collectivités autochtones. Chez les Autochtones, les résultats de santé sont plus graves et les taux de pauvreté, d'insécurité

alimentaire et de logements dangereux et surpeuplés sont plus élevés. Ces déterminants sociaux de la santé engendrent des conséquences néfastes sur la santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle des femmes autochtones du Canada.

Qui plus est, la santé et le bien-être de nombreuses femmes et familles autochtones ont été minés par le racisme, le sexisme et des soins de santé inadéquats ou inaccessibles – facteurs qui affectent aussi les femmes autochtones et leur bébé pendant la période postpartum⁴⁻⁶.

Les femmes autochtones au Canada sont diversifiées sur les plans de la culture, de l'ascendance, des croyances et des pratiques. Chaque communauté autochtone a ses propres traditions, valeurs, langues et styles de communication. De nombreuses femmes autochtones souhaitent intégrer ces valeurs et croyances culturelles et sociales à leur vie et à leur rôle parental. Savoir intégrer la sécurité culturelle aux soins des femmes autochtones pendant la période postpartum, cela consiste à assurer un environnement respectueux et une communication ouverte. Ces mesures correspondent aux principes des soins axés sur la famille. Les femmes autochtones, à l'instar de toutes les femmes, doivent se sentir en sécurité afin de pouvoir établir une relation de confiance avec leurs PS.

Les PS sauront collaborer avec la collectivité et apprendre à la connaître, et travailler avec les femmes pour comprendre leurs valeurs, croyances et besoins individuels⁷.

Une doula autochtone peut contribuer au respect des traditions et des pratiques et croyances culturelles associées aux soins postnataux, et répondre aux besoins de la femme et de la famille en ce qui a trait à la langue et à la culture, tout en leur offrant un soutien émotionnel et physique pendant la grossesse, le travail et la période postpartum⁸.

Les femmes autochtones pourraient devoir quitter leur communauté pour donner naissance dans un grand centre urbain. L'éloignement de la famille et du réseau de soutien a des incidences sur leur expérience postnatale, y compris l'allaitement et le rétablissement. Il est donc essentiel de tenir compte de leurs besoins particuliers et de remettre ces femmes en contact avec leur famille et leur collectivité dès que possible.

Les programmes postnataux et d'aide aux parents spécifiquement conçus à l'intention des Autochtones sont idéaux, surtout dans des formats de groupe qui donnent l'occasion à ces femmes de se rencontrer et d'établir des liens d'amitié solidaires pendant leur grossesse. Il faut aussi des programmes qui appuient les pères autochtones afin qu'ils se sentent outillés pour aider leur conjointe et les enfants. Quant à la continuité et à l'intégralité des soins, on voudra s'assurer de la mise en place de meilleurs systèmes de renvoi et de communication entre différents services et organisations⁹.

Formation et éducation des professionnels de la santé

Il est impérieux d'offrir aux PS une formation approfondie sur la façon d'établir un système de soins respectueux des valeurs culturelles, exempt de préjugés et respectueux pour les femmes, les bébés et les familles autochtones pendant la période postpartum⁹. Une enquête nationale auprès des résidents et des directeurs des divers programmes agréés de formation spécialisée en obstétrique et gynécologie au Canada a révélé l'absence d'un programme d'études et des lacunes importantes pour ce qui des connaissances sur la santé des femmes autochtones¹⁰. Par conséquent, une initiative de programme d'études nationale est en cours pour les résidents et d'autres praticiens de la santé; ce qui facilitera l'éducation sur la santé des femmes autochtones tout en réduisant le fardeau imposé sur les programmes individuels.



1.3 PRODIGUER DES SOINS AUX FAMILLES LGBTQ2

Les soins à la maternité et aux nouveau-nés axés sur la famille sont fondés sur les besoins individuels et une relation de confiance mutuellement respectueuse. Des progrès ont été réalisés quant à la prestation de soins de santé équitables à la communauté LGBTQ2ⁱ, mais les familles qui en sont issues continuent de se heurter à des obstacles dans les soins de santé.

Les personnes issues de la communauté LGBTQ2 définissent trois obstacles majeurs lorsqu'elles traitent avec le système de santé, à savoir l'invisibilité, le manque d'informations et les croyances négatives. L'invisibilité renvoie au fait qu'elles ne se voient pas dans les divers établissements et programmes (p.ex., sur les affiches murales, les formulaires à remplir, dans leurs conversations avec les PS). Il arrive souvent que les PS qu'elles rencontrent ne comprennent pas leur expérience en tant que famille LGBTQ2 et leurs besoins uniques et diversifiés, et sont susceptibles d'entretenir des croyances négatives à leur sujet¹¹.

La prévalence de dépression et de symptômes de dépression est supérieure chez les femmes appartenant à une minorité sexuelle (dont les femmes lesbiennes, bisexuelles et d'autres femmes non hétérosexuelles), comparativement aux femmes hétérosexuelles, probablement en raison des conséquences de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, la stigmatisation, l'absence de soutien social et une exposition à un surcroît de stress dû à l'hétérosexisme de la part de leur propre famille et de certains PS¹²⁻¹⁶. Les femmes appartenant à une minorité sexuelle invisible (c.-à-d. celles qui ont eu des relations sexuelles

avec des femmes, mais dont le conjoint actuel est un homme) présentent un risque de dépression postpartum supérieur à celui des femmes appartenant à une minorité sexuelle visible (femmes en couple avec une femme) et des femmes hétérosexuelles^{14,17}.

Une éducation continue des PS sur les besoins uniques des familles LGBTQ2 est essentielle pour améliorer les soins de santé auprès de ces familles¹⁸. Les PS qui s'occupent des familles LGBTQ2 doivent pouvoir remettre en question toutes croyances négatives qu'ils pourraient avoir, et viser à aborder avec facilité les sujets du genre, de la sexualité et des familles. Il est donc important qu'ils réfléchissent à leurs propres conceptions au sujet de ces personnes et soient prêts à les remettre en question pour perfectionner leur pratique.¹¹

Les PS peuvent favoriser l'inclusion lorsqu'ils s'occupent de familles LGBTQ2, y compris pendant la période postpartum, des façons suivantes¹¹ :

- prêter attention aux mots et au langage. Les mots peuvent donner du pouvoir aux gens, mais aussi les blesser;
- être conscient de la communication non verbale et du ton de voix – ils expriment des émotions et des attitudes;
- utiliser un langage inclusif impartial et poser des questions ouvertes;
- poser des questions qui expriment l'ouverture à toutes les familles, et ne pas présumer de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle ou du comportement;
- veiller à ce que les formulaires et les questionnaires soient inclusifs;
- veiller à ce que les documents visuels, comme les affiches, dans une clinique ou un secteur de programme, témoignent en faveur de la diversité;
- afficher une politique de non-discrimination et favoriser un environnement respectueux.

ⁱ Le sigle *LGBTQ2* est couramment utilisé pour inclure les personnes qui s'identifient en matière d'orientation sexuelle comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, queer ou en questionnement, ou qui désignent leur identité de genre comme transgenre. Les présentes lignes directrices reconnaissent que l'orientation sexuelle et l'identité de genre existent selon un continuum qui peut varier dans le temps, et que la communauté LGBTQ2 est diversifiée³³³.



2 SOINS POSTNATAUX IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT (DANS LES DEUX HEURES)

2.1 SOINS INTÉGRÉS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ

La mère et le nouveau-né seront considérés comme une unité pendant la période postpartum immédiate (dans les deux heures suivant l'accouchement). Il est essentiel de ne pas rompre cette relation étroite pendant ces heures cruciales, et d'encourager le contact peau contre peau entre le bébé et la mère (ou le conjoint si la mère en est incapable). L'International MotherBaby Childbirth Organization y fait référence en tant que « soins mère-nourrisson » pour insister sur l'importance de reconnaître que la mère et le bébé forment un tout.

Le lien parent-enfant, soit la toute première étape des rapports d'attachement du bébé, permettra de forger un sentiment de sécurité chez l'enfant, et a des effets à long terme¹⁹. Les contacts physiques tôt avec le bébé contribuent à affirmer le sentiment du devoir accompli des parents et favorisent la confiance en soi en tant que parents. Il est absolument prioritaire de maintenir ensemble le bébé et ses parents. Aussi, les politiques des établissements favoriseront le plus possible ce contact, sauf pour des raisons médicales nécessaires, fondées sur des preuves.

Toutes les organisations majeures soucieuses de la santé des nouveau-nés recommandent le contact peau contre peau direct entre le bébé en santé et la mère immédiatement après la

naissance : la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), le Comité canadien pour l'allaitement, la Société canadienne de pédiatrie (SCP), l'Association canadienne des sages-femmes, l'American Academy of Pediatrics, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Cette pratique consiste à placer le bébé sur le torse nu de la mère immédiatement après l'accouchement, à le couvrir d'une couverture et à veiller à ne pas interrompre ce contact pendant au moins une heure ou au moins jusqu'à la fin du premier allaitement, ou si la mère le demande²⁰. Il conviendra de préparer les mères à ce contact dès avant la naissance. Puisque certaines cultures ne pratiquent pas le contact peau contre peau, les PS auront soin de fournir l'information nécessaire, tout en assurant un encouragement et un soutien.

Le fait d'être dans les bras de sa mère aide le bébé à régulariser sa température, sa respiration, sa fréquence cardiaque et sa glycémie, et diminue la douleur causée par les procédures médicales. Les bébés qui ont un contact peau contre peau interagissent plus avec leur mère et pleurent moins que les autres²¹⁻²³. La grande majorité des bébés prennent le sein dans l'heure suivant la naissance si le contact peau contre peau est maintenu. Les mères sont plus susceptibles d'allaiter durant les quatre mois suivant la naissance, et ont tendance à allaiter plus longtemps si elles ont un contact peau contre

peau tôt avec leur bébé²². De toute façon, ce type de contact est essentiel pour toutes les mères et tous les bébés, peu importe la décision de la mère quant à l'allaitement. Si la mère elle-même n'est pas en mesure d'avoir un contact peau contre peau, elle devrait choisir une autre personne qui tiendra, réchauffera et réconfortera le bébé, par exemple son conjoint ou un autre membre de la famille.

Les PS peuvent faire preuve de respect à l'égard de la famille en interférant le moins possible avec les interactions de la mère et du bébé. Les observations, évaluations et interventions peuvent se faire avec le moins d'intrusion possible pendant que le contact peau contre peau est maintenu. Tout ce qui n'est pas essentiel au bien-être immédiat du nourrisson ou de la mère peut attendre deux heures après la naissance ou après le premier allaitement. Même les procédures médicales requises peuvent s'effectuer pendant que le bébé demeure en contact peau contre peau, pourvu qu'il soit sécuritaire sur le plan médical de le faire^{23,24}.

Le contact peau contre peau se poursuivra pendant le transfert de l'unité d'accouchement à l'unité postpartum ou à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN)²⁵. Pendant ce temps, on observera le bébé pour repérer tout signe d'instabilité exigeant une évaluation d'urgence – effort à la respiration, anomalie au niveau du teint, de l'activité ou du tonus. La séparation de la mère et de son bébé exigeant des soins particuliers peut rendre plus difficile l'adaptation à la maternité; aussi, les PS sont appelés à apporter un soutien encore plus intensif dans de tels moments. Au demeurant, le contact peau contre peau a des bienfaits permanents même après les premières heures suivant l'accouchement, ainsi que plus tard si ce n'était pas possible immédiatement après la naissance^{23,24,26}.

Dans certains établissements canadiens et européens, les bébés prématurés demeurent avec les parents pendant les évaluations, et on prodigue des soins au duo à l'USIN²⁷. De nombreux centres préconisent le contact peau contre peau, même pour les nourrissons très prématurés, ventilés et de faible poids à la naissance, en raison des bienfaits psychologiques et cliniques pour le bébé et les parents²⁸.

En cas d'accouchement par césarienne, il est essentiel d'offrir toutes les occasions possibles de contact peau contre peau immédiat (dans les 5 minutes suivant l'accouchement) et ininterrompu, ainsi que d'allaitement lorsque le bébé montre des signes de faim. Il est possible d'y parvenir dans les salles d'opération et de rétablissement. En fait, il faut considérer le contact peau contre peau comme la norme pour les accouchements par césarienne dans la salle d'opération. Il diminue la nécessité d'une supplémentation précoce³¹.

Il est important de donner le temps à la famille de se retrouver seule pendant ces premières heures critiques, et des occasions aux deux parents d'interagir avec le bébé dans les salles d'accouchement et de rétablissement. Il faut encourager les parents à passer le plus de temps possible avec leur bébé, y compris dans l'USIN, idéalement en partageant une chambre. Si le conjoint de la femme choisit de ne pas être présent pendant l'accouchement par césarienne, la famille devrait se retrouver réunie dès que possible³².



SOINS FAMILIAUX INTÉGRÉS À L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATAUX

Une recherche canadienne récente a permis de constater que le modèle de soins familiaux intégrés (FICare) des bébés prématurés dans les USIN est possible et sécuritaire dans le contexte du système de santé canadien, et fait en sorte que ces bébés prennent un poids adéquat. Ce modèle de soins, fondé sur le travail original du Dr Adik Levin en Estonie, a aussi le potentiel d'améliorer d'autres résultats à court et à long terme des bébés et des familles²⁹.

Dans ce modèle, les parents prodiguent la plupart des soins à leur bébé alors que les infirmiers et autres PS orientent et conseillent les parents^{29,30}. Le modèle FICare ne concerne pas seulement l'environnement physique; il reconnaît que les parents sont les principaux fournisseurs de soins et décideurs en ce qui concerne leur bébé. Ce modèle peut même s'appliquer à des unités plus anciennes, et les équipes de PS sont appelées à s'y adapter dans la mesure du possible.

Voici des exemples novateurs de l'application de ce modèle de soins au Canada :

- L'hôpital des femmes de la Colombie-Britannique offre des soins intensifs aux nouveau-nés et des soins postnataux aux mères dans la même chambre. Les mères peuvent se remettre d'un accouchement par voie vaginale ou par césarienne et tirer leur lait sans quitter leur bébé. Tous les nouveau-nés ont leur propre chambre insonorisée, et 12 des 70 chambres sont des chambres mère-nourrisson spacieuses et équipées d'une station de tirage du lait, d'un fauteuil inclinable et d'un lit d'hôpital pour la mère, ainsi que d'un incubateur et des machines d'observation des nourrissons. Les chambres mère-nourrisson sont destinées aux bébés nés à au moins 33 semaines et qui présentent un faible risque de complications.
- En Nouvelle-Écosse, le IWK Health Centre prodigue des soins à la mère et au bébé ensemble dans son USIN. Chaque chambre est entièrement équipée pour prodiguer des soins à un bébé, ainsi qu'une suite pour loger la famille. On offre à la famille un grand lit, un placard doté d'un coffre-fort et une salle de bain privée avec douche. Les bébés sont constamment surveillés, et en cas d'alarme, un signal est envoyé au téléphone intelligent d'un infirmier. Les chambres sont également munies d'appareils divers : réfrigérateurs à lait, éviers spéciaux pour aider les familles à donner le bain à leur bébé, etc. Les chambres sans fenêtre sont dotées de puits de lumière qui imitent les nuages dans le ciel, et chaque chambre est décorée de pièces d'art.

2.2 SOINS DE LA MÈRE

La période suivant immédiatement l'accouchement est une période de joyeuse célébration pour la vaste majorité des familles, mais aussi une période d'adaptation physiologique considérable pour la mère et le bébé. Par conséquent, une observation minutieuse est requise, ainsi que des interventions occasionnelles.

Les femmes réagissent différemment à l'accouchement. Certaines se sentent enthousiastes, exaltées et énergiques. D'autres sont épuisées et veulent dormir. Leur réaction dépend de la durée, de la difficulté et de la douleur du travail, des saignements, de l'anesthésie et de l'analgésie, des complications et du type d'accouchement (vaginal ou par césarienne). Un autre facteur déterminant est l'expérience du travail et de l'accouchement de la mère par rapport à ses attentes.

Les adaptations physiques au cours de la période suivant immédiatement l'accouchement, dont les saignements, la perte de poids et le déplacement des organes internes, exigent beaucoup d'énergie. Les soins postnataux immédiats sont axés sur les besoins en hydratation, en nutrition et en repos. C'est l'occasion de refaire ses réserves d'énergie.

- signes vitaux (température, pouls, fréquence respiratoire, tension artérielle);
- tonus de l'utérus et état du périnée;
- lochies;
- fonction de la vessie et des intestins;
- seins et mamelons;
- confort physique;

- réaction émotionnelle et psychologique de la femme et de son conjoint au travail et à l'accouchement. Il est particulièrement important d'entamer une conversation dans certains cas, par exemple si le bébé est malade, la mère a eu des complications ou l'accouchement ne s'est pas passé comme prévu;
- contact peau contre peau avec le bébé;
- besoins en matière d'apprentissage.
- le maintien d'une température corporelle adéquate;
- le contact avec sa mère et sa famille;
- l'amorce de l'allaitement.

Les constatations seront consignées conformément à la politique de l'établissement.

2.3 SOINS DU NOUVEAU-NÉ

La transition du bébé à la vie en dehors de l'utérus comprend ce qui suit :

- l'établissement d'une fonction respiratoire et d'une circulation efficaces;

La période postpartum représente une transition importante pour le bébé. Pendant cette période, il faut assurer une évaluation et une surveillance approfondies et continues. Un premier examen de la tête aux pieds du bébé dans l'aire d'accouchement permet de vérifier qu'il s'adapte à l'environnement extra-utérin. Cet examen permettra aussi de déterminer si le bébé présente des anomalies cliniques. Ces observations peuvent être effectuées lorsque le bébé est en contact peau contre peau. Elles favorisent ainsi l'intimité tout en préservant le calme de l'environnement.

HÉMORRAGIE POSTPARTUM

L'hémorragie postpartum est la complication la plus courante pendant la période suivant immédiatement l'accouchement. Elle affecte environ 6 % de l'ensemble des femmes et est la principale cause de mortalité maternelle à l'échelle mondiale³³. Au Canada, un diagnostic d'hémorragie postpartum a été associé à 1,6 de décès maternels sur 100 000 accouchements à l'hôpital entre 2002 et 2010³⁴. Entre 2006 et 2010, elle était le deuxième cas de morbidité maternelle grave le plus courant, avec un taux de 465,4 morbidités sur 100 000 accouchements en milieu hospitalier³⁴.

L'hémorragie postpartum est définie comme une perte de plus de 500 mL de sang pendant un accouchement par voie vaginale ou de plus de 1 000 mL pendant un accouchement par césarienne. La principale cause d'hémorragie postpartum immédiate est l'atonie utérine. D'autres causes possibles sont la rupture utérine, le placenta adhérent morbide et la laceration ou l'extension de l'artère utérine au cours d'un accouchement par césarienne.

Consultez les lignes directrices *Prise en charge active du troisième stade du travail : Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum* de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)³⁵.

L'hémorragie postpartum a de nombreuses conséquences sur la mère (hypotension orthostatique, anémie, fatigue et crainte), compromettant sa capacité à prendre soin d'elle-même et de son bébé. Ce problème peut aussi entraver le contact peau contre peau immédiat avec le nourrisson et accroître le risque de dépression postpartum. La transfusion sanguine, qui n'est pas sans risque, peut être nécessaire^{36,37}.

L'hémorragie postpartum tardive, qui a lieu de 24 heures à 6 semaines après l'accouchement, peut survenir après le transfert d'une mère et de son bébé à une unité postpartum ou à la maison.

Il est important de renseigner les femmes sur les symptômes préoccupants d'une hémorragie postpartum tardive avant de lui donner son congé et à la suite d'un accouchement à domicile.

Réanimation néonatale

Le Programme de réanimation néonatale (PRN) reconnaît qu'au moins 90 % des nouveau-nés sont de vigoureux bébés à terme qui n'ont pas besoin d'être séparés de leur mère pour une réanimation (étapes initiales). Les soins prodigués comprennent les mesures suivantes :

- gérer le cordon ombilical (c.-à-d. éviter de pincer immédiatement le cordon ombilical, dans la mesure du possible);
- réchauffer le bébé en encourageant le contact peau contre peau, idéalement avec la mère;
- sécher la peau du bébé avec une serviette chaude et sèche, stimuler la respiration et replacer sa tête de façon à ouvrir les voies respiratoires;
- ôter le mucus des voies respiratoires supérieures si nécessaire en essuyant la bouche et le nez du bébé;
- observer régulièrement la respiration, la fréquence cardiaque, l'activité et la teinte de la peau³⁸.

Consultez les lignes directrices du PRN sur la gestion des situations cliniques particulières^{23,39}.

Les PS acquièrent des compétences en réanimation néonatale grâce à la formation du PRN coordonnée par la Société canadienne de pédiatrie (SCP), qui a établi les normes d'éducation quant à la pratique au Canada. La SCP recommande qu'une personne formée en réanimation néonatale occupe ce rôle à chaque accouchement. Elle recommande aussi que tout le personnel susceptible de s'occuper de bébés à la naissance obtienne une formation et s'inscrive en tant que fournisseur de soins ou instructeur et s'y réinscrive périodiquement³⁹.

Le fournisseur de soins primaires à la naissance est responsable de prodiguer des soins à la femme, mais un deuxième PS assumera le rôle principal d'aider le bébé pendant la transition. Ce dernier doit être en mesure d'administrer une ventilation à pression positive et de faire des compressions thoraciques, au besoin³⁸. Une autre

personne ayant les compétences pour pratiquer la réanimation totale (y compris l'intubation et les compressions thoraciques) doit être prête à intervenir^{38,40}.

De plus, la SCP indique que les autorités sanitaires locales et régionales ont instauré un programme qui appuie la mise en œuvre des lignes directrices de réanimation néonatale actuelles, des programmes d'éducation des PS intervenant dans le travail et l'accouchement, et des politiques qui tiennent compte des besoins éducatifs et des rôles et responsabilités des professionnels intervenant dans le travail et l'accouchement, ainsi que dans les soins au nouveau-né.

Stabilisation néonatale

Il a été déterminé qu'un certain pourcentage de nouveau-nés présentaient des risques ou étaient malades pendant les premières minutes ou heures suivant l'accouchement, possiblement en raison de la prématurité ou d'une mauvaise transition cardiorespiratoire. Tous les établissements et praticiens spécialisés en accouchement se doivent d'avoir un plan qui réponde aux besoins cliniques de ces bébés, comme l'aide à la respiration ou la gestion de la glycémie, d'établir un contact avec un centre de renvoi et d'appuyer la famille.

Le Programme des soins aigus aux nouveau-nés à risque (ACoRN) de la SCP vise précisément les besoins des bébés qui ont de la difficulté à s'adapter à la vie extra-utérine. Les établissements pourraient trouver ce programme utile pour se préparer à la possibilité qu'un nouveau-né soit malade ou à risque.





3 SOINS POSTNATAUX PRÉCOCES (AU-DELÀ DE DEUX HEURES)

Les soins postnatals précoces visent les objectifs suivants :

- préserver et favoriser la santé et le bien-être de la mère et de son bébé;
- aider la mère à prendre soin d'elle-même et de son bébé;
- favoriser l'attachement entre le bébé et la mère, son conjoint et d'autres membres importants de la famille;
- appuyer l'adaptation physique et psychologique de la mère et de son conjoint, de son bébé et de la famille;
- favoriser un allaitement efficace.

Chaque interaction postpartum s'effectuera selon les principes des soins et du soutien axés sur la famille en tenant compte du bien-fondé des besoins individuels plutôt que des pratiques en place.

Les bienfaits du contact peau contre peau se poursuivent pendant le début de la période postpartum, favorisent l'attachement, augmentent la durée de l'allaitement et diminuent les pleurs et l'expression de la douleur pendant les procédures, comme les prises de sang au talon²³. Même s'il n'existe pas de lignes directrices nationales sur les chambres de travail, d'accouchement et postpartum au Canada, le Provincial Council for Maternal and Child Health

(PCMCH) recommande que les mères qui donnent naissance à l'hôpital disposent d'une chambre spacieuse, de préférence une chambre individuelle, où elles peuvent faire le travail, donner naissance et demeurer avec leur bébé jusqu'à l'obtention du congé. La cohabitation 24 heures par jour devrait être la norme pour tous les duos mère-nourrisson, sauf en cas de raison qui justifie la séparation²⁰. Aussi, pour éviter la séparation, les interventions s'effectueront le plus souvent possible dans la chambre de la mère. Les admissions en pouponnière doivent être fondées sur des critères et des lignes directrices établies, et seront l'exception plutôt que la règle²³.

Un plan de soins postnatals personnalisé sera élaboré en collaboration avec la mère et sa famille dès que possible après l'accouchement. Il comprendra²⁴ :

- les préoccupations et les besoins de la mère;
- les aspects importants de la grossesse, de l'accouchement et de la période postpartum immédiate;
- l'évaluation de l'allaitement du nourrisson;
- le nom et les coordonnées des professionnels intervenant dans les soins prodigués à la mère et au bébé;
- les suivis et les rendez-vous prévus de la mère et du bébé avec les PS pendant la période postpartum.

Ce plan sera examiné et modifié au besoin en collaboration avec la mère et la famille après chaque interaction.

Chaque mère devrait disposer d'un PS responsable de la coordination des soins de la famille et de sa transition dans la collectivité. Ce PS consultera ses collègues, au besoin, selon l'évolution des besoins de la mère et du bébé. Lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital (ou dans un centre de naissance), les systèmes, politiques et protocoles en place devront s'assurer que les familles obtiennent leur congé une fois seulement qu'auront été organisés les soins de suivi dans la collectivité^{41,42}.

Pour assurer des soins axés sur la famille au début de la période postpartum, la continuité des soins et le partage de renseignements entre PS doivent être optimales. La façon d'y parvenir dépend du type de fournisseur et de l'administration en question. Pour réussir la coordination de tels soins, on s'assurera que la communication entre les établissements, les PS communautaires et les familles sera claire. Les hôpitaux, centres de naissance, médecins, infirmiers praticiens et sages-femmes auront donc soin d'adopter une stratégie favorisant une communication efficace des renseignements sur la santé, de façon que les mères et les bébés puissent mieux effectuer leur transition dans la collectivité. Un résumé de sortie général ou un programme passeport mère-nourrisson pourrait alors être utile. Une communication sécuritaire par voie électronique facilitera ce processus⁴³.

Le Comité canadien pour l'allaitement et l'OMS recommandent d'évaluer les nouveau-nés pour détecter des problèmes d'allaitement dans les 24 ou 48 heures suivant le congé de l'hôpital (ou du centre de naissance), et assurer un suivi systématique auprès de toutes les mères dans les 48 heures.^{20,44} Ces soins pourront être prodigués par l'hôpital, le centre de santé communautaire, une clinique d'allaitement, une sage-femme ou autre.

La plupart des lignes directrices sur les soins aux nouveau-nés recommandent qu'un PS évalue la mère et le bébé pendant la première semaine de vie de ce dernier⁴⁵. L'American Academy of Pediatrics précise pour sa part que cette évaluation soit effectuée de 48 à 72 heures après le congé si celui-ci a lieu moins de 48 heures après la naissance⁴⁶. Voici ce qu'indique la SCP à ce sujet :

«Au moment de leur congé, les nouveau-nés doivent être pourvus d'un plan de suivi approprié qui inclut les coordonnées d'un professionnel de la santé de première ligne; un rendez-vous de suivi planifié avec un professionnel de la santé qualifié de 24 à 72 heures après le congé, à l'hôpital, à la clinique ou à domicile, le dépistage auditif et autres tests du nouveau-né sont planifiés (s'ils n'ont pas été effectués à l'hôpital), de même que le suivi approprié de l'ictère (jaunisse), l'administration de suppléments de vitamine D en cas d'allaitement et autres suivis nécessaires⁴⁵.»

Même si les mêmes principes et approches en matière de soins sous-tendent tous les soins postnataux, ces services seront organisés localement pour en maximiser l'efficacité en faveur des femmes et de leur bébé.

3.1 NAISSANCE EN MILIEU HOSPITALIER : DURÉE DU SÉJOUR ET CONGÉ

En 1993, la durée moyenne du séjour suivant un accouchement par voie vaginale était de 3,2 jours; cette durée est passée à 2,0 jours en 2012⁵. Pendant la même période, la durée du séjour à l'hôpital à la suite d'un accouchement par césarienne s'est également vu écourter, passant de 5,0 jours à 3,4 jours. La sécurité d'un séjour à l'hôpital abrégé (2,2 jours en moyenne en 2017-2018⁴⁷) soulève des débats quant aux besoins de la mère, et de ceux du nouveau-né en particulier. Ce que la recherche révèle à propos des séjours à l'hôpital écourtés peut différer des lignes directrices de diverses organisations concernant la mère et le bébé^{48,49}.

Chaque famille doit discuter avec son PS des risques et des avantages d'un séjour plus court que la norme de l'établissement. Cette discussion sera fondée sur les besoins du bébé et de la mère, et non sur les politiques habituelles. Du point de vue des soins axés sur la famille, le fait de quitter l'hôpital le plus tôt possible présente généralement un certain nombre d'avantages : possibilité pour les membres de la famille de faire connaissance avec le bébé tous ensemble (ce qui favorise l'attachement, augmente la participation du conjoint et diminue la rivalité fraternelle); amélioration du repos et du sommeil de la mère dans son propre environnement sans les interruptions constantes du personnel hospitalier; exposition moindre aux infections nosocomiales et confiance accrue de la mère en ses capacités de s'occuper du bébé⁴⁹.

Un séjour plus court à l'hôpital (ou au centre de naissance) est favorisé par plusieurs facteurs : la stabilité physiologique de la mère et du bébé, la disposition de la famille à s'occuper du bébé à la maison, ainsi qu'un soutien communautaire, familial et en établissement accru au moment du congé. Il reste que dans tous les cas, y compris lorsque le congé s'effectue tôt, les mères doivent comprendre les signes de problèmes possibles. De plus, il est essentiel que la famille sache où et quand sera la prochaine visite du PS de la mère et du bébé, et avec qui elle peut communiquer si elle a des questions.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) recommande d'examiner les résultats des analyses et de vérifier les signes de complications postpartum (p. ex., infection, hémorragie, douleur excessive, distension de la vessie, difficulté à marcher) avant de donner leur congé à la mère et au bébé. La famille recevra des instructions écrites ou verbales claires décrivant les étapes et les précautions à prendre en cas de préoccupations et si des symptômes ou signes indiquent que des soins médicaux supplémentaires sont requis⁵⁰.

Les femmes et les familles seront mises au courant des programmes communautaires visant les soins postnataux et de soutien par les pairs pour elles-mêmes et le bébé. Elles doivent

connaître qui ils sont, leur endroit et la façon d'y accéder. Il pourra s'agir de programmes de visite à domicile, de cliniques, de programmes communautaires et d'un soutien par téléphone. Puisqu'il peut se révéler difficile pour les nouvelles mères de se souvenir de toutes les informations fournies, il est préférable de les mettre par écrit et de les rendre accessibles sur le site Web de l'établissement.

Les systèmes de communication et de coordination feront régulièrement l'objet d'un examen pour assurer une transition efficace dans la collectivité et un suivi pour la mère, le bébé et la famille. Quant à savoir quelle serait la meilleure façon d'organiser le congé de la mère et du bébé, il s'agit là d'une question qui pourrait inciter à revoir les ressources de l'établissement et de la communauté pour les nouvelles familles.

Consultez les lignes directrices suivantes de la SCP relativement au congé des nourrissons :

- *Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé*
- *Le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré*
- *Rentrer à la maison : faciliter le congé du nourrisson prématuré*

Les bébés à risque, y compris les bébés peu prématurés où ceux ayant un faible poids à la naissance, risquent plusieurs complications, dont le mauvais allaitement, un faible gain de poids, l'hypoglycémie et l'ictère. Il faut envisager le congé seulement lorsque le bébé est stable.

« La famille recevra des instructions écrites ou verbales claires décrivant les étapes et les précautions à prendre en cas de préoccupations et si des symptômes ou signes indiquent que des soins médicaux supplémentaires sont requis.

3.2 SOINS DE LA MÈRE

Les soins et le soutien au début de la période postpartum doivent permettre à la mère de prendre en charge sa propre santé et celle de son bébé, et de se sentir en confiance pour ce qui est de ses capacités de s'occuper d'elle-même et de son bébé. On suppose ainsi qu'elle est une adulte indépendante, que les PS ont confiance en ses capacités quant à participer à ses propres soins et l'on reconnaît que ses valeurs, sa situation et ses besoins sont uniques.

Bien-être et besoins de la mère

Lors de chaque contact avec la mère et la famille après l'accouchement, on commencera par demander à la femme comment elle se sent, sur les plans physique et émotionnel, et on cernerá toutes les préoccupations qu'elle pourrait avoir. Les domaines à examiner comprennent ses expériences avec son bébé, l'allaitement et l'alimentation, le repos qu'elle prend, et toute douleur (ou malaise) qu'elle pourrait éprouver. Un examen physique sera effectué au besoin. Les soins à la mère visent à préserver sa santé et à l'aider à s'adapter à son nouveau rôle de mère.

SIGNES ET SYMPTÔMES PRÉOCCUPANTS²⁴

Signes et symptômes	Trouble
<ul style="list-style-type: none">Saignements importants soudains ou augmentation continue des saignements.Vertiges, palpitations ou tachycardie, évanouissement	<ul style="list-style-type: none">Hémorragie postpartumHémorragie postpartum tardif
<ul style="list-style-type: none">Fièvre, frissons, fréquence cardiaque accrue, douleurs abdominales ou pertes vaginales nauséabondes, utérus sensible au touché	<ul style="list-style-type: none">Infection : endométrite, infection urinaire
<ul style="list-style-type: none">Maux de tête dans les 72 heures suivant l'accouchement accompagnés<ul style="list-style-type: none">> de troubles visuels> de nausées et de vomissements	<ul style="list-style-type: none">Prééclampsie ou éclampsieMaux de tête spinaux à la suite d'une anesthésie régionale
<ul style="list-style-type: none">Douleur dans un mollet, rougeur ou tuméfactionEssoufflement ou douleur thoracique	<ul style="list-style-type: none">Thrombo-embolie
<ul style="list-style-type: none">Difficulté à marcher ou à se tenir debout	<ul style="list-style-type: none">Dysfonctionnement possible de la symphyse
<ul style="list-style-type: none">Baisse de l'humeur et perte d'intérêt constantes s'accompagnant d'un faible niveau d'énergie, de troubles du sommeil et de l'appétit, d'un mode de pensée négatif, d'idées de mutilation et de suicide	<ul style="list-style-type: none">Symptômes de dépression postpartum
<ul style="list-style-type: none">Engorgement, crevasse du sein, sensibilité des seins, rougeur, chaleur et fièvre	<ul style="list-style-type: none">Problèmes d'allaitement, mastite

Les femmes ont besoin d'être renseignées et rassurées à propos des adaptations physiologiques après l'accouchement, comme les lochies normales, la guérison du périnée, la guérison des incisions (à la suite d'un accouchement par césarienne) et les changements observés aux seins et aux mamelons. Elles ont aussi besoin d'information sur les problèmes possibles comme l'infection, les hémorroïdes, les crampes, la constipation, l'incontinence urinaire, la miction douloureuse, la douleur et l'hygiène du périnée, les maux de tête, les douleurs dorsales, les analgésiques, l'anémie, l'hémorragie postpartum tardive, la séparation des muscles abdominaux ainsi que les difficultés relatives à l'allaitement. Il convient aussi de discuter des changements émotionnels et sociaux qu'elle est susceptible de subir en devenant parente.

Les PS voudront fournir des renseignements et des conseils clairs et cohérents adaptés aux besoins et préoccupations individuels de la femme. Le conjoint (ou conjointe, le cas échéant), une figure centrale dans la famille, participera aux conversations, ses besoins également étant pris en considération. Le contexte psychosocial de certaines situations pourra nécessiter une attention particulière, comme le soutien des mères monoparentales, les mères en difficulté socioéconomique, celles qui sont nouvellement arrivées au Canada ou qui sont réfugiées, celles qui présentent des préoccupations d'ordre psychosocial cernées pendant la grossesse, ou les mères adolescentes.

« Les soins à la mère visent à préserver sa santé et à l'aider à s'adapter à son nouveau rôle de mère.

Adaptation et santé émotionnelle de la mère

La recherche révèle que l'adaptation émotionnelle de la mère influence son bien-être et celui du bébé et de la famille⁵¹. Les mères pourraient vivre une gamme d'émotions après l'accouchement, dont le *baby blues*, la dépression, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs, le traumatisme et des troubles liés à des facteurs de stress, et la psychose du postpartum.

Pendant cette période de transition, la compassion et la vigilance seront essentielles pour assurer un soutien efficace dans les soins de la nouvelle mère et de la famille. Aussi, les PS se mettront à l'écoute des mères et du conjoint, de leurs réflexions et expériences afin de les aider à examiner leurs ressentis et leur santé émotionnelle, plutôt que de se contenter des tâches ou des listes de choses à faire. Comme toujours, l'objectif consiste à habiliter la mère dans sa propre capacité à s'adapter.

Dans ses lignes directrices *Recommendations on screening for depression in adults* (en anglais), le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande pas le dépistage des adultes par sous-groupes de population (y compris les femmes en période périnatale ou ayant accouché) qui pourraient présenter un risque accru de dépression. Cette directive recommande tout de même aux cliniciens de demeurer attentifs au risque de dépression, surtout chez les femmes qui présentent des caractéristiques pouvant accroître le risque de dépression, et d'être vigilants lorsqu'elles présentent des signes cliniques. Le Groupe d'études n'a pas de lignes directrices sur le dépistage d'autres aspects de la santé émotionnelle et de la maladie mentale⁵².

Par ailleurs, d'autres organisations, comme l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAO), le Provincial Council for Maternal and Child Health de l'Ontario, Perinatal Services BC et la US Preventative Task Force, recommandent le dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et ayant accouché^{42,53-55}.

Les PS veilleront à acquérir les compétences nécessaires, en matière d'évaluation, pour surveiller les symptômes de troubles mentaux et demeureront attentifs aux signes préoccupants afin de fournir les renseignements et le soutien qui s'imposent. Ils devront connaître les divers types d'intervention et posséder des connaissances suffisantes sur la santé émotionnelle pour cerner les troubles psychiatriques pendant la période postpartum immédiate et tardive, puisque ces troubles ne sont pas toujours présents au début de la période postpartum.

Accouchement par césarienne

Les accouchements par césarienne sont courants; en 2016–2017, 28 % de toutes les naissances au Canada ont eu lieu de cette façon. Ces taux varient de 18,5 à 35,3 % selon la province ou le territoire^{56,57}.

Les mères qui accouchent par césarienne d'urgence après un travail difficile, ainsi que leur famille, ont des besoins particuliers. Elles peuvent combattre une dépression, ressentir de l'anxiété, de la culpabilité ou une perte de contrôle, être moins satisfaites de l'expérience de l'accouchement et perdre leur confiance en soi⁵⁸. Les mères qui subissent un accouchement par césarienne planifié et prévu au calendrier, ainsi que leur famille, peuvent recourir à des mécanismes d'adaptation pour se préparer à l'intervention chirurgicale. Les femmes qui accouchent par césarienne de façon imprévue ne jouissent pas de cette période de préparation³². Si une femme accouche par césarienne de façon imprévue, mais sent qu'on lui témoigne du respect et de la compassion et que ses PS collaborent avec elle pendant son travail, ses résultats ont toutes chances d'être optimisés. Si une femme accouche par césarienne de façon imprévue sans avoir de soutien, elle risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT).⁵¹ Les PS sont bien positionnés pour aider les mères et la famille à atténuer leurs craintes à propos de l'accouchement par césarienne, et les mettre en relation avec du soutien et des services dans la collectivité, au besoin.

Les femmes qui accouchent par césarienne ont besoin de plus de soins et de soutien pendant leur rétablissement, et d'une aide accrue pour prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé. Par rapport aux femmes qui accouchent spontanément par voie vaginale, elles souffrent davantage à plusieurs égards : fatigue, constipation, dépression, anémie, maux de tête, difficulté à uriner, saignements anormaux, infection urinaire, douleurs abdominales et pertes vaginales. Surtout en raison de la douleur, les mères pourraient avoir besoin d'une aide supplémentaire pour l'allaitement, notamment pendant les premiers jours, et elles ont plus de difficulté à prendre soin de leur bébé par suite d'une mobilité douloureuse ou réduite⁵⁹. Il est essentiel que les femmes et leur conjoint et famille sachent à quoi s'attendre pendant la période de rétablissement, comme l'importance de se reposer, de boire des liquides, d'obtenir du soutien à la mobilité et de bien se nourrir pour accélérer les choses. Elles doivent aussi prévoir de l'aide pour soulever des charges, se déplacer en voiture et faire des tâches ménagères.

Chez les femmes accouchant par césarienne, le séjour à l'hôpital dure en moyenne plus longtemps que celui des femmes qui accouchent par voie vaginale. Le soutien familial est impératif par suite d'un accouchement par césarienne. Les mères et le bébé doivent recevoir des soins comme un tout, avec leur conjoint le cas échéant, y compris dans l'USIN.



3.3 SOINS DU NOUVEAU-NÉ

Au début de la période postpartum, de façon générale les soins au nouveau-né impliquent célébration et réjouissances avec la famille, ainsi que respect et soutien de ses besoins. Ces soins visent à nourrir la relation qui évolue entre la mère, le bébé et la famille – ils seront conçus de façon à traiter la mère et son bébé comme un tout. Il s’agira entre autres de demander à la mère et au conjoint quels sont leurs préoccupations et sentiments, d’observer le bébé et d’appuyer sa santé et son bien-être.

Les PS veilleront à ce que les informations et conseils fournis sont clairs, cohérents et adaptés aux besoins particuliers de la mère. Ils voudront se concentrer sur les préoccupations principales des familles plutôt que sur une liste d’apprentissages prédéterminés, ce qui évitera de submerger les familles d’informations. En prenant soin de la mère, du bébé et de la famille comme formant un tout, on optimisera les occasions d’échange de renseignements sur la santé et les soins du bébé, y compris les signes préoccupants. La mère (ou le conjoint) sera présente chaque fois que le bébé est examiné, et sera mise au courant des observations.

Il n’existe aucune ligne directrice canadienne sur l’élaboration de plans de soins aux nouveau-nés. Pour leur part, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et l’American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommandent d’élaborer avec la femme un plan de soins postnataux individualisé étayé, idéalement pendant la période prénatale ou dès que possible après l’accouchement. Ce plan énumérera les PS intervenant dans les soins à prodiguer à la femme et au bébé, y compris leur rôle et leurs coordonnées. Le NICE et l’ACOG recommandent de fournir aux parents renseignements et conseils pour leur permettre d’évaluer l’état général de leur bébé, de déceler tous signes et symptômes de problèmes de santé courants chez le bébé et de communiquer avec un PS ou un service d’urgence au besoin^{24,60}.

En ce qui concerne les bébés nés à l’hôpital (ou au centre de naissance), la durée du séjour varie de quelques heures à environ 72 heures. Un suivi postnatal adéquat, y compris un examen physique par un PS compétent, est essentiel. Cet examen consistera, entre autres, à observer l’alimentation. Dans ses lignes directrices *Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé*, la SCP présente des recommandations sur le congé et le suivi des nouveau-nés⁴⁵.

Les sages-femmes se chargent de leurs propres cas et assurent le suivi de leurs clientes, peu importe le lieu de naissance. Elles font couramment trois visites à domicile pendant les premières semaines de vie du nourrisson.

Environnement « ami des bébés » et allaitement exclusif

Il est reconnu que rien n’égale l’allaitement comme moyen de fournir le soutien nutritionnel, immunologique et affectif des nourrissons⁶¹⁻⁶⁵. Conformément aux recommandations générales de l’OMS, Santé Canada recommande l’allaitement exclusif pendant les six premiers mois, puis de compléter l’allaitement par une alimentation complémentaire pendant plus ou moins deux ans. De telles pratiques jouent un rôle de premier plan pour la nutrition, la protection immunologique, la croissance et le développement des nourrissons et des tout-petits⁶⁶.

Il est également capital que les hôpitaux, centres de naissance et établissements de soins de santé communautaire protègent, favorisent et appuient l’allaitement, visent le statut amis des bébés, et présentent les Dix conditions pour le succès de l’allaitement.

Santé mentale des nourrissons

La santé mentale des nourrissons et de la petite enfance a été définie comme « la capacité du nourrisson et du jeune enfant à vivre, à réguler et à exprimer des émotions, à établir des relations intimes et sécuritaires, à découvrir l’environnement et à apprendre »¹⁹.

Les nourrissons nouent des liens, en apprennent sur les interactions et les relations sociales, retiennent des renseignements du monde autour d'eux grâce à leurs cinq sens, et, à mesure qu'ils grandissent, découvrent leur monde. Leur santé mentale est influencée par un certain nombre de facteurs, comme la biologie, la génétique, le développement du cerveau, le tempérament, le milieu prénatal, la maladie ou le handicap, les relations, l'attachement, la santé mentale des parents, le rôle parental, leur environnement, les déterminants sociaux de la santé, la violence, le stress et les traumatismes ainsi que la résilience⁶⁷.

Les bases de la santé mentale s'établissent tôt dans la vie. Les premières expériences, y compris la relation des nourrissons avec leurs parents et autres fournisseurs de soins, influencent la structure de leur cerveau en développement⁶⁸. Le cerveau du nourrisson se développe rapidement, et des soins attentifs et adaptés sont la clé pour contribuer au développement d'un cerveau en santé⁶⁷. La perturbation de ce processus risque d'altérer la régulation du stress, la santé émotionnelle et le développement du système immunitaire tout au long de la vie⁶⁸. Les nourrissons dépendent totalement de leurs parents et d'autres fournisseurs de soins; et lorsque les uns et les autres sont attentifs, cohérents et nourriciers et vivent dans un environnement sûr sur les plans physique et économique, la santé mentale du nourrisson est plus susceptible d'être robuste⁶⁷⁻⁶⁹.





Le rôle parental et la prestation de soins influencent de diverses manières le développement du cerveau et la santé mentale du nourrisson ou du jeune enfant. L'un de ces facteurs est l'attachement. Lorsque les nourrissons sont élevés et traités de façon responsable par leurs parents (ou autres fournisseurs de soins), leur santé physique et mentale en bénéficie pour la vie grâce à l'établissement de solides liens d'attachement positifs avec les adultes. Les bébés qui ont établi des liens sûrs éprouvent moins d'anxiété et manifestent des émotions plus positives pendant la petite enfance, et ont une meilleure capacité de former des relations avec les pairs et les adultes^{67,69}.

Des habitudes quotidiennes continues, de qualité supérieure et opportune forgent aussi le système de régulation en développement du bébé. La prévisibilité et la qualité des habitudes influencent les rythmes biologiques relatifs au réveil, à l'alimentation, à l'élimination et au sommeil^{67,69}.

Par ailleurs, si les bébés subissent continuellement un stress malsain, la structure de leur cerveau s'en trouve affaiblie. Ce stress peut mener à des problèmes de santé mentale et à des problèmes physiques, d'apprentissage et comportementaux tout au long de la vie. Si le stress fait partie intégrante d'un développement sain, il reste que les bébés sans relation de soutien souffrent de niveaux de tension prolongés, d'où un stress toxique⁷⁰.

Si les parents (ou autres fournisseurs de soins) sont atteints de dépression ou consomment des substances de façon problématique, par exemple, ils pourraient avoir de la difficulté à être à l'écoute du nourrisson^{71,72}. De plus, s'ils ressentent eux-mêmes de hauts niveaux de stress en raison de situations précaires relativement à l'économie, au logement ou à des conditions de sécurité, ils pourraient éprouver de la difficulté à répondre aux besoins de leur nourrisson⁷³. Dans de telles situations, les parents ont besoin d'un soutien particulier.

Pour optimiser la croissance et le développement, il faut offrir aux nourrissons, aux tout-petits et à leur famille un continuum de services prodigués par des professionnels formés. Il vaut mieux assurer un tel investissement tôt dans la vie de l'enfant pour renforcer sa santé mentale; on éliminera ainsi la nécessité d'effectuer une intervention plus coûteuse à long terme⁶⁷. L'élaboration d'un système rigoureux de services à la fois informels et officiels s'impose pour appuyer les parents qui ont de la difficulté à apporter les soins voulus à leurs enfants. De plus, les nourrissons et les enfants qui éprouvent un stress anormal ont besoin d'une évaluation et d'un traitement, en plus du soutien d'un spécialiste, avant que cet état provoque des effets à long terme⁷³.

L'allaitement favorise le développement neurologique. Ce bienfait est possiblement attribuable aux nutriments du lait maternel ou à l'interaction entre la mère et le bébé – ou aux deux. Les données neuroscientifiques probantes appuient fortement l'allaitement exclusif des nourrissons pendant six mois. Chez les nourrissons prématurés hospitalisés, il est possible de les allaiter ou de leur donner du lait maternel^{74,75}. Conformément aux recommandations générales de l'OMS en matière de santé publique, Santé Canada propose l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, puis de compléter l'allaitement par une

alimentation complémentaire pendant plus ou moins deux ans. Une telle pratique permettra de répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons et des tout-petits, de leur offrir une protection immunitaire et de favoriser leur croissance et développement⁶⁶. Les mères et leur famille ont besoin d'obtenir des informations sur l'allaitement et du soutien pour les inciter à adopter l'allaitement exclusif.

Les programmes qui sont offerts avant, pendant et après la grossesse ainsi que pendant la petite enfance se sont révélés bénéfiques pour favoriser une santé mentale positive chez les nourrissons et les enfants⁷⁶. Il peut s'agir de visites à domicile et d'autres stratégies de soutien familial.

Y'a personne de parfait, un programme sur l'expérience parentale offert en milieu communautaire par des animateurs, est destiné aux parents d'enfants âgés de 5 ans et moins. Il est conçu pour répondre aux besoins des parents et chefs de famille monoparentale qui sont jeunes, isolés sur le plan social ou géographique ou peu scolarisés, ou qui ont un faible revenu. Plusieurs études ont révélé des améliorations chez les participants en ce qui a trait aux éléments suivants⁷⁷ :

- confiance dans leurs compétences parentales
- capacité à gérer le stress
- capacité à résoudre des problèmes
- résilience
- autonomie et indépendance
- fréquence d'interactions parent-enfant constructives
- recours à des techniques de discipline positives
- accès à de l'entraide sociale et communautaire et au soutien des pairs.

Aucune ligne directrice canadienne n'existe sur la santé mentale des nourrissons à l'échelle du pays, mais le document de principe *L'importance des relations : comment les cliniciens peuvent soutenir des pratiques parentales positives pendant la petite enfance* de la SCP offre des conseils sur la

façon dont les médecins peuvent favoriser la santé et le bien-être de la famille, appuyer les parents et mettre les familles en contact avec des ressources communautaires⁷⁸. La coalition La promotion de la santé mentale du nourrisson (PSMN) de l'Hospital for Sick Children a élaboré des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, *Competencies for Practice in the Field of Infant Mental Health*. On y trouve les connaissances et compétences requises pour offrir des soins de qualité⁷⁹. Meilleur départ a des ressources d'atelier (*Bébé en santé - Cerveau en santé*) prêtes à l'emploi pour les fournisseurs de services appelés à soutenir les parents actuels et futurs dans le développement du cerveau de leur bébé⁸⁰.

Conjonctivite gonococcique

La prophylaxie de la conjonctivite gonococcique néonatale demeure obligatoire dans un certain nombre de provinces/territoires. La SCP indique que « l'efficacité de l'érythromycine, le seul onguent antibiotique [ophtalmologique] actuellement offert pour les nouveau-nés, est douteuse »⁸¹. De plus, elle considère que la prophylaxie oculaire est inefficace pour prévenir la conjonctivite à Chlamydia, et que l'application de médicaments sur les yeux des nouveau-nés peut causer une légère irritation des yeux.⁸¹ Elle ne recommande plus la prophylaxie de la conjonctivite gonococcique, mais recommande de dépister l'infection à gonorrhée ou à chlamydia chez toutes les femmes enceintes et, le cas échéant, de fournir un traitement et un suivi. La SCP suggère que les femmes qui n'ont pas subi de dépistage devraient le faire à l'accouchement, et le bébé des mères ayant une infection gonococcique non traitée doit recevoir du ceftriaxone⁸¹.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) indique que « toutes les femmes enceintes à risque devraient subir un test de dépistage lors de leur première consultation prénatale ou au moment de l'accouchement si elles n'ont pas auparavant fait l'objet d'un dépistage », et donne des directives sur la gestion de la conjonctivite gonococcique⁸².

Soins de la peau

Les mères examinent régulièrement la peau de leur bébé, et les PS peuvent les aider à comprendre les affections cutanées passagères bénignes, comme l'acrocyanose, l'acné du nouveau-né, la peau marbrée (marbrure), le milium, l'érythème toxique du nouveau-né, ainsi que la mélanose cutanée (tache bleue sacrée)^{83,84}.

Pour obtenir des informations détaillées sur les outils d'examen de la peau valides et fiables des bébés présentant un risque d'affection de la peau, consultez les lignes directrices *Neonatal Skin Care* de l'Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)⁸³.

Il sera opportun d'échanger des renseignements sur les crèmes pour la peau (ou des crèmes protectrices) avec les parents. L'application régulière de crème ou de lotions pour la peau n'est pas nécessaire chez les nouveau-nés, mais il a été démontré que les émoullients à base de pétrole prévenaient les dermatites et les lésions de la peau sans accroître le risque d'infection^{24,83}. Les crèmes protectrices ou les onguents peuvent être appliqués dans la région de la couche si on constate des rougeurs.

Les parents des nouveau-nés garçons et filles ont tout intérêt à être renseignés sur la façon de nettoyer adéquatement les organes génitaux de l'enfant, et d'en prendre soin. Par exemple, dans le cas d'un bébé garçon non circoncis, il peut arriver que le prépuce normal demeure non rétractile jusqu'à la puberté⁸⁴.

Par exemple, dans le cas d'un bébé circoncis doivent savoir comment prendre soin de son pénis. Les PS doivent aussi veiller à ce que les parents sachent comment bien prendre soin de la vulve de leur bébé fille.

Bain

Les nouveau-nés se font souvent donner des bains pour des raisons esthétiques et hygiéniques plutôt que pour des raisons médicales (c.-à-d. prévenir la transmission de certaines maladies infectieuses)^{83,85}. Or, la peau du nouveau-né est recouverte d'un enduit protecteur, «Vernix caseosa», une substance blanche et cireuse qui hydrate la peau et prévient les infections cutanées bactériennes. Il est donc fortement conseillé de ne pas éliminer cet enduit sébacé par lavage, mais de lui permettre de sécher naturellement.

Les priorités à la naissance et au début de la période postpartum sont le contact peau contre peau, l'allaitement et la stimulation de l'attachement; le premier bain peut attendre. Certaines familles donnent un bain à leur bébé pour la première fois à la maison lorsqu'il est âgé de quelques jours. Au bout du compte, « les décisions quant à la fréquence des bains et du moment de la journée doivent être fondées sur les besoins du bébé et selon les valeurs et croyances de la culture locale de la famille »⁸³.

Il n'est pas nécessaire de donner un bain à un nouveau-né chaque jour. Encouragez les parents à nettoyer leur bébé avec un linge mouillé chaud entre les bains, et à lui nettoyer le visage et les mains fréquemment^{83,84}.



Soins du cordon ombilical

Il convient d'enseigner aux parents comment prendre soin du cordon ombilical. On recommande de le laisser sécher naturellement, c'est-à-dire ne rien mettre dessus. Les agents de séchage topiques (alcool isopropylique, etc.) et les antibiotiques ne réduisent pas le temps qu'il faut au cordon pour tomber, et ne réduisent pas non plus la fréquence des infections. Dans certains cas, ils peuvent même nuire au bébé^{24,83,85}. Il est possible de donner un bain au bébé en laissant le cordon ombilical intact, pourvu que le cordon soit bien laissé à sécher par la suite.

On aura soin de rabattre le rebord des couches pour exposer le cordon le plus possible à l'air et prévenir la contamination par les selles ou l'urine. Si le cordon (ou moignon) ombilical est souillé d'urine ou de selles, la zone doit être nettoyée avec de l'eau puis séchée. Les parents doivent reconnaître que la fièvre (38 °C ou plus), les rougeurs, l'enflure, la suppuration (pus jaune), les écoulements nauséabonds et les saignements (plus que quelques taches sur le cache-couche ou la couchette) sont des observations anormales à signaler à leur PS^{83,84}.

Circoncision

Les parents devront pouvoir obtenir des renseignements exacts, à jour et fondés sur des données probantes à propos de la circoncision afin de faire des choix éclairés pour leur bébé. La circoncision soulève des controverses considérables dans les communautés médicales. Dans son document de principe, la SCP en décrit les bienfaits et les risques, et ne la recommande pas de façon systématique⁸⁶. Selon l'American Academy of Pediatrics, les bienfaits de la circoncision sur la santé des bébés garçons l'emportent sur les risques. Toutefois, ces bienfaits ne sont pas assez importants pour recommander la circoncision universelle des nouveau-nés⁸⁷. Le *Journal of Medical Ethics* a publié une édition exclusive étudiant les raisons médicales, religieuses et sociales favorables ou défavorables à la circoncision⁸⁸. Les facteurs religieux, culturels et sociaux jouent un rôle important dans la décision de faire circoncire les bébés garçons – ils seront donc pris en considération et respectés.

Vaccination précoce

Dans la plupart des régions du Canada, la vaccination systématique n'est pas offerte aux nouveau-nés. Depuis 2014, seuls le Nouveau-Brunswick, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut donnent un vaccin contre l'hépatite B dans le cadre de leur calendrier de vaccination à la naissance⁸⁹. L'ASPC recommande de donner ce vaccin aux mois 0, 1 et 6; et d'espacer la première et la deuxième dose d'au moins 4 semaines; la deuxième et la troisième dose d'au moins 2 mois, et la première et la troisième dose d'au moins 4 mois. En variante, il peut être administré en tant que vaccin DCaT-HB-VPI-Hib, qui protège contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et *Haemophilus influenzae* de type b, où la première dose est administrée à l'âge de 2 mois⁸⁹.

On recommande que les bébés dont la mère a reçu un diagnostic d'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) positif reçoivent une immunoglobuline et un vaccin anti-hépatite B dans les 12 heures suivant la naissance. Si on ne connaît pas l'état de la mère quant à l'hépatite B et qu'il est impossible de le savoir dans les 12 heures suivant la naissance, les PS pourraient envisager d'administrer le vaccin et l'immunoglobuline en fonction des facteurs de risque en privilégiant la prudence et en administrant les deux en cas d'incertitude. Si le diagnostic du HBsAg de la mère est négatif, il est raisonnable d'administrer le vaccin aux bébés qui présentent un risque d'exposition accru à des membres du ménage atteints du HBsAg ou à des personnes à risque de l'être⁸⁹.

Les parents, les grands-parents, la famille et les amis qui sont régulièrement en contact avec un bébé doivent tous avoir reçu l'ensemble des vaccins recommandés, et ces vaccins doivent être à jour. Toute personne nécessitant un vaccin de rappel aura soin de l'obtenir au moins deux semaines avant d'entrer en contact avec le bébé⁸⁹. C'est particulièrement important en ce qui concerne les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire ainsi que le vaccin contre l'influenza.

Vitamine D

Au Canada, des cas de carence en vitamine D se produisent encore chez les bébés qui ne reçoivent pas de supplément de cette vitamine⁹⁰. Sans supplément, les réserves de vitamine D d'un bébé s'épuiseront, surtout si les réserves de la mère sont faibles^{91,92}.

Dans leur énoncé conjoint *Nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Santé Canada, la SCP, Les diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement recommandent un supplément quotidien de vitamine D de 10 µg (400 UI) pour les bébés exclusivement ou partiellement allaités, de la naissance jusqu'à l'âge de 1 an. Les nourrissons âgés de 12 à 24 mois qui sont allaités ou qui reçoivent du lait maternel continueront de prendre cette même dose quotidienne. Les bébés allaités provenant des latitudes nordiques exigent une attention particulière. Pour eux, la SCP est d'avis que des niveaux de supplémentation de 400 à 800 UI/j s'avèrent sécuritaires⁹³.

Continuer de prendre ce supplément s'avère prudent pour assurer un apport adéquat. De plus, cette approche lance un message de santé publique cohérent et direct. Dans la pratique individuelle, l'évaluation nutritionnelle d'autres aliments contribuant à l'apport en vitamine D, comme le lait de vache, peut éclairer la décision d'arrêter ce supplément après l'âge de 12 mois⁹⁴.



Dépistage néonatal

Le dépistage néonatal est l'un des programmes de santé publique les plus fructueux du présent siècle. Il a permis d'atteindre l'objectif de détecter les troubles héréditaires pouvant mener au décès ou à un handicap grave à long terme s'ils ne sont pas détectés avant l'apparition des signes⁹⁵.

Les normes canadiennes actuelles sont établies au niveau provincial et territorial; on peut donc constater une variance dans le nombre d'analyses de dépistage réalisées quant aux catégories générales des troubles endocriniens, des hémoglobinopathies, des troubles en matière d'acides gras, d'acides aminés et d'acides organiques, de la fibrose kystique, de la galactosémie et d'autres troubles⁹⁶. Les PS aborderont la question du dépistage du nouveau-né avec les parents avant et peu après l'accouchement, et insisteront sur le fait qu'il fait partie de la routine des soins prodigués à leur bébé qui pourrait prévenir des problèmes de santé graves. La carte du spécimen sanguin destiné au dépistage du nouveau-né est dressée entre le 1^{er} et le 7^e jour de vie, idéalement au 2^e ou au 3^e jour. Si l'analyse est réalisée plus tôt, avant 24 heures, l'analyse doit être refaite dans les 5 jours suivants. Au Québec, en plus de l'échantillon de sang, on reçoit un échantillon d'urine à la 3^e semaine pour dépister un certain nombre de maladies héréditaires.

Selon la SCP, tous les nouveau-nés feront l'objet d'un dépistage de l'hyperbilirubinémie au moyen d'un nomogramme prédictif. Elle recommande de mesurer le taux de bilirubine au moment de réaliser le test de dépistage des fonctions métaboliques, sauf si on le recommande plus tôt, ou au moment du congé, ou dans les 72 heures suivant la naissance, selon la première éventualité. C'est particulièrement important si les bébés reçoivent leur congé plus tôt puisque les taux de bilirubine culmineront lorsqu'ils seront à la maison⁹⁷.

Les incidences de cardiopathie congénitale critique (CCC) s'élèvent à 3 naissances vivantes sur 1 000 au Canada. Les CCC comptent pour plus de décès que n'importe quelle autre malformation congénitale. Entre 10 et 30 % des diagnostics de CCC ne sont pas donnés avant le congé de l'hôpital, même si le diagnostic précoce et le suivi sont les premières étapes essentielles dans la prévention de la mortalité et de la morbidité infantiles⁹⁸. Certains centres réalisent désormais le dépistage par oxymétrie pulsée universel pour déceler le CCC chez les bébés. Utilisé de concert avec l'échographie et l'examen physique, ce dépistage est la meilleure approche pour détecter une CCC chez les nouveau-nés⁹⁹. La SCP recommande de réaliser le dépistage par oxymétrie pulsée entre 24 et 26 heures après la naissance à l'aide de la main droite du bébé et de l'un des pieds pour réduire le plus possible les risques de faux résultats positifs. Elle recommande que les nouveau-nés présentant des résultats anormaux subissent une évaluation approfondie par le PS principal. S'il est impossible d'exclure un diagnostic de trouble cardiaque, les nouveau-nés ayant des résultats anormaux seront renvoyés à un cardiologue pédiatrique¹⁰⁰.

Dépistage de la surdité

La perte auditive n'est pas un trouble courant chez les nouveau-nés. La déficience auditive profonde (>70 dB) survient chez environ 1 à 3 nourrissons sur 1 000 naissances vivantes. Combinée à la déficience modérée (>40 dB), la prévalence passe à 6 nouveau-nés sur 1 000¹⁰¹. Le dépistage de la surdité universel permet un diagnostic et une intervention précoces, et améliore les résultats langagiers chez les enfants¹⁰². La SCP et Orthophonie et Audiologie Canada recommandent le dépistage universel pour tous les nouveau-nés^{102,103}.

Orthophonie et Audiologie Canada recommandent le dépistage avant le 1^{er} mois de vie, dans un hôpital ou en milieu communautaire. Toute perte auditive soupçonnée sera confirmée avant l'âge de 3 mois, et une intervention sera mise en place avant l'âge de 6 mois¹⁰⁴. Toutefois, les politiques en matière de dépistage varient d'une province à l'autre, et certains centres offrent le dépistage universel, tandis que d'autres effectuent le dépistage seulement auprès des populations à risque⁹⁶.



Les PS aborderont la question du dépistage de la surdité avec les parents : raison de l'intervention, procédé utilisé et implication des résultats démontrant une possible perte auditive. Il est également important d'expliquer l'efficacité du test, ainsi que l'occurrence et la signification des faux positifs.

Douleur

Les nouveau-nés, prématurés ou à terme, sont hypersensibles aux stimulus, et plus susceptibles d'éprouver de la douleur et de subir les conséquences de la douleur. Il est essentiel de soulager efficacement leur douleur. Puisque les nouveau-nés ne peuvent pas verbaliser, il revient à leurs fournisseurs de soins d'évaluer leur douleur et de la soulager. Maintenons toujours au minimum le nombre de procédures douloureuses, et celles à réaliser seront fondées sur des données probantes.

Certaines stratégies efficaces de gestion de la douleur ont été déterminées pour les nouveau-nés pendant des interventions au chevet¹⁰⁵. Ensemble, l'allaitement et le contact peau contre peau sont efficaces pour diminuer la douleur; il s'agit là de la première forme de soulagement de la douleur pour les procédures telles que les injections, la ponction au talon et la veinopuncture.¹⁰⁶

- Le contact peau contre peau diminue les réactions à la douleur chez les bébés prématurés et à terme¹⁰⁷. Ce contact commencera de 10 à 15 minutes environ avant la procédure¹⁰⁵.
- L'allaitement doit commencer environ 5 minutes avant la procédure. Le bébé doit avoir bien pris le sein, puis téter et avaler de façon soutenue¹⁰⁵. Les solutions sucrées, dont le lait maternel, ont des effets analgésiques sur les bébés¹⁰⁸.

Consultez les lignes directrices *La prévention et la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né* de la SCP sur la gestion de la douleur des procédures au chevet, ainsi que sur les interventions chirurgicales et procédures importantes¹⁰⁹.



Ensemble, l'allaitement et le contact peau contre peau sont efficaces pour diminuer la douleur.

Sommeil sans danger

La durée optimale du sommeil des bébés et des parents est une priorité pour les parents. Le choix de l'endroit où le bébé dormira est personnel et varie beaucoup. Ce choix peut être fondé sur des valeurs culturelles ou personnelles, ou sur le désir de faciliter l'allaitement. Par ailleurs, il peut témoigner de réalités socioéconomiques, comme l'instabilité du logement ou la pauvreté qui se traduisent par une insuffisance de ressources, telles qu'un berceau¹¹⁰.

Tous les PS travailleront de près avec les familles pour favoriser le sommeil sécuritaire du bébé. Les PS et les parents discuteront des facteurs de risques modifiables suivants, qui diminuent le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)¹¹¹ :

- pratiquer l'allaitement, quelle que soit sa durée, qui offre un effet protecteur, et l'allaitement exclusif qui offre une protection supérieure;
- endormir le nourrisson dans un lit pour bébé (un berceau ou une couchette) conforme à la réglementation canadienne actuelle, dans la même chambre que le parent (ou autre fournisseur de soins) et près de son lit;
- assurer un environnement sans fumée, avant comme après la naissance;
- installer le nourrisson sur le dos pour qu'il dorme, et ce pour chaque dodo.

L'ASPC reconnaît le SMSN et d'autres causes de décès des nourrissons pendant leur sommeil comme une préoccupation de santé publique majeure¹¹¹. Selon Statistique Canada, 10 bébés âgés de moins de 1 an sont décédés du SMSN

en 2018¹¹². Il est essentiel de faire la différence entre le SMSN par rapport à la suffocation et à la strangulation accidentelles dans le lit. L'American Academy of Pediatrics indique tout de même qu'il y a des similitudes entre bon nombre des facteurs de risque modifiables et non modifiables du SMSN et d'autres décès liés au sommeil chez les nourrissons¹¹³.

La signification du terme « cododo », souvent utilisé, porte quelque peu à confusion. Parfois, il renvoie au dodo dans le même lit, et parfois, au dodo dans la même chambre. Le partage d'une chambre désigne une situation où le bébé et le fournisseur de soins adulte dorment sur des surfaces différentes dans la même chambre – une pratique recommandée^{111,113}. Quant au partage du lit, où le bébé et l'adulte occupent la même surface de sommeil, il n'est recommandé ni par la SCP ni par l'ASPC.

La fatigue des parents peut contribuer à instaurer un environnement défavorable au sommeil du bébé; une fatigue extrême risque même d'entraîner la suffocation accidentelle.¹¹⁰ Un scénario plus probable serait que les parents soient si fatigués qu'ils sont incapables de prendre des décisions fondées sur des données probantes à propos du sommeil pour eux-mêmes ou pour leur bébé. Les PS prendront l'initiative pour discuter de stratégies de sommeil avec les parents.

Certains parents pourraient hésiter à dévoiler leur environnement de sommeil véritable aux PS par crainte d'une réprimande. Toutefois, ils doivent pouvoir prendre des décisions éclairées à propos de l'endroit où ils entendent installer leur bébé pour le dodo. Pour les PS, la période prénatale est un moment opportun pour discuter des pratiques de sommeil sécuritaires et s'informer auprès des parents de l'endroit où ils envisagent d'installer le bébé pour le dodo. C'est également un moment favorable pour examiner des facteurs comme les circonstances socioéconomiques, les pratiques culturelles et les croyances qui pourraient influencer les décisions en matière de sommeil sécuritaire¹¹⁴. Ce moment ne devrait pas être un événement isolé – il est en effet recommandé que les PS abordent plus d'une fois la question du sommeil sécuritaire avec les parents.



Pour que les soins soient efficaces, il faut adopter une approche coordonnée qui favorise une communication continue entre les PS, les parents, la famille et autres fournisseurs de soins. Les croyances et besoins uniques de chaque famille, ainsi que leurs ressources personnelles et de leur milieu, influencent leurs décisions¹¹⁵.

Consultez l'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire de la SCP, de la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, de l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI), de Santé Canada et de l'ASPC, pour obtenir plus de renseignements¹¹¹.

Surveillance de la croissance

La surveillance de la croissance d'un bébé aide à cerner des problèmes de santé ou de nutrition assez tôt pour assurer l'efficacité d'actions correctives^{66,94}. La mesure de la croissance dans le temps doit être jumelée à des évaluations cliniques, développementales et comportementales. Les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS sont fondées sur la croissance des bébés allaités¹¹⁶. Les tableaux de la norme de croissance y présentent l'évolution graduelle de la vitesse de croissance.

Les bébés qui s'alimentent bien reprennent normalement leur poids à la naissance avant le 10^e ou le 14^e jour, prennent le double de leur poids aux environs du 5^e mois, le triple avant le 12^e mois, ainsi que le quadruple avant l'âge de 2 ans¹¹⁷. Les bébés croissent rapidement pendant les 3 premiers mois, et prennent entre 20 et 30 g par jour au cours des 4 premières semaines, ou entre 0,6 et 1,4 kg en moyenne par mois¹¹⁸.

Bébés à risque ou malades

La surveillance régulière des nouveau-nés comprendra l'évaluation et la consignation des signes vitaux, du poids et de l'alimentation, en plus des pratiques régulières de dépistage. Les PS responsables des nouveau-nés recevront une formation pour déceler les observations

anormales et effectuer des interventions, comme la surveillance du glucose et de la saturation, et la ventilation à pression positive. Le programme ACoRN forme les PS à des fins *d'examen préliminaire* des bébés à risque ou malades pour cerner les points préoccupants à surveiller¹¹⁹.



4 COMPLICATIONS CHEZ LA MÈRE

4.1 SANTÉ MENTALE POSTPARTUM

Le passage à la parentalité est normalement une période d'adaptation émotionnelle intense exacerbée par les perturbations du sommeil, la fatigue et l'anxiété relative aux soins et à l'éducation du bébé. Il s'agit aussi d'une période où le risque de développer ou de revivre une maladie mentale est accru chez les nouvelles mères. Pendant cette période, l'un ou l'autre trouble psychiatrique peut survenir. Aussi parmi les problèmes les plus courants de la période périnatale, figurent des préoccupations concernant la santé mentale des femmes. Les troubles psychiatriques commencent souvent pendant la grossesse, mais leur apparition peut également survenir plus tard au cours de la première année suivant l'accouchement.

Les femmes ayant des antécédents de troubles psychiatriques sont particulièrement vulnérables, quoique de nouveaux troubles soient susceptibles d'apparaître chez toute femme après l'accouchement; et ce, en raison de l'interaction complexe des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux de la santé mentale. Les femmes qui vivent un accouchement traumatisant, ou encore celles dont le nouveau-né est malade ou nécessite un séjour à l'hôpital, peuvent présenter un risque accru de problèmes de cet ordre⁵¹. Un soutien inadéquat pendant la période postpartum peut aussi contribuer à un problème de santé mentale, ou l'exacerber.

Le début ou l'aggravation d'une dépression, d'anxiété ou d'autres maladies mentales d'une femme peut entraîner des effets graves à long terme sur sa relation avec son bébé. La dépression postpartum – qui, non traitée, risque de dégénérer en une dépression chronique – peut causer des problèmes de développement social, affectif et comportemental chez l'enfant; y compris des problèmes relatifs au comportement, au contrôle des émotions, à l'instabilité des liens et à de mauvais résultats cognitifs. Les effets engendrés dépendent aussi de facteurs comme le soutien social et physique¹²⁰. Aussi est-il capital de savoir déceler les maladies mentales postpartum et d'offrir un soutien psychologique adéquat et, au besoin, des soins psychiatriques. Pendant ce temps, on s'assurera que d'autres affections médicales (comme l'anémie, les anomalies de la thyroïde ou la consommation de substances) ne sont pas à l'origine des symptômes, ou n'y contribuent pas.

Idéalement, une équipe interdisciplinaire s'occupera d'une nouvelle mère atteinte d'une maladie mentale postpartum. Cette mesure consiste à intégrer et, surtout, à coordonner les soins et les services lorsque les interventions et les objectifs sont choisis de concert avec la mère¹²¹. Puisque les femmes ayant accouché peuvent avoir des problèmes de santé mentale pendant une longue période (plus d'une année, dans certains cas), le fait de recourir à une personne qui coordonnera les soins intégrés peut contribuer à ce que les soins soient cohérents et réguliers. Si la mère est d'accord, son conjoint et sa famille peuvent aussi participer aux décisions concernant ces soins.



SOUTENIR LES FEMMES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE POSTPARTUM⁵¹

Le soutien des femmes atteintes d'une maladie mentale postpartum exige une approche multifacette axée sur la famille en fonction des besoins et des expériences individuels de la femme et de sa famille. Un traitement efficace pourrait exiger un renvoi à un professionnel de la santé mentale. Les PS peuvent appuyer les nouvelles mères et leur famille de plusieurs façons :

- faire la différence entre la dépression postpartum et d'autres troubles anxieux ou maladies mentales, y compris le trouble de stress post-traumatique (TSPT);
- connaître les facteurs de stress associés à la dépression postpartum et aux maladies mentales;
- reconnaître les femmes à risque de développer un trouble affectif postpartum, et les femmes en difficulté;
- cerner les symptômes de troubles mentaux, du baby blues à la psychose postpartum;
- connaître les différentes options de traitement offertes en fonction du trouble de l'humeur postpartum, et offrir aux femmes et à leur famille des façons d'accéder aux ressources appropriées;
- aider à briser l'idée reçue selon laquelle la maternité est toujours source de joie et d'accomplissement total;
- encourager les femmes à faire part de leurs émotions négatives relativement à la maternité.

Syndrome du troisième jour

Le type de variation de l'humeur postpartum le plus courant est le syndrome du troisième jour, ou *baby blues*. Les estimations de sa prévalence varient considérablement; elles passent de 15 à 84 %¹²². On croit que ce syndrome est un effet attribuable à la diminution rapide du taux d'hormones des systèmes de neurotransmetteurs intervenant dans les troubles de l'humeur après l'accouchement¹²³⁻¹²⁷. Les difficultés associées aux soins prodigués aux bébés et l'interruption du sommeil sont aussi susceptibles de contribuer au baby blues^{128,129}.

Les symptômes courants du syndrome du troisième jour sont les troubles de l'humeur, la labilité (ou instabilité) émotionnelle, la tendance à pleurer constamment, la fatigue et l'irritabilité. Ces symptômes sont généralement passagers et commencent peu après l'accouchement; ils se résorbent par eux-mêmes au cours des premières semaines après l'accouchement¹²³. La nature passagère des symptômes aide à distinguer le syndrome du troisième jour d'un épisode dépressif majeur. D'autres facteurs qui permettent de faire la différence entre le syndrome du troisième jour et un épisode dépressif majeur sont l'absence de symptômes graves (comme une insomnie persistante, des sentiments de culpabilité ou d'inutilité, ou d'idées suicidaires). On ne connaît pas la raison pour laquelle certaines femmes développeront un syndrome du troisième jour, alors que d'autres contacteront une dépression majeure, mais la recherche révèle qu'une prédisposition génétique est un facteur^{130,131}. Les syndromes du troisième jour sont spontanément résolutifs et ne requièrent aucun traitement autre que le réconfort et le soutien¹³². Toutefois, le syndrome précoce, grave ou prolongé est associé à la dépression postpartum et nécessite des soins médicaux¹³³.

Dépression postpartum

La dépression postpartum peut affecter les femmes de tout âge, de tout statut économique et de toute culture. Les facteurs de risque biologiques peuvent comprendre les antécédents de dépression ou la dépression non traitée pendant la grossesse, alors que les facteurs de risque psychosociaux peuvent comprendre un soutien social inadéquat et des événements stressants de la vie, dont des problèmes relatifs à la santé du bébé¹³⁴. Certaines femmes sont sujettes à un risque accru de dépression postpartum, telles que les femmes autochtones, les jeunes mères, celles appartenant à une minorité sexuelle et les nouvellement arrivées au pays.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version 5 (DSM-5)*, de l'American Psychiatric Association, qualifie d'épisodes dépressifs majeurs *avec apparition péripartum* les cas où les symptômes apparaissent vers la fin de la grossesse ou pendant les 4 premières semaines suivant l'accouchement.¹³⁵ Toutefois, la plupart des cliniciens définissent la dépression postpartum comme la dépression survenant pendant la première année suivant l'accouchement¹³⁶⁻¹³⁸.

Selon les données canadiennes pour 2019, près du quart (23 %) des femmes ayant récemment accouché ont révélé des symptômes de dépression et d'anxiété qui étaient susceptibles, ou non, d'indiquer une dépression ou anxiété postpartum en raison du fait qu'il s'agissait d'échelles de dépistage très générales. La fréquence de tels sentiments chez les femmes de moins de 25 ans (30 %) était supérieure à celle des femmes de tous les autres groupes d'âge. Parmi les mères qui ont ressenti ces sentiments, 31 % ont été informées par un PS qu'elles faisaient une dépression ou avaient un trouble de l'humeur avant la grossesse. Près du tiers (32 %) des mères ayant éprouvé ces sentiments ont indiqué avoir reçu un traitement de santé mentale depuis la naissance de leur bébé - 39 % ont consulté un PS, 38 % ont reçu des médicaments (comme des antidépresseurs), alors que 23 % ont consulté et pris des médicaments¹³⁹. Les femmes ayant un trouble bipolaire présentent un risque particulièrement élevé de développer un épisode dépressif postpartum¹⁴⁰.

SYMPTÔMES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR¹³⁵

- Baisse de l'humeur et perte d'intérêt persistantes
- Faible niveau d'énergie
- Troubles du sommeil et de l'appétit
- Schèmes de pensée négative
- Idées de mutilation et de suicide dans les cas plus graves

La recherche récente au Canada révèle que les mères des Premières Nations accusent une hausse de 20 % pour ce qui est du score moyen obtenu en matière de symptômes dépressifs, comparativement aux Canadiennes blanches et caucasiennes¹⁴¹. Un examen systématique des preuves de la prévalence des troubles de maladie mentale postpartum chez les femmes autochtones a confirmé ces observations¹⁴². Le stress chronique dans la vie quotidienne et les traumatismes sont considérés comme les causes principales de la dépression prénatale et postpartum chez ces femmes. Le stress dans la vie quotidienne est influencé par le racisme, le sexisme, la violence conjugale et sexuelle, ainsi que le traumatisme intergénérationnel des pensionnats et autres séquelles de la colonisation⁹.

Il est vrai que les symptômes de la dépression postpartum ressemblent à ceux d'un épisode dépressif majeur en dehors de l'année suivant l'accouchement, mais les pensées et images négatives associées à une telle dépression sont alimentées par un sentiment d'échec et de culpabilité face au rôle de mère et à la difficulté de cette transition, et par l'anxiété à propos de la santé et du bien-être du bébé. Le suicide périnatal est très rare, mais pas moins de 20 % des femmes indiquent avoir eu des idées de mutilation ou de suicide¹⁴³.

Dans ses lignes directrices *Recommendations on screening for depression in adults* (en anglais), le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande pas d'effectuer le dépistage de la dépression chez les femmes en période périnatale et postnatale⁵². Toutefois, il est possible d'utiliser certains outils qui aident à dépister l'anxiété et la dépression pendant la période postpartum.

Consultez les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour effectuer des interventions efficaces lorsque vous vous occupez de mères atteintes de dépression postpartum⁵³.

OUTILS SERVANT À DÉTECTER L'ANXIÉTÉ ET LA DÉPRESSION POSTPARTUM

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPE)¹⁴⁴⁻¹⁴⁶

Cette échelle de dépression en 10 points

- peut servir aux soins cliniques ou aux femmes à risque de présenter des symptômes de dépression postpartum, ou qui en présentent;
- peut servir à tout moment après l'accouchement, y compris pendant les examens réguliers de la mère ou du bébé;
- présente une sous-échelle de l'anxiété (points 3, 4 et 5);
- présente des questions à propos des idées de mutilation (point 10).

Les femmes qui affichent un résultat supérieur à 12 (sur 30) sont 10 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de dépression postpartum que celles ayant un résultat inférieur.

Questions de Whooley à des fins de dépistage de la dépression¹²¹

Il existe deux questions de Whooley relativement à la dépression :

- Au cours du mois écoulé, vous êtes-vous souvent sentie triste, déprimée ou désespérée?
- Au cours du mois écoulé, vous êtes-vous souvent sentie démotivée, avez-vous eu du mal à prendre plaisir à ce que vous faisiez?

Si une femme répond oui à l'une ou l'autre de ces questions, elle requiert un suivi plus approfondi pour déterminer si elle est atteinte de dépression.

Anxiété et troubles connexes

L'anxiété est une des caractéristiques principales de la dépression périnatale. La prévalence des symptômes passe de 14 à 20 % pendant la période postpartum¹⁴⁷⁻¹⁴⁹. Les parents se sentent souvent préoccupés du bien-être du bébé, inquiets quant à leurs compétences dans leur rôle parental ou craignent de se retrouver seuls. Toutefois, les femmes peuvent aussi faire de l'anxiété et éprouver des troubles connexes, y compris un trouble d'anxiété généralisée, un trouble panique, un trouble obsessionnel-compulsif et un TSPT¹³⁴.

Le questionnaire GAD-2 (deux questions sur les troubles d'anxiété) est un outil utile pour déceler un trouble d'anxiété généralisée¹⁵⁰. L'outil ne comprend que deux questions, et quatre réponses sont possibles par question¹⁵¹ :

« Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils inquiétés?

1. Nerveux, anxieux, ou à nerfs vifs?
 - Pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, ou presque tous les jours
2. Incapable d'arrêter ou de contrôler son doute
 - Pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, ou presque tous les jours »

Les nouveaux parents sont naturellement nerveux lorsqu'ils commencent à s'occuper de leur nouveau-né. Toutefois, le trouble d'anxiété généralisée se caractérise par une préoccupation excessive quant à des événements ou à des activités prévues d'une façon qu'il est difficile à contrôler ou qui nuit au fonctionnement au quotidien. L'anxiété peut prendre la forme d'un ensemble de craintes au sujet des finances, de l'apparence, de la poursuite des tâches ménagères et du bien-être du bébé, par exemple¹⁵².

Le trouble panique, qui affecte environ 1 à 3 % des nouvelles mères, peut causer une incapacité importante. Il peut faire en sorte que la mère soit isolée en raison de sa difficulté à quitter la maison ou à se retrouver en groupe^{152,153}.

Les symptômes obsessionnels-compulsifs surviennent chez 4 à 9 % des nouvelles mères. Ils comprennent la plupart du temps des obsessions relatives à la contamination, des compulsions entourant la vérification et l'organisation séquentielle; et dans certains cas, des pensées où l'on fait du mal au bébé¹⁵⁴⁻¹⁵⁷. Cette dernière manifestation se distingue de la psychose parce que les femmes présentant des symptômes obsessionnels-compulsifs n'ont aucune intention de faire du mal à leur enfant, et sont profondément perturbées par ces types de pensées. Les symptômes obsessionnels-compulsifs accompagnent souvent un épisode dépressif¹⁵⁵.

Les troubles relatifs au traumatisme et aux facteurs de stress, dont le TSPT, affectent environ 3 % des femmes en période postpartum, et jusqu'à 15 % des femmes qui en présentent un risque élevé¹⁵⁸. Les facteurs de risque importants comprennent des antécédents de psychopathologie, la dépression actuelle, ainsi que des complications pendant la grossesse, le travail et l'accouchement. Il est rare qu'un accouchement stressant mène à un TSPT, mais les facteurs de risque comprennent un accouchement différent de ce qui était prévu, et une communication inefficace où les PS ne sont pas à l'écoute de la femme¹⁵⁸.

Troubles mentaux postpartum graves

Trouble bipolaire et schizophrénie

Environ 2 % des femmes ressentent un trouble bipolaire préexistant, et moins de 1 % ont un trouble psychotique préexistant comme la schizophrénie¹⁵⁹. Les femmes éprouvant des troubles mentaux graves présentent un risque particulièrement élevé de rechute pendant la période postpartum, et requièrent normalement des soins de santé mentale spécialisés. Elles présentent aussi un risque élevé de développer une dépression postpartum¹⁴⁰.

Les données probantes indiquent qu'il existe un lien entre le trouble bipolaire et la psychose du postpartum, et l'on croit que la majorité des cas sont des variantes d'un trouble bipolaire. Le risque de rechute chez les femmes présentant des troubles psychotiques primaires augmente pendant la période postpartum^{160,161}. Parfois, la psychose du postpartum fait suite à des symptômes hypomaniaques ou maniaques¹⁶².



Les femmes ressentant des troubles mentaux graves et leur famille ont besoin de soutien de professionnels ainsi que de la famille et des amis. Elles requièrent aussi des traitements pour favoriser une santé optimale et le rôle parental.

Psychose du postpartum

La psychose du postpartum, le trouble psychiatrique postpartum le plus grave, est une urgence médicale. Elle survient chez environ une femme sur 600¹⁶¹; et la plupart du temps pendant la première semaine ou le premier mois suivant l'accouchement, mais elle peut surgir plus tard pendant la période postpartum, ou au sevrage, quoique ce dernier cas soit plus rare.

Les premiers symptômes de psychose postpartum témoignent d'un changement important de la personnalité normale de la femme. La confusion et la conscience embrouillée sont considérées comme des symptômes classiques. Ces symptômes peuvent s'accompagner d'une incapacité à distinguer les pensées de la réalité, et de délires à propos d'elle-même, de son bébé ou d'autres personnes^{163,164}.

Les femmes ayant des antécédents de maladies bipolaires et psychotiques présentent un risque élevé de psychose du postpartum, surtout si elles ont cessé de prendre des médicaments pendant la grossesse ou au début de la période postpartum. D'autres facteurs de risque comprennent des antécédents familiaux de maladie psychiatrique (surtout le trouble bipolaire) et de privation de sommeil chez les femmes ayant obtenu un diagnostic de trouble bipolaire dans le passé¹⁴⁰.

Les femmes qui font une psychose du postpartum doivent consulter un psychiatre d'urgence, recevoir un traitement pharmacologique et obtenir du soutien pour faciliter le rétablissement; elles seront habituellement hospitalisées¹⁶⁵. Il ne faut pas les laisser seules pour s'occuper de leur bébé avant la fin de la psychose. La sécurité de la mère et de son bébé sera évaluée et favorisée au cas par cas, puisque les délires pourraient augmenter le risque de blessures tant pour elle que pour le nourrisson. Il importe que les membres de la

famille soient renseignés et mis à contribution, et que des professionnels, des organismes communautaires ainsi que la famille et les amis assurent un soutien continu^{166,167}.

Les femmes qui développent une psychose du postpartum présentent un risque accru de rechute pendant les grossesses suivantes^{168,169}.

4.2 HÉMORRAGIE TARDIVE DU POSTPARTUM

L'hémorragie tardive du postpartum peut survenir de 24 heures à 12 semaines après l'accouchement. Ses causes possibles comprennent des restants de fragments de placenta ou de membranes, la subinvolution du site placentaire, l'infection utérine et des anomalies relatives à la coagulation. Le traitement consiste à contrôler les saignements au moyen de médicaments ou d'interventions : l'ocytocine, une transfusion de sang, une opération chirurgicale.

Puisque la plupart des cas surviennent après que les femmes ont quitté l'établissement de naissance, les informations fournies au moment du congé ne manqueront pas d'inclure les changements prévus, une perte de sang normale ou anormale, les motifs d'inquiétude et le moment où il faut communiquer avec un PS ou un service d'urgence. Si une mère doit être réadmise à l'hôpital en raison d'une hémorragie postpartum tardive, il est très important de ne pas la séparer de son bébé et d'apporter du soutien à l'allaitement.

4.3 INFECTIONS

Endométrite

L'endométrite est une infection de l'appareil reproducteur. Elle peut survenir à tout moment entre l'accouchement et la 6^e semaine après l'accouchement. L'endométrite survient après 1 à 3 % des accouchements par voie vaginale, et jusqu'à 27 % des naissances par césarienne¹⁷⁰. L'endométrite se limite à la cavité utérine, mais peut se propager.



Une femme atteinte d'une endométrite légère a des pertes légères ou abondantes, sanguinolentes et nauséabondes. Dans les cas plus graves, elle a de la fièvre, des frissons, des douleurs au bas ventre ou une sensibilité de l'utérus, est anorexique, léthargique, et son pouls est rapide. Le traitement comprend l'administration d'antibiotiques, et peut aussi comprendre le repos, un apport élevé en liquides, l'analgésie au besoin, et l'administration de médicaments ocytotiques pour préserver la contraction de l'utérus. Des mesures de confort sont importantes pour soulager les symptômes^{170,171}.

Les femmes ont besoin d'être mises au courant quant à savoir à quoi s'attendre relativement aux lochies et aux pertes vaginales normales; et appelleront leur PS si elles présentent des symptômes d'endométrite.

Mastite

La mastite est une inflammation du sein qui peut présenter une infection. La mastite se caractérise par une sensibilité, une rougeur et une chaleur localisées et par des symptômes systémiques de fièvre, de malaise et, occasionnellement, de nausées et de vomissements¹⁷². La mastite survient généralement au cours des 6 premières semaines suivant l'accouchement, mais peut se produire à tout moment pendant la lactation. Elle peut commencer par un engorgement, devenir une mastite non infectieuse, puis devenir une mastite infectieuse¹⁷². Lorsque le sein est congestionné ou engorgé, le traitement le plus efficace consiste à le vider de son lait, au moyen d'une pompe électrique au besoin, et à accroître l'apport en eau.

La mastite affecte 10 % des femmes qui allaitent, mais quelques études ont indiqué que l'incidence peut s'élever à pas moins de 33 %¹⁷³.

Il faut encourager les mères à continuer d'allaiter. Il est essentiel qu'elles sachent que leur lait est sécuritaire pour leur bébé, même si elles doivent prendre des antibiotiques. Des facteurs de prévention de la mastite sont l'allaitement fréquent, un bon positionnement et la prise adéquate du sein, en plus d'un débit de lait efficace entre le sein et le bébé.

4.4 TROUBLES CARDIOVASCULAIRES ET DE L'HYPERTENSION DE LA GROSSESSE

L'hypertension affecte de 6 à 10 % des femmes enceintes, mais peu d'études ont présenté les incidences de l'hypertension après l'accouchement. Les femmes qui ont fait de l'hypertension chronique, de l'hypertension artérielle gravidique, une prééclampsie ou une éclampsie peuvent également faire une prééclampsie après l'accouchement; elles sont également plus susceptibles de contracter une prééclampsie pour la première fois après l'accouchement¹⁷⁴. Par conséquent, si une mère subit un trouble hypertensif de la grossesse (THG), la surveillance après la grossesse est importante.

Consultez les lignes directrices *Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse* de la SOGC pour obtenir des renseignements sur les soins au cours des 6 premières semaines suivant l'accouchement, et les soins apportés par la suite. Le groupe de travail recommande de vérifier la pression artérielle de 3 à 6 jours suivant l'accouchement, surtout si la grossesse des femmes a été compliquée par l'hypertension artérielle¹⁷⁵.

Pendant la grossesse, les femmes pourraient développer des troubles, comme la prééclampsie et le diabète sucré de la grossesse (DSG), qui augmente leur risque de maladie cardiaque et d'AVC. Les AVC liés à la grossesse peuvent se produire à n'importe quelle étape de la grossesse, mais le risque le plus élevé survient pendant l'accouchement et au cours des premiers mois suivant l'accouchement. Ce risque découle normalement d'une malformation préexistante des vaisseaux sanguins ou d'éclampsie. La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) est une forme de cardiomyopathie rare, et souvent mal diagnostiquée, qui survient au cours du dernier mois de grossesse ou au cours des cinq mois suivant l'accouchement.

Il existe un certain nombre de facteurs de risque à la cardiomyopathie du péripartum, soit des grossesses multiples, des jumeaux, la prééclampsie et l'éclampsie, des antécédents de problèmes cardiaques, une consommation excessive d'alcool, le tabagisme, le diabète, l'obésité, une mauvaise alimentation et l'origine africaine¹⁷⁶.

Il est essentiel de faire comprendre les signes et symptômes d'une maladie du cœur et de l'AVC aux femmes et à leur famille, et d'expliquer à quel moment il faut consulter un PS ou obtenir des soins d'urgence.

4.5 LÉSIONS IMPORTANTES DU PÉRINÉE

Entre 53 et 79 % des femmes environ subissent une forme quelconque de lacération pendant l'accouchement par voie vaginale, le plus souvent dans le centre tendineux du périnée, et généralement des lacérations du premier et du deuxième degré. Les lacérations plus graves du troisième et du quatrième degré qui entraînent des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) pourraient survenir chez 11 % tout au plus des femmes qui accouchent par voie vaginale¹⁷⁷. Les LOSA peuvent causer des problèmes importants, comme l'incontinence anale, une fistule recto-vaginale et des douleurs, ainsi qu'un risque accru de rétention urinaire après l'accouchement.

Les femmes qui subissent des lacérations pendant l'accouchement obtiendront de l'aide pour se positionner de façon confortable et se rétablir, ainsi qu'un soutien pour gagner confiance en leur capacité à prendre soin de leur bébé. Les PS leur fourniront des renseignements afin qu'elles comprennent ce qui s'est passé pendant l'accouchement et quelle est l'étendue des lacérations ou des blessures. Il faut se concentrer sur ce qui est susceptible de contribuer au rétablissement et à la guérison, c'est-à-dire le repos, l'hygiène, la prévention de la constipation, ainsi que la gestion de la douleur, au besoin, afin qu'elles participent activement aux soins du bébé. Les mesures utiles consistent entre autres à prendre des bains de siège, à allaiter en position latérale, à éviter de s'asseoir ou à se tenir debout pendant de longues périodes, et à compter sur l'aide de la famille et des amis.

La SOGC recommande que les PS examinent attentivement toutes les femmes pour déceler des lésions périnéales ou vaginales, et que quiconque ayant des lésions plus que superficielles subisse systématiquement un examen rectal pour déceler des LOSA¹⁷⁸. Les lignes directrices de la SOGC présentent des recommandations sur l'administration d'antibiotiques prophylactiques et la prise de laxatifs en cas de LOSA, ainsi que d'analgésiques pour soulager la douleur¹⁷⁸.

Les femmes qui ont des LOSA doivent être renvoyées à un physiothérapeute possédant les compétences pour traiter ce type de problème^{178,179}. Les bienfaits se rapportent à la guérison des blessures ainsi qu'à la rééducation en vue de rétablir la fonction musculaire locale et intégrée à la suite du traumatisme musculaire. Une gestion des cicatrices peut être requise pour aider la femme à avoir des relations sexuelles sans crainte et sans douleur. Ces considérations peuvent également être pertinentes pour les lacérations du premier et du deuxième degré, quoique dans un tel cas, une physiothérapie ne soit pas toujours nécessaire.

4.6 MUTILATION GÉNITALE FÉMININE/EXCISION (MGF/E)

Les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ou l'excision (MGF/E), qu'on appelle aussi circoncision, ont besoin de soins postpartum particulièrement délicats. En en apprenant davantage sur les implications culturelles, sociales, psychologiques et physiques de cette pratique traditionnelle vieille de plusieurs siècles, les PS seront à même de s'entretenir plus adéquatement avec les mères et de leur prodiguer des soins empreints de respect et de sensibilité culturelle. La région périnéale peut être extrêmement douloureuse en raison de coupures et de lacerations répétées au fil du temps, en plus d'un accouchement récent par voie vaginale, ce qui fait que même la marche peut se révéler difficile. Toutes ces considérations rendent plus complexes les soins à prodiguer au bébé¹⁸⁰.

À la suite de l'accouchement, les femmes ont besoin de conseils supplémentaires sur l'hygiène périnéale. Des infections périnéales peuvent survenir si les PS ne comprennent pas les méthodes de propreté culturellement admissibles. Par exemple, l'utilisation de l'eau peut être considérée comme impure pour des motifs religieux. Au lieu, il est possible d'utiliser un nettoyant antiseptique dilué pour le nettoyage après la miction.

Les PS voudront également discuter de méthodes de contraception puisque les choix peuvent être limités pour les femmes ayant subi des MGF/E. Il se peut qu'on ait appris à ces femmes qu'il était interdit de toucher leurs organes génitaux, et puisque la région vaginale est sensible, le recours aux diaphragmes, aux capes cervicales et aux éponges ne convient pas généralement. La méthode contraceptive la plus acceptable et la plus fiable chez les femmes ayant subi

des MGF/E peut être la contraception intra-utérine (CIU; ou dispositif intra-utérin, ou DIU). Les contraceptifs hormonaux, soit oraux ou implantés, sont aussi possibles. Comme pour toutes les femmes, on leur expliquera soigneusement et clairement les différentes options offertes en matière de contraception.

Les PS devront également aborder le sujet des MGF/E avec les parents pour leur indiquer que les MGF/E sont illégales au Canada.

4.7 DIASTASIS DU MUSCLE GRAND DROIT DE L'ABDOMEN

Le diastasis du muscle grand droit de l'abdomen (DGRA) se définit comme la séparation des deux côtés des muscles du grand droit abdominal¹⁸¹. L'apparition du DGRA survient pendant la grossesse ou au cours des premières semaines suivant l'accouchement¹⁸². La documentation sur la prévalence et les facteurs de risque de ce problème est limitée^{181,182}.

Une étude de cohorte prospective de 300 femmes enceintes pour la première fois a révélé que la prévalence de DGRA léger était élevée pendant la grossesse comme après l'accouchement, soit de 33 % à 21 semaines de grossesse, de 60 % 6 semaines après l'accouchement, de 45 % 6 mois après l'accouchement et de 33 % 12 mois après l'accouchement. Aucune différence en fait de douleur lombo-pelvienne chez les femmes avec ou sans DGRA n'a été observée¹⁸¹. Dans une autre étude de cohorte prospective de 84 femmes enceintes pour la première fois, la prévalence de DGRA a chuté, passant de 100 % à la 35^e semaine de grossesse à 39 % 6 mois après la grossesse. Les femmes atteintes de DGRA 6 mois après l'accouchement étaient tout aussi susceptibles que les femmes sans DGRA de signaler des douleurs lombo-pelviennes¹⁸².

Un élargissement de plus de 2,7 cm au niveau du nombril est considéré comme un diastasis pathologique du muscle grand droit abdominal¹⁸³. Il peut avoir des conséquences négatives sur la santé chez les femmes pendant la grossesse, ainsi que pendant et après la période postpartum, dont des mécanismes et une posture corporels modifiés, des blessures du rachis lombaire et du pelvis, ainsi qu'une mauvaise stabilité du pelvis^{184,185}.

L'exercice est un facteur de protection contre l'apparition d'un DGRA¹⁸⁶. L'exercice peut réduire le risque de développer un DGRA puisqu'il contribue à préserver le tonus, la force et le contrôle des muscles abdominaux. De plus, les femmes qui s'entraînent pendant et après la grossesse le faisaient fort probablement avant leur grossesse, et leurs muscles abdominaux sont mieux conditionnés que ceux des femmes sédentaires. Le type d'exercice a aussi des effets sur la largeur du DGRA et la durée du rétablissement¹⁸⁶.

Il est important de diriger les femmes atteintes de DGRA vers un physiothérapeute spécialisé en plancher pelvien¹⁸⁷. La physiothérapie ou les exercices visant à traiter le diastasis du grand droit ne doivent pas seulement viser à traiter la séparation, mais aussi à reconditionner les muscles du plancher pelvien. Plus de 70 % des femmes atteintes sont incapables de contracter les muscles du plancher pelvien; elles sont par conséquent plus sujettes à l'incontinence, au prolapsus et aux douleurs pelviennes¹⁸⁸. On envisagera également la physiothérapie ou les exercices qui visent la posture, les mécanismes corporels et les tissus restreints qui pourraient causer de mauvais mouvements. On recommande souvent un corset ou une camisole de compression pour les séparations d'au moins 4 doigts de largeur. La stimulation neuromusculaire électrique contribue aussi à réduire le DGRA et, si elle est jumelée à des exercices abdominaux, peut accroître les effets¹⁸⁹. Certaines femmes pourraient répondre aux critères d'opération chirurgicale (abdominoplastie) si elles présentent des symptômes non résolus n'ayant pas répondu à l'exercice¹⁸⁷.

4.8 DIABÈTE SUCRÉ DE LA GROSSESSE

Il est important d'encourager les femmes qui ont fait du diabète sucré de grossesse (DSG) à allaiter immédiatement après l'accouchement. Cette pratique contribue à diminuer les risques d'hypoglycémie néonatale¹⁹⁰.

Les femmes atteintes de DSG ont besoin de renseignements au sujet des risques de santé connexes :

- Entre 16 et 30 % des femmes atteintes de DSG développent le diabète de type 2 avant la 5^e ou 10^e année suivant l'accouchement, et certaines femmes contractent un diabète de type 1¹⁹¹.
- Le syndrome métabolique est plus courant chez les femmes atteintes de DSG. Les femmes seront conseillées au sujet des modifications du style de vie pour prévenir le diabète et les maladies cardiovasculaires. De tels changements peuvent prévenir l'apparition du diabète de type 2¹⁹¹.
- Le taux de récurrence du DSG au cours des grossesses suivantes varie de 30 à 84 %¹⁹².

Pour la plupart des femmes atteintes de DSG, le diabète se résorbe peu après l'accouchement. Toutefois, seules 50 % des femmes reviennent pour faire un test de dépistage après l'accouchement en raison des contraintes de temps, du manque de services de gardiennage, du manque de sensibilisation quant à l'importance du dépistage postpartum, du caractère déplaisant du test, etc.¹⁹¹⁻¹⁹³. Dans ses lignes directrices *Diabetes in Pregnancy*, la SOGC recommande que les femmes atteintes de DSG fassent un test de dépistage au moyen de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g entre la 6^e semaine et le 6^e mois postpartum pour dépister le prédiabète ou le diabète¹⁹⁴. Les femmes atteintes de DSG peuvent tirer parti de l'aide d'un spécialiste en allaitement si la sécrétion de lait maternel tarde^{195,196}.

Le Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète fait les recommandations suivantes à propos des femmes qui ont accouché, mais qui avaient contracté le diabète prégestationnel¹⁹⁷ :

- l'allaitement pour les nombreux bienfaits qu'il apporte;
- leur surveillance minutieuse, étant donné qu'elles présentent un risque élevé d'hypoglycémie après l'accouchement;
- la prise de métformine et de glyburide au besoin, puisqu'ils ne sont pas contre-indiqués pendant l'allaitement;
- l'évaluation de leurs triglycérides longtemps après l'accouchement.

De plus, les femmes atteintes de diabète de type 1 pendant la grossesse ont intérêt à subir un test de dépistage de la thyroïdite du postpartum au moyen d'un test de thyroïdostimuline (TSH) entre la 6^e et 8^e semaine suivant l'accouchement.

4.9 MALADIES DE LA THYROÏDE

Un dysfonctionnement de la thyroïde après l'accouchement est courant et peut se manifester par une hypothyroïdie, une hyperthyroïdie ou une thyroïdite du postpartum. Il est essentiel d'observer les femmes en période postpartum qui étaient atteintes d'un tel dysfonctionnement pendant la grossesse. Les femmes présentant des troubles de la thyroïde peuvent normalement allaiter¹¹⁷.

Il n'existe aucune ligne directrice nationale sur les troubles de la thyroïde pendant la grossesse ou après l'accouchement au Canada. Les *Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum* (en anglais) donnent des conseils sur le diagnostic et la gestion des problèmes de thyroïde pendant la période suivant l'accouchement et pendant l'allaitement¹⁹⁸.

4.10 DYSFONCTION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE, DOULEUR À LA CEINTURE PELVIENNE ET DIASTASIS DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

On décrit la dysfonction de la symphyse pubienne (DSP) comme l'ensemble de signes et de symptômes d'inconfort et de douleurs dans la région pelvienne, y compris de la douleur pelvienne s'étendant jusque dans le haut des cuisses et au périnée¹⁹⁹⁻²⁰¹. Ce terme est utilisé pour décrire la douleur associée à la grossesse ainsi que l'instabilité et le dysfonctionnement de l'articulation de la symphyse pubienne (ASP) ou de l'articulation sacro-iliaque (ASI); mais dans ses lignes directrices, l'Europe recommande « douleur à la ceinture pelvienne (DCP) » comme terme générique accepté²⁰¹. Les symptômes de DCP surviennent en raison de la relaxation du ligament pelvien et de la mobilité accrue de l'articulation pendant la grossesse; et la douleur peut varier de léger inconfort à douleur fortement invalidante²⁰².

Environ 20 % des femmes enceintes ressentent des DCP^{201,203}. Les facteurs de risque d'apparition de DCP pendant la grossesse comprennent notamment les antécédents de douleurs lombaires et de traumatisme au bassin²⁰¹. Les accouchements longs et difficiles, souvent lorsque le bébé est gros et que l'abduction des jambes de la femme est prononcée, et possiblement assistés par forceps, peuvent également être des facteurs contributifs. La mesure de l'incidence de DCP persistantes sur le plan clinique, de la période après l'accouchement jusqu'à 2 ans après l'accouchement, varie de 5 à 8,5 %²⁰⁴.

Dans les cas graves, la symphyse pubienne peut rompre partiellement ou totalement. Le diastasis de la symphyse pubienne (DSP), où l'écart de la symphyse pubienne s'élève à plus de 10 mm, ne peut être confirmé que par imagerie diagnostique^{205,206}. La DSP peut survenir pendant la grossesse, l'accouchement ou la période postpartum²⁰⁶. Il est difficile de prévoir des récurrences précises, mais les femmes seront prévenues du taux élevé de récurrence au cours des grossesses suivantes, qui varie entre 68 et 85 %²⁰⁷. Un petit sous-groupe de patientes atteintes de DCP peut développer de la douleur chronique menant à un haut niveau de handicap avec résistance aux interventions physiques. Ces femmes devront recevoir des soins multidisciplinaires nécessitant des interventions médicale et psychologique.

Il n'existe aucune ligne directrice canadienne sur le diagnostic et la gestion de la DCP. Celles de l'Irlande et du Royaume-Uni offrent un message cohérent selon lequel les symptômes de douleur à la ceinture pelvienne sont souvent légers, mais peuvent être grandement invalidants^{206,208}. À chaque visite, les PS demanderont à leurs patientes si elles ont des douleurs à la ceinture pelvienne ou dans le bas du dos^{206,209}. Les signaux de douleur et une difficulté à marcher après avoir donné naissance peuvent révéler un diastasis de la symphyse pubienne. Il ne faut donc pas estimer de tels malaises comme un « léger inconfort de grossesse », mais plutôt les examiner. Aucun niveau de douleur ne doit être écarté. Au lieu, il est essentiel que les PS réalisent un examen clinique minutieux pour déterminer l'étendue des douleurs et la présence d'un dysfonctionnement de la symphyse pubienne. Les évaluations, entre autres, serviront à déterminer ce qui s'est passé pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi qu'à effectuer des tests et à diriger les patients en temps opportun, y compris vers la physiothérapie, afin d'éviter des handicaps à long terme et possiblement permanents^{201,209}.

4.11 NAISSANCE VAGINALE ASSISTÉE

En 2016–2017 au Canada, 13 % des femmes qui ont donné naissance ont eu un accouchement assisté par voie vaginale, 9 % un accouchement assisté par ventouse, et 4 % un accouchement assisté par forceps²¹⁰. Des examens récents des données probantes ont révélé que les femmes ayant eu un accouchement vaginal assisté étaient plus susceptibles que celles ayant eu un accouchement spontané d'avoir au moins un problème de santé au début de la période postpartum (p.ex., des douleurs au périnée, la constipation, des hémorroïdes, la rupture des points de suture, ainsi que l'incontinence urinaire et anale). Elles étaient aussi plus susceptibles d'avoir des douleurs au périnée à la 8^e semaine après l'accouchement, qu'elles aient subi une épisiotomie ou non^{59,177}.

Les accouchements assistés par forceps ou par ventouse sont associés à un risque accru d'endommager le vagin, le périnée et l'anus. Les lésions sont plus graves, et le temps qu'elles prennent à guérir peut être plus long²¹¹. La pression intra-anales des femmes qui ont un accouchement assisté par forceps est beaucoup plus faible, et leur plancher pelvien est plus susceptible de s'affaiblir²¹².



Il est important de se pencher sur le confort de la femme pendant la période postpartum et de déterminer si elle est préoccupée par un inconfort ou la guérison de la région périnéale, et par de la douleur ou une sensation de brûlure, une odeur, l'incontinence ou la dyspareunie²⁴. Il faut évaluer l'intégrité et le progrès de la guérison du périnée, ainsi qu'offrir des mesures de soulagement de la douleur et de réconfort et évaluer leur efficacité. Les femmes ont besoin de renseignements sur l'utilisation de blocs réfrigérants (« ice packs ») pour diminuer l'enflure, les soins du périnée, l'auto-inspection, les bains de siège à l'eau chaude et les exercices de Kegel pour améliorer le tonus périnéal⁴¹.

4.12 INCONTINENCE URINAIRE ET ANALE ET RÉTENTION URINAIRE

Un nombre important de femmes sont atteintes d'incontinence urinaire et anale à la suite de l'accouchement. L'incontinence est éprouvante tant sur le plan physique que psychologique, et peut influencer de nombreux aspects de la vie et du rétablissement de la femme.

Incontinence urinaire

Pendant la grossesse et l'accouchement, les muscles du plancher pelvien se distendent et s'affaiblissent, mettant ainsi les femmes à risque d'être atteintes d'incontinence urinaire²¹³. Pouvant survenir pendant la grossesse, l'incontinence urinaire est surtout due au stress qui découle d'un traumatisme au plancher pelvien pendant un accouchement par voie vaginale, notamment au premier accouchement. Quoique l'incontinence urinaire anténatale, l'obésité et les traumatismes importants au périnée constituent des facteurs de risque, des études cliniques n'ont révélé aucune cause unique; autrement dit, le problème serait multifactoriel²¹²⁻²¹⁴.



L'incontinence urinaire de certaines femmes est temporaire, mais d'autres ont des problèmes à long terme²¹³. Selon l'Enquête sur l'expérience de la maternité, 3,4 % de toutes les femmes ayant accouché ont « jugé un gros problème » l'incontinence urinaire au cours des 3 premiers mois suivant l'accouchement²¹⁵. Les femmes ayant accouché par voie vaginale étaient plus susceptibles de signaler ce problème (4,2 %) que celles ayant accouché par césarienne (1,1 %). Les femmes qui sont mères pour la première fois étaient aussi plus susceptibles de signaler ce problème (4,0 %) que celles qui ont accouché plusieurs fois (2,9 %)²¹⁵.

La recherche indique que les femmes qui ont eu un accouchement assisté par forceps (avec ou sans épisiotomie) étaient 10 fois plus susceptibles de subir un traumatisme périnéal important que celles qui ont eu un accouchement assisté par ventouse sans épisiotomie. De plus, 5 ans plus tard, près de la moitié des femmes qui ont eu un accouchement par voie vaginale assisté présentaient un certain niveau d'incontinence⁵⁹.

Lorsque les PS discutent de l'incontinence urinaire avec les femmes, ils mettront l'accent sur la prévention, les techniques de tonification musculaire et d'autres interventions. L'entraînement du muscle du plancher pelvien peut prévenir l'incontinence urinaire jusqu'à 6 mois après l'accouchement chez les femmes devenant mères pour la première fois²¹⁶. Il existe

aussi des données probantes selon lesquelles l'entraînement du muscle du plancher pelvien est approprié pour les femmes atteintes d'incontinence urinaire postpartum persistante²¹⁶. Il est possible d'en accroître l'efficacité par des approches ciblées.

La SOGC recommande des exercices de Kegel pour traiter l'incontinence, ainsi qu'un suivi pour en évaluer l'efficacité. Ensemble, les modifications nécessaires du mode de vie, l'entraînement de la vessie ainsi que les exercices du muscle pelvien sont très efficaces. Veuillez consulter les lignes directrices *Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire*²¹⁷.

Rétention urinaire

La rétention urinaire est l'incapacité soudaine de vider spontanément la vessie ou le fait de ne pouvoir évacuer que de petites quantités d'urine sans complètement vider sa vessie²¹⁸⁻²²⁰. Les symptômes comprennent la pollakiurie, l'évacuation de petites quantités, l'inconfort ou la douleur à la vessie, les efforts à la miction, la sensation que la miction est réduite, le fait que la vessie ne se vide pas complètement et l'incontinence urinaire²²¹.

Le trouble de la miction postpartum se définit comme l'incapacité à uriner spontanément dans les 6 heures suivant l'accouchement par voie vaginale ou le retrait d'un cathéter²¹⁸. Si la rétention urinaire n'est pas détectée et traitée, elle peut causer la distension ou l'hypoactivité de la vessie ainsi que des problèmes à long terme comme l'incontinence et l'infection urinaire^{222,223}.



L'origine de la rétention urinaire n'est pas bien comprise, mais de possibles facteurs mécaniques, physiologiques et neurologiques sont en cause.²²⁰

Il n'existe aucune ligne directrice nationale au Canada sur la rétention urinaire postpartum, mais le NICE recommande aux femmes qui n'ont pas uriné dans les 6 heures suivant l'accouchement de prendre un bain ou une douche chaude pour favoriser la miction. Si ces mesures échouent, il faut évaluer le volume de la vessie et envisager l'insertion d'un cathéter²⁴.

Incontinence anale

Selon l'Enquête sur l'expérience de la maternité, 1,8 % de toutes les femmes qui ont accouché ont indiqué que l'incontinence fécale était plus importante au cours des 3 premiers mois suivant l'accouchement²¹⁵. Les femmes qui sont devenues mères pour la première fois étaient plus susceptibles de signaler ce problème (2,2 %) que celles qui ont accouché plusieurs fois (1,4 %)²¹⁵. L'incontinence anale après l'accouchement est plus fréquente chez les femmes qui ont eu un accouchement assisté par forceps et qui présentent des lacérations au sphincter anal^{224,225}. De plus, les femmes qui présentent des lésions au sphincter anal sont au moins deux fois plus susceptibles d'indiquer être atteintes d'incontinence anale après l'accouchement que celles qui n'ont pas de lésions au sphincter^{224,225}.

Pour les femmes chez qui on a reconstitué des LOSA, le SOGC recommande la prescription de laxatifs et de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens et de l'acétaminophène comme médicament de première intention, ainsi qu'une seule dose d'antibiotique intraveineux. Les PS se feront un devoir de leur faire part de la gravité des lésions et d'organiser un suivi approprié. Le SOGC recommande aussi le renvoi des femmes atteintes d'incontinence à la physiothérapie du plancher pelvien¹⁷⁸.

4.13 SÉJOUR PROLONGÉ À L'HÔPITAL

Un séjour prolongé à l'hôpital après l'accouchement peut être très stressant à plusieurs égards pour les familles. Les mères pourraient se voir éloignées de leur cercle de soutien d'amis et de la famille. La présence d'enfants à soigner dans son entourage pourrait être stressante. La famille pourrait se préoccuper de la santé de la mère et du soin des frères et sœurs, du contact avec d'autres enfants et les grands-parents, de la distance à parcourir pour aller à l'hôpital et en revenir, et des obligations professionnelles du conjoint. Il est important pour les PS d'examiner ces problèmes avec les familles et de les appuyer le plus possible. Il faut envisager de les renvoyer à des services sociaux, au besoin, et à des programmes et ressources technologiques novateurs, de façon à mieux assurer les contacts au sein de la famille. Dans des cas de monoparentalité, un séjour prolongé peut augmenter le stress et l'anxiété de la femme, et nuire à son rétablissement.

Il va sans dire que les soins pendant de tels séjours seront empreints de compassion et individualisés. Les politiques devront porter sur la mise en place du contact peau contre peau, favoriser le soutien de l'allaitement et autoriser la mère et le nourrisson à rester ensemble (cohabitation parent-nourrisson/soins à l'unité mère-bébé)²³.

Les mères qui allaitent doivent avoir l'occasion d'allaiter fréquemment et sur commande aussi longtemps qu'elles le désirent, et recevoir de l'aide avec l'éjection du lait, au besoin²²⁶. S'il est impossible de donner le lait maternel de la mère au bébé, le lait pasteurisé d'une donneuse est l'option préférable suivante^{20,94,227}. Il incombera aux PS de consulter des ressources spécialisées pour déterminer les effets de médicaments sur les mères allaitantes et le bébé allaité. Seul un nombre limité de médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement²²⁸.



Les politiques devront porter sur la mise en place du contact peau contre peau, favoriser le soutien de l'allaitement et autoriser la mère et le nourrisson à rester ensemble (cohabitation parent-nourrisson/soins à l'unité mère-bébé).



5 COMPLICATIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Selon les constatations du programme ACoRN, les complications relatives au nouveau-né relèvent de huit domaines de préoccupation :

- l'infection
- les maladies cardiovasculaires
- les maladies respiratoires
- les troubles neurologiques
- les troubles gastro-intestinaux ou les problèmes chirurgicaux
- les troubles relatifs au glucose et aux électrolytes
- l'ictère
- les troubles de thermorégulation

Veillez consulter le programme ACoRN de la SCP pour obtenir des directives sur la stabilisation néonatale, l'appui d'équipes multidisciplinaires, ainsi que le repérage des bébés qui sont malades ou à risque de l'être pendant les premières heures ou journées suivant la naissance, et les soins à prodiguer.¹¹⁹

5.1 INFECTION

Si le bébé a une infection, on veillera à apporter des soins de soutien et à prendre le temps d'échanger des renseignements à ce sujet. Il faut prendre soin de la mère et du bébé comme formant un tout -et viser la non-séparation en tout temps.

Consultez les lignes directrices de la SCP pour le diagnostic et le traitement de maladies infectieuses chez les nouveau-nés.

Septicémie

Grâce à l'instauration de lignes directrices quant au dépistage systématique chez la mère et à l'augmentation du recours à des antibiotiques intrapartum, l'incidence de la septicémie à streptocoque du groupe B (SGB) a fléchi, passant de 1,7 cas par 1000 naissances vivantes en 1993 à 0,22 cas en 2016^{229,230}. Pourtant, la SGB demeure la cause principale d'infection néonatale au Canada. En 2012, 48 % des cas de septicémie néonatale précoce étaient attribuables à la SGB, alors que la bactérie *Escherichia coli* était responsable de 31 % des cas²³¹.

L'évaluation du risque de septicémie fait partie intégrante de l'examen du nouveau-né. Un traitement rapide inhibe la progression de l'infection, et ainsi l'empêche de se transformer en maladie grave. Les bébés à risque sont ceux dont la mère a présenté une colonisation maternelle aux streptocoques du groupe B pendant sa grossesse actuelle ou bactériurie de SGC; a déjà eu un bébé qui a contracté une maladie invasive à la SGB, présente une rupture de membrane prolongée (≥ 18 heures); a eu de la fièvre (température ≥ 38 °C).

Dans ses lignes directrices *Management of Term Infants at Increased Risk of Early Onset Bacterial Sepsis*, la SCP recommande que tous les nouveau-nés présentant des signes de septicémie subissent immédiatement une évaluation diagnostique et reçoivent une antibiothérapie empirique à large spectre. Les premiers signes de septicémie peuvent être subtils. Ils comprennent la détresse respiratoire, l'instabilité de la température, la tachycardie, des convulsions, une hypotonie, la léthargie, une mauvaise perfusion périphérique, l'hypotension et une acidose. Consultez cette directive de la SCP sur le diagnostic et la gestion de la septicémie.

Il faut apporter des soins personnalisés aux bébés apparemment en santé, mais qui présentent des facteurs de risque. Les soins dépendront du nombre de facteurs de risque en cause et selon qu'on a eu recours ou non à l'antibioprophylaxie intrapartum chez la mère en cas de SGB. Dans ses lignes directrices mentionnées ci-haut, la SCP formule des recommandations pour diverses situations cliniques et les soins à prodiguer aux nourrissons qui semblent en santé, mais qui présentent néanmoins des facteurs de risque.

5.2 DÉTRESSE CARDIO-RESPIRATOIRE ET PROBLÈMES CARDIAQUES

La détresse cardiorespiratoire chez les nouveau-nés peut survenir tout de suite après l'accouchement, ou plus tard au cours de la période postpartum. Tous les PS qui s'occupent des nouveau-nés doivent pouvoir déterminer les cas de détresse respiratoire, de cyanose et de perfusion. La SCP recommande que tous les centres dans lesquels naissent des bébés aient des employés capables d'entamer des mesures de ventilation assistée²³². Elle recommande aussi de suivre les lignes directrices du Programme de réanimation néonatale pour connaître les procédures de réanimation particulières à suivre immédiatement après la naissance et d'afficher –

en dehors des salles d'accouchement de chaque établissement – une politique concernant les soins initiaux pour bébés ayant des problèmes respiratoires²³². Des séances de simulation régulières ou d'autres formes de scénario pratique pourront contribuer à assurer une éducation continue et à préserver les compétences.

Pour ce qui est des souffles cardiaques, ils sont courants durant les premiers jours de la vie, et ne révèlent pas normalement de problème important. Au cours des 24 premières heures, ils indiquent souvent un débit dans la persistance du canal artériel, et cessent à la suite de la fermeture du canal. Toutefois, il faut évaluer tous les souffles dans le cadre d'un examen physique complet, même au cours des 24 premières heures. Si un souffle persiste ou qu'il est symptomatique, on recommande une évaluation plus approfondie^{233,234}.

Quant aux CCC, leur prévalence au Canada s'élève à 3 naissances sur 1 000, et sont responsables de plus de décès que toute autre malformation congénitale. Entre 10 et 30 % des diagnostics de CCC ne sont pas effectués avant le congé de l'hôpital. Le diagnostic précoce et le suivi sont les premières étapes essentielles à la prévention de la mortalité et de la morbidité infantiles⁹⁸. Utilisé de concert avec l'échographie et l'examen physique, le dépistage par oxymétrie pulsée est la meilleure approche pour détecter une CCC chez les nouveau-nés⁹⁹.

5.3 HYPOGLYCÉMIE

La définition d'hypoglycémie chez le nouveau-né est controversée. Plusieurs examens ont conclu qu'aucune concentration particulière de glucose ne peut être associée à des signes cliniques ou à des troubles neurologiques²³⁵. La glycémie de 12 à 14 % des nouveau-nés à terme en santé, allaités et dont le poids est normal par rapport à l'âge gestationnel (NAG), s'élève à moins de 2,6 mmol/L au cours des 72 premières heures de la vie²³⁶.

La SCP ne recommande pas de surveiller la glycémie des bébés à terme en santé^{237,238}.

Toutefois, il est important d'évaluer régulièrement les bébés à risque d'hypoglycémie, dont les bébés de mères diabétiques (pendant la grossesse et avant la conception), les bébés prématurés, ceux qui sont petits pour l'âge gestationnel (PAG) (poids inférieur au 10^e centile) et ceux dont le poids est élevé pour l'âge gestationnel (EAG) (poids supérieur au 90^e centile). Pour ce groupe de population, il est généralement recommandé de maintenir les taux de glucose à 2,6 mmol/L ou à un taux supérieur après les 2 premières heures de vie.

Le dépistage de l'hypoglycémie ou de l'hyperglycémie chez les bébés asymptomatiques à risque doit commencer 2 heures après la naissance, et se poursuivre à une fréquence et une durée fondées sur les facteurs de risque propres au bébé et jusqu'à ce que la glycémie avant l'allaitement ait été consignée régulièrement^{235,238}. Les bébés malades ou qui présentent des signes d'hypoglycémie, comme la nervosité, la léthargie, la mauvaise alimentation, l'apnée ou la tachypnée, subiront des analyses immédiatement.

Les approches de gestion de l'hypoglycémie dépendent de la présence ou de l'absence de symptômes. On encourage le contact peau contre peau tôt et fréquent, ainsi que l'allaitement au sein, pour les bébés asymptomatiques. Le fait d'offrir un supplément de lait maternel exprimé est la deuxième meilleure approche. Il est possible d'envisager un substitut de lait maternel, au besoin²³⁸.

Veillez consulter les lignes directrices *Screening and Management of Newborns At Risk for Low Blood Glucose* de la SCP pour obtenir des renseignements sur le diagnostic, la surveillance et la gestion de l'hypoglycémie²³⁸.

5.4 PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS AVANT L'ACCOUCHEMENT

Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont les médicaments antidépresseurs les plus souvent prescrits à la population en général et aux femmes enceintes²³⁹. Lorsqu'ils envisagent de prescrire des ISRS ou de les interrompre, les PS auront soin d'évaluer les risques possibles de la dépression et de l'anxiété non traitée par rapport aux risques possibles sur le fœtus ou le nouveau-né. Il n'a pas été démontré que les ISRS, dans leur ensemble, accroissent le risque d'une malformation congénitale majeure lorsqu'ils sont pris pendant le premier trimestre. Toutefois, la paroxétine pendant le premier trimestre pourrait augmenter le risque de malformation cardiovasculaire, et d'autres ISRS pourraient accroître le risque d'anomalies congénitales en particulier²⁴⁰.

La prise d'ISRS au cours du troisième trimestre a été associée à une myriade de symptômes chez le nouveau-né, dont les pleurs prolongés, la nervosité, l'augmentation du tonus, la tachypnée, la cyanose et la difficulté à s'alimenter²⁴¹. Ces symptômes apparaissent dans les heures suivant la naissance chez 10 à 30 % des bébés exposés à des ISRS dans l'utérus. Les symptômes sont généralement légers, parfois si légers qu'ils sont difficiles à reconnaître, et disparaissent après quelques semaines^{242,243}. La mère est la meilleure personne pour installer son bébé en contact peau contre peau, l'allaiter, le tenir et le réconforter. Les PS sauront l'appuyer dans ces soins, et lui offrir un environnement calme et tranquille.

La SCP recommande d'observer le bébé à l'hôpital pendant 48 heures si la mère a pris des ISRS pendant le troisième trimestre²⁴⁰. Toutefois, puisque la majorité des bébés exposés à des ISRS naissent en santé, Perinatal Services BC recommande d'envisager le congé après 24 heures pour ceux qui ne montrent aucun signe ni symptôme indésirables et qui répondent aux critères suivants :

- les signes vitaux et le niveau de saturation en oxygène sont normaux pendant les 24 premières heures et au moment du congé;
- l'examen physique est normal;
- l'allaitement a été amorcé;
- la température se régularise bien;
- le bébé ne montre aucun signe ou symptôme du syndrome d'abstinence néonatale (SAN)²⁴⁴.

Il est essentiel de renseigner les familles au sujet des effets possibles des ISRS sur leur bébé et à propos des stratégies visant à soutenir les bébés qui en présentent des symptômes. La prise d'ISRS après l'accouchement n'est pas contre-indiquée pendant l'allaitement²⁴⁰. Les renseignements concernant les résultats neurodéveloppementaux à long terme à la suite de l'exposition à des ISRS après la naissance sont très rassurants, mais les données probantes dans ce domaine sont limitées.

Veuillez consulter les lignes directrices *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in pregnancy and infant outcomes* de la SCP sur les soins prodigués aux bébés ayant été exposés à des ISRS²⁴⁰.

5.5 FAIBLE POIDS POUR L'ÂGE GESTATIONNEL ET MACROSOMIE

Faible poids pour l'âge gestationnel

Les bébés qui sont nés avec un faible poids pour l'âge gestationnel (FPAG) ont un poids inférieur au 10^e centile du poids à la naissance propre à l'âge et à la grossesse. Le taux de naissances avec un FPAG a augmenté de façon constante entre 2008 et 2014, passant de 8,2 à 9,1 sur 100 naissances vivantes uniques au Canada²⁴⁵. Le retard de croissance intra-utérine (RCIU) décrit les facteurs génétiques ou environnementaux qui empêchent le fœtus d'atteindre son potentiel de croissance. Quant au faible poids à la naissance, il se définit comme un poids à la naissance de moins de 2 500 grammes (5,5 livres), sans égard à l'âge gestationnel²⁴⁶.

Les bébés de FPAG, tout comme les bébés de poids normal au même âge gestationnel, partagent un certain nombre de caractéristiques quant au comportement, à l'attention, à l'activité spontanée et à la capacité de s'alimenter. Ils pourraient paraître petits et minces parce que leur tissu adipeux sous-cutané et masse musculaire sont moins importants, mais ils ne présentent pas les complications relatives à l'immaturation quant aux organes que connaissent les bébés prématurés de même taille. Les complications sont généralement attribuables à la cause sous-jacente d'un FPAG²⁴⁷.

Les parents et la famille d'un bébé né avec un FPAG nourrissent des inquiétudes quant à son bien-être, ils ont donc besoin de soutien, de conseils et de réconfort. L'attention prodiguée à l'unité mère-nourrisson, la non-séparation et le soutien à l'allaitement sont tous des aspects importants des soins.

Macrosomie

La définition de la macrosomie fœtale ne fait pas consensus. Certains la définissent comme le poids à la naissance supérieur à 4 000 g, 4 500 g ou 5 000 g, sans égard à l'âge gestationnel du bébé. D'autres définissent la macrosomie comme un bébé dont le poids à la naissance est supérieur au 90^e centile de l'âge gestationnel par rapport à une population de référence, qu'on appelle aussi bébé dont le poids est élevé pour l'âge gestationnel (PEAG)²⁴⁸. Quant à la définition de *poids normal à la naissance*, elle dépend de la population de référence.

Au Canada, le taux de naissance avec un PEAG chez les naissances uniques a connu une baisse, passant de 11,6 à 10,2 sur 100 naissances vivantes uniques entre 2005 et 2014²⁴⁵. Les bébés atteints de macrosomie présentent un risque supérieur de mortalité périnatale (c.-à-d. mortinaissance, ainsi que mortalité néonatale précoce, tardive et post-néonatale) et présentent un risque supérieur de dystocie des épaules, d'asphyxie, d'anomalies congénitales, d'infection et de SMSN²⁴⁸.

De plus, ces bébés sont plus susceptibles de naître avec une glycémie inférieure à la normale, présentent un risque accru d'obésité juvénile, ainsi qu'un risque accru de syndrome métabolique pendant l'enfance²⁴⁹. Il faut déterminer si les bébés nés avec la macrosomie sont atteints d'hypoglycémie et d'ictère, et encourager la mère à allaiter tôt après la naissance pour prévenir l'hypoglycémie²⁵⁰.

5.6 SYMPTÔMES DE SEVRAGE NÉONATAL AUX OPIOÏDES

Les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes sont un groupe de symptômes possibles ressentis par les bébés dont les mères ont consommé des opioïdes pendant la grossesse. De 48 à 94 % des bébés exposés aux opioïdes in utero présentent de tels indices²⁵¹.

Même si leurs symptômes varient, les bébés qui ont été exposés aux opioïdes in utero peuvent mal s'alimenter et souffrir de diarrhée et de perte de poids. Ils peuvent manifester des tremblements, un tonus musculaire plus tendu, des pleurs excessifs, un réflexe de Moro hyperactif (réflexe de défense), de l'irritabilité, des vomissements et des convulsions, de l'hyperthermie et de la tachypnée^{252,253}. Si ces signes deviennent suffisamment graves et selon le médicament auquel il a été exposé, le bébé peut avoir besoin de pharmacothérapie.

La SCP recommande que tous les bébés exposés aux opioïdes soient évalués au moyen d'un système de notation qui mesure la gravité des symptômes de sevrage et aide à déterminer la pertinence d'une surveillance et de soins accrus, d'une intervention médicale ou d'une thérapie pharmacologique.

Pour plus de détails, veuillez consulter le point de pratique de la SCP intitulé *La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse*²⁵³.

La SCP note également que la durée du séjour à l'hôpital varie selon l'exposition prénatale aux opioïdes, la gravité du sevrage, les symptômes, le traitement et les facteurs sociaux. Elle recommande d'observer les bébés pendant au moins 72 à 120 heures, selon leur exposition. Si le seuil de traitement n'est pas atteint dans ce délai, le bébé peut recevoir son congé. La clé d'une transition à domicile réussie consiste à assurer la continuité des soins par une équipe interprofessionnelle, avec une planification préventive pour le moment où le bébé satisfait aux critères de congé²⁵³.

Il est important que les bébés reçoivent des soins dans la chambre de la mère. La mise en place d'un protocole de cohabitation et d'utilisation de la morphine (au besoin) pour les bébés exposés aux opioïdes contribue à rassurer les membres du personnel quant à la sécurité de cette modalité de

traitement et à les aider à mieux envisager la mère et son bébé comme une unité dans les soins à prodiguer. Les lignes directrices de Perinatal Services BC et du British Columbia Centre on Substance Use, intitulées *Treatment of Opioid Use Disorder In Pregnancy Guideline Supplement*, offrent un exemple de protocole de cohabitation pour les nouveau-nés exposés aux opioïdes²⁵².

On encouragera les mères à tenir et à câliner leur bébé autant que possible, ce qui aidera à le calmer et à réduire au minimum le sevrage. De plus, si la mère est détendue, le bébé est plus susceptible lui aussi de se détendre. L'allaitement maternel est également à encourager parce qu'il peut retarder l'apparition des symptômes de sevrage et en réduire la gravité, ainsi que réduire la nécessité d'un traitement pharmacologique^{253,254}. Il faut, du reste, se rappeler que même si un bébé n'a pas été exposé in utero aux opioïdes, il peut habituellement prendre entre 36 et 72 heures pour s'adapter jusqu'à ce que le lait maternel monte et que l'allaitement soit établi.

Si le bébé a besoin de pharmacothérapie, le séjour à l'hôpital pourrait devoir se prolonger. Aussi, il est important de prévenir la mère à cet égard dès la grossesse, de façon qu'elle ait une compréhension réaliste de la période postnatale précoce et qu'elle soit mieux préparée à offrir à son bébé les soins supplémentaires dont il a besoin. Il est à noter que la cohabitation et les soins non pharmacologiques réduisent souvent les signes de sevrage au point où le traitement par pharmacothérapie n'est pas nécessaire^{252,253}.

Les mères ayant consommé des opioïdes durant la grossesse peuvent éprouver toute une gamme d'émotions : anxiété à propos du bien-être de leur bébé, inquiétudes en ce qui concerne les signes de sevrage manifestés, soucis quant au maintien de la garde; mais elles peuvent également se sentir confiantes et détendues. Il est donc essentiel de personnaliser les soins de manière à soutenir la mère et autres aidants naturels.

Le point de pratique de la SCP *La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse* traite des critères de congé relatifs au nouveau-né et de l'orientation vers les services de soutien et les services familiaux à envisager²⁵³. Dans leur document *Treatment of Opioid Use Disorder During Pregnancy – Guideline Supplement*, le BC Perinatal Services et le British Columbia Centre on Substance Use indiquent que l'usage d'opioïdes par la mère à lui seul ne constitue pas un motif de retrait du bébé par les autorités ou de renvoi vers la protection de l'enfance. Aussi, la décision de faire un signalement se fera sur une base individuelle, en consultation avec l'ensemble de l'équipe de soins, même si les PS seront conscients de leur obligation légale à cet égard²⁵².

5.7 BÉBÉS PEU PRÉMATURÉS

La maturité physiologique des bébés peu prématurés (34⁺⁰ à 36⁺⁶ semaines de gestation) varie énormément. Le bébé peu prématuré peut avoir une thermorégulation inadéquate, de faibles réflexes de téter et d'avaler, des systèmes de défense immunologique et respiratoire médiocres; enfin, il peut éprouver une adaptation incomplète quant à certains systèmes enzymatiques²⁵⁵. Ces facteurs contribuent à accroître le risque de décès et de morbidité par rapport aux bébés nés à terme. Les problèmes courants sont l'hypoglycémie, l'hypothermie, la détresse respiratoire, les infections, l'augmentation du risque et le déclenchement tardif de l'hyperbilirubinémie, les problèmes d'alimentation, l'augmentation du taux de réadmission à l'hôpital et un retard de croissance²⁵⁶. Les bébés nés à terme précoces (37⁺⁰ à 38⁺⁶ semaines de gestation) présentent un risque accru d'avoir les mêmes problèmes que les bébés peu prématurés, avec une probabilité accrue d'admission à l'USIN²⁵⁷.

Il est important de faire une évaluation à la naissance pour confirmer l'âge gestationnel du bébé et d'assurer une surveillance continue afin de déterminer le plan de traitement. Le retard dans l'adaptation peut nécessiter l'admission à l'UNSI, tandis que les bébés peu prématurés matures peuvent être pris en charge dans des soins postnataux réguliers. Dans les deux cas, il est important d'éviter de séparer la mère et le bébé²⁵⁵.

Le dépistage de l'hypoglycémie et de l'hyperbilirubinémie devrait être établi conformément aux documents suivants : *Le dépistage et la prise en charge des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie* et *Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés* de la SCP. Un soutien continu à l'allaitement est nécessaire pour établir l'allaitement et prévenir la réadmission.

Les lignes directrices de la SCP *Le congé sécuritaire du nourrisson peu prématuré* fournissent des critères détaillés pour le congé de l'hôpital et le suivi subséquent²⁵⁵. Parmi les critères clés, figurent la présence de signes vitaux stables pendant au moins 12 heures avant le congé, l'allaitement réussi pendant 24 heures et l'évitement de la séparation mère-bébé avant le congé (grâce à un aménagement souple pour les parents). Avant le congé, on planifiera un rendez-vous de suivi avec un PS dans la collectivité dans les 24 à 48 heures suivant le départ.

5.8 NAISSANCE VAGINALE ASSISTÉE

L'accouchement avec manœuvres instrumentales comporte l'utilisation d'une ventouse ou de forceps obstétricaux. Le traumatisme est la principale complication de l'accouchement avec de telles manœuvres. Il peut être causé par la compression de la tête et la traction exercée sur les structures intracrâniennes fœtales, le visage et le cuir chevelu ou par le placement sous-optimal des instruments²⁵⁸. Les séquelles les plus graves du traumatisme sont l'hémorragie intracrânienne, qui survient dans 16 ou 17 naissances sur 10 000^{259,260}.

Le risque global pour le nouveau-né de naissance vaginale assistée est faible. Les risques qui pourraient survenir comprennent les bosses, les ecchymoses ou les marques sur la tête ou le visage du bébé qui guérissent en quelques jours ou quelques semaines; la tête en forme de cône, qui revient à la normale en un jour ou deux; les blessures au cuir chevelu, à la tête et aux yeux du bébé; les blessures aux nerfs du bras ou du visage. Pour ce qui est des muscles du visage, ils peuvent s'affaïsser si les nerfs sont blessés, mais redeviennent normaux lorsque les nerfs guérissent^{177,211}. L'hémorragie sous-galéale est un résultat très rare, mais grave^{177,211}. Si le bébé subit un traumatisme à la suite d'une naissance assistée, il est important que la mère et la famille en comprennent la cause, les soins requis et le résultat attendu.

Consultez le cours *Gestion du travail et de l'accouchement* de la SOGC pour l'évaluation, la surveillance et les soins du nouveau-né atteint d'hémorragie sous-galéale.

5.9 ANOMALIES OU AFFECTIONS RARES

En plus de la joie de la naissance et du plaisir d'accueillir un bébé dans la famille, les parents dont le bébé éprouve une anomalie congénitale ou une maladie rare et qui nécessite des soins spéciaux, peuvent ressentir un sentiment de perte. De nombreux facteurs influencent l'expérience des parents qui donnent naissance à un bébé présentant une anomalie : leurs croyances personnelles, leur culture et leur réseau de soutien; les connaissances et l'attitude de leurs PS; la manière dont le diagnostic est communiqué; les renseignements qu'ils reçoivent sur le diagnostic de leur bébé et sur les éventualités probables; et leur lien avec les services et groupes de soutien appropriés²⁶¹.

Dans de telles circonstances, toute communication sera fondée sur la compassion et pour ce, on utilisera des termes clairs et simples²⁶². Les parents devront avoir accès aux renseignements les plus récents sur l'état de leur bébé sous une forme qu'ils peuvent saisir²⁶³. Ils devront pouvoir comprendre le plan de soins immédiats proposé et savoir à quoi s'attendre²⁶¹. Ils devraient également être informés des ressources nécessaires disponibles – services médicaux, cliniques, spécialistes, thérapie (p. ex., physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, entraînement visuel), soutien à l'allaitement maternel, diététistes, services de santé mentale, services de loisirs et groupes de soutien.

Lorsque les bébés naissent avec des anomalies ou des maladies rares, il est toujours nécessaire d'adopter une approche d'équipe pour les soins à la famille. Les parents sont souvent aiguillés vers les services de génétique pour aider à établir le diagnostic. Ils pourraient aussi être orientés vers une consultation génétique s'ils ont des préoccupations au sujet de grossesses ultérieures.

Les PS sont incités à prendre tout le temps nécessaire pour communiquer avec les parents y compris les membres importants de la famille, comme les grands-parents et les frères et sœurs. Ils feront preuve de compassion, resteront à l'écoute des parents et de la famille qui expriment leurs préoccupations et sentiments, et communiqueront d'une manière que chacun peut comprendre. Il est également important d'assurer la confidentialité des discussions sur le bébé avec les parents ou la famille.

Il est essentiel de rappeler (même plus d'une fois) aux parents et à la famille à quoi s'attendre lorsqu'ils s'occupent de leur bébé. Quand les parents sont informés pour la première fois du diagnostic du bébé, ils sont souvent dépassés au point de ne pas être capables de retenir toute l'information reçue. Il faudrait donc désigner un PS pour assurer un suivi auprès des parents pendant toute la période postnatale et répéter au cours des réunions subséquentes les renseignements déjà transmis, de manière à évaluer leur capacité de s'en sortir et, au besoin, à les orienter vers des services appropriés²⁶¹.

Les renvois au soutien par des pairs peuvent être utiles en ce que de telles rencontres permettent aux parents de partager une identité sociale commune et de nourrir des sentiments d'espoir²⁶⁴. Cet apport peut inclure des groupes de soutien en personne ou en ligne qui sont pertinents à la situation particulière du bébé.

« Les parents devront avoir accès aux renseignements les plus récents sur l'état de leur bébé sous une forme qu'ils peuvent saisir.

5.10 SÉJOUR PROLONGÉ À L'HÔPITAL OU À L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATAUX

Les parents et la famille peuvent vivre un grand stress lorsque le bébé doit rester à l'hôpital (en particulier à l'USIN) pour une période prolongée. Le type de soins que reçoit le bébé et l'approche adoptée influent non seulement sur le bien-être physique du bébé, mais aussi sur l'attachement parent-bébé, l'alimentation, le neurodéveloppement, ainsi que sur la santé globale et le bien-être du bébé, des parents et de la famille. Les parents et la famille peuvent éprouver des émotions extrêmes, comme l'anxiété ou la dépression; ou encore des sentiments contradictoires comme la joie à la naissance du bébé, mais aussi des craintes concernant son bien-être et leur capacité d'en prendre soin.

Lorsque l'environnement de l'USIN facilite la prise de décision partagée et les partenariats entre parents et professionnels et permet aux parents d'être les principaux fournisseurs de soins de leur bébé, cela assure une plus grande uniformité dans la prestation des soins nécessaires. Ce type de milieu protège également le bébé contre les traumatismes souvent associés à l'USIN, comme l'isolement, le stress et le manque de soutien pendant les procédures douloureuses, et donne aux parents la possibilité de développer la confiance et la compétence dans la prise en charge du bébé^{30,265,266}.

Parmi les éléments essentiels des soins axés sur la famille figurent les suivants : présence sans restriction des parents, 24 heures par jour, 7 jours par semaine; parents et famille considérés comme les principaux fournisseurs de soins pour le bébé, auxquels s'ajoutent le soutien et l'orientation des PS; ainsi qu'une communication ouverte et continue²⁶⁷. Dans ce contexte, les principes de base des soins axés sur la famille sont les mêmes que ceux de tous soins axés sur la famille – dignité et respect, prise de décisions partagée, choix, échange d'informations, responsabilisation et collaboration^{267,268}.

Certains des avantages démontrés des soins axés sur la famille à l'USIN comprennent l'amélioration de la prise de poids du bébé, la diminution du stress et de l'anxiété des parents et une fréquence accrue de l'allaitement exclusif au moment du congé.^{269,270} D'autres bienfaits comprennent la diminution de la durée du séjour, l'amélioration de l'attachement entre les parents et le bébé et une plus grande satisfaction de la famille.^{267,270} La participation de la famille est essentielle pour permettre au bébé d'atteindre son plein développement physique, cognitif et psychosocial, y compris les bébés de l'USIN^{270,271}.

Les soins familiaux intégrés (FICare) constituent une extension des principes de soins axés sur la famille, les parents étant les véritables partenaires dans les soins à prodiguer à leur bébé au sein de l'USIN. Ce modèle a été élaboré par une équipe de soins de santé, qui comprenait des parents dont le bébé avait été placé dans l'USIN; il faisait suite à des recherches menées en Estonie²⁹. L'intégration des parents dans l'équipe de soins de FICare va bien au-delà du simple fait de leur permettre d'être présents et d'observer la prise en charge du bébé²⁷². Au contraire, ce sont les parents qui prodiguent eux-mêmes la plupart des soins à leur bébé, tout en étant encadrés par les PS^{29,30}.

Des chambres unifamiliales de l'USIN sont maintenant offertes dans un certain nombre de centres au Canada ainsi qu'aux États-Unis et en Europe. La chambre individuelle présente de nombreux avantages : elle fournit un soutien environnemental optimal aux parents; réduit la septicémie néonatale; améliore la prise de poids des bébés; améliore les taux d'allaitement; permet de mieux contrôler la lumière et les bruits; améliore la satisfaction du personnel et des parents à l'égard des soins; réduit le stress et l'anxiété des parents et du personnel; et ne coûte pas plus cher (peut-être moins) que les USIN ordinaires^{269,273-277}. Du reste, les soins prodigués dans une chambre individuelle n'ont pas été associés à une augmentation d'effets indésirables²⁷⁵.

L'atmosphère stressante de l'USIN peut contribuer aux risques auxquels sont exposés les bébés prématurés ou malades en raison de leurs vulnérabilités physiologiques, qui a une incidence négative sur leur croissance, le cerveau étant particulièrement affecté. Les soins adaptés au développement font référence à un éventail de stratégies conçues pour réduire le stress associé à l'USIN; ils comprennent le contrôle des stimulus externes, un meilleur regroupement des activités de soins, ainsi que le positionnement ou l'emballage du bébé prématuré^{278,279}. Même si d'autres travaux de recherche sont requis à ce sujet, les interventions de soins adaptés au développement du bébé ont démontré des avantages pour ce qui est des résultats des bébés prématurés²⁷⁹.

Certaines familles (notamment les familles autochtones et celles qui vivent dans des régions rurales et éloignées) peuvent devoir voyager pour l'accouchement et donc se retrouver loin de chez elles; ce qui peut être le cas également lorsque la mère et le nourrisson sont transférés dans un autre établissement. Les séjours prolongés à l'hôpital peuvent alors être particulièrement stressants pour les parents, étant donné l'éloignement des autres membres de la famille, des amis et des réseaux de soutien. De plus, ils peuvent avoir d'autres enfants à la maison, ce qui peut causer un stress supplémentaire.



Les parents :

- Sont des partenaires à part entière dans la prise de décisions et la prestation de soins, et sont intégrés dans l'équipe de l'USIN;
 - Ont un accès illimité à leur bébé et jouissent de la cohabitation 24 h par jour, 7 jours par semaine;
 - Sont soutenus par les PS dans certains aspects des soins, comme le contact prolongé peau contre peau, l'allaitement maternel et la prestation de soins appropriés au développement, de sorte qu'ils deviennent compétents quant aux soins à prodiguer;
 - Sont aidés dans les soins afin de réduire au minimum le stress et la douleur ressentis par le bébé, de préserver leur sommeil et de protéger la peau du bébé;
 - Participent à la planification des soins, à tour de rôle, et ont accès au dossier de leur bébé;
 - Reçoivent un soutien psychosocial de l'équipe interprofessionnelle, y compris de psychologues et de pairs;
 - Se sentent libres d'exprimer leurs émotions et leurs craintes.
-

Les professionnels de la santé^{29,267,269-271,280-283} :

- Prodigent des soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle et les partenariats avec la famille et d'autres PS;
 - Incluent les parents en tant que partenaires à part entière dans la prise de décisions et les soins;
 - Au-delà de leur statut de professionnel qualifié, se voient assumer le rôle de conseiller et de soutien aux parents pour les aider à devenir le principal fournisseur de soins primaires, 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
 - Mettent l'accent sur les interactions entre le bébé et les parents, en soulignant l'importance cruciale de la présence des parents et de la cohabitation, et en leur assurant une information illimitée et l'accès à leur bébé 24 heures par jour;
 - Soutiennent les parents avec compassion et respect, en tenant compte de leurs besoins individuels;
 - Favorisent le contact peau contre peau des parents avec le bébé;
 - Aident les mères à allaiter et à nourrir leur bébé au lait maternel;
 - Communiquent ouvertement et honnêtement avec les familles et passent du temps à écouter les expériences, craintes et préoccupations des familles;
 - Communiquent chaleureusement, régulièrement et d'une manière bienveillante, culturellement appropriée et sûre;
 - Partagent des renseignements entre eux et avec les parents;
 - Sont conscients de la possibilité d'un trouble de stress post-traumatique (SSPT) et font un dépistage de la dépression;
 - Sont appuyés par les dirigeants du système de santé, qui se sont engagés à adopter une approche d'équipe intégrée pour répondre aux besoins des bébés, des familles et du personnel.
-

PRESTATION DE SOINS AXÉS SUR LA FAMILLE DANS L'USI^{N29,268-271,280,281}

Les politiques en vigueur^{29,267,269-271,280,283,284} :

- S'appuient sur une vision claire;
 - Reçoivent le plein appui des dirigeants et de l'administration;
 - Stipulent l'accès illimité et, de préférence, la cohabitation 24 heures par jour, 7 jours par semaine, ainsi que l'information pour les parents;
 - Énoncent que les parents sont des membres à part entière de l'équipe de soins, et non de simples visiteurs, et qu'ils sont les principaux PS pour leur bébé, et partagent la prise de décisions;
 - Créent des possibilités de participation des parents aux systèmes de soutien;
 - Énoncent que les PS communiquent régulièrement avec les parents et prévoient des mécanismes à cet effet;
 - Assurent un personnel adéquat pour le modèle de soins dans l'unité;
 - Soutiennent le perfectionnement continu du personnel de l'USI;
 - Engagent activement les conjoints et les défenseurs des parents à l'élaboration et à la surveillance des politiques visant à améliorer la qualité, et élaborent des systèmes pour y répondre;
 - Soutiennent – par écrit – un allaitement maternel précoce et fréquent, ou l'expression du lait maternel, des rencontres avec des conseillères en allaitement et un suivi adéquat.
-

L'infrastructure et le soutien^{267,271,283,285,286} :

- Le milieu physique favorise le bien-être et le neurodéveloppement du bébé, c'est-à-dire dans une seule pièce ayant suffisamment d'espace et de ressources pour accueillir la présence des parents (p. ex., douches, cuisine, laverie, salon) pour que les parents puissent rester dans la chambre avec leur bébé 24 heures par jour, 7 jours par semaine (ou des chambres à coucher disponibles).
 - L'équipe interprofessionnelle offre aux parents un soutien psychosocial, et ces derniers ont accès à un soutien par les pairs.
 - L'environnement physique favorise l'allaitement maternel, par exemple en offrant une intimité et des moyens d'exprimer le lait maternel.
 - Du matériel didactique est disponible en langage simple sous divers formats (p. ex., par écrit, vidéo, applications).
 - Des mécanismes sont en place pour permettre aux parents de participer aux soins offerts à leur bébé et pour les informer de son bien-être, même lorsqu'ils ne sont pas présents (p. ex., au moyen de caméras Web).
 - La préparation de la transition vers la maison, qui commence par l'admission du bébé à l'USI, comprend plusieurs aspects : transmission d'information sur les critères de congé et les soins du nourrisson, soutien des parents dans la prestation de tels soins, évaluation du soutien social des parents, aiguillage vers des services appropriés.
 - La planification des soins entourant cette transition comprend la coordination des plans de soins sociaux et de santé et avec tous les services communautaires pertinents, ce qui pourrait exiger une collaboration entre plusieurs organismes.
-



6 POSTPARTUM TARDIF

Les nouveaux parents ressentent des émotions variées après la naissance de leur bébé. Ils peuvent être remplis de joie et d'émerveillement, ou anxieux, dépassés, inquiets et fatigués. Avoir un bébé apporte une multitude de changements et s'avère très exigeant. Il faut des mois, voire des années, pour s'y adapter. Devenir parent représente une transition personnelle et sociale profonde qui implique un changement d'identité.

Lorsque les PS s'occupent de la nouvelle mère et de sa famille, ils visent à l'aider dans cette transition et à soutenir son rôle dans la prise en charge de son bébé et l'entretien de leur relation d'interdépendance. Il est donc essentiel de passer du temps pour se mettre à l'écoute des mères et de la famille, et de leur offrir un soutien en tenant compte de leur expérience et de leurs besoins individuels.

Idéalement, les fournisseurs feront savoir aux nouvelles mères qu'elles ont foi en elles et en leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé, et les aideront à être à l'écoute de leurs intuitions et à tirer des leçons de leur expérience pour qu'elles deviennent de plus en plus sûres d'elles-mêmes dans leur nouveau rôle. Au fil du temps, la mère peut découvrir ses forces et sa manière de faire les choses²⁸⁷.

Les relations avec le conjoint et la famille connaissent également une transition par suite d'une maternité. La communication est vitale pour nourrir ces relations. Savoir exprimer ses sentiments, ses soucis, son bonheur pendant cette période intense, cela peut contribuer au rapprochement du couple et de la famille²⁸⁷.

Le développement sain de la petite enfance se joue sur plusieurs plans : physique, social/émotionnel et langagier/cognitif²⁸⁸. De nombreux problèmes liés à la santé, à la société et à la justice apparaissant plus tard dans la vie plongent leurs racines dans la petite enfance. Aussi, les parents ont besoin du soutien des PS et des programmes communautaires pour les aider à favoriser le plus possible la croissance et le développement de leur bébé dès la naissance.

6.1 SYSTÈMES POUR FAIRE LE SUIVI DES FAMILLES APRÈS LA NAISSANCE

Le soutien postnatal dans la communauté est à planifier selon une approche des soins axée sur la famille; d'où l'importance de tenir compte d'une diversité d'expériences et de besoins chez la femme en raison des multiples contextes sociaux et culturels de son expérience postnatale²⁸⁹. La femme, son conjoint et son nouveau-né figureront au centre des soins, et les stratégies seront planifiées et déployées pour répondre à leurs besoins, en respectant les préférences et les décisions de la femme, tout en veillant à ce qu'elle soit traitée avec gentillesse, respect et dignité^{29,289,290}.

Les femmes, les nouveau-nés et les familles ont différents points d'accès aux soins postnatals dans la communauté. Il s'agit souvent de nombreux PS (p. ex., médecins, infirmières et sages-femmes; conseillères en allaitement et diététistes agréés; travailleurs sociaux et psychologues) et d'autres fournisseurs de soins dans la communauté (p. ex., doulas et visiteurs à domicile en santé maternelle et infantile après la naissance). Elles sollicitent et reçoivent également l'appui de divers membres de la famille et des pairs.

Dans le meilleur des cas, les stratégies de soutien postnatal dans la collectivité visent à être holistiques et exhaustives, et adoptent une approche des soins interdisciplinaires à la fois efficace et efficiente²⁸⁹. Les femmes devraient avoir plusieurs choix pour le type de soutien qui répond à leurs besoins. Il est essentiel que les femmes disposent d'un premier point de contact constant (par exemple, une infirmière de la santé publique, une sage-femme ou une infirmière praticienne) pour qu'elles sachent à qui s'adresser pour obtenir de l'aide.

Au Canada, les services postpartum sont offerts par les hôpitaux, centres de santé, organismes communautaires et dispensateurs de soins de santé publique et de soins primaires. Certaines administrations au pays disposent de centres qui offrent de l'éducation, du soutien et des programmes aux nouvelles mères et aux jeunes familles. Divers modèles sont utilisés : appels téléphoniques, services de triage téléphonique, visites en clinique (avec et sans rendez-vous) et visites à domicile²¹⁵. Compte tenu des nombreux fournisseurs et groupes qui dispensent des soins, mais du manque de coordination entre les établissements, les soins postnatals risquent de se fragmenter. Cette coordination du soutien dans la communauté est d'autant plus essentielle que la plupart des femmes qui accouchent rentrent chez elles après un très court séjour à l'hôpital (ou au centre de naissance).

La planification des soins postnatals locaux permet d'accroître tant l'efficacité que l'efficience. Les lignes directrices du NICE recommandent un professionnel de la santé coordonnateur pour chaque cas postnatal et un plan écrit de soins individualisés, élaboré de concert avec la femme²⁴. Il est essentiel que les mères et les familles connaissent les soutiens communautaires pertinents offerts dans leur région – idéalement sous la forme d'un document ou d'un site Web répertoriant l'information.

L'accès au soutien professionnel postnatal dans la collectivité est certes essentiel pour obtenir des résultats positifs en matière de santé pour les femmes, les enfants et les familles, mais il est reconnu que les réseaux de soutien social constituent même l'un des principaux déterminants de la santé²⁹¹. Il est également important que les femmes aient accès à leurs propres réseaux de soutien social. Les médias sociaux leur permettent de former des groupes virtuels de soutien et d'échange d'information. Les femmes peuvent également avoir accès à divers sites Web contenant des renseignements fondés sur des données probantes, comme ceux de l'ASPC, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes professionnels, pour répondre à des questions sur les autosoins et les soins aux bébés. Par ailleurs, les PS peuvent les aider à déterminer les sites Web ou de médias sociaux qui peuvent être utiles et ceux qu'il serait préférable d'éviter parce que non utiles ni fondés sur des données probantes.

Idéalement, la planification de la période postnatale commencera pendant la grossesse. Les cours prénatals peuvent fournir une source de soutien postnatal provenant d'autres familles qui vivent les mêmes expériences^{41,292}.

L'Annexe B énumère des lignes directrices et des modèles innovateurs en matière de soins postnatals canadiens et internationaux. Veuillez consulter l'Annexe C pour un aperçu des diverses méthodes utilisées pour dispenser de tels soins dans la collectivité.

6.2 SOINS POSTNATAUX CONTINUS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ

Le soutien et les soins postnatals continus doivent être assurés conformément aux principes des soins dans une perspective familiale. Il est important de cerner et de respecter les opinions, croyances et valeurs de la femme et de la famille. La mère devrait pouvoir contribuer pleinement à déterminer le moment et le contenu de chaque contact postnatal avec ses PS afin que les soins prodigués répondent à ses besoins et à ceux de son bébé, et qu'ils soient souples^{24,41}.

À chaque rencontre postnatale, la mère et son conjoint devraient avoir la possibilité d'exprimer leurs sentiments et préoccupations, et de parler de leur bien-être physique et émotionnel, de l'allaitement, du repos, des douleurs ou des malaises, ainsi que de toute préoccupation en ce qui concerne le bébé. Par la même occasion, les PS pourront examiner la manière dont la mère gère ses expériences quotidiennes, ainsi que ses soutiens familiaux et sociaux, et encourager les femmes et leur famille (ou conjoint) à faire part de tout changement d'humeur, d'état émotionnel et de comportement ne correspondant pas à leur profil normal²⁴. Les PS seront conscients des signes de problèmes de santé émotionnels qui surviennent au cours des semaines et des mois suivant la naissance.

Les experts en santé ont élaboré un certain nombre de méthodes – normes écrites en matière de soins, plans de soins, cartes ou sentiers, soins gérés, etc. – pour s'assurer que les critères relatifs à la santé et à l'ajustement de la mère et du nouveau-né sont respectés pendant la période postnatale. Ces critères, aussi appelés *indicateurs* ou *résultats*, comprennent des détails sur la mère, le bébé et le système de soutien social ou familial de la famille. Même si ces outils sont utiles, l'accent devrait toujours être mis sur le soutien à la transition de la mère et du bébé en fonction de l'expérience et des besoins individuels.

6.3 VIOLENCE ENTRE CONJOINTS INTIMES ET MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ENFANTS

Les PS sont bien positionnés pour reconnaître les signes de violence familiale, y compris la violence entre conjoints intimes, de même que l'exposition des enfants à la violence entre conjoints intimes et à d'autres formes de mauvais traitements. Ces formes de violence peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé de la mère et de l'enfant, et les effets peuvent persister au fil du temps. Il est important que les PS soient équipés pour reconnaître les situations de violence familiale et y réagir en toute sécurité, et s'assurer que leurs interactions, ou interventions, ne contribuent pas à victimiser davantage la mère ou l'enfant.

Selon l'Enquête sur l'expérience de la maternité, environ une femme sur dix ayant accouché a indiqué avoir subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux années précédentes, le plus souvent, avoir été poussée, saisie ou bousculée d'une manière qui aurait pu causer des blessures²¹⁵. Plus de la moitié (52 %) ont déclaré que leur conjoint ou compagnon avait exercé de la violence à leur endroit. Un tiers (31 %) des femmes ont subi un acte de violence pendant la grossesse, et 16 % ont indiqué que la violence avait augmenté après la naissance du bébé; 52 %, qu'elle avait diminué et 32 %, qu'elle était demeurée au même niveau. Parmi les femmes qui ont fait état de violence, 61 % ont indiqué avoir discuté du problème ou reçu de l'information sur la conduite à tenir si elle subissait de la violence²¹⁵.

La violence entre conjoints intimes a été associée, chez les femmes, à des troubles de santé mentale, le plus souvent la dépression, les troubles anxieux et les troubles de stress post-traumatique (TSPT). Parmi les autres effets sur la santé mentale, mentionnons une mauvaise estime de soi, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, les phobies et les troubles de panique, la toxicomanie, les troubles de la personnalité antisociale et la psychose²⁹³.

La violence entre conjoints intimes est également associée à la dépression postpartum²⁹⁴.

Les mauvais traitements infligés aux enfants comprennent la violence physique, sexuelle, émotionnelle et psychologique ainsi que la négligence. L'exposition à la violence entre conjoints intimes est aussi une forme de violence envers les enfants²⁹⁵. Les mauvais traitements infligés aux enfants sont un problème de santé publique majeur associé à un large éventail de résultats négatifs sur le plan de la santé tout au long de la vie. Environ un tiers des adultes canadiens (32 %) déclarent avoir subi de la violence physique ou sexuelle, ou avoir été exposés à la violence entre conjoints intimes avant l'âge de 16 ans²⁹⁶.

La législation provinciale et territoriale sur la protection de l'enfance estime que l'exposition d'un enfant à la violence entre conjoints intimes ou à la violence familiale constitue une forme de mauvais traitement, et les PS sont tenus de le signaler²⁹⁶.

La violence au foyer a une incidence négative sur les bébés, qu'ils la subissent directement, par exemple, des blessures subies pendant qu'on les tient au cours d'un acte de violence physique, ou indirectement, en raison de leur dépendance envers leurs principaux fournisseurs de soins pour leur soutien émotionnel²⁹⁷. Lorsque le principal fournisseur de soins vit un événement stressant, cette première source de réconfort de l'enfant évoque peur et détresse. Ce schéma répétitif entraînera sans doute des troubles de l'attachement, ce qui peut contribuer à des problèmes de comportement plus tard au cours de l'enfance. Les bébés et les jeunes enfants victimes d'incidents de violence répétés à la maison risquent fort de ne pas pouvoir bien gérer leurs émotions et leurs comportements en raison d'un manque de sécurité affective²⁹⁷.

Les recherches sur les expériences négatives dans l'enfance ont révélé que les événements traumatisants vécus pendant l'enfance (comme la violence, la négligence et les dysfonctionnements familiaux) sont liés à une probabilité accrue de développer des problèmes physiques, comportementaux et sociaux à l'âge adulte²⁹⁸.

Les directives canadiennes et de l'OMS ne recommandent pas le dépistage universel de la violence entre conjoints intimes^{299,300}. Les PS sont bien positionnés pour s'informer sur la violence entre conjoints intimes au moment d'évaluer des problèmes médicaux qui peuvent avoir été causés, ou exacerbés, par la violence. Dans le contexte des soins périnataux, les PS envisageront de s'informer au sujet de la violence entre conjoints intimes au cours de l'évaluation, et par la suite au besoin³⁰⁰.

Avant de poser des questions sur la violence conjugale, on aura soin de respecter certaines conditions de sécurité. Une intervention sécuritaire à la suite d'une divulgation faite par un adulte se conformera au protocole LIVES : Écouter, S'informer des besoins et préoccupations, Valider, Renforcer la sécurité et Soutenir³⁰¹. Le PS s'entretiendra avec la femme en postpartum en l'absence de son conjoint et de tout enfant parlant, et évaluera son risque de danger immédiat (et celui de tout enfant). Une fois que la violence entre conjoints intimes a été divulguée et que la sécurité immédiate a été abordée, il revient aux PS d'évaluer le besoin de suivi en tenant compte du soutien et des soins disponibles, ainsi que des forces, besoins, priorités et préférences de la personne³⁰⁰.

6.4 NUTRITION ET POIDS SANTÉ DE LA MÈRE

La nutrition après l'accouchement et l'atteinte d'un poids santé après une grossesse peuvent avoir une incidence sur la santé maternelle et infantile à court et à long terme. La SOGC affirme que les femmes en postpartum peuvent atteindre une nutrition optimale en mangeant une variété d'aliments de haute qualité et en suivant les conseils du *Guide alimentaire canadien*.

Les femmes qui allaitent ont des besoins énergétiques plus élevés et doivent donc manger un peu plus de nourriture chaque jour que celles qui n'allaitent pas. *Le Guide alimentaire canadien* recommande la consommation régulière de légumes, de fruits, de grains entiers et d'aliments protéiques. La carence en certains éléments nutritifs, dont la thiamine, la riboflavine, la vitamine B6, la vitamine B12, la choline, la vitamine A, la vitamine D, le sélénium et l'iode, peut se traduire par des déficiences dans le lait maternel³⁰². Santé Canada recommande que toutes les femmes qui peuvent tomber enceintes, y compris celles qui allaitent, prennent une multivitamine contenant 400 µg (0,4 mg) d'acide folique tous les jours³⁰².

Certaines femmes, par exemple celles à faible revenu, les femmes autochtones ou celles qui viennent d'arriver au Canada, ou les réfugiées, peuvent être plus à risque de problèmes nutritionnels^{303,304}. Des obstacles d'accès à des aliments nutritifs, ou le manque de connaissances à ce chapitre, peuvent compromettre la capacité des femmes et des familles à manger adéquatement. Il est important que les femmes reçoivent du counseling en nutrition adapté à leurs besoins et à leur culture.

Reportez-vous aux lignes directrices de la SOGC *Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà* pour connaître les composantes de l'alimentation maternelle pouvant influencer sur les bébés qui allaitent³⁰⁵.

Poids après l'accouchement

La perte de poids au cours de la période postpartum devrait être graduelle. Il existe peu de preuves que la perte graduelle de poids affecte le volume et la qualité du lait maternel une fois la lactation établie.³⁰⁵ La SOGC souligne la nécessité d'adopter une nutrition optimale afin d'obtenir un poids corporel idéal après l'accouchement. Les visites postpartum peuvent offrir l'occasion de vérifier la rétention ou la réduction du poids, les habitudes alimentaires saines et l'exercice physique.

Reportez-vous aux lignes directrices de la SOGC *Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà* pour de plus amples renseignements³⁰⁵.

Les PS sont bien placés pour reconnaître chez la mère des conditions préoccupantes; par exemple, une perte de poids soudaine ou, au contraire, la présence l'obésité. Les connaissances scientifiques sur l'obésité et son traitement ont permis d'établir que l'obésité est une maladie et non un produit d'un mode de vie inadéquat. À cet égard, on aura soin d'éviter d'humilier et de stigmatiser la personne³⁰⁶.

Veillez consulter les lignes directrices de la SOGC *Obésité et grossesse* afin d'obtenir des recommandations sur le counseling et les soins aux femmes atteintes d'obésité.

6.5 SEXUALITÉ ET CONTRACEPTION

De nombreux facteurs influent sur la sexualité de la femme pendant la période postnatale : sa culture, son expérience avant et pendant la grossesse, sa relation, sa physiologie et son état émotionnel et psychologique³⁰⁷. Cette situation est exacerbée par l'expérience de l'accouchement, la fatigue, le rétablissement physique après le travail et l'accouchement, les changements que son corps subit après l'accouchement, les soins à son bébé et les douleurs ou malaises périnéaux.

En raison des changements physiologiques et émotionnels liés au nouveau rôle parental, les femmes et leur conjoint peuvent éprouver de la difficulté à maintenir l'intimité au cours de la période postnatale, même si cette dimension demeure importante pour la santé de leur relation. Par ailleurs, les femmes et les PS ont souvent de la difficulté à aborder les changements sexuels, l'adaptation et l'intimité au cours de la période postpartum. Toutefois, les préoccupations sexuelles sont courantes chez les femmes, et celles-ci apprécieront le fait que leur PS soulève le sujet et offre un soutien pour toutes les préoccupations qu'elles et leur conjoint peuvent avoir^{308,309}.

Il est très courant que le désir sexuel soit faible, ou inexistant, durant la période postpartum. Au cours des premiers mois, il est normal de nourrir moins d'intérêt pour l'activité sexuelle qu'avant ou pendant la grossesse, et cette situation peut perdurer jusqu'à un an après l'accouchement^{310,311}.

Entre 22 et 86 % des femmes vivent des changements dans leur fonctionnement sexuel à la période postnatale, en particulier celles qui ont eu un accouchement vaginal assisté plutôt qu'un accouchement spontané ou par césarienne³¹². Un certain nombre d'études ont établi un lien entre l'épisiotomie ou les lacérations du périnée et la naissance vaginale opératoire avec dyspareunie, qui peut persister pendant un certain nombre de mois^{313,314}. Les femmes qui ont accouché par césarienne peuvent également ressentir de l'inconfort au cours des relations sexuelles^{312,315}.

Veillez consulter les documents *Directive clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme* de la SOGC et *Sexual and Reproductive Health Counselling by Health Care Professionals* pour obtenir des renseignements sur l'évaluation et les soins de santé sexuelle des femmes en postpartum.

Contraception et prévention des infections transmises sexuellement

Les femmes en postpartum ont besoin d'informations sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que sur les méthodes compatibles avec l'allaitement maternel. À ce sujet, la SOGC recommande ce qui suit^{316,317} :

- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée peut être utilisée pendant les six premiers mois si les règles de la femme n'ont pas recommencé et si le bébé est exclusivement nourri au sein, à la demande, jour et nuit, et ne reçoit pas d'autres aliments ou liquides³¹⁸. La femme devra utiliser une autre forme de contraception après le retour des règles ou si le bébé a plus de six mois, s'il n'est plus exclusivement allaité, s'il dort toute la nuit ou s'il y a de longs intervalles entre les tétées³¹⁸.

- Les femmes en postpartum peuvent être candidates pour un IUC, qui peut être inséré immédiatement après l'accouchement. Toutefois, les femmes sont plus exposées à la perforation utérine lors de l'insertion de l'IUC au cours de la première année après l'accouchement.
- Les contraceptifs hormonaux peuvent être utilisés par les femmes non allaitantes à partir de 3 ou 4 semaines après l'accouchement. Certaines méthodes hormonales de contraception réduisent la production de lait, mais le contraceptif contenant un progestatif seulement ne semble pas interférer avec la lactation. Les pilules contraceptives combinées à l'oestrogène-progestatif actuellement disponibles n'interfèrent pas avec la quantité ou la qualité du lait maternel une fois que l'alimentation est établie.
- Le préservatif est une option contraceptive efficace pour les femmes qui allaitent ou qui n'allaitent pas. Il protège également les deux conjoints contre les IST.

Veillez consulter les lignes directrices de la SOGC *The Canadian Contraception Consensus Guidelines* pour obtenir une orientation sur l'utilisation de méthodes de contraception chez les femmes en postpartum et qui allaitent afin d'éviter la grossesse et les IST.

6.6 IMMUNISATION

L'immunisation est une intervention de santé publique économique, éprouvée, qui permet d'éviter des maladies, des handicaps et des décès importants.³¹⁹ Les vaccins fonctionnent le mieux lorsqu'ils sont administrés à temps, dès l'enfance. Les enfants sont vaccinés dès le début de la vie parce qu'ils sont alors vulnérables aux maladies, et les conséquences peuvent être très graves. Le programme de vaccination vise à protéger les bébés et les enfants avant qu'ils ne soient exposés à des maladies évitables par la vaccination.

Des éclosions périodiques de maladies, comme la rougeole, pouvant causer le décès ou une invalidité, peuvent se produire parce que tous les Canadiens ne sont pas immunisés³²⁰. L'ASPC signale que 23 % des enfants n'ont pas reçu les quatre doses recommandées de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos avant l'âge de 2 ans³²¹. Au cours des dix dernières années, le nombre d'éclosions de rougeole a augmenté dans plusieurs provinces, cinq d'entre elles touchant plus de 10 cas. Ces éclosions résultent en grande partie de l'importation du virus d'autres pays, ce qui fait que des enfants vulnérables, y compris ceux qui ne sont pas immunisés, contractent la maladie³²².

Certains parents hésitent ou résistent à faire vacciner leurs bébés. Les raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas complètement immunisés sont complexes et particulières au contexte, et souvent propres à la collectivité. Une minorité bruyante, soit environ 2 % des Canadiens, s'oppose aux vaccins; elle n'est pas toutefois la principale raison du manque de couverture, même si le nombre de parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants augmente. Certains peuvent être complaisants, tenant les taux de vaccination et l'immunité collective pour acquis; alors que d'autres sont portés à douter de l'innocuité des vaccins ou de leur nécessité, ayant été convaincus par la désinformation d'effets néfastes des vaccins; et d'autres ne font pas vacciner leurs enfants en raison du temps et des efforts requis, ou s'inquiètent de la douleur causée par les injections³²³.

La SCP recommande que les PS acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour travailler avec les parents qui hésitent en ce qui concerne la vaccination. Les parents consultent souvent les PS pour obtenir des éclaircissements sur l'immunisation. Les PS auront donc soin de partager des renseignements fondés sur des données probantes concernant la vaccination des bébés de manière que les parents puissent facilement comprendre, et d'explorer les raisons invoquées par les familles pour ne pas faire vacciner leurs enfants³²⁴. Aussi, il est essentiel d'établir un lien de confiance avec les parents et de savoir maintenir la communication. Chaque parent requiert des renseignements adaptés à ses besoins particuliers.

Il est important de comprendre les préoccupations particulières d'un parent, et de faire preuve de bienveillance à l'égard de l'enfant et de la famille. Le récit de cas de maladies évitables par la vaccination au Canada peut contribuer à éduquer les parents. Prendre le temps de transmettre l'information clairement, calmement et efficacement peut engendrer une attitude plus réceptive en ce qui concerne la vaccination d'un enfant³²⁵.

Pour plus d'information, veuillez consulter le point de pratique de la SCP *Les parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants*.



Le *Guide canadien d'immunisation*, fondé sur les directives du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), fournit des lignes directrices sur l'immunisation des bébés, des enfants, des jeunes et des adultes, ainsi que des recommandations précises pour les femmes qui allaitent et en postpartum. Ce guide comprend un calendrier de vaccination pour les maladies suivantes à l'intention des bébés et tout-petits jusqu'à 18 mois :

- Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio
- *Haemophilus influenza* de type b
- Rotavirus
- Infection à pneumocoque
- Grippe
- Méningococcie
- Rougeole
- Oreillons

- Rubéole
- Varicelle
- Hépatite B

Bien que le CCNI fasse des recommandations au niveau national, de leur côté les provinces et les territoires déterminent leurs programmes et calendriers particuliers. Les PS se reporteront donc aux calendriers d'immunisation de leur administration respective.

Il est essentiel que frères et sœurs, parents, grands-parents, autres membres de la famille et visiteurs aient tous leurs vaccins à jour lorsque bébé arrive à la maison. C'est particulièrement important si le bébé ou la mère présentent un état de santé sous-jacent ou des vulnérabilités susceptibles d'augmenter le risque de maladies transmissibles, comme la coqueluche et la grippe.



CONCLUSION

Une nouvelle naissance implique de nombreuses transitions et adaptations tant pour la femme et la famille que pour le nourrisson lui-même. Les parents peuvent ressentir des émotions diverses par suite d'une naissance : joie, émerveillement et bonheur, ou encore anxiété, inquiétude et fatigue. Il s'agit là de sentiments normaux. Les mères doivent apprendre à s'adapter physiquement et psychologiquement après la naissance, car elles éprouvent des malaises variées : manque de sommeil, inconfort physique, douleurs, changements dans les relations. S'occuper d'un bébé est exigeant et nécessite de nombreuses adaptations de la part des parents. Bien que la période postpartum soit une phase normale et saine de la vie, c'est un moment difficile pour la famille, même si les parents se sentent à l'aise dans leur nouveau rôle.

La prestation de soins à la mère et au nouveau-né axés sur la famille à l'intention des femmes, de leur conjoint et de leur famille pendant la période postnatale est un élément essentiel des soins offerts par tous les établissements, organismes et programmes. Il est donc important que les PS qui travaillent avec les mères, le conjoint, le nouveau-né et la famille se concentrent sur leurs valeurs et besoins individuels. À mesure que les femmes, leur conjoint et leur famille immédiate développeront l'attachement et la confiance dans la prise en charge du nouveau-né, ils auront également besoin du soutien de la famille élargie et de leurs amis, ainsi que des fournisseurs de soins et des programmes communautaires.

ANNEXE A – RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

LIGNES DIRECTRICES SUR LA PRATIQUE CLINIQUE ASSOCIÉES AUX SOINS POSTNATAUX

Alberta Health Services

www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-mncy-pp-nb-pathway.pdf

Manitoba Health, Healthy Living and Seniors

www.gov.mb.ca/health/publichealth/phnursingstandards/docs/Postpartum_Nursing_Care_Pathway.pdf

www.gov.mb.ca/health/publichealth/phnursingstandards/index.html

Ontario—Provincial Council for Maternal and Child Health

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

Perinatal Services BC

www.perinataleservicesbc.ca/health-professionals/guidelines-standards/maternal

www.perinataleservicesbc.ca/health-professionals/guidelines-standards/newborn

Reproductive Care Program of Nova Scotia

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

Société canadienne de pédiatrie

www.cps.ca/fr/documents/autors-auteurs/comite-etude-du-foetus-et-nouveau-ne

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

www.jogc.com/lignes-directrices-actuelles

ALLAITEMENT MATERNEL

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale – Guide pratique en allaitement pour les médecins

<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1971954>

Agence de la santé publique du Canada – Protéger, promouvoir et soutenir l’allaitement maternel : un guide pratique pour les programmes communautaires

www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/publications/protoger-promouvoir-soutenir-allaitement-maternel.html

Baby-Friendly Newfoundland & Labrador – Physician’s Toolkit Breastfeeding: Quick Reference Guide

<https://babyfriendlynl.ca/app/uploads/2019/01/BFToolkitQuickReference.pdf>

Meilleur départ – Breastfeeding Guidelines for Consultants – Desk Reference

<https://resources.beststart.org/fr/product/b03e-breastfeeding-guidelines-for-consultants-fr>

Santé Canada – La nutrition du nourrisson né à terme et en santé

www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson.html

Santé publique Toronto – Breastfeeding Protocols for Health Care Providers

www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Meilleur départ – Prescription Opioid Use

<https://resources.beststart.org/fr/product/a33e-prescription-opioid-use-guide-fr>

MotherToBaby

<https://mothertobaby.org>

Perinatal Services BC & British Columbia Centre on Substance Use – Treatment of Opioid Use Disorder During Pregnancy: Guideline Supplement

www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/OU-D-Pregnancy.pdf

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

Saskatchewan Prevention Institute – Neonatal Abstinence Syndrome

<https://skprevention.ca/resource-catalogue/infants/neonatal-abstinence-syndrome>

CULTURE

Association des infirmières et infirmiers du Canada - Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers

https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce_de_position_encourager_la_competence_culturelle_dans_les_soins_infirmiers.pdf?la=fr&hash=89D7C1B4E1739D3FA949053516A4A165BF-ECD020

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>

ÉVALUATION ET SOINS MATERNELS ET NÉONATAUX

Perinatal Services BC – Newborn & Postpartum Toolkit

www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/pathways-toolkits/newborn-postpartum-toolkit

Rourke Baby Record

www.rourkebabyrecord.ca/default

The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG Postpartum Toolkit

www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/publications/2018-postpartum-toolkit.pdf

LGBTQ2

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

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

<https://csepguidelines.ca/fr>

SANTÉ AUTOCHTONE

Anishnawbe Health Toronto – Aboriginal Cultural Safety Initiative

www.aht.ca/component/content/article/91-acsi/104-aboriginal-cultural-safety-initiative

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>

Provincial Health Services Authority in 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>

Meilleur départ – Perinatal Mood Disorders: An Interdisciplinary Training Video

<https://resources.beststart.org/fr/product/m08e-perinatal-mood-disorders-training-video-fr>

Santé publique Ontario – Trousse de santé mentale périnatale

www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/health-promotion/maternal-infant-health/hhdt

Saskatchewan Prevention Institute – Resource Catalogue

<https://skprevention.ca/product-category/mental-health>

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

CAN-ADAPTT – Pregnets

www.nicotinedependenceclinic.com/en/pregnets

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

Le projet VEGA

<https://vegaproject.mcmaster.ca/fr-ca/accueil>

Organisation mondiale de la Santé

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

ANNEXE B – APPRENDRE DES AUTRES – MODÈLES ET DIRECTIVES SUR LES SOINS POSTNATAUX

Pays-Bas

Les Pays-Bas disposent d'un système de soins postpartum assuré par des *kraamverzorgenden* – des assistantes à la maternité à domicile. Ces soignantes formées se rendent chez les nouveaux parents, observent la mère et son bébé, offrent de l'information sur les soins et l'alimentation des bébés, et peuvent même aider dans les tâches ménagères, les courses et la cuisine. Ce service est populaire, mais en raison d'une récente pénurie de soignantes, le nombre moyen d'heures d'assistance à la maternité à domicile au cours des huit premiers jours suivant l'accouchement normal a fléchi, passant de 64 à 44 heures³²⁶.

Grâce aux lignes directrices élaborées tant par le gouvernement que par les compagnies d'assurance et les organisations professionnelles, les soins de maternité aux Pays-Bas sont considérés comme « remarquables par leur degré de coopération entre les PS à différents niveaux et à différents endroits du système »³²⁶. Les femmes enceintes peuvent se déplacer librement entre les établissements de soins et les PS, y compris les sages-femmes, les médecins généralistes et les spécialistes.

France

En France, la plupart des bébés naissent à l'hôpital. Lorsque les familles quittent l'hôpital, on leur fournit le numéro de téléphone de l'infirmière de pouponnière de leur région et on les encourage à appeler pour toute question ou préoccupation. Les nouveau-nés reçoivent un dossier de santé, qui contient tous leurs renseignements médicaux, y compris les vaccins, jusqu'à l'âge de 16 ans. Ce dossier, considéré comme un document essentiel, facilite la communication entre les PS et les familles³²⁷.

Les examens médicaux obligatoires des enfants sont effectués régulièrement. Le premier a lieu dans les 8 jours suivant la naissance, un autre au 9^e ou au 10^e mois, et le dernier au 24^e ou 25^e mois. Les mères et les enfants ont accès à des soins interdisciplinaires (« Protection maternelle et infantile ») dans des cliniques locales spécialisées. Le personnel y effectue des contrôles postnataux, offre des conseils sur la nutrition et la santé et peut administrer les vaccins³²⁷.

Canada

Nouvelle-Écosse – Healthy Babies, Healthy Families: Postpartum & Postnatal Guidelines

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a élaboré le document *Healthy Babies, Healthy Families: Postpartum & Postnatal Guidelines*, qui fournit des conseils pour l'organisation des services postnataux. Ces directives ont été produites pour améliorer et soutenir la prestation de soins de haute qualité aux femmes, à leur bébé et à leur famille à l'échelle de la province au cours des six premières semaines suivant l'accouchement. Elles contiennent des recommandations qui portent sur la stabilité physiologique, l'alimentation ou la nutrition du nourrisson et la surveillance de la croissance, l'adaptation psychosociale et familiale, l'attachement parent-enfant/le rôle parental, le renforcement des capacités, la transition vers la maison et la collectivité, l'accès des familles au soutien communautaire, les modes de vie et les environnements sains, la pratique collaborative et les compétences professionnelles³²⁸.

Ontario – Standards of Postnatal Care

Le document *Standards of Postnatal Care* énonce les critères de soins postnataux pour les mères et les bébés en Ontario immédiatement après l'accouchement. Ces normes définissent les modèles, méthodes ou systèmes visant à améliorer la coordination des soins, ainsi qu'un cadre d'évaluation pour surveiller leur incidence. Pour appuyer leur mise en œuvre, un autre rapport a été élaboré : *Standards of Postnatal Care for Mothers and Newborns in Ontario (Part II): A focus on implementation and evaluation*.

Ce rapport donne un aperçu des recommandations de mise en œuvre visant à améliorer la prestation des soins postnataux. Il propose également un cadre d'évaluation qui détermine les normes à prioriser pour assurer la surveillance dans l'ensemble de la province⁴².

Ontario – Monarch Centre – Ottawa

Le Monarch Centre est une clinique multidisciplinaire de santé maternelle et néonatale, qui offre des soins complets fondés sur des données probantes. Après l'accouchement et le congé de l'hôpital, les bébés nés à l'Hôpital d'Ottawa et leur mère peuvent être renvoyés au Monarque Centre pour leur première consultation dans les 24 à 48 heures. Les infirmières autorisées, les consultantes en allaitement agréées par le conseil d'administration et les médecins de famille du Monarch Centre se spécialisent dans les soins à la mère et au nouveau-né, et fournissent tous le soutien nécessaire à l'allaitement maternel, le contrôle de la bilirubine pour l'ictère, le dépistage néonatal et les examens complets après l'accouchement, ainsi que les services et le suivi pour la mère et le bébé.

Le Monarch Centre coordonne les congés directement avec les PS de l'hôpital pour s'assurer que la mère et le bébé reçoivent leur congé lorsqu'ils sont prêts et que cela est indiqué sur le plan médical. À la suite du congé coordonné de l'hôpital, Monarch appuie la transition vers la maison de la nouvelle famille³²⁹.

Colombie-Britannique – The Nurse-Family Partnership

Le Nurse-Family Partnership (NFP) est un programme intensif de visite à domicile conçu pour aider les jeunes femmes qui sont mères pour la première fois et leur enfant. Une infirmière de santé publique rend visite aux femmes inscrites tout au long de leur grossesse et jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans. Les objectifs sont d'améliorer la santé et le développement des enfants tout en améliorant les conditions de vie des mères.

La McMaster University, en Ontario, a mené une étude pilote sur ce programme, et la Colombie-Britannique procède à une évaluation randomisée d'essais contrôlés. Aux États-Unis, le programme a permis d'améliorer le rôle parental, de réduire les blessures et les empoisonnements et d'améliorer le développement émotionnel et langagier des bébés. On a également constaté que les mères en avaient bénéficié, notamment par une plus grande participation à la vie active et une moins grande dépendance à l'égard de l'aide sociale^{330,331}.

ANNEXE C – MÉTHODES UTILISÉES POUR DISPENSER DES SOINS POSTNATAUX DANS LA COLLECTIVITÉ

Cliniques sans rendez-vous : Habituellement composées d’infirmières, de sages-femmes et de consultantes en lactation, les cliniques postpartum accueillent à la fois les visites sans et avec rendez-vous de la mère et du bébé. Le programme prend en compte le soutien à l’allaitement, ainsi que l’évaluation, les préoccupations et le counseling en matière de santé.

Visites à domicile : La visite à domicile par une infirmière ou une sage-femme constitue un élément traditionnel du suivi des soins à la mère et au nouveau-né. La durée et la fréquence des visites varient selon les besoins de la famille et les particularités du programme. Les renvois aux visites à domicile sont effectués par le personnel de liaison de l’hôpital ou de la communauté ou par la mère elle-même; souvent, ils sont régis par l’évaluation « urgente » du besoin évalué. Dans certaines régions, les visites à domicile ont été interrompues ou remplacées par un soutien communautaire qui exige un déplacement pour la mère. Certains hôpitaux ont mis en place le suivi à domicile par leur personnel chargé de l’accouchement auprès des mères dans le besoin, comme l’indiquent les critères de risque ou le besoin d’une aide supplémentaire. Certains modèles de visites à domicile font appel à un amalgame de visiteurs professionnels et paraprofessionnels.

En ligne : Les ressources d’information postpartum en ligne incluent les médias sociaux, les sites Web et les blogs. Elles permettent aux femmes de s’entretenir avec d’autres mères, de partager leurs expériences et d’obtenir des renseignements sur les soins pour s’occuper d’elles-mêmes et de leur nouveau-né.

Cours sur le rôle parental : Comme dans le cas des cours prénataux, certains parents profitent de discussions de groupe ou individuelles sur le rôle parental pendant la période postnatale, et ainsi en apprennent davantage sur leur rôle de parents.

Soutien par les pairs : Le soutien de mère à mère est offert de diverses façons, en personne, au téléphone, au moyen des médias sociaux ou par des textes. La personne qui offre un soutien est ou était dans une situation similaire à celle du pair. Certains services de soutien par les pairs traitent de sujets particuliers tels que l’allaitement maternel ou la dépression postpartum, tandis que d’autres offrent un soutien postpartum général.

Lignes téléphoniques : Certaines provinces et collectivités ont commencé à offrir un soutien téléphonique et des conseils aux nouveaux parents. Les parents peuvent poser des questions, parfois de jour comme de nuit, sur les préoccupations personnelles, parentales et postnatales en matière de santé. Les questions portent habituellement sur l’allaitement maternel, les pleurs, les moyens d’adaptation à la maison et les ressources communautaires. Les lignes téléphoniques peuvent être reliées à des lignes d’informations générales sur la santé ou à des services postnataux dans les hôpitaux, ou gérées par des bureaux de santé publique ou des organismes communautaires.

Médecin/sage-femme : Les évaluations de suivi sont effectuées par le médecin, la sage-femme ou un autre PS dans la collectivité ou à domicile. La planification et l'heure des visites dépendent de la santé générale de la mère et du nouveau-né; des complications de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale; et des soutiens familiaux et communautaires disponibles.

Suivi téléphonique : Un appel téléphonique d'infirmières en santé publique ou communautaire ou de sages-femmes permet de s'assurer que le plan postnatal est en place et fonctionne bien. Des résultats précis liés à l'alimentation et au bien-être de la mère et du bébé peuvent y être abordés. L'entrevue téléphonique peut donner lieu à un renvoi à un organisme communautaire pour l'obtention de services, comme une visite à domicile ou un autre suivi.

Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) est un programme du gouvernement du Canada qui accorde du financement aux groupes communautaires qui contribuent à améliorer la santé des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leur bébé, qui sont dans des situations susceptibles de nuire à leur santé, comme la pauvreté, la grossesse adolescente, l'isolement social et géographique, la consommation de substances ou la violence familiale. Le PCNP vise à améliorer la santé des femmes et de leur bébé en accroissant le nombre de bébés ayant un poids santé à la naissance et en favorisant et soutenant l'allaitement. Il assure un soutien prénatal adapté à la culture pour femmes autochtones et immigrantes nouvellement arrivées. Le programme fournit des conseils en matière de nutrition, des vitamines prénatales, de la nourriture et des bons alimentaires, une formation en préparation des repas, des conseils relatifs à la santé prénatale et au mode de vie, de l'éducation et un soutien en matière l'allaitement, de l'éducation et un soutien en matière de soins des nourrissons et de développement de l'enfant, ainsi qu'un aiguillage vers d'autres organismes et services.

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) est un autre programme du gouvernement du Canada qui accorde du financement aux groupes communautaires dont l'objectif est de promouvoir le développement sain des familles (ayant des enfants de la naissance à 6 ans) qui vivent dans des situations susceptibles de nuire à leur santé, comme la pauvreté, la grossesse adolescente, l'isolement social et géographique, la consommation de substances et la violence familiale. Le programme vise à renforcer le développement sain des enfants en améliorant les compétences parentales et les relations parents-enfants, en diminuant l'isolement social, en augmentant l'estime de soi chez l'enfant et en offrant des activités axées sur les enfants. Les services peuvent comprendre un soutien en matière de nutrition et des cuisines collectives, des centres de ressources familiales, des cours sur le rôle parental et des groupes libres, des activités pour la santé et le développement de l'enfant, des programmes de sensibilisation et de visites à domicile, et des programmes spécialisés, comme ceux à l'intention des mères aux prises avec un problème de toxicomanie³³².

RÉFÉRENCES

1. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Keenan-Lindsay L, Sams CA. Maternal child nursing care in Canada. 2^e éd. Toronto (ON): Elsevier; 2017.
2. Higginbottom GMA, 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).
3. 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 22 juin 2020]. Accès : www.beststart.org/resources/rep_health/Revisions_2014/French/Giving%20Birth_French_Complete_2014.pdf.
4. Readig CL, Wein F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones [Internet]. Prince George (CB): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009 [consulté le 22 juin 2020]. Accès : www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf.
5. Kolahdooz F, Launier K, Nader K, Yi KJ, Baker P, McHugh TL, *et al.* Canadian Indigenous women's perspectives of maternal health and health care services: a systematic review. *Divers Equal Health Care.* 2016;13(5):334-48.
6. Meilleur départ. Planning for change, facilitator guide: Workshop for First Nations women about FASD prevention and skills for change [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2019 [consulté le 22 juin 2020]. Accès : <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2016/01/F19-A.pdf>.
7. Wilson D, de la Ronde S, Brascoupe 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.
8. Perinatal Services BC. Doula services [Internet]. Vancouver (CB): PSBC; date inconnue [consulté le 19 oct. 2019]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/indigenous-resources/doula-services.
9. 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. Final Report [Internet]. Calgary (AB): Université de Calgary; 2015 [consulté le 24 juin 2020]. Accès : www.ucalgary.ca/wethurston/files/wethurston/voices-phaces-study-finalreport.pdf.
10. Jumah NA, Wilson D, Shah R. A Canadian survey of postgraduate education in Aboriginal women's health in obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(7):647-53.
11. Meilleur départ. Welcoming and celebrating sexual orientation and gender diversity in families [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2013 [consulté le 24 juin 2020]. Accès : <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2016/01/F19-A.pdf>.
12. Hayman B, Wilkes L, Halcomb EJ, Jackson D. Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemp Nurse.* 2013;44(1):120-7.
13. Gregg I. The health care experiences of lesbian women becoming mothers. *Nurs Womens Health.* 2018;22(1):40-50.
14. Ross LE. Perinatal mental health in lesbian mothers: A review of potential risk and protective factors. *Women Health.* 2005;41(3):113-28.
15. Maccio EM, PhD, Pangburn JA, MSW. The case for investigating postpartum depression in lesbians and bisexual women. *Womens Health Issues.* 2011;21(3):187-90.
16. Ross LE, Steele L, Goldfinger C, Strike C. Perinatal depressive symptomatology among lesbian and bisexual women. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(2):53-9.
17. Queering Parenthood. Postpartum wellbeing study [Internet]. Toronto (ON): Université de Toronto; 2007 [consulté le 23 juin 2020]. Accès : <http://queeringparenthood.com/postpartumwellbeingstudy.php>.
18. Renaud MT. We are mothers too: childbearing experiences of lesbian families. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36(2):190-9.
19. Zero to Three. Laying the foundation for early development: Infant and early childhood mental health [Internet]. Washington (DC): Zero to Three; 2009 [consulté le 24 juin 2020]. Accès : www.zerotothree.org/resources/443-laying-the-foundation-for-early-development-infant-and-early-childhood-mental-health.
20. 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 3 juil. 2020]. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>.
21. Harrison D. Réduction de la douleur chez le nouveau-né : stratégies efficaces [Internet]. Ottawa (ON): Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain; 2017 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.cmnrp.ca/uploads/documents/Poster_Douleur_nouveau_n_FR.pdf.
22. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Le contact corporel précoce pour les mères et leurs nouveau-nés en bonne santé. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(11):CD003519.
23. Provincial Council for Maternal and Child Health. Final report: Maternal-Newborn Advisory Committee, Mother Baby Dyad Work Group [Internet]. Toronto (ON): PCMCH; 2011 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/MBDC_Report_2011FEB06.pdf.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2006 [consulté le 4 juil. 2020]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg37.

25. Dumas L, Widström A. Skin2Skin infographic FAQ's for health care providers [Internet]. Ottawa (ON): Leeds, Grenville & Lanark District Health Unit; 2015 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.bfontario.ca/wp-content/uploads/2012/10/Skin-to-skin-Infographic-FAQ-Leeds-Grenville-Lanark-District-Health-Unit.pdf.
26. Winberg J. Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behavior – A selective review. *Dev Psychobiol.* 2005;47(3):217-29.
27. Örténstrand A, Westrup B, Brostrom EB, Sarman I, Akerstrom S, Brune T, *et al.* The Stockholm neonatal family centered care study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics.* 2010;125(2):e278-85.
28. Jefferies AL, Société canadienne de pédiatrie, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health.* 2012;17(3):141-3.
29. Chalmers B. Family-centred perinatal care: improving pregnancy, birth and postpartum care. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2017.
30. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, *et al.* A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(Suppl 1):S12.
31. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin: after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;36(5):318-24.
32. Phillips C. Family-centered maternity care. 4^e éd. St. Louis (MO): Mosby; 2003.
33. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: A systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(6):999-1012.
34. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada en 2013. Ottawa (ON) : ASPC; 2013.
35. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringier A, Delaney M, *et al.* Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Directive clinique de la SOGC n° 235. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(10):980-93.
36. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician.* 2007;75(6):875-82.
37. Evensen A, Anderson JM, Fontaine, P. Postpartum hemorrhage: Prevention and treatment. *Am Fam Physician.* 2017;95(7):442-9.
38. Weiner, G. Textbook of Neonatal Resuscitation. 7^e éd. Evanston (IL): American Academy of Pediatrics; 2016.
39. Société canadienne de pédiatrie. Programme de réanimation néonatale [Internet]. Ottawa (ON): SCP; 2016 [consulté le 6 juil. 2020]. Accès : www.cps.ca/fr/nrp-prn.
40. Perinatal Services BC. Provincial perinatal guidelines: Standards for neonatal resuscitation [Internet]. Vancouver (CB): PSBC; 2017 [consulté le 6 juil. 2020]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Newborn/NeonatalResuscitationGuideline.pdf.
41. Perinatal Services BC. Obstetrics guideline 20: Postpartum nursing care pathway [Internet]. Vancouver (BC): PSBC; 2011 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/PostpartumNursingCarePathway.pdf.
42. Provincial Council for Maternal and Child Health. Standards of postnatal care for mothers and newborns in Ontario: A focus on implementation and evaluation [Internet]. Toronto (ON): PCMCH; 2018 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2018/05/Standards-of-Postnatal-Care-for-Mothers-and-Newborns-in-Ontario-Final-Report-Part-II-2018May16.pdf.
43. Provincial Council for Maternal and Child Health. Standards of postnatal care for mothers and newborns in Ontario: Birth to one-week postnatal period [Internet]. Toronto (ON): PCMCH; 2018 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2018/05/Standards-of-Postnatal-Care-for-Mothers-and-Newborns-in-Ontario-Final-Report-Part-I-2018May16.pdf.
44. Comité canadien pour l'allaitement. Initiative des amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les 10 conditions et le code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaires [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2017 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : <http://breastfeedingcanada.ca/documents/Indicators%202017%20%20French%20version%20final.pdf>.
45. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P, Canadian Paediatric Society: Fetus and Newborn Committee. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatr Child Health.* 2018;23(8):515-22.
46. Benitz WE, Watterberg KL, Aucott S, Cummings JJ, Eichenwald EC, Goldsmith J, *et al.* Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics.* 2015;135(5):948-53.
47. Institut canadien d'information sur la santé. Analyse éclair : 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 3 juil. 2020]. Accès : www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-hmdb-childbirth-quick-stats-2017-2018-snapshot-fr-web.pdf.
48. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):289.
49. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Sortie postnatale précoce de l'hôpital des mères en bonne santé et de leurs nourrissons nés à terme. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002(3):CD002958.
50. Association canadienne de protection médicale. Soins à la mère en période postpartum : quand les choses ne se déroulent pas comme prévu [Internet]. Ottawa (ON) : ACPM; 2017 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2017/safe-care-in-obstetrics-maternal-postpartum-care-when-things-don-t-go-as-planned-after-delivery.

51. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(5):687-9.
52. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E, *et al*. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ*. 2013;185(9):775-82.
53. Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and interventions for perinatal depression [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2018 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>.
54. BC Reproductive Mental Health Program, Perinatal Services BC. Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period [Internet]. Vancouver (BC): PSBC; 2014 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealth-DisordersGuideline.pdf.
55. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, *et al*. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7.
56. Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveau-nés, 2016-2017 [Internet]. Ottawa (ON): ICIS; 2004 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.cihi.ca/sites/default/files/document/hospch-inpatientallosdiagsurg-2016-2017_fr.xlsx.
57. Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques éclair : Indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence [Internet]. Ottawa (ON): CIHI; 2018 [cited 2020 July 3]. Available from: https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrextrpd_i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_en&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=029DB170438205AEBCC75B-8673CCE822.
58. Chalmers BE, Dzakpasu S. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian maternity experiences survey findings. *J Reprod Infant Psychol*. 2015;33(4):374-87.
59. Borders N. After the afterbirth: A critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(4):242-8.
60. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion number 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*. 2018;131(5):e140-50.
61. Kramer M, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt R, Matush L, *et al*. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578-84.
62. Quigley M, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew M, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *J Pediatr*. 2012;160(1):25-32.
63. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, *et al*. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess*. 2007(153):1-186.
64. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity-a systematic review. *Int J Obes*. 2004;28(10):1247-56.
65. Hauck F, Thompson J, Tanabe K, Moon R, Vennemann M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103-110.
66. 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 16 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html.
67. Zero to Three. The basics of infant and early childhood mental health: A briefing paper [Internet]. Washington (DC): Zero to Three; 2017 [consulté le 3 juil. 2020]. Accès : www.zerotothree.org/resources/1951-the-basics-of-infant-and-early-childhood-mental-health-a-briefing-paper.
68. Centers for Disease Control and Prevention. Early brain development and health [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2019 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/early-brain-development.html.
69. Center on the Developing Child. The foundations of lifelong health are built in early childhood [Internet]. Cambridge (MA): Harvard University; 2010 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2010/05/Foundations-of-Lifelong-Health.pdf>.
70. National Scientific Council on the Developing Child. Children's emotional development is built into the architecture of their brains: working paper 2 [Internet]. Cambridge (MA): Harvard University; 2004 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2004/04/Childrens-Emotional-Development-Is-Built-into-the-Architecture-of-Their-Brains.pdf>.
71. van IJzendoorn, M. Attachment at an early age (0-5) and its impact on children's development [Internet]. Rotterdam (NL): Encyclopedia on Early Childhood Development; 2019 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/567/attachment-at-an-early-age-0-5-and-its-impact-on-childrens-development.pdf.
72. Saskatchewan Prevention Institute. Infant and early childhood mental health [Internet]. Saskatoon (SK): SPI; 2011 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : <https://skprevention.ca/resource-catalogue/child-development/infant-and-early-childhood-mental-health>.
73. Gunnar MR, Herrera A, Hostinar CE. Stress and early brain development [Internet]. Minneapolis (MN): Encyclopedia on Early Childhood Development; 2009 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/580/stress-and-early-brain-development.pdf.
74. Brown Belfort M. The science of breastfeeding and brain development. *Breastfeed Med*. 2017;12(8):459-61.

75. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2018;61(8):977-85.
76. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Foundations: definitions and concepts to frame population mental health promotion for children and youth* [Internet]. Antigonish (NE): Centres de collaboration nationale en santé publique; 2017 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : http://nccph.ca/images/uploads/general/O2_Foundations_MentalHealth_NCCPH_2017_EN.pdf?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=PMH_O2_En.
77. Agence de la santé publique du Canada. *Y'a personne de parfait* [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2019 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/parent/personne-parfait.html.
78. Société canadienne de pédiatrie. *L'importance des relations : comment les cliniciens peuvent soutenir des pratiques parentales positives pendant la petite enfance* [Internet]. Ottawa (ON) : SCP; 2019 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : www.cps.ca/fr/documents/position/parentales-positives.
79. Infant Mental Health Promotion. *Best practice guidelines: Competencies for practice in the field of infant mental health* [Internet]. Toronto (ON): IMHP; 2011 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : www.imhpromotion.ca/Resources/Best-Practice-Guidelines/Competencies.aspx.
80. Meilleur départ. [Internet]. *Healthy baby healthy brain* [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2019 [consulté le 16 juil. 2020]. Accès : <https://resources.beststart.org/fr/product/k34e-healthy-baby-healthy-brain-workshop-fr>.
81. Moore DL, MacDonald NE, Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. *La prévention de la conjonctivite néonatale*. *Paediatr Child Health*. 2015;20(2):97-100.
82. Agence de la santé publique du Canada. *Section 5-6 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Prise en charge et traitement d'infections spécifiques – Infections gonococciques*. Tableau 13 : *Ophthalmie du nouveau-né* [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2013 [consulté le 23 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-34.html#toc361210477.
83. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. *Neonatal skin care*. 3^e éd. Washington (DC): 2013.
84. Société canadienne de pédiatrie. *La peau de votre bébé* [Internet]. Ottawa (ON): SCP; 2017 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/your-babys-skin.
85. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians & Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*. 7^e éd. Washington, DC: 2013.
86. Sorokan ST, Finlay JC, Jefferies AL, Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. *La circoncision néonatale*. *Paediatr Child Health*. 2015;20(6):316-20.
87. American Academy of Pediatrics, Task Force on Circumcision. *Circumcision policy statement*. *Pediatrics*. 2012;130(3):585-6.
88. Foddy B. *Medical, religious and social reasons for and against an ancient rite*. *J Med Ethics*. 2013;39(7):415.
89. Agence de la santé publique du Canada. *Calendriers d'immunisation recommandés : Guide canadien d'immunisation* [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2020 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-13-calendriers-immunisation-recommandes.html.
90. Ward LM, Gaboury I, Ladhani M, Zlotkin S. *Vitamin D-deficiency rickets among children in Canada*. *CMAJ*. 2007;177(2):161-6.
91. Butte N, Lopez-Alarcon MG, Garza C. *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life* [Internet]. Genève (CH): OMS; 2002 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42519>.
92. Salle BL, Delvin EE, Lapillonne A, Bishop NJ, Glorieux FH. *Perinatal metabolism of vitamin D*. *Am J Clin Nutr*. 2000;71(5):1317-24S.
93. Godel JC, Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee. *Les suppléments de vitamine D : Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada*. *Paediatr Child Health*. 2007;12(7):591-8.
94. 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 2 mai 2018]. 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.
95. Adamkin DH. *Metabolic screening and postnatal glucose homeostasis in the newborn*. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(2):385-409.
96. Canadian Organization for Rare Disorders. *Newborn screening in Canada status report* [Internet]. Toronto (ON): CORD; 2015 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.raredisorders.ca/content/uploads/Canada-NBS-status-updated-Sept.-3-2015.pdf.
97. Barrington K, Sankaran K, Société canadienne de pédiatrie. *Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés*. *Paediatr Child Health*. 2007;12(Suppl B):13-24B.
98. Dépistage Néonatal Ontario. *Cardiopathie congénitale critique (CCC)* [Internet]. Ottawa (ON): DNO; 2020 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.newbornscreening.on.ca/fr/maladie/cardiopathie-cong%C3%A9nitale-critique-ccc.
99. Dépistage Néonatal Ontario. *Critical congenital heart disease pulse oximetry screening protocol* [Internet]. Ottawa (ON): DNO; 2018 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.newbornscreening.on.ca/sites/default/files/nso_cchd_protocol_v1.1.pdf.

100. Narvey M, Wong KK, Fournier A, Société canadienne de pédiatrie. La saturométrie pour mieux dépister la cardiopathie congénitale grave chez les nouveau-nés. *Paediatr Child Health*. 2017;22(8):49-503.
101. Bagatto M, Scollie SD, Hyde M, Seewald R. Protocol for the provision of amplification within the Ontario infant hearing program. *Int J Audiol*. 2010;49(1):S70-9.
102. Patel H, Feldman M. Universal newborn hearing screening. *Paediatr Child Health*. 2011;16(5):301-5.
103. Eskander A, Papsin BC. Screening infants for hearing impairment in Canada. *CMAJ*. 2014;186(14):1048-9.
104. Orthophonie et Audiologie Canada. Exposé de position d'OAC sur le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né au Canada [Internet]. Ottawa (ON): OAC; 2014 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/SAC-OAC-UNHS-PP_FR.pdf.
105. Ottawa Neonatal Pain Interest Group. Newborn pain management: A practical approach. Self-learning module [Internet]. Ottawa (ON): Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né du Champlain; 2015 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.cmnrp.ca/uploads/documents//Newborn_Pain_SLM_2015_O2_19_FINAL.pdf.
106. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. L'allaitement maternel ou le lait maternel pour la douleur procédurale du nouveau-né. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD004950.
107. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, *et al.* Le contact corporel pour la douleur procédurale chez le nouveau-né. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2017(2):CD008435.
108. Harrison D, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Stevens B. Analgesic effects of sweet-tasting solutions for infants: Current state of equivoise. *Pediatrics*. 2010;126(5):894-902.
109. Barrington KJ, Batto DG, Finley GA, Wallman C, Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. La prévention et la prise en charge de la douleur chez le nouveau-né : Une mise à jour. *Paediatr Child Health*. 2007;12(2):139-41.
110. Leduc D, Côté A, Woods S, Canadian Paediatric Society. Recommendations for safe sleeping environments for infants and children. *Paediatr Child Health*. 2004;9(9):659-63.
111. Agence de la santé publique du Canada, Société canadienne de pédiatrie, Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada. Joint Statement on Safe Sleep: Preventing Sudden Infant Deaths in Canada [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2011 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-eng.pdf.
112. Statistique Canada. Tableau: 13-10-0395-01 Les principales causes de décès, enfants [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2018 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039501&request_locale=fr.
113. American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162938.
114. Perinatal Services BC. Health promotion guideline 1: Safe sleep environment guidelines for infants 0 to 12 months [Internet]. Vancouver (BC): Perinatal Services BC; 2011 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/SafeSleepGuideline.pdf.
115. l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Working with families to promote safe sleep for infants 0-12 months of age [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2014 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/safe-sleep-practices-infants>.
116. Bloem M. The 2006 WHO child growth standards. *BMJ* 2007;334(7596):705-6.
117. Wambach K, Riordan J. Breastfeeding and human lactation. 5^e éd. Burlington (MA) : Jones & Bartlett Learning; 2016.
118. Organisation mondiale de la santé. Weight velocity [Internet]. Genève (CH): OMS; 2011 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.who.int/childgrowth/standards/w_velocity/en.
119. Société canadienne de pédiatrie. À propos d'ACoRN [Internet]. Ottawa (ON): SCP; 2019 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.cps.ca/fr/acorn.
120. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa DPhil E, Rahman A, McCallum M, *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800-19.
121. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2014 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg192.
122. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(S2):s33-42.
123. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(2):186-95.
124. Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, Kato N, Ohta H, *et al.* Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(3):206-12.
125. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009;113(1):77-87.
126. Doornbos B, Fekkes D, Tanke MAC, de Jonge P, Korf J. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(5):1320-5.
127. O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, *et al.* Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *J Neuroendocrinol*. 2011;23(11):1149-55.
128. M'baïlara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E, Dallay D, Roux D, Sutter AL, *et al.* Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors. *Encéphale*. 2005;31(3):331.

129. March of Dimes. Baby blues after pregnancy [Internet]. Arlington (VA): March of Dimes; 2017 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.marchofdimes.org/pregnancy/baby-blues-after-pregnancy.aspx.
130. Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, Hassan S, Bloomfield PM, *et al*. Elevated brain monoamine oxidase a binding in the early postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):468-74.
131. Sanjuan J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L, Carot JM, Guillamat R, Gutierrez-Zotes A, *et al*. Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry*. 2008;193(5):383-8.
132. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(3):231-42.
133. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25(3-4):267-72.
134. Howard LM, Molyneux E, Dennis C, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775-88.
135. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5^e éd. Washington (DC): 2013.
136. Austin M. Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):41-4.
137. Jones I, Cantwell R. The classification of perinatal mood disorders—suggestions for DSMV and ICD11. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):33-6.
138. Wisner KL, Wisner KL, Moses-Kolko EL, Moses-Kolko EL, Sit DKY, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):37-40.
139. Statistique Canada. Santé mentale maternelle au Canada, 2018-2019 [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2019 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190624/dq190624b-fra.htm>.
140. Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disord*. 2003;5(2):98-105.
141. Daoud N, O'Brien K, O'Campo P, Harney S, Harney E, Bebee K, *et al*. Postpartum depression prevalence and risk factors among Indigenous, non-Indigenous and immigrant women in Canada. *Can J Public Health*. 2019;110(4):440-52.
142. Black KA, MacDonald I, Chambers T, Ospina MB. Postpartum mental health disorders in Indigenous women: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(10):1470-78.
143. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, *et al*. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490-8.
144. 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.
145. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Ove Samuelsen S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):243-9.
146. Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM. Does the Edinburgh postnatal depression scale measure anxiety? *J Psychosom Res*. 2001;51(5):659-63.
147. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139-47.
148. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):247-55.
149. Dennis C, Coghlan M, Vigod S. Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *J Affect Disord*. 2013;150(3):1217-20.
150. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:24-31.
151. eSantéMentale.ca. Outil de dépistage : Troubles d'anxiété (Dépistage avec 2 questions [GAD-2]) [Internet]. Ottawa (ON): eSantéMentale.ca; 2019 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.esantementale.ca/index.php?m=survey&iD=44.
152. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1285-98.
153. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues*. 2002;12(1):32-6.
154. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(1):132-8.
155. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TLC, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009;50(6):503-9.
156. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, Guler O, *et al*. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007;48(5):441-5.
157. Speisman BB, Storch EA, Abramowitz JS. Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(6):680-90.
158. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(5):389-401.
159. Vigod SN, Seeman MV, Ray JG, Anderson GM, Dennis CL, Grigoriadis S, *et al*. Temporal trends in general and age-specific fertility rates among women with schizophrenia (1996-2009): A population-based study in Ontario, Canada. *Schizophr Res*. 2012;139(1):169-75.
160. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(11):1284-92.
161. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006;296(21):2582-9.

162. Heron, McGuinness, Blackmore ER, Craddock, Jones. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*. 2008;115(3):348-53.
163. Ganjekar S, Desai G, Chandra PS. A comparative study of psychopathology, symptom severity, and short-term outcome of postpartum and nonpostpartum mania. *Bipolar Disord*. 2013;15(6):713-8.
164. Engqvist I, Nilsson K. Experiences of the first days of postpartum psychosis: an interview study with women and next of kin in Sweden. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(2):82-9.
165. Heron J, Gilbert N, Dolman C, Shah S, Beare I, Dearden S, *et al*. Information and support needs during recovery from postpartum psychosis. *BJOG*. 2012;115(3):155-65.
166. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1548-57.
167. Doucet S, Letourneau N, Blackmore ER. Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(2):236-45.
168. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005;186(3):258-9.
169. Blackmore ER, Rubinow DR, O'Connor TG, Liu X, Tang W, Craddock N, *et al*. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disord*. 2013;15(4):394-404.
170. Mackeen AD, Mackeen AD, Packard RE, Packard RE, Ota E, Ota E, *et al*. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(2):CD001067.
171. Smith Murray S, Slone McKinney E. *Foundations of maternal-newborn & women's health nursing*. 7^e éd. Toronto (ON): Elsevier; 2019.
172. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical professional*. 8^e éd. New York (NY): Elsevier; 2015.
173. Spencer JP, MD. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician*. 2008;78(6):727-32.
174. Bramham K, Nelson-Piercy C, Brown MJ, Chappell LC. Postpartum management of hypertension. *BMJ*. 2013;346(7897):30-4.
175. 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.
176. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. Women's unique risk factors [Internet]. Ottawa (ON): Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada; date inconnue [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.heartandstroke.ca/heart/risk-and-prevention/womens-unique-risk-factors.
177. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 165: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynaecol*. 2016;128(1):e1-15.
178. Harvey M, Pierce M, Walter J, Chou Q, Diamond P, Epp A, *et al*. Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): prevention, recognition, and repair. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(12):1131-48.
179. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third- and fourth-degree perineal tears, management (green-top guideline no.29) [Internet]. Londres (RU): RCOG; 2015 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29.
180. Chalmers B, Omer-Hashi K. *Female genital mutilation and obstetric care*. Victoria (BC): Trafford Publishing; 2003.
181. Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Ength M, Bø K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *Br J Sports Med*. 2016;50(17):1092-96.
182. Fernandes da Mota PG, Pascoal AGBA, Carita AIAD, Bø K. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Man Ther*. 2015; 2014;20(1):200-5.
183. Rath A, Attali P, Dumas J, Goldlust D, Zhang J, Chevre J. The abdominal linea alba: an anatomo-radiologic and biomechanical study. *Surg Radiol Anat*. 1996;18(4):281-8.
184. Lee DG, Lee LJ, McLaughlin L. Stability, continence and breathing: The role of fascia following pregnancy and delivery. *J Bodywork Move Ther*. 2008;12(4):333-48.
185. Gilleard WL, Brown JMM. Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period. *Phys Ther*. 1996;76(7):750-62.
186. Benjamin DR, van de Water ATM, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy*. 2014;100(1):1-8.
187. Hauck K, Davey R. Diastasis recti and pregnancy: 'closing the gap' between current treatment practices and clinical evidence [Internet]. Toronto (ON): Toronto Physiotherapy; 2015 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : <http://torontophysiotherapy.ca/diastasis-recti-and-pregnancy-closing-the-gap-between-current-treatment-practices-and-clinical-evidence>.
188. Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR. Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18(3):321-8.
189. Kamel DM, Yousif AM. Neuromuscular electrical stimulation and strength recovery of postnatal diastasis recti abdominis muscles. *Ann Rehabil Med*. 2017;41(3):465-74.
190. Thompson D, Berger H, Feig D, Gagnon R, Kader T, Keely E, *et al*. Diabète et grossesse. *Can J Diabetes*. 2013;37(1):S548-66.
191. Tovar A, Chasan-Taber L, Eggleston E, Oken E. Postpartum screening for diabetes among women with a history of gestational diabetes mellitus. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(6):A124.
192. Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*. 2007;30(5):1314-19.

193. Keely E. An opportunity not to be missed - how do we improve postpartum screening rates for women with gestational diabetes? *Diabetes Metab Res.* 2012;28(4):312-6.
194. Berger H, Gagnon R, Sermer M, Basso M, Bos H, Brown RN, *et al.* Le diabète pendant la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(7):1826-39.e1.
195. Matias SL, Dewey KG, Quesenberry CP, Gunderson EP. Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(1):115-21.
196. Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(3):574-84.
197. Feig DS, Berger H, Donovan L, Godbout A, Kader T, Keely E, *et al.* Diabète et grossesse. *Can J Diabetes.* 2018;42(3):S255-82.
198. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, *et al.* Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid.* 2011;21(10):1081-1125.
199. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman [Internet]. Londres (RU): RCOG Press; 2008 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/evidence-tables-from-the-2003-version-pdf-196748322.
200. Aslan E, Fynes M. Symphyseal pelvic dysfunction. *Curr Opin Gynecol Obstet.* 2007;19(2):133-9.
201. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Stuessen B, Stuge B, Sahlgrenska akademien, *et al.* European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008;17(6):794-819.
202. Leadbetter RE, Mawer D, Lindow SW. Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;16(6):349-54.
203. Kanakaris NK, Roberts CS, Giannoudis PV. Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update. *BMC Med.* 2011;9(1):15.
204. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieën JH, Wuisman PIJM, *et al.* Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004;13(7):575-89.
205. Jain S, Eedarapalli P, Jamjute P, Sawdy R. Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. *Obstet Gynaecol.* 2006;8(3):153-8.
206. Pelvic Obstetric and Gynaecological Physiotherapy. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PGP) - for health professionals [Internet]. Londres (RU): Chartered Society of Physiotherapy; 2015 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : <http://pogp.csp.org.uk/publications/pregnancy-related-pelvic-girdle-pain-ppg-health-professionals>.
207. Khorashadi L, Petscavage JM, Richardson ML. Postpartum symphysis pubis diastasis. *Radiol Case Rep.* 2011;6(3):542.
208. Health Service Executive, Therapy Professions Committee, Institute of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline: management of pelvic girdle pain in pregnancy and post-partum [Internet]. Dublin (IE): Health Service Executive; 2012 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/management-of-pelvic-girdle-pain-in-pregnancy-and-post-partum.pdf.
209. Britnell SJ, Cole JV, Isherwood L, Sran MM, Stan MM, Britnell N, *et al.* Postural health in women: the role of physiotherapy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(5):493-510.
210. Institut canadien d'information sur la santé. Analyse éclair : 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 3 juil. 2020]. Accès : www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-hmdb-childbirth-quick-stats-2017-2018-snapshot-fr-web.pdf.
211. Nielsen PE, Deering SH, Galan HL. Operative vaginal delivery. Dans: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, *et al.* *Obstetrics: normal and problem pregnancies.* 7^e éd. Philadelphia (PA): Elsevier; 2017.
212. Meyer S, Hohlfeld P, Achartari C, Russolo A, Grandi P. Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters. *BJOG.* 2000;107(11):1360-5.
213. Briggs J. The Joanna Briggs Institute best practice information sheet: The effectiveness of pelvic floor muscle exercises on urinary incontinence in women following childbirth. *Nurs Health Sci.* 2011;13(3):378-81.
214. Brubaker L. Postpartum urinary incontinence: the problem is clear, but there is no simple solution. *BMJ.* 2002;324(7348):1227-8.
215. Agence de la santé publique du Canada. Tableaux de données - l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) 2006-2007 [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2006 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/tab-fra.pdf.
216. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Entraînement des muscles du plancher pelvien pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire et fécale chez les femmes en période prénatale et postnatale. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD007471.
217. Magali R, Ross S. Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(2):E126-33.
218. Yip S, Sahota D, Pang M, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(10):881-91.
219. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, Lesnick TG, Webb MJ, Ramin KD, *et al.* Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Obstet Gynaecol.* 2002;187(2):430-3.

220. Health Service Executive, Institute of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline: management of urinary retention in pregnancy, post-partum and after gynaecological surgery [Internet]. Dublin (IE): Health Service Executive; 2018 [cited le 24 juil. 2020]. Accès : <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2018/06/UR-guidelines-for-clinical-care-pathway-17.05.18.pdf>.
221. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention: post-partum voiding dysfunction. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50(6):502-5.
222. Groutz A, Levin I, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(1):83-6.
223. Rizvi RM, Khan ZS, Khan ZS. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Obstet Gynaecol.* 2005;91(1):71-2.
224. Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, FitzGerald MP, Whitehead W, *et al.* Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynaecol.* 2006;108(4):863-72.
225. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ.* 2002;166(3):326-30.
226. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health.* 2013;17(3):188-96.
227. Roger Hixon Ontario Milk Bank. Evidence for the use of donor milk [Internet]. Toronto (ON): Sinai Health; 2018 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : www.milkbankontario.ca/research-and-resources/evidence-for-the-use-of-donor-milk.
228. Sachs HC, American Academy of Pediatrics, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics.* 2013;132(3):e796-809.
229. Money D, Allen VM. Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(12):S336-47.
230. Centers for Disease Control and Prevention. Group B strep (GBS): clinical overview [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2020 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.cdc.gov/groupb-strep/clinicians/index.html.
231. Sgro M, Campbell DM, Sankaran K, Tran D, Yudin M. Septicémie et méningite néonatales précoces [Internet]. Ottawa (ON): CPSP; 2012 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/septicemie-et-meningite-neonatales-precoces.
232. American Academy of Pediatrics, American Heart Association. Neonatal resuscitation textbook. 6^e éd. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2011.
233. Thomas SL, Heaton J, Makaryus AN. Physiology, cardiovascular murmurs. Dans: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525958.
234. Mejia E, Dhuper S. Innocent murmur. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507849.
235. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #1: guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med.* 2014;9(4):173-9.
236. Nicholl R. What is the normal range of blood glucose concentrations in healthy term newborns? *Arch Dis Child.* 2003;88(3):238-9.
237. Adamkin DH, Papile L, Baley JE, Bhutani VK, Carlo WA, Kumar P, *et al.* Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics.* 2011;127(3):575-9.
238. Narvey MR, Marks SD, Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du foetus et du nouveau-né. Le dépistage et la prise en charge des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie. *Paediatr Child Health.* 2019;24(8):545-54.
239. Andrade SE, Raebel MA, Brown J, Lane K, Livingston J, Boudreau D, *et al.* Use of antidepressant medications during pregnancy: a multisite study. *Obstet Gynaecol.* 2008;198(2):194.e1-5.
240. Jefferies AL, Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du foetus et du nouveau-né. Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pendant la grossesse et l'issue du nourrisson. *Paediatr Child Health.* 2011;16(9):563.
241. Hudak ML, Tan RC, American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics.* 2012;129(2):e540-60.
242. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake iInhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *J Perinatol.* 2005;25(9):595-604.
243. Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J, Bregar A, Uhl K, Levin B, *et al.* Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: literature review and implications for clinical applications. *JAMA.* 2005;293(19):2372-83.
244. Perinatal Services BC. Newborn guideline 13: newborn nursing care pathway [Internet]. Vancouver (BC): PSBC; 2013 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Newborn/Newborn-NursingCarePathway.pdf.
245. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada en 2017. Ottawa (ON) : ASPC; 2017.
246. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2013: OECD indicators. 7^e éd. Washington (DC): Organization for Economic Cooperation & Development; 2013.
247. Stavis RL. Small-for-gestational-age (SGA) infant [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck Manual Professional Version; 2019 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.merckmanuals.com/en-ca/professional/pediatrics/perinatal-problems/small-for-gestational-age-sga-infant.

248. Zhang X, PhD, Decker A, MD, Platt RW, PhD, Kramer MS, MD. How big is too big? The perinatal consequences of fetal macrosomia. *Obstet Gynaecol.* 2008;198(5):517.e1-6.
249. Mayo Clinic. Fetal macrosomia [Internet]. Scottsdale (AZ): Mayo Clinic; 2020 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fetal-macrosomia/basics/complications/con-20035423.
250. KC K, Shakya S, Zhang H. Gestational diabetes mellitus and macrosomia: a literature review. *Ann Nutr Metab.* 2015;66(2):14-20.
251. Martins F, Oppolzer D, Santos C, Barroso M, Gallardo E. Opioid use in pregnant women and neonatal abstinence syndrome – a review of the literature. *Toxics.* 2019;7(1):9.
252. British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions, Perinatal Services BC. The treatment of opioid use disorder during pregnancy [Internet]. Vancouver (BC): BCCSU; 2018 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/OU-D-Pregnancy.pdf.
253. Lacaze-Masmonteil T, O'Flaherty P, Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse [Internet]. Ottawa (ON): SCP; 2018 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : <https://cps.ca/en/documents/position/opioids-during-pregnancy>.
254. Wong S, Ordean A, Kahan M, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Substance use in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;114(2):190-202.
255. Whyte RK, Hilliard RI, Jefferies AL, Peliowski-Davidovich A, Sorokan ST, Whyte HEA. Safe discharge of the late preterm infant. *Paediatr Child Health.* 2010;15(10):655-60.
256. Boyle EM, Johnson S, Manktelow B, Seaton SE, Draper ES, Smith LK, *et al.* Neonatal outcomes and delivery of care for infants born late preterm or moderately preterm: a prospective population-based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100(6):F479-85.
257. Parikh LI, Reddy UM, Männistö T, Mendola P, Sjaarda L, Hinkle S, *et al.* Neonatal outcomes in early term birth. *Obstet Gynaecol.* 2014;211(3):265.e1-11.
258. Ramphul M, Kennelly M, Burke G, Murphy D. Risk factors and morbidity associated with suboptimal instrument placement at instrumental delivery: observational study nested within the instrumental delivery & ultrasound randomised controlled trial. *BJOG.* 2015;122(4):558-63.
259. Edozien LC. Towards safe practice in instrumental vaginal delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(4):639-55.
260. Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, Balasubramanian BA, Gandhi K, Joseph KS, *et al.* Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. *BMJ.* 2004;329(7456):24-6.
261. Lemacks J, Fowles K, Mateus A, Thomas K. Insights from parents about caring for a child with birth defects. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(8):3465-82.
262. Stone MB, Botto LD, Feldkamp ML, Smith KR, Roling L, Yamashiro D, *et al.* Improving quality of life of children with oral clefts: perspectives of parents. *J Craniofac Surg.* 2010;21(5):1358-64.
263. Kaye, C.I. Reducing cultural barriers to the provision of genetic services in South Texas, final report [Internet]. San Antonio (TX): Maternal and Child Health Library – Georgetown University; 2003 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.mchlibrary.org/MCHBfinalreports/docs/fr00109.pdf.
264. Shilling V, Morris C, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M, Logan S. Peer support for parents of children with chronic disabling conditions: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55(7):602-9.
265. O'Brien K, Bracht M, Robson K, Ye XY, Mirea L, Cruz M, *et al.* Evaluation of the family integrated care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatr.* 2015;15(1):210.
266. Family Integrated Care. Program development [Internet]. Tampa (FL): FICare; 2016 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : <http://familyintegratedcare.com/implementing-ficare/program-development>.
267. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol.* 2007;27(S2):S32-7.
268. Griffin T, Celenza J. Family-centered care for the newborn: The delivery room and beyond. New York (NY): Springer Publishing Company; 2014.
269. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, *et al.* Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018;2(4):245-54.
270. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, *et al.* Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med.* 2017;45(1):103-28.
271. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol.* 2015;35(S1):S5-8.
272. Family Integrated Care. About FICare [Internet]. Tampa (FL): FICare; 2017 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : <http://familyintegratedcare.com/about-ficare>.
273. Banerjee J. Are single family rooms the future for neonatal units? *Lancet Child Adolesc Health.* 2019;3(3):130-1.
274. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Family centred care and family delivered care – What are we talking about? *J Neonatal Nurs.* 2018;24(1):8-12.
275. Stevens D, Thompson P, Helseth C, Pottala J. Mounting evidence favoring single-family room neonatal intensive care. *J Neonatal Perinatal Med.* 2015;8(3):177-8.
276. van Veenendaal NR, Heideman WH, Limpens J, van der Lee JH, van Goudoever JB, van Kempen AAMW, *et al.* Hospitalising preterm infants in single family rooms versus open bay units: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health.* 2019;3(3):147-57.

277. Harris DD, Shepley MM, White RD, Kolberg KJS, Harrell JW. The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary. *J Perinatol*. 2006;26:38-48.
278. Als H, McAnulty GB. The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Curr Womens Health Rev*. 2011;7(3):288.
279. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(2):CD001814.
280. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2012;21(17-18):2477-87.
281. Ramezani T, Hadian Shirazi Z, Sabet Sarvestani R, Moattari M. Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014;2(4):268-78.
282. Kearvell H, Grant J. Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Aust J Adv Nurs*. 2010;27(3):75-82.
283. National Institute for Health and Care Excellence. Neonatal specialist care [Internet]. Londres (RU): NICE; 2010 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.nice.org.uk/guidance/qs4.
284. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing. Guidelines for professional registered nurse staffing for perinatal units: executive summary. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(1):131-4.
285. White RD. Development of care in the NICU. *J Perinatol*. 2014;34(3):174-5.
286. Joshi A, Chyou P, Tirmizi Z, Gross J. Web camera use in the neonatal intensive care unit: impact on nursing workflow. *Clin Med Res*. 2016;14(1):1-6.
287. Centre de ressources meilleur départ. Prenatal education: key messages for Ontario [Internet]. Toronto (ON): Meilleur Départ; 2016 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : <https://resources.beststart.org/product/e49e-prenatal-education-key-messages-for-ontario-website>.
288. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development : a powerful equalizer: final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health [Internet]. Genève (CH): OSM; 2007 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69729>.
289. BC Women's Hospital & Health Centre, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. A women's health strategy for British Columbia: advance the health of girls and women [Internet]. Vancouver (BC): BCCWH; 2004 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2004_Advancing-Health-Girls-Women.pdf.
290. British Columbia Ministry of Health. Recommendations from the maternity care enhancement project [Internet]. Vancouver (BC): British Columbia Ministry of Health; 2004 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/mcep_recommend_dec2004.pdf.
291. Agence de la santé publique du Canada. Approche axée sur la santé de la population : cadre organisateur [Internet]. Ottawa (ON): PHAC; 2013 [consulté le 29 juil. 2020]. Accès : <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/approche-axee-sante-population-cadre-organisateur>.
292. Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain. Mapping of the maternal-newborn care spectrum in the Champlain and south east LHINS: final report and recommendations [Internet]. Ottawa (ON): CMNRP; 2017 [cited 2020 July 31]. Available from: https://instantweb.secure-form2.com/uploads/documents//Mapping_of_Maternal_Newborn_Service_Final_Report_Nov20_2017.pdf.
293. Centre de ressources meilleur départ. Abuse in pregnancy: information and strategies for the prenatal educator [Internet]. Toronto (ON): Meilleur Départ; 2015 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2016/01/H04-E.pdf>.
294. 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.
295. Organisation mondiale de la santé. Child maltreatment: the health sector responds [Internet]. Genève (CH): OMS; 2017 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/Child_maltreatment_infographic_EN.pdf?ua=1.
296. Sinha M. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2010 [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2012 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2012001/article/11643-fra.pdf?st=swG0oiwz>.
297. Paolozza C, Packard B, Kulkarni C. A call to action on behalf of maltreated infants and toddlers in Canada [Internet]. Toronto (ON) Infant Mental Health Promotion; 2017 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.imhpromotion.ca/Resources/CalltoAction.
298. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
299. Organisation mondiale de la santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques [Internet]. Genève (CH): OMS; 2013 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1.
300. VEGA Family Violence Project. VEGA family violence education resources [Internet]. Hamilton (ON): McMaster University; 2019 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://vegaproject.mcmaster.ca>.
301. Organisation mondiale de la santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique [Internet]. Genève (CH): OMS; 2014 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?sequence=1.

302. 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. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(6):550-2.
303. Tarasuk V, Mitchell A, Dachner N. Household food insecurity in Canada, 2014 [Internet]. Toronto (ON): Université de Toronto; 2016 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/04/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2014.pdf>.
304. Dietitians of Canada. Addressing household food insecurity in Canada – position statement and recommendations. *Can J Diet Pract Res.* 2016;77(3):159.
305. O'Connor DL, Blake J, Bell R, Bowen A, Callum J, Fenton S, et al. Canadian consensus on female nutrition: adolescence, reproduction, menopause, and beyond. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(6):508-554.e18.
306. Incollingo Rodriguez AC, Dunkel Schetter C, Tomiyama AJ. Weight stigma among pregnant and postpartum women: A new context of stigmatization. *Stigma Health.* 5(2):209-16.
307. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11(1):99-137.
308. Nusbaum MRH, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract.* 2000;49(3):229-32.
309. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003;24(4):221-9.
310. Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the sexual preferences questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001;22(1):29-40.
311. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999;47(1):27-49.
312. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(5):430-6.
313. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;124(1):42-6.
314. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(4):263-7.
315. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Isaac. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth.* 2005;32(4):306-11.
316. Black A, Francoeur D, Rowe T. Consensus Canadien sur la contraception. *J Obstet Gynaecol. Can* 2004 April 2004;26(4):389-436.
317. La société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Post-Partum – la contraception [Internet]. Ottawa (ON): SOGC; 2020 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.pregnancyinfo.ca/postpartum/postpartum/contraception.
318. World Alliance for Breastfeeding Action. LAM – The lactational amenorrhea method [Internet]. Penang (MY): WABA; 2017 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.waba.org.my/resources/lam.
319. Guttman A, Shulman R, Manuel D. Improving accountability for children's health: immunization registries and public reporting of coverage in Canada. *Paediatr Child Health.* 2011;16(1):16-8.
320. Agence de la santé publique du Canada. Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada : Semaine nationale de promotion de la vaccination – 23-30 avril 2016 [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2016 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2016/04/message-de-l-administrateur-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-semaine-nationale-de-promotion-de-la-vaccination-23-30-avril-2016.html.
321. Agence de la santé publique du Canada. Couverture vaccinale des enfants canadiens : points saillants de l'enquête nationale sur la couverture vaccinale des enfants de 2013 (ENCVE) [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2016 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/couverture-vaccinale-enfants-canadiens-points-saillants-enquete-nationale-couverture-vaccinale-enfants-2013.html.
322. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices concernant les éclosons de rougeole au Canada [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2013 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2013-39/lignes-directrices-prevention-controle-eclosions-rougeole-canada.html.
323. Wilson SE, Deeks SL, Seo CY, Lim GH, Fediurek J, Crowcroft NS. Trends in medical and nonmedical immunization exemptions to measles-containing vaccine in Ontario: an annual cross-sectional assessment of students from school years 2002/03 to 2012/13. *CMAJ* 2015;3(3):E317-23.
324. Busby C, Jacobs A, Muthukumaran R. In need of a booster: how to improve childhood vaccination coverage in Canada [Internet]. Toronto (ON): C.D. Howe Institute; 2017 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_477.pdf.
325. MacDonald NE, Desai S, Gerstein B. Les parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants : une mise à jour. *Paediatr Child Health.* 2018;23(8):562.
326. De Vries R, Wieggers TA, Smulders B, Teijlingen Ev. The Dutch obstetrical system: vanguard of the future in maternity care. Dans : Davis-Floyd R, Barclay L, Daviss, BA, Tritten J. Birth models that work. Berkeley (CA): University of California Press; 2019.
327. Expatica. Having a baby in France [Internet]. Haarlem (NL): Expatica; 2020 [consulté le 1 juil. 2020]. Accès : www.expatica.com/fr/healthcare/womens-health/having-a-baby-in-france-107664.

328. Reproductive Care Program of Nova Scotia. Healthy babies, healthy families: postpartum & postnatal guidelines [Internet]. Halifax (NS): Nova Scotia Department of Health; 2012 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://novascotia.ca/dhw/publications/Public-Health-Education/Postpartum%20Guidelines.pdf>.
329. Monarch. About us [Internet]. Ottawa (ON): Monarch Centres – Maternal and Newborn Health; 2015 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.monarchcentre.ca/us.
330. Children's Health Policy Centre. Nurse-family partnership is being tested in Canada [Internet]. Vancouver (BC): Simon Fraser University; 2020 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://childhealthpolicy.ca/nurse-family-partnership>.
331. Nurse-Family Partnership Canada. Nurse-family partnership Canada [Internet]. Hamilton (ON): McMaster University; 2015 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : <https://nfp.mcmaster.ca>.
332. Agence de la santé publique du Canada. Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2020 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/programmes-initiatives/programme-canadien-nutrition-prenatale-pcnp.html.
333. Agence de la santé publique du Canada. Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) [Internet]. Ottawa (ON): ASPC; 2020 [consulté le 31 juil. 2020]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/programmes-initiatives/programme-action-communautaire-enfants-pace.html.
334. Association of American Medical Colleges. Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD [Internet]. Washington (DC): AAMA; 2014 [consulté le 24 juil. 2020]. Accès : <https://store.aamc.org/implementing-curricular-and-institutional-climate-changes-to-improve-health-care-for-individuals-who-are-lgbt-gender-nonconforming-or-born-with-dsd-a-resource-for-medical-educators.html>.