

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

— CHAPITRE 3 —

Soins avant la conception

Table des matières

Introduction	5
Diversité	6
Besoins relatifs aux soins avant la conception	7
Cadres des soins avant la conception	8
Milieu scolaire	8
Milieu de travail	9
Médias	9
Cadres de soins primaires	10
Collectivité	10
Évaluation, counseling et soutien avant la conception : enjeux	11
Soutien social	11
Stress	11
Qualité des relations	12
Agression et violence	12
Mutilation des organes génitaux de la femme	13
Style de vie sain	14
Tabagisme	14
Consommation d'alcool	16
Consommation de médicaments et de substances psychoactives	17
Conditions environnementales	18
Activité physique	19
Nutrition	20
Acquisition de bonnes habitudes alimentaires	20
Calcium et vitamine D	21
Fer	22
Acide folique	22
Consommation excessive de vitamine A	23
Poids et activité physique	24

Évaluation et counseling avant la conception	24
Counseling génétique	27
Bibliographie	28
Annexe 1 — Ressources sur la réduction du tabagisme	34

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Diversité

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

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

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

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

Besoins relatifs aux soins avant la conception

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

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

Cadres des soins avant la conception

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

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

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

Milieu scolaire

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

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

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

Milieu de travail

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

Médias

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

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

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

Cadres de soins primaires

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

Collectivité

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

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

Évaluation, counseling et soutien avant la conception : enjeux

Soutien social

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

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

Stress

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

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

Qualité des relations

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

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

Agression et violence

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

Les intervenants doivent :

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

Pour évaluer et dépister la violence, il faut :

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

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

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

Mutilation des organes génitaux de la femme

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

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

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

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

Style de vie sain

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

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

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

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

TABAGISME

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSOMMATION D'ALCOOL

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

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

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

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

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

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

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

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

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

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

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

Centre IMAGE — Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse

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

Motherisk Program

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

Maternal-Fetal Toxicology, a Clinician's Guide

(sous la direction de Gideon Koren)

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Téléphone : (613) 235-4048
Télécopieur : (613) 235-8101
Adresse Internet : <http://ccsa.ca/cclat.htm>

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES

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

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

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

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

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

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

ACTIVITÉ PHYSIQUE

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

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

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

Nutrition

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

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

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

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

ACQUISITION DE BONNES HABITUDES ALIMENTAIRES

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

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

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

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

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

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

CALCIUM ET VITAMINE D

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

FER

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

ACIDE FOLIQUE

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

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

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

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

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

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

CONSOMMATION EXCESSIVE DE VITAMINE A

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

POIDS ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

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

Évaluation et counseling avant la conception

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

Tableau 3.2 Antécédents servant à l'évaluation et au counseling**ANTÉCÉDENTS GÉNÉTIQUES**

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

Antécédents familiaux

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

Antécédents ethniques

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

Âge

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

ANTÉCÉDENTS RELATIFS À LA SANTÉ**Nutrition**

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

Maladies chroniques

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

Maladies infectieuses

- Repérer les femmes susceptibles d'attraper la *rubéole*. Offrir de les vacciner, à condition qu'elles n'essaient pas activement de devenir enceintes.
- Repérer et conseiller les femmes susceptibles d'avoir contracté l'*hépatite B (HBV)*. Un examen de routine pour dépister l'hépatite B avant la conception n'est pas recommandé pour l'instant.
- Conseiller aux femmes d'éviter tout contact avec les matières fécales des chats et les viandes crues et mal cuites. Les examens sérologiques de routine de *toxoplasmose* avant la conception ne sont pas recommandés.
- Offrir une détection des anticorps antizostériens aux femmes n'ayant aucun antécédent connu de *varicelle*. On conseille de vacciner les femmes susceptibles d'attraper cette maladie, à condition qu'elles n'essaient pas de devenir enceintes.
- Évaluer les risques d'exposition de la femme et de son conjoint à une *maladie transmissible sexuellement (MTS)*. Le dépistage et le traitement des MTS avant la grossesse peuvent protéger la fertilité et atténuer les risques de travail prématuré. Les stratégies de counseling portent, notamment, sur la réduction ou l'élimination des risques de contracter d'autres infections.
 - Considérer la possibilité d'effectuer avant la conception un dépistage de la *chlamydose* auprès de toutes les femmes qui ont des antécédents d'atteinte inflammatoire pelvienne, qui ont eu des relations avec de multiples partenaires ou qui ont déjà contracté une MTS. Les chlamydioses accroissent les risques d'inflammation pelvienne, de problèmes de fertilité, de mort fœtale in utero, de bébés de faible poids à la naissance et d'endométriose postnatale. La chlamydose évolutive de la mère accuse un taux de transmission de 60 p. 100.
 - Évaluer les risques actuels de la femme et de son partenaire de contracter le *virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. La contamination fœtale se fait dans environ 30 p. 100 des cas, et les traitements prénatals aident à réduire les risques. On devrait offrir à toutes les femmes de subir un test de dépistage du VIH avant la conception.
 - Examiner toutes les femmes qui ont des antécédents d'atteinte inflammatoire pelvienne, qui ont eu des relations avec de multiples partenaires ou qui ont déjà contracté une MTS, pour le dépistage de la *blennorragie* (souvent appelée gonorrhée). L'ophtalmie gonococcique du nouveau-né est une conséquence grave de la blennorragie maternelle. Si l'on craint qu'il y ait eu infection, on doit effectuer une culture avant la grossesse et donner le traitement approprié.
 - Évaluer les femmes pour détecter tout signe de *syphilis maternelle et néonatale*. Malgré l'augmentation du taux de cette maladie, un traitement rapide et efficace peut prévenir la syphilis congénitale.

Antécédents génésiques

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

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

Histoire psychosociale

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

Évaluation du style de vie

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

ÉTAT ACTUEL DE LA SANTÉ

Examen physique

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

Analyses de laboratoire

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

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

Counseling génétique

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mutilation des organes génitaux de la femme*, [document n° OMS/FHE/94, 31 juillet 1994] « Female genital mutilation » [document no. WHO/FHE/94, 31 July 1994], et « Female genital mutilation — a call to abandon this traditional custom » dans DAYA, M.B. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 17, n° 4 (1995), p. 333-342.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autre ressource

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

ANNEXE 1

Ressources sur la réduction du tabagisme

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

Catching Our Breath
Women's Health Clinic
419, avenue Graham, 3^e étage
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
Télécopieur : (204) 943-3844

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

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

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

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

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