

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

— CHAPITRE 4 —

Soins pendant la grossesse

Table des matières

Introduction	5
Questions relatives à l'organisation et à la prestation des soins prénatals	5
Intervenants	6
Choix des intervenants en santé prénatale	7
Continuité des soins	7
Visites prénatales	8
Premières visites	8
Dossier prénatal	8
Collecte des données sur les antécédents	9
Examen physique	10
Détermination des risques	11
Tests de dépistage et épreuves de laboratoire	11
Dépistage	12
Évaluation psychosociale	12
Éléments de l'évaluation psychosociale et du counseling	13
Nutrition	22
Acquisition d'habitudes alimentaires saines	22
Nutriments à surveiller pendant la grossesse	23
Gain de poids pendant la grossesse	24
Stratégies novatrices de nutrition prénatale	25
Soins continus	25
Planification de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale	25
Évaluation continue	25
Malaises pendant la grossesse	26
Formation pour aider la femme enceinte à reconnaître certaines complications de la grossesse	26
Formation prénatale	28
Rôle de l'éducatrice prénatale	29

Connaissances préalables et compétences	29
Composantes de la formation prénatale	30
Contenu	30
Se familiariser avec le lieu de la naissance	32
Groupes qui ont des besoins spéciaux	32
Conclusion	33
Bibliographie	34
Annexe 1 — Exemple d'un dossier prénatal tenu par la femme	46
Annexe 2 — Dépistage	48
Annexe 3 — Évaluation de la santé psychosociale prénatale (ALPHA)	55
Annexe 4 — Nutriments d'importance particulière pendant la grossesse	58
Annexe 5 — Malaises courants pendant la grossesse	61

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervenants

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

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

<i>Intervenants</i>	<i>Organismes et services</i>
<ul style="list-style-type: none"> • intervenants en soins de première ligne (médecins, sages-femmes et infirmières) • spécialistes-conseillers • infirmières en santé communautaire • infirmières régionales ou en régions isolées • nutritionnistes/diététistes • éducatrices prénatales • travailleurs sociaux • travailleurs en santé mentale • visiteuses à domicile • physiothérapeutes • doulas/accompagnantes/accompagnatrices durant le travail • travailleuses de soutien à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • centres de santé communautaires et CLSC • organismes de services sociaux • services aux malades hospitalisés • groupes de soutien durant le travail • services des centres de naissance • ressources communautaires • groupes d'entraide • services de génétique • services de laboratoire • unités d'échographie • services d'intervention ou de transport d'urgence • programmes de conditionnement physique • programmes de renoncement au tabac • services de préparation à l'allaitement maternel (p. ex., Ligue La Leche, consultantes en lactation/conseillères en allaitement) • organismes spécialisés dans les toxicomanies et l'abus de substances psychoactives (alcool, drogues) • services pour les adolescentes enceintes • agences d'adoption et services de counseling

CHOIX DES INTERVENANTS EN SANTÉ PRÉNATALE

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

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

Continuité des soins

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

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

Visites prénatales

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

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

Premières visites

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

Dossier prénatal

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

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

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

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

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

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

Collecte des données sur les antécédents

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

Tableau 4.2 Éléments des antécédents prénatals

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

Examen physique

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

Détermination des risques

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

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

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

Tests de dépistage et épreuves de laboratoire

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

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

DÉPISTAGE

Des tests de dépistage sont justifiés dans les cas suivants :

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

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

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

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

Évaluation psychosociale

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

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

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

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

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

ÉLÉMENTS DE L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE ET DU COUNSELING

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

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

Tableau 4.3 Recommandations relatives à l'utilisation du formulaire ESP²

1. Le formulaire ESP propose une méthode systématique d'évaluation des aspects psychosociaux de la vie d'une femme. La présence d'un facteur de risque n'est pas nécessairement signe de causalité, mais plutôt d'une possibilité accrue d'un lien avec les résultats. Le formulaire devrait servir à déceler les problèmes pour ensuite permettre, avec la collaboration de la femme, de décider s'ils doivent être abordés et comment il conviendrait de le faire. Cela pourrait mener à un suivi plus rigoureux, à du soutien ou à un recours à des ressources ou interventions supplémentaires, et à une orientation vers d'autres ressources communautaires durant la période postnatale.
2. La collecte de l'information nécessaire peut se faire dans une seule entrevue ou au cours d'une série de visites³. Le second trimestre de la grossesse, de la 20^e à la 30^e semaine, est une période propice à une telle évaluation, puisqu'on dispose alors habituellement de temps et que la relation avec l'intervenant est plus solide.
3. L'information doit rester confidentielle. Si la femme y consent, l'intervenant peut partager cette information avec d'autres professionnels compétents durant la période prénatale (une travailleuse sociale, p. ex.), périnatale (les infirmières qui assistent au travail et à la naissance) ou postnatale (le médecin de famille, le pédiatre).
4. La prudence s'impose lorsqu'il s'agit de communications interculturelles. Il faut demeurer sensible aux autres ethnies et à leurs valeurs culturelles. Il peut arriver que les intervenants qui travaillent auprès de gens d'autres cultures aient à s'interroger sur ce qui convient aux personnes de ces cultures et leur est acceptable.
5. Dans la mesure du possible, les femmes doivent être interviewées seules au moins une fois pendant la phase prénatale, pour qu'elles puissent discuter de certaines questions délicates concernant leur conjoint ou des membres de la famille qui les accompagneront peut-être.
6. Les intervenants devraient compiler une liste des ressources accessibles dans leur collectivité pour donner suite aux préoccupations relevées dans l'évaluation ESP. Les préoccupations peuvent varier selon le milieu et la culture.

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

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

2. Il est possible de se procurer le document *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form* (Midmer et coll., 1996) à l'adresse suivante : Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 8^e étage, 620, avenue University, Toronto (ON) M5G 2C1.

3. Ce formulaire existe maintenant dans une « version à remplir soi-même » et a été mis à l'essai dans le cadre d'un projet-pilote. Une fois le formulaire rempli, les intervenants devront le passer en revue avec leurs clientes et planifier un suivi ou des interventions.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les intervenants de la santé doivent :

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 4.4 Quand soupçonner la présence d'agression physique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centre IMAGE — Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse

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

Motherisk Program

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

Maternal-Fetal Toxicology, a Clinician's Guide

(Koren, 1994)

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

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

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

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

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

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

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

Conditions de travail et exposition aux substances de l'environnement.

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

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

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

Nutrition

ACQUISITION D'HABITUDES ALIMENTAIRES SAINES

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

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

NUTRIMENTS À SURVEILLER PENDANT LA GROSSESSE

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

Tableau 4.6 Nutriments à surveiller pendant la grossesse

Calcium

L'apport quotidien recommandé se situe entre 1 200 mg et 1 500 mg, selon l'âge. Les données actuelles indiquent que l'apport quotidien moyen dans le régime alimentaire des Canadiennes en âge de procréer est inférieur à l'apport recommandé.

Vitamine D

L'apport quotidien recommandé est de 5,0 mg ou 200 UI; on a établi cette dose en supposant qu'un fort pourcentage de la dose requise provient en grande partie de l'exposition au soleil.

Fer

L'apport quotidien recommandé est de 13 mg pendant le premier trimestre, de 18 mg pendant le deuxième et de 23 mg pendant le troisième. Le bilan en fer devrait être évalué au début de la grossesse et à intervalles réguliers par la suite.

Acide folique

On conseille aux femmes de commencer à prendre un supplément quotidien de 0,4 mg d'acide folique au moins un mois avant le début de la grossesse et de continuer d'en prendre pendant les premières semaines de la grossesse, d'adopter une alimentation saine conforme au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé Canada, 1997), en veillant à consommer des aliments riches en acide folique.

Suppléments de vitamines et de minéraux

Les femmes qui s'alimentent bien n'ont probablement pas besoin de suppléments de vitamines et de minéraux. Les suppléments doivent servir à combler les carences alimentaires.

Acides gras essentiels

L'apport quotidien recommandé en acides gras essentiels est plus élevé pendant la grossesse; les femmes enceintes doivent donc être encouragées à augmenter leur consommation d'acides gras essentiels.

GAIN DE POIDS PENDANT LA GROSSESSE

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

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

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

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

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

STRATÉGIES NOVATRICES DE NUTRITION PRÉNATALE

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

Soins continus

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

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

Évaluation continue

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

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

Malaises pendant la grossesse

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

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

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

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

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

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

Tableau 4.7 Signes d'un travail prématuré

N'importe lequel ou plusieurs des signes suivants :

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

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

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

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

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

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

Formation prénatale

Dans l'esprit des principes régissant les soins dans une perspective familiale, les intervenants de la santé devraient tenter d'intégrer l'apprentissage et le partage de l'information à toutes leurs rencontres avec la femme et sa famille. La formation prénatale vise différents objectifs : encourager l'adoption de styles de vie sains; améliorer l'estime de soi ou la confiance en sa propre compétence; renforcer les liens familiaux, y compris la communication entre la femme et son conjoint; préparer la femme et sa famille à la naissance; permettre un ajustement postnatal en douceur; donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né (présenter l'allaitement maternel comme étant le meilleur choix); permettre une meilleure communication entre la femme et les intervenants de la santé; faire accepter la naissance comme une étape normale et saine de la vie. Les intervenants ont le choix d'appliquer toute une gamme de stratégies d'apprentissage pour transmettre cette information.

Bon nombre de femmes et de familles choisissent de participer aux programmes de formation prénatale de groupe. Les séances peuvent se tenir à divers endroits : dans les établissements hospitaliers, les centres de santé communautaires ou les CLSC, les cabinets de médecins ou lieux de rencontres avec la sage-femme, les services de santé et les organismes communautaires, les bureaux d'associations de consommateurs, les collègues, au cabinet privé de l'éducatrice ou à la maison de la cliente ou de l'éducatrice. Chacun de ces lieux offre des avantages et des inconvénients; il n'existe pas d'endroit idéal pour toutes les familles.

Les avantages de la participation à un programme de formation prénatale sont difficiles à étayer de façon systématique. La grande popularité de ces programmes prouve bien l'intérêt marqué des futurs parents (Enkin et coll., 1995). Selon Enkin, il est possible que l'existence même des cours prénatals soit plus importante que ce que l'on y enseigne — en fait, le médium est le message (Enkin et coll., 1995). Leurs avantages ont été démontrés par la diminution d'analgésiques et une plus grande satisfaction liée à la naissance. Cependant, l'effet global de l'enseignement prénatal ne peut pas s'évaluer seulement en fonction de ses répercussions sur chaque femme, puisqu'il peut y avoir des effets indirects qui modifient de façon significative l'ambiance de la naissance pour toutes les femmes (Enkin et

coll., 1995). Le fait d'offrir un vaste choix de programmes accompagnés d'objectifs explicites permet à la femme (ou au couple) de trouver celui qui satisfera le mieux ses besoins immédiats.

Quel que soit le cadre de «la formation prénatale», celle-ci devrait s'inspirer des préceptes directeurs de l'enseignement aux adultes et adopter une perspective axée sur l'apprenante. L'éducatrice est davantage une animatrice qu'une enseignante. À ce titre, elle doit valoriser les connaissances et l'expérience de l'apprenante, définir de concert avec elle le contenu (ce que l'apprenante devrait ou doit connaître pour que le contenu soit pertinent) et la démarche (comment l'apprenante apprend), mettre l'accent sur l'interdépendance dans l'apprentissage et faciliter l'apprentissage en comblant les besoins de l'apprenante. Il s'agit en définitive d'un partage de la responsabilité de l'apprentissage entre l'éducatrice et l'apprenante.

Rôle de l'éducatrice prénatale

L'éducatrice prénatale ne représente qu'une partie du réseau de santé de la femme. Elle travaille en collaboration avec d'autres intervenants, et non sous leur direction. Par conséquent, elle doit :

- faire de l'enseignement, c'est-à-dire transmettre de l'information sur les aspects physiques, affectifs et sociaux de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois qui suivent la naissance;
- aider la femme et les membres de son réseau de soutien à acquérir les habiletés nécessaires pour faire face à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers mois après la naissance;
- mettre à profit les connaissances innées de la femme sur le processus de la naissance;
- représenter les intérêts des familles qui attendent un enfant et promouvoir les soins à la mère dans une perspective familiale.

CONNAISSANCES PRÉALABLES ET COMPÉTENCES

La formation prénatale réunit des aspects de l'art et des sciences de nombreuses disciplines, y compris la profession infirmière ou de sage-femme, la physiothérapie, le travail social et l'enseignement. Aucune formation universitaire particulière n'est un préalable au rôle d'éducatrice prénatale. Comme dans toute autre profession, les compétences varient.

L'éducatrice prénatale doit être enthousiaste, sensible et témoigner du respect aux parents. Elle doit les considérer comme des égaux capables de

prendre des décisions quant aux soins à recevoir. Elle doit être en mesure d'accomplir les tâches suivantes :

- présenter l'information de façon claire, concise, mais sans pour autant adopter un ton autoritaire;
- préparer un programme axé sur l'apprenant;
- fixer des objectifs et les atteindre;
- choisir et utiliser des documents audiovisuels pertinents;
- s'inspirer des principes de l'enseignement aux adultes;
- utiliser diverses méthodes pédagogiques pouvant correspondre aux diverses façons d'apprendre : cours magistral, jeux de rôle, travail en sous-groupes, discussions en petits ou grands groupes, vidéocassettes, diaporamas ou autres moyens audiovisuels comme les affiches, les maquettes et les aides visuelles, démonstrations par l'éducatrice et répétition par l'apprenant devant l'éducatrice des techniques présentées, documents à lire et autres;
- s'inspirer des principes d'animation de groupes;
- s'auto-évaluer;
- faire la distinction entre les croyances personnelles et les faits scientifiques;
- maintenir ses connaissances à jour sur les nouveaux constats de recherche et les changements survenus en obstétrique;
- diriger les femmes et les familles vers des ressources communautaires;
- aider les parents à se fixer des buts réalistes pour la grossesse, la naissance et les premiers mois qui suivent;
- encourager la collaboration et la coopération parmi les intervenants de la santé;
- appuyer le droit de la femme de faire des choix éclairés fondés sur la connaissance des avantages, des risques et des options.

Composantes de la formation prénatale

CONTENU

Toutes les questions liées à la grossesse, au travail et à la naissance qui peuvent avoir des répercussions sur la femme et sa famille doivent être abordées de façon proactive dans le contexte de la formation prénatale. Dans sa définition la plus large, la formation prénatale traite notamment des sujets suivants : la préparation à la grossesse, le travail, l'accouchement, les compétences des parents pendant les premiers mois, l'alimentation du nourrisson, l'évolution

des rôles et des relations, la sexualité et la planification des naissances. Le contenu devrait être offert à un moment propice de la grossesse. Toute cette information peut faire l'objet d'une seule série ou de programmes distincts selon les diverses phases : début de la grossesse, préparation au travail et à la naissance, et période postnatale.

Le contenu devrait inclure de l'information sur les cycles physiologiques et psychologiques naturels de la grossesse, du travail, de la naissance et de la période postnatale. Il faudrait traiter des points suivants :

- anatomie et physiologie du système reproducteur masculin et féminin, et sexualité humaine;
- changements physiques et affectifs pendant la grossesse;
- croissance et développement de l'enfant à naître;
- dépistage prénatal et tests de diagnostic : but et utilisation;
- influences tératogènes et iatrogènes sur la grossesse;
- changements normaux et signes avertisseurs;
- complications de la grossesse et mécanismes d'adaptation à une grossesse à risque élevé;
- alimentation de la mère et du nourrisson, avec insistance sur l'allaitement maternel comme la meilleure façon de nourrir le bébé;
- travail et accouchement normaux;
- césarienne et accouchement vaginal après césarienne;
- interventions et procédures médicales courantes, y compris les justifications, risques, avantages et solutions de rechange de chacune;
- caractéristiques et comportement du bébé;
- rôle des personnes qui assureront l'accompagnement pendant la naissance;
- conseils portant sur la période postnatale, incluant l'allaitement, les soins au bébé, les changements normaux auxquels il faut s'attendre et le soutien affectif et physique à la mère;
- signes avertisseurs précoces de complications postnatales pour la mère ou le bébé;
- techniques pour faciliter le travail et la naissance : de détente (relaxation progressive, toucher thérapeutique, visualisation, imagerie mentale, musique); de respiration (dirigée, contrôlée ou adaptée au rythme naturel du travail); de confort (massage, effleurage, contrepression, thérapie par la chaleur, le froid, l'eau, offre de nourriture, position du corps et mouvements); exercices pour mieux connaître son corps et être en forme.

SE FAMILIARISER AVEC LE LIEU DE LA NAISSANCE

Habituellement, les éducatrices prénatales offrent ou suggèrent aux femmes enceintes et aux conjoints et familles, de visiter l'endroit où se déroulera la naissance. Cette visite guidée est utile à bien des points de vue : elle atténue les préoccupations et les craintes au sujet de l'hôpital, du centre de naissance ou de la maison de naissance; elle permet à l'éducatrice de présenter de nouveaux renseignements de manière concise et de faire des démonstrations concrètes.

Ces visites aident à rendre plus réelle l'arrivée imminente du bébé. Il importe que l'éducatrice connaisse très bien l'endroit, puisque les participants peuvent avoir besoin de se faire montrer le « chemin » qu'ils suivront lorsqu'ils se présenteront pour la naissance. De plus, les familles peuvent avoir besoin de se familiariser avec différents aspects des lieux, tels que les lits de naissance, les barres de soutien en position accroupie, les bancs de naissance, les différents moniteurs et appareils, les lits chauffants (par ex., les unités néonatales) ou les tables chauffantes, les incubateurs (appelés aussi isolettes) et ainsi de suite. C'est aussi l'occasion de passer en revue les règlements et les politiques, tels que les heures de visite. Il faut prévoir assez de temps à la fin des visites guidées pour permettre aux familles de poser des questions.

GROUPES QUI ONT DES BESOINS SPÉCIAUX

La formation prénatale fait partie intégrante des soins prénatals, et ce pour *toutes* les familles. Il se peut que certains groupes de femmes n'aient jamais eu recours aux services existants, notamment les adolescentes, les femmes autochtones, les immigrantes, les réfugiées, les femmes à faible revenu, les détenues et les femmes ayant déjà accouché. De plus, toutes les femmes ne sont pas nécessairement à l'aise au sein d'un groupe. Il faut donc découvrir, en consultation avec elles, des stratégies novatrices pour que la formation prénatale soit donnée à toutes les femmes. De tels programmes devraient être offerts dans les collectivités pour permettre aux femmes et aux familles de se sentir à l'aise et de participer pleinement au processus de planification.

Les éducatrices et les soignants doivent travailler avec les femmes de tous les milieux de la collectivité pour connaître les raisons qui empêchent de profiter des programmes de formation prénatale offerts et pour trouver des moyens de surmonter ces obstacles. Pour justifier leur absence ou leur refus de participer aux programmes de formation prénatale, les femmes invoquent le travail et les obligations professionnelles; l'impossibilité de faire

garder les enfants; l'horaire inopportun des cours; la difficulté d'accès à l'endroit; les différentes orientations culturelles, ethniques ou religieuses; le coût excessif; l'ignorance pure et simple de l'existence de ces programmes.

Il n'est pas nécessaire de prévoir un contenu différent pour la formation prénatale destinée aux adolescentes enceintes bien qu'il soit cependant utile de modifier les méthodes pédagogiques pour le présenter. Les buts de la formation prénatale ont plus de chance d'être atteints si la formation est donnée dans une atmosphère d'entraide, informelle et exempte de jugements. Il est plus facile et moins intimidant pour les adolescentes de participer à des programmes offerts dans leur milieu de vie (Altendorf et Klepacki, 1991). Un cours prénatal avec crédit dans le cadre du programme scolaire pourrait bien être la meilleure façon de rejoindre les jeunes femmes enceintes qui fréquentent encore l'école.

Le coût peut être un facteur à considérer, quel que soit le groupe. Certains ministères provinciaux de la santé et certains centres de santé communautaires ou CLSC offrent ces services gratuitement ou, du moins, sont en mesure de renoncer aux frais d'utilisation. Toutefois, même lorsque cela se fait avec la plus grande délicatesse, le simple geste de renoncer aux frais peut mettre la femme dans l'embarras et contribuer encore davantage à son isolement, ce qui risque de la décourager de prendre part aux activités prévues dans le cadre de la formation prénatale.

Conclusion

L'organisation et la prestation des soins prénatals dans une perspective familiale permettent aux femmes, aux familles et aux enfants à naître de vivre les étapes de la grossesse et de la naissance dans les meilleures conditions possibles de santé et de bien-être. De plus, le travail en partenariat avec les femmes et les familles offre aux intervenants de la santé une excellente occasion d'influencer la santé de générations à venir.

Bibliographie

- ABEL, E., et J. HANNIGAN. « Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences », *Neurotoxicol Teratol*, vol. 17, n° 4 (1995), p. 455.
- ALTENDORF, J., et L. KLEPACKI. « Childbirth education for adolescents », *NAACOGS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*, vol. 2, n° 2 (1991), p. 229-243.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Guidelines for Perinatal Care*, 4^e éd., Washington, chez l'auteur, 1996.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Guidelines for exercise during pregnancy », *ACOG Technical Bulletin n° 189*, Washington, chez l'auteur, 1994.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. « Effects of pregnancy on work performance », *Journal of the American Medical Association*, vol. 251 (1984), p.1995-1997.
- ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Diabetes and Pregnancy (A Project of the National Education Committee)*, Ottawa, Canadian Diabetes Association, 1987.
- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Lignes directrices pour le counselling — le diagnostic du VIH*, Ottawa, chez l'auteur, 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Counselling Guidelines for HIV Testing*, Canadian Medical Association.
- ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH AND OBSTETRICAL AND NEONATAL NURSING. *Competencies and Program Guidelines for Nurse Providers of Perinatal Education*, Washington, chez l'auteur, 1993.
- BOBAK, I.M., et J.M. DUNCAN. *Maternity and Gynaecologic Care — The Nurse and the Family*, 5^e éd., Toronto, Mosby, 1993.
- BOWIE, W.R., et N.E. MacDONALD. *Relevé des maladies transmissibles au Canada — Mise à jour 1995 — lignes directrices des normes canadiennes*, Canada, Association médicale canadienne, vol. 21S4 (1995). Publié aussi en anglais sous le titre *Canadian STD Guidelines. Canada Communicable Disease Report — Supplement*, Canada: Canadian Medical Association.
- BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. *Manual of Nutritional Care*, 4^e éd., Vancouver, British Columbia's Dietitians' and Nutritionists' Association, 1992, p. 1, 3-6.
- BRITISH COLUMBIA, MINISTRY OF HEALTH. *Baby's Best Chance: Instructional Guide*, Victoria, ministère de la Santé de la C.-B., Services de prévention, 1987, p. 110-112, 261-263.
- BROWN, J.B., B. LENT, P.J. BRETT, G. SAS et L.L. PEDERSON. « Development of the woman abuse screening tool for use in family practice », *Family Medicine*, vol. 28, n° 6 (1996), p. 422-428.
- BURIAN, J. « Helping survivors of sexual abuse through labor », *Maternal-Child Nursing Journal*, vol. 20, n° 5 (1992), p. 252-256.

CALLISTER, L.C. « Cultural meanings of childbirth », *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, n° 24 (1995), p.327-331.

CAMPBELL, J.C. « Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse », *Seminars of Perinatology*, vol. 19, (1995), p. 301-306.

CARROLL, J.C. « Maternal serum screening », *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 40 (1994), p. 1756-1764.

CARROLL, J.C. « Chlamydia trachomatis during pregnancy: to screen or not to screen », *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 39 (1993), p. 97-102.

CARROLL, J.C., A.J. REID, C.A. WOODWARD, J.A. PERMAUL-WOODS, S. DOMB, G. RYAN et coll. « Ontario maternal serum screening program: practices, knowledge and opinions of health care providers », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156 (1997), p. 775-784.

CHALMERS I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. *Un guide complet des soins aux personnes atteintes du VIH, Module 1 : adultes*, Toronto, chez l'auteur, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *A comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease. Module 1: adults*, College of Family Physicians of Canada.

CROWE, K. « Prenatal classes in the 90's — we've come a long way », *The Perinatal Newsletter*, vol. 11, n° 3 (1994), p. 1-2.

CULPEPPER, L., et B. JACK. « Psychosocial issues in pregnancy », *Primary Care*, vol. 20, n° 3 (1993), p. 566-619.

CURRY, M.A. « Stress, social support and self-esteem during pregnancy », *NAACOGS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*, vol. 1, n° 3 (1990), p. 303-310.

DAVIES, H.D., et E.E.L. WANG. « Periodic health examination, 1996 update: 2. Screening for chlamydial infections », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, n° 11 (1996), p. 1631-1643.

DAWES, M., et J. GRUDZINKAS. « Patterns of maternal weight gain in pregnancy », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 98 (1991), p. 195-201.

DICK, P.T., et CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. « Le dépistage et le diagnostic prénatals de la trisomie 21. Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs », mise à jour 1996, http://www.ctfphc.org/French_Text/DOWNS.htm. Traduction de « Periodic health examination, 1996 update: 1. Prenatal screening for and diagnosis of Down syndrome », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, n° 4 (1996), p. 465-479.

EDMONTON BOARD OF HEALTH. *Health for 2: Mother and Child*, Edmonton, chez l'auteur, 1993, p. 26-27.

EISENBERG, A., H.E. MURKOFF et S.E. HATHAWAY. *What to Expect When You're Expecting: The Pregnancy Guide That Reassuringly Answers the Concerns of Mothers- and Fathers-to-be, from the Planning Stage Through Postpartum*, 2^e éd., New York, Workman Publishing, 1991, p. 54, 57, 87, 127, 148 et 427.

- ELBOURNE, D., A. OAKLEY et I. CHALMERS. « Social and psychological support during pregnancy », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, New York, Oxford University Press, 1989, p. 221-236.
- ENKIN, M., J.N.C. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2^e éd., Toronto, Oxford University Press, 1995.
- FALCON, L., L. PIPERNO et P. SÉGUIN. *Manuel de nutrition clinique*, Corporation professionnelle des diététistes du Québec, 1998.
- FEDAK, J.M., D.E. PEART et L.M. CONNOLLY. « Focus on quality: a teen-driven prenatal program », *The Canadian Nurse/Infirmière canadienne*, janvier (1996), p. 51-52.
- FEIG, D.S., et C.D. NAYLOR. « Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal? » *Lancet*, vol. 351, n° 9108 (1998), p.1054-1055.
- FERRIS, L.E., M. McMAIN-KLEIN et L. SILVER. « Documenting wife abuse: a guide for physicians », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156 (1997), p. 1015-1022.
- FOGEL, C.I., et D. LAUVER (éd.). *Sexual Health Promotion*, Philadelphia, WB Saunders, 1990.
- GESSNER, B.A. « Adult education — the cornerstone of patient teaching », *Nursing Clinics of North America*, vol. 24, n° 3 (1989), p. 589-595.
- GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.147 (1992), p. 627-633.
- GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. « Periodic health examination, update: 3. Primary and secondary prevention of neural tube defects », 3^e mise à jour, *Journal de l'Association médicale canadienne/Canadian Medical Association Journal*, vol. 147 (1992), p. 435-443.
- HALL, P.F. « Repenser la notion de risque », *Médecin de famille canadien*, vol. 40 (1994), p. 1246-1251. Publié en anglais sous le titre « Rethinking risk », *Canadian Family Physician*.
- HANDLER, A., K. RAUBE, M. KELLEY et A. GLACHELLO. « Women's satisfaction with prenatal care settings: a focus group study », *Birth*, vol. 23, n° 1 (1996), p. 31-37.
- HODNETT, E.D. « Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques sur disquette, CD-ROM et en ligne, mise à jour le 1^{er} septembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 4^e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1997. Mise à jour trimestrielle.
- HODNETT, E.D. « Women carrying their own case-notes during pregnancy » [révisé le 12 mai 1993], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON, et C. CROWTHER (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane

sur la grossesse et la naissance sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

HOLDEN, J.M., R. SAGOVSKY et J.L. COX. «Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression», *British Medical Journal*, vol. 289 (1989), p. 223-226.

HUTCHISON, B.G., et R. MILNER. «Reliability of the guide to pregnancy risk grading of the Ontario antenatal record in assessing obstetric risk», *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 150, n° 12 (1994), p.1983-1987.

INSEL, P.M. «Are you getting enough folate?», *Healthline*, vol. 15, n° 2 (1996), p. 6-7.

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

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

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION POSITION STATEMENT. *The Role of the Childbirth Educator and the Scope of Childbirth Education*, Minneapolis, chez l'auteur, 1986.

JEFFERS, D.F. «Outreach childbirth education classes for low-income families: a strategy for program development», *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 4, n° 1 (1993), p.95-99.

JORDAN, P.L. «Labouring for relevance: expectant and new fatherhood», *Nursing Research*, vol. 39, n° 1 (1990), p. 11-16.

KITZINGER, S. «Birth speak», *Birth*, vol. 23, n° 1 (1996), p. 46-47.

KOREN, G. *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. HOFMEYR et M.J.N.C. KEIRSE (éd.), [mise à jour le 5 décembre 1996], disponible à la bibliothèque Cochrane [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1997. Mise à jour trimestrielle.

LEDERMAN, R.P. *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*, New Jersey, Prentice-Hall, 1984.

LEPIK, K. «Safety of herbal medications in pregnancy», *Drug Information Perspectives*, vol. 16, n° 3 (1996), p. 1-6.

LEVITT, C., M. HAMMOND, L. HANVEY et A. CONTINELLI. *Approaching Smoking in Pregnancy: A Guide for Health Professionals*, Toronto, College of Family Physicians of Canada/Collège des médecins de famille du Canada, 1997.

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

LORIG, K. *Patient Education — A Practical Approach*, Londres (Royaume-Uni), Sage Publications, 1996.

LOTHIAN, J.A. «Critical dimensions in perinatal education», *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 4, n° 1 (1993), p. 20-27.

LUMLEY, J., et J. ASTBURY. «Lifestyle during pregnancy», dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989.

MacLAREN, A. «Primary care for women: comprehensive sexual health assessment», *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 40, n° 2 (1995), p. 104-119.

MacMILLAN, J.L., J.H. MacMILLAN, D.R. OFFORD et CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. «Periodic health examination, 1993, update: 1. Primary prevention of child maltreatment», *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 148, n° 2 (1993), p. 151-163.

MAHOMED, K., et A.M. GULMEZOGLU. «Vitamin D supplementation in pregnancy», dans NEILSON J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques sur disquette, CD-ROM et en ligne, mise à jour le 2 décembre, 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, logiciel de mise à jour, 1998. Mise à jour trimestrielle.

MARCH OF DIMES BIRTH DEFECTS FOUNDATION. *Folic Acid: Good News for Women and Babies*, [dépliant] Wilkes-Barre (PA), chez l'auteur, 1994.

MARTIN, F., et C. YOUNGER-LEWIS. «More than meets the eye: recognizing and responding to spousal abuse», *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 157 (1997), p. 1555-1558.

MASON, C., et R. ELWOOD. «Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care?», *International Journal of Nursing Studies/Journal international d'étude des soins médicaux*, vol. 32, n° 2 (1995), p. 137-148.

MASTERS, W., et V. JOHNSON. *Human Sexual Response*, Boston, Little Brown, 1988.

McDUFFIE, R.S. Jr, A. BECK, K. BISCHOFF, J. CROSS et M. ORLEANS. «Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women: a randomized controlled trial», *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, n° 11 (1996), p. 847-851.

McFARLANE, J., et B. PARKER. «Preventing abuse during pregnancy: an assessment and intervention protocol», *Maternal-Child Nursing Journal*, vol. 19 (1994), p. 321-324.

MIDMER, D., A. BIRINGER, J. CARROLL, A. REID, L. WILSON, D. STEWART et coll. *A Reference Guide for Providers: The ALPHA Form — Antenatal Psychosocial Health*

Assessment Form, 2^e éd., Toronto, University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1996.

MIDMER, D., L. WILSON et S. CUMMINGS. «A randomized controlled trial of the influence of prenatal parenting education on postpartum anxiety and marital adjustment», *Family Medicine*, vol. 27 (1995), p. 200-205.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, ONTARIO. *Le SIDA et l'infection par le VIH : informations destinées aux hôpitaux et aux professionnels de la santé*, Canada, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1998.

MODELAND, A., R. BOLARIA et A. McKENNA. «Domestic violence during pregnancy», *Saskatchewan Medicine Journal*, vol. 6, n° 3 (1995), p. 4-9.

MOLNAR, P., A. BIRINGER, A. McGEER et W. McISAAC. «Can pregnant women obtain their own specimens for group B streptococcus? A comparison of maternal versus physician screening. The Mount Sinai GBS Screening Group», *Family Practice*, vol. 14, n° 5 (1997), p. 403-406.

MUELLER, L.S. «Pregnancy and sexuality», *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, juillet et août (1985), p. 289-294.

NAYLOR, C.D., M. SERMER, E. CHEN et D. FARINE. «Selective screening for gestational diabetes mellitus», *New England Journal of Medicine*, vol. 337, n° 22 (1997), p. 1591-1596.

NEILSON, J.P. «Routine ultrasound in early pregnancy [Cochrane Review]», disponible à la bibliothèque Cochrane, 2^e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NEILSON, J., et A. GRANT. «Ultrasound in pregnancy», dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 419-439.

NIMROD, C., et P. STEWART. «Screening concepts simplified», *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 19 (1997), p. 1441-1442.

NONESUCH, K. *The Popular Guide to Pregnancy, Birth and Baby Care*, Vancouver et Toronto, Douglas & McIntyre Ltd. et Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1991, p. 23, 40, 45-46.

OAKLEY, A. «Measuring the effectiveness of psychosocial interventions in pregnancy», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 8, n° 1 (1992), p. 129-138.

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

PAAVONEN, J. «Chlamydia, gonorrhoea, and reproductive health», *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 17, n° 11 (1995), p. 1067-1075.

PHILLIPS, C.R. *Family-Centred Maternity and Newborn Care: A Basic Text*, 4^e éd., Toronto, Mosby, 1996.

PIPER, S., et P. PARKS. « Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey », *Birth*, vol. 23, n° 1 (1996), p. 9-12.

PIVARNIK, J.M. « Maternal exercise during pregnancy », *Sports Medicine*, vol. 18 (1994), p. 215-217.

PODGURSKI, M.J. « School-based adolescent pregnancy classes », *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*, vol. 4, n° 1 (1993), p. 80-94.

POLOMENO, V. « Health promotion for expectant fathers: part II. Practical considerations », *Journal of Perinatal Education*, vol. 7, n° 2 (1998), p. 35-44.

POLOMENO, V. « Health promotion for expectant fathers: part I. Documenting the need », *Journal of Perinatal Education*, vol. 7, n° 11 (1997a), p. 1-8.

RANKIN, S., et K. DUFFY. *Patient Education: Issues, Principles and Guidelines*, New York, J.B. Lippincott, 1983.

RATCLIFFE, S.D., J.E. BYRD et E. SAKORNBUT. *Handbook of Pregnancy and Perinatal Care in Family Practice — Science and Practice*, Philadelphia, Hanley and Belfus, 1996.

REID, A.J., A. BIRINGER, J.C. CARROLL, D. MIDMER, L. WILSON, B. CHALMERS et D.E. STEWART. « Using the ALPHA Form in practice to assess antenatal psychosocial health », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 159, n° 6 (1998), p. 677-684.

RICH, L. *When Pregnancy Isn't Perfect: A Layperson's Guide to Complications in Pregnancy*, New York, Plume, 1993.

ROSEN, M.G. *Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care: Report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care*, Washington, Public Health Service, Department of Health and Human Services, 1989.

ROSS, D. « Hot tubs, saunas, fevers increase risk of some birth defects », *Healthline*, vol. 11, n° 12 (1992), p. 9.

ROZOVSKY, L. *The Canadian Patient's Book of Rights — A Consumer's Guide to Canadian Health Law*, (revu et mis à jour), Toronto, Doubleday Canada, 1994.

RYBURN, Starn J. « Cultural childbearing: beliefs and practices », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 38, n° 1 (1991), p. 39-40.

SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, chez l'auteur, 1999. Publié aussi en anglais sous le titre *Nutrition for a Healthy Pregnancy: National Guidelines for the Childbearing Years*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. Publié aussi en anglais sous le titre *Canada's Food Guide to Healthy Eating*, Health Canada, Minister of Public Works and Government Services Canada.

SANTÉ CANADA. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *Joint statement: Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada*.

SANTÉ CANADA (EDWARDS, N., N. SIMS-JONES et S. HOTZ). *Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatales et post-natales, résumé documentaire*, Ottawa, chez l'auteur, 1995e. Publié aussi en anglais sous le titre *Pre and Postnatal Smoking: A Review of Literature*.

SANTÉ CANADA. *Atelier national sur la prévention primaire des malformations du tube neural*, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1995d. Publié aussi en anglais sous le titre *National Workshop on the Primary Prevention of Neural Tube Defects*, Health Protection Branch, Health Canada.

SANTÉ CANADA, LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. «Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la gestion et le traitement des maladies transmissibles sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes (v.21S4)», *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (suppl.), Ottawa, Santé Canada, 1995c. Publié aussi en anglais sous le titre «Canadian guidelines for the prevention, diagnosis, management and treatment of sexually transmitted diseases in neonates, children, adolescents and adults (v.21S4)», *Canada Communicable Disease Report* (Suppl.), Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatales et post-natales*, Ottawa, Femmes et Programmes de lutte contre le tabagisme, Santé Canada, 1995b. Publié aussi en anglais sous le titre *Smoking Interventions in the Prenatal and Postpartum Periods*, Women and Tobacco Reduction Programs.

SANTÉ CANADA. *Le tabagisme et la grossesse : le dilemme de la femme*, Ottawa, Femmes et Programmes de lutte contre le tabagisme, 1995a. Publié aussi en anglais sous le titre *Smoking and Pregnancy: A Woman's Dilemma*, Women and Tobacco Reduction Programs, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Le programme canadien de nutrition prénatale : guide d'inscription*, 1994c. Publié aussi en anglais sous le titre *The Canada Prenatal Nutrition Program: Guide for Applicants*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Programme d'aide postnatale aux parents : guide de mise en œuvre*, Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1994b. Publié aussi en anglais sous le titre *Postpartum Parent Support Program: Implementation Handbook*. Health Promotion Directorate, Health Services and Promotion Branch, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Le guide clinique canadien sur les soins préventifs de santé par le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1994a. Publié aussi en anglais sous le titre *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care by the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, Health Canada, Supply and Services Canada.

SANTÉ CANADA. *Acide folique : La vitamine qui aide à protéger contre les malformations du tube neural*, Ottawa, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1993. Publié aussi en anglais sous le titre *Folic Acid: The Vitamin That Helps Protect Against Neural Tube (Birth Defects)*, Health Canada.

SANTÉ CANADA. *Utiliser le guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, ministère de l'Approvisionnement et des Services, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *Using the Food Guide to Healthy Eating*, Minister of Supply and Services, Health Canada.

SANTÉ CANADA, FONDATION CANADIENNE SUR L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ INFANTILE, INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, *Réduisez le risque du syndrome de la mort subite du nourrisson au Canada. Énoncé conjoint*, Ottawa, chez l'auteur, 1999. Publié aussi en anglais sous le titre *Reducing the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in Canada. Joint Statement*, Health Canada, Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, Canadian Institute of Child Health, Canadian Pediatric Society.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA [GREAVES, L.]. *Les femmes et le tabac : document de base et mise à jour*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1987, 1990. Publié aussi en anglais sous le titre *Background Paper on Women and Tobacco and Update*, Health and Welfare Canada.

SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*, Ottawa, Direction des services de santé, 1987. Publié aussi en anglais sous le titre *Family-Centred Maternity and Newborn Care*, National Health and Welfare.

SCHROEDER-ZWELLING, E. « The pregnancy experience », dans NICHOLS, F.H., Humenick S. SMITH (éd.), *Childbirth Education: Practice, Research and Theory*, Philadelphia, WB Sanders, 1988, p. 37-51.

SEARS, W., et M. SEARS. *The Baby Book: Everything You Need to Know About Your Baby — From Birth to Age Two*, Toronto, Little Brown, 1993.

SIKORSKI, J., J. WILSON, S. CLEMENT, S. DAS et N. SMEETON. « A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project », *British Medical Journal*, vol. 312 (1996), p. 546-553.

SMALL, F. « Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT, G.J. HOFMEYR et M.J.N.C. KEIRSE (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance sur disquette et CD-ROM, mise à jour le 5 décembre 1996)*, Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1997. Mise à jour trimestrielle.

SMALL, F. « Antepartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation » [révisé le 28 juillet 1992], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON, et C. CROWTHER (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur disquette et CD-ROM)*, Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *La consommation préconceptionnelle d'acide folique pour réduire le risque d'anomalies du tube neural*, Comité de pharmacologie et des substances dangereuses, chez l'auteur, n° de référence DT95-0, 1995.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. « Devrait-on procéder au dépistage systématique de l'infection par le VIH pour la grossesse ? », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 5 (1994), p. 203-204. Publié aussi en anglais sous le titre *Should There Be Routine Testing for Human Immunodeficiency Virus Infection in Pregnancy?* Canadian Paediatric Society.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Déclaration de consensus sur la prévention des infections à streptocoque de type B à début précoce chez les nouveau-nés*, Canada, chez les auteurs, n° 29 (août 1994). Publié aussi en anglais sous le titre *Policy Statement — National Consensus Statement on the Prevention of Early-onset Group B Streptococcal Infections in the Newborn*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Énoncé de politique de la SOGC/SOGC Policy Statement — Guidelines for Ultrasound as Part of Routine Prenatal Care*, no. 78, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1999.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Partir du bon pied : guide de grossesse et d'accouchement*, chez l'auteur, 1998b. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Your Handbook for Pregnancy and Birth*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, chez l'auteur, 1998a. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques de la SOGC — énoncé de politique n° 62. Dépistage du VIH pendant la grossesse*, Ottawa, chez l'auteur, 1997b. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Clinical Practice Guidelines — Policy Statement no. 62. HIV Testing in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques de la SOGC — énoncé de politique n° 61. Déclaration sur la prévention des infections à streptocoque de type B à début précoce chez les nouveau-nés*, Ottawa, chez l'auteur, 1997a. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Clinical Practice Guidelines — Policy Statement no. 61. Statement on the Prevention of Early-onset Group B Streptococcal Infections in the Newborn*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. « Énoncé de politique : violence contre les femmes », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/Journal de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 18 (1996), p. 803-807. Publié aussi en anglais sous le titre *Policy Statement: Violence Against Women*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques n° 62 de la SOGC — Dépistage du VIH pendant la grossesse*, juin 1997b. Remplace la directive clinique n° 17 de décembre 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Clinical Practice Guidelines — Policy Statement no. 62. HIV Testing in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Opinion du Comité n° 12: Lignes directrices sur le traitement des nausées et des vomissements de la grossesse*, Ottawa, chez l'auteur, 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Committee Opinion no. 12: Guidelines for the Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Opinion du Comité de la SOGC — maladies transmissibles sexuellement, lignes directrices canadiennes : autrefois, maintenant et à l'avenir, n° 8*, Ottawa, chez l'auteur, 1994b. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Committee Opinion — Sexually Transmitted Diseases, Canadian Guidelines: Then, Now and the Future, no. 8*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Directives cliniques concernant les soins obstétricaux et gynécologiques aux femmes vivant avec le VIH*, Ottawa, chez l'auteur, 1994a. Publié aussi en anglais sous le titre *Practice Guidelines for Obstetrical and Gynaecological Care of Women Living with HIV*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Énoncé de politique de la SOGC sur l'emploi de l'acide folique pour la prévention des malformations du tube neural, n° 19*, Ottawa, chez l'auteur, 1993a. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Policy Statement — The Use of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects, no. 19*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Opinion du Comité de la SOGC sur le dépistage de routine du diabète gestationnel*, Ottawa, chez l'auteur, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *SOGC Committee Opinion on Routine Screening for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy*, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

STATISTIQUE CANADA. « Enquête sur la violence contre les femmes », *Le Quotidien*, Ottawa, 18 novembre 1993, p. 1-9. Publié aussi en anglais sous le titre « The violence against women survey », *The Daily*, Statistics Canada.

STEWART, D.E., et A. CECUTTI. « Physical abuse in pregnancy », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 149, n° 9 (1993), p. 1257-1262.

TOBIN, M.A., F.J. CHOW et M.I. BOMER (éd.). *Un guide complet des soins aux personnes atteintes d'une infection à VIH*, Collège des médecins de famille du Canada, module 1, adultes, femmes et adolescents, Toronto, Collège des médecins de famille du Canada, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *A Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease, College of Family Physicians of Canada, Module 1, Adults, Women and Adolescents*. College of Family Physicians of Canada.

VILLAR, J., et D. KHAN-NEELOFUR. « Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

WALKINSHAW, S.A. « Glucose polymer vs glucose for screening for/diagnosing 'gestational diabetes' » (révisé le 20 avril 1993), dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et

de la naissance, base de données Cochrane sur disque et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford, logiciel de mise à jour : 1995.

WEBSTER, J., K. FORBES, S. FOSTER, I. THOMAS, A. GRIFFIN et H. TIMMS. « Sharing antenatal care: client satisfaction and use of the patient-held record », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 36 (février 1996), p. 1, 11-14.

WILSON, L., A. REID, D. MIDMER, A. BIRINGER, J. CARROLL et D. STEWART. « Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, n° 6 (1996), p. 785-799.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1994.

YEO, S. « Exercise guidelines for pregnant women », *Image — The Journal of Nursing School*, vol. 6, 1992, p. 265-270.

Autre ressource

BOULVAIN, M., et W. FRASER. *Anomalies fonctionnelles de la progression du travail d'accouchement*, revue dans le cadre de l'enseignement prégradué, collaboration : D^r Boulvain, Unité de Développement en Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève et prof. Fraser, Département de Gynécologie et Obstétrique, Université Laval, Québec Canada, Internet, 1999.

Nom :

Partenaire :

Âge :

DPA :

DR :

Taille :

Poids avant la grossesse :

Examens hématologiques :

- Groupe sanguin
- Dépistage de l'hépatite
- Anticorps
- Dosage du glucose
- Anticorps antirubéoleux
- VIH
- Hémoglobine
- Syphilis

Autres tests :

- Échographie

.....

.....

.....

.....

- Allergies

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Retour à la clinique									
Observations									
Présentation et position									
Fréquence cardiaque et activités fœtales									
Hauteur utérine (cm)									
Âge gestationnel (en semaines)									
Urine	Glucose								
	Protéines								
Tension artérielle									
Poids									
Date									

ANNEXE 2

Dépistage

CHLAMYDIOSE

Bien que cette question soit encore controversée, de nombreux constats de recherche confirment le bien-fondé de faire subir aux femmes enceintes, pendant le premier trimestre de leur grossesse, une épreuve de dépistage de la chlamydie (infection à *Chlamydia*) et de les traiter au besoin (Davies et Wang, 1996). On peut également envisager de soumettre une femme enceinte à ce dépistage si elle répond à l'un des critères suivants : elle a moins de 20 ans, elle est célibataire, a des antécédents d'autres maladies transmises sexuellement (MTS), a plusieurs partenaires sexuels ou un partenaire qui a plusieurs contacts sexuels.

DIABÈTE GESTATIONNEL

La question de l'efficacité des programmes de dépistage du diabète gestationnel continue de prêter à controverse. Les données actuelles n'étaient pas la recommandation générale voulant que les femmes enceintes subissent des épreuves de dépistage du diabète gestationnel (Enkin et coll., 1995; Walkinshaw, 1995). Toutefois, on prévoit effectuer des essais cliniques et on encourage les centres à y participer. Selon des données récentes, l'examen des caractéristiques cliniques des femmes permet d'effectuer un dépistage sélectif efficace de cette affection (Naylor et coll., 1997). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a également formulé des recommandations (SOGC, 1992). Les centres qui n'ont pas la possibilité de participer à des essais cliniques devraient consulter ces lignes directrices et définir une approche pour leur région.

STREPTOCOQUE DU GROUPE B

Le dépistage systématique du streptocoque du groupe B (SGB) soulève une controverse. Aucun essai satisfaisant n'a encore été effectué pour démontrer l'efficacité d'un tel dépistage (Smaill, 1995). Il faut réaliser des essais cliniques multicentriques pour en évaluer l'efficacité dans la prévention de la septicémie néonatale.

L'antibiothérapie perinatale permet de réduire la colonisation et la septicémie des nouveau-nés, mais il est toutefois difficile de repérer chez les

femmes qui entrent en travail la présence d'un risque élevé en raison d'une colonisation à SGB (Smaill, 1997). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et la Société canadienne de pédiatrie ont élaboré un document de consensus qui recommande les mesures suivantes.

Tant que des renseignements plus précis ne seront pas disponibles, deux méthodes sont acceptables pour l'identification et la prise en charge des femmes dont les nouveau-nés sont à plus haut risque de contracter une affection à SGB. Ce sont :

- *le dépistage universel de toutes les femmes enceintes entre les 35^e et 37^e semaines de gestation par un seul écouvillonnage vaginal et anorectal combiné¹ et l'offre d'une chimioprophylaxie perinatale à toutes les femmes présentant une colonisation à SGB;*
- *aucun dépistage universel mais une chimioprophylaxie perinatale pour toutes les femmes qui présentent des facteurs de risque bien établis. Cette stratégie devrait également être utilisée dans les cas qui font l'objet d'une politique de dépistage universel, lorsque le dépistage n'a pas été exécuté ou que ses résultats sont inaccessibles.*

La chimioprophylaxie perinatale est recommandée lorsque les facteurs de risques suivants sont relevés :

- *travail prématuré (plus de 37 semaines de gestation);*
- *travail à terme (37 semaines de gestation ou plus);*
- *rupture prolongée des membranes. La chimioprophylaxie doit être appliquée si le travail ou la rupture des membranes risquent de se prolonger plus de 18 heures (les avantages néonataux sont optimaux lorsque les antibiotiques sont administrés au moins 4 heures avant la naissance);*
- *fièvre de la mère pendant le travail (plus de 38 °C, par voie orale).*

(SOGC, 1997a)

DOSAGE DES MARQUEURS SÉRIQUES DE LA MÈRE

Le dosage des marqueurs sériques de la mère permet de déterminer si une femme enceinte est exposée à un risque plus élevé de porter un bébé atteint du syndrome de Down (trisomie 21) ou d'une anomalie du tube neural. Les trois marqueurs sériques mesurés sont l'alpha-fœtoprotéine, la gonadotrophine chorionique humaine et l'œstriol non conjugué. Il s'agit d'un programme de dépistage d'anomalies congénitales en pleine évolution, et la

1. On peut aussi proposer aux femmes d'effectuer leur propre écouvillonnage (c'est-à-dire un prélèvement à l'aide d'un coton-tige ou écouvillon) (Molnar et coll., 1997).

disponibilité du dépistage varie d'une province à l'autre. Dans certaines provinces ou territoires, les trois marqueurs ne sont pas tous mesurés. Dans certaines provinces, les femmes doivent défrayer leur épreuve de dépistage.

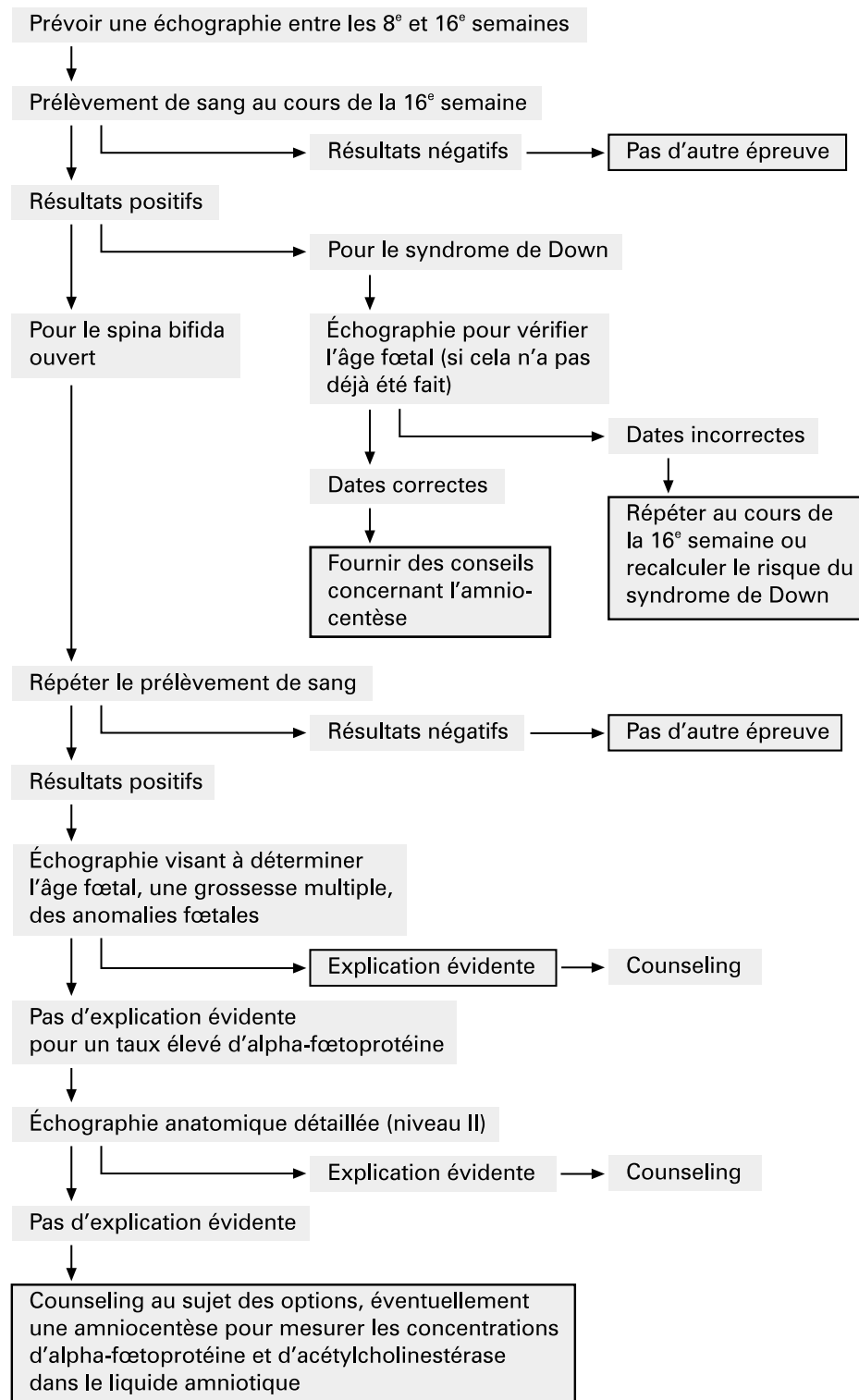
Selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, il existe des preuves acceptables pour recommander le dosage des trois marqueurs auprès des femmes de moins de 35 ans dans le cadre d'un programme complet de dépistage et de diagnostic prénatals (qui comprend la formation, l'interprétation et le suivi). Toutefois, on s'inquiète de la faible sensibilité de cette épreuve de dépistage et du nombre élevé de femmes dont les résultats sont faussement positifs et de femmes qui ne subissent pas d'amniocentèse à la suite de résultats positifs (Dick, en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1996; Carroll, 1994). Les études démontrent la pertinence d'offrir une amniocentèse aux femmes de plus de 35 ans. Les femmes peuvent aussi opter pour le dosage des marqueurs sériques maternels comme solution de rechange.

Il faut informer les femmes de toutes les étapes nécessaires à la confirmation d'une épreuve positive. Par ailleurs, le dépistage ne devrait être offert que dans le cadre d'un programme complet de dépistage et de diagnostic prénatals à trois volets : formation, interprétation et suivi (Dick, en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1996). Les femmes et les familles doivent recevoir de l'information sur le dosage des trois marqueurs durant la grossesse, de manière à pouvoir décider si elles veulent s'y soumettre ou non. Il est essentiel de donner une information complète à tous les parents intéressés au dépistage. Certaines femmes aiment recevoir des renseignements par écrit, comme des brochures. Il faut également offrir du counseling sur l'épreuve de dépistage, y compris sur les résultats possibles, les épreuves supplémentaires et les risques. Si la femme décide de subir l'épreuve, l'échantillon de sérum doit être prélevé entre la 16^e et la 18^e semaine de grossesse — période de sensibilité optimale pour l'épreuve. Un protocole de counseling doit être suivi. (Consulter le tableau présenté plus loin.)

Pour offrir le dosage des marqueurs sériques de la mère, plusieurs conditions s'imposent : la formation des femmes et des intervenants de la santé, des épreuves de laboratoire exactes et rapides, des services de counseling et de soutien compétents, l'accès à des consultants pour l'échographie et le diagnostic prénatal complexe, et diverses solutions permettant d'interrompre la grossesse. Cette méthode de dépistage coûte cher à la

population et est une source de stress pour les femmes (Carroll, 1994). Le dosage des marqueurs sériques est une méthode complexe, difficile à expliquer et à comprendre. La difficulté réside dans la façon d'expliquer en quoi consiste l'épreuve de dépistage, la différence qui existe entre ce genre d'épreuve et une épreuve de diagnostic, et l'interprétation des résultats. Plus précisément, les femmes peuvent avoir de la difficulté à comprendre pourquoi une personne dont l'épreuve de dépistage d'une affection est négative peut quand même être atteinte de cette affection, ou encore qu'une autre personne dont le résultat est positif peut ne pas en être atteinte. Dans le contexte du dosage des trois marqueurs, la valeur limite initiale est très élevée, et de nombreuses femmes obtiennent des résultats positifs. Cela permet ainsi de repérer une proportion élevée des femmes qui portent un bébé atteint du syndrome de Down ou d'une anomalie du tube neural. En revanche, cela signifie aussi que de nombreuses femmes dont le bébé n'est pas atteint de l'une de ces affections devront subir une épreuve de diagnostic (Nimrod et Stewart, 1997). Les parents risquent donc d'éprouver beaucoup d'anxiété à ce sujet, et le taux de résultats faussement positifs risque d'être élevé. De toute évidence, il est important de mieux éduquer les intervenants et les femmes à ce sujet (Carroll et coll., 1997).

Protocole de dosage sérique chez la mère



ÉCHOGRAPHIE

L'échographie systématique durant la grossesse soulève une controverse, car cette méthode n'a pas d'effet global statistiquement significatif sur la mortalité périnatale. La question mise en cause n'est pas la capacité reconnue de l'échographie de déceler certaines anomalies congénitales, mais le fait que les femmes et les familles décident parfois de ne prendre aucune mesure à la suite des résultats obtenus. L'échographie de routine au cours du deuxième trimestre est aussi utilisée principalement pour établir avec précision l'âge gestationnel. Toutefois, lorsque les femmes connaissent la date exacte de leurs dernières règles, l'échographie apporte peu d'information supplémentaire. En fait, dans ces cas, une estimation basée sur la dernière période menstruelle est plus exacte. La bibliothèque Cochrane souligne ce qui suit : « L'utilisation systématique de l'échographie permet de déceler plus tôt les grossesses multiples et de réduire le taux de déclenchement du travail dans le cas de grossesses « prolongées », mais rien ne prouve qu'elle améliore fondamentalement les résultats cliniques » (Neilson, 1998). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande qu'après discussion des avantages possibles, des limites et des enjeux liés à la sécurité de l'examen, on offre aux femmes la possibilité de subir une échographie entre les 18^e et 19^e semaines de grossesse (SOGC, 1999). Selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1992), il existe des preuves acceptables pour justifier l'inclusion d'une échographie unique systématique dans la prise en charge des femmes pour lesquelles il n'y a aucune indication clinique d'échographie prénatale.

À la lumière de cette information ambiguë, les cliniciens et les planificateurs de la santé devront décider si ces résultats justifient le fait d'offrir et de payer une échographie systématique en début de grossesse (Neilson, 1998). Il incombera à chaque femme de juger si l'examen fournira des renseignements qui pourront éventuellement l'aider à prendre des décisions.

VIH/SIDA

L'idée d'offrir à toutes les femmes enceintes la possibilité de subir un test de détection du VIH s'appuie sur trois facteurs : le taux croissant d'infection à VIH chez les femmes; l'effet potentiellement dévastateur sur le bébé de la transmission verticale du virus par la mère et l'efficacité établie de l'AZT pour réduire la transmission verticale (SOGC, 1997b).

Il est donc recommandé d'offrir à toutes les femmes enceintes l'épreuve de dépistage du VIH. Cette recommandation est appuyée par la Société des

obstétriciens et gynécologues du Canada (1997b), la Société canadienne de pédiatrie (1994), le Collège des médecins de famille du Canada (1993) et l'Association médicale canadienne (1995). Il faut fournir aux femmes de l'information sur les épreuves de dépistage du VIH, sur les risques et les avantages associés à des résultats positifs, et sur l'efficacité du traitement pour réduire la transmission verticale. Il faut obtenir le consentement de la femme pour procéder à cette épreuve, et l'assurer du respect de la confidentialité. Les femmes séropositives devront être dirigées vers un spécialiste ayant reçu une formation spéciale dans le domaine; on devra aussi leur offrir le traitement recommandé à l'heure actuelle, soit celui par l'AZT (SOGC, 1997b).

Chaque fois qu'un test de dépistage du VIH est effectué, il est essentiel d'offrir du counseling avant et après le test.

ANNEXE 3

Évaluation de la santé psychosociale prénatale (ALPHA)

Des problèmes psychosociaux prénatals peuvent être associés à des issues postnatales défavorables. Le questionnaire ci-après est un moyen de se renseigner sur la santé psychosociale de la femme.

Les sujets de grande préoccupation pour la femme, sa famille ou l'intervenant révèlent habituellement un besoin de soutien et de services supplémentaires. Lorsqu'on décèle des problèmes, il faut prévoir un suivi ou une orientation vers des services spécialisés. L'ALPHA Guide* contient des renseignements plus détaillés sur ce formulaire.

Adressographe

Tenir compte du caractère confidentiel de l'information avant de la partager avec d'autres soignants.

FACTEURS PRÉNATALS	COMMENTAIRES/PLAN
FACTEURS FAMILIAUX	
Soutien social (VE, VF, DP) Comment votre conjoint et votre famille se sentent-ils face à votre grossesse ? Qui vous aidera lorsque vous rentrerez à la maison avec votre bébé ?	
Événements stressants vécus récemment (VE, VF, DP, MP) Quels changements importants avez-vous vécus cette année ? Quels changements prévoyez-vous pendant votre grossesse ?	
Relation de couple (DC, DP, VF, VE) Comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ? Selon vous, comment sera-t-elle après la naissance ?	
FACTEURS MATERNELS	
Soins prénatals (consultation tardive) (VF) Première consultation prénatale au cours du troisième trimestre ? (Vérifier les dossiers)	
Cours prénatals (refus ou abandon) (VE) Quels sont vos projets concernant les cours prénatals ?	
Sentiments à l'égard de la grossesse après 20 semaines (VE, VF) Comment vous êtes-vous sentie lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ? Comment vous sentez-vous maintenant ?	

Issues postnatales

Il a été démontré que les facteurs prénatals figurant dans la colonne de gauche sont associés aux issues postnatales énumérées ci-dessous. Les **caractères gras** et **italiques** indiquent une **bonne preuve** d'association. Le texte en caractère normal indique une preuve assez bonne d'association.

VE – Violence envers les enfants **DC** – Dysfonctionnement du couple **MP** – Maladie physique
DP – Dépression postnatale **VF** – Violence envers la femme

FACTEURS PRÉNATALS	COMMENTAIRES/PLAN
<p>Relations avec les parents durant l'enfance (VE) Comment vous entendiez-vous avec vos parents ? Vous sentiez-vous aimée de vos parents ?</p>	
<p>Estime de soi (VE, VF) Quelles inquiétudes suscitent chez vous le fait de devenir/d'être mère ?</p>	
<p>Antécédents de problèmes psychiatriques ou affectifs (VE, VF, DP) Avez-vous déjà eu des problèmes affectifs ? Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un thérapeute ?</p>	
<p>Dépression au cours de cette grossesse (DP) Comment décririez-vous votre humeur durant cette grossesse ?</p>	
<p>TOXICOMANIES</p>	
<p>Abus d'alcool ou de drogues (VF, VE) Combien de verres d'alcool buvez-vous par semaine ? Y a-t-il des périodes où vous en consommez davantage ? Est-ce que vous ou votre conjoint consommez des drogues à usage récréatif ? Est-ce que vous ou votre conjoint avez un problème d'alcool ou de drogues ? Autoquestionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin).</p>	
<p>VIOLENCE FAMILIALE</p>	
<p>La femme ou le conjoint a été victime ou témoin de violence (physique, psychologique, sexuelle) (VE, VF) Comment était la relation entre vos parents ? Votre père a-t-il déjà fait peur ou fait mal à votre mère ? Vos parents vous ont-ils déjà fait peur ou fait mal ? Avez-vous déjà été victime de violence sexuelle durant votre enfance ?</p>	
<p>Violence actuelle ou passée envers la femme (VF, VE, MP) Comment vous et votre conjoint résolvez-vous vos disputes ? Votre conjoint vous a-t-il déjà fait peur par ses propos ou ses gestes ? Avez-vous déjà été frappée, poussée ou giflée par un conjoint ? Votre conjoint vous a-t-il déjà humiliée ou fait subir de la violence psychologique ? Vous a-t-on déjà forcée à avoir une relation sexuelle ?</p>	
<p>Violence envers les enfants infligée par la femme ou le conjoint dans le passé (VE) Est-ce que vous ou votre conjoint avez des enfants qui ne vivent pas avec vous ? Si oui, pourquoi ? Avez-vous déjà eu affaire avec une agence de protection de l'enfance (ex. : Société de l'aide à l'enfance) ?</p>	

FACTEURS PRÉNATALS	COMMENTAIRES/PLAN
<p>Punitions imposées aux enfants (VE) Comment vous punissait-on lorsque vous étiez enfant? Comment comptez-vous punir votre enfant lorsqu'il n'écouterait pas? Comment traitez-vous vos enfants à la maison lorsqu'ils désobéissent?</p>	

PLAN DE SUIVI :

- Counseling d'appoint par l'intervenant
- Consultations prénatales supplémentaires
- Consultations postnatales supplémentaires
- Visites supplémentaires pour bébés bien portants
- Orientation vers des services de santé publique
- Services d'éducation prénatale
- Nutritionniste
- Ressources communautaires/groupe de mères
- Soins à domicile
- Cours sur le rôle parental/groupe de soutien des parents
- Programme de traitement des toxicomanies
- Ressources pour le renoncement au tabac
- Travailleur social
- Psychologue/psychiatre
- Spécialiste en psychothérapie/psychothérapie conjugale/thérapie familiale
- Ligne secours/refuge/counseling pour femmes victimes de violence
- Avis juridique
- Société d'aide à l'enfance
- Autre :
- Autre :
- Autre :
- Autre :

COMMENTAIRES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date Signature

* Il est possible de se procurer le document ALPHA Guide auprès du Department of Family and Community Medicine, University of Toronto.

ANNEXE 4

Nutriments d'importance particulière pendant la grossesse

CALCIUM ET VITAMINE D

Les femmes enceintes ont besoin d'un apport accru de calcium et de vitamine D pour maintenir l'intégrité de leurs os tout en assurant le développement du squelette du bébé à naître. L'apport quotidien recommandé pendant la grossesse est de 1 200 à 1 500 mg de calcium, selon l'âge, et 5,0 µg ou 200 UI de vitamine D (Santé Canada, 1999).

Les données actuelles indiquent que l'apport alimentaire quotidien moyen en calcium des Canadiennes en âge de procréer est inférieur à l'apport recommandé. Certains groupes risquent davantage d'avoir un faible apport en calcium, notamment les femmes de milieux défavorisés et de certains groupes culturels, les adolescentes enceintes et les végétaliennes. Bien que les signes manifestes de carence en vitamine D ne soient pas répandus chez les Canadiens en général, certains groupes peuvent être à risque. Mentionnons, par exemple, les personnes qui ne consomment pas de lait liquide, évaporé ou en poudre, ni de margarine; celles dont les coutumes vestimentaires réduisent l'exposition de la peau aux rayons de soleil; celles qui vivent dans des collectivités du Nord où il n'y a pas beaucoup d'heures d'ensoleillement durant les mois d'hiver; celles qui demeurent à l'intérieur la majeure partie du temps; celles qui ont une pigmentation foncée de la peau (Santé Canada, 1999).

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (1997) recommande aux femmes enceintes de manger chaque jour trois ou quatre portions de produits laitiers comme sources de calcium et de vitamine D. Les produits laitiers sont les sources alimentaires les plus concentrées de calcium hautement assimilable, et la vitamine D contenue dans le lait liquide, en particulier, facilite l'absorption du calcium. Lorsque les habitudes alimentaires révèlent un apport insuffisant en calcium ou en vitamine D, et lorsque l'exposition au soleil est limitée, il est recommandé d'ajouter des sources de ces nutriments au régime alimentaire. (Pour connaître les sources de ces nutriments, consulter *Nutrition pour une grossesse en santé : Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Santé Canada, 1999.)

Des suppléments de calcium ou de vitamine D peuvent être indiqués pour certaines femmes.

FER

Le bilan en fer a une influence importante durant la grossesse tant pour la mère que pour l'enfant. L'apport quotidien recommandé pour les femmes de 19 à 49 ans est de 13 mg pendant le premier trimestre de la grossesse, de 18 mg pendant le deuxième et de 23 mg pendant le troisième. L'augmentation de l'apport recommandé durant les deuxième et troisième trimestres tient compte non seulement du risque que les réserves en fer de la femme soient faibles, mais également du fait que les sources alimentaires de fer ne suffisent peut-être pas pour obtenir l'apport recommandé. On doit évaluer le bilan en fer de toutes les femmes au cours des premières semaines de la grossesse en déterminant leur taux d'hémoglobine; elles devront ensuite faire tous les efforts possibles pour améliorer ou maintenir leurs réserves en fer tout au long de la grossesse.

Selon le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, les données actuelles ne sont pas assez concluantes pour recommander ou déconseiller l'administration systématique de suppléments de fer à toutes les femmes enceintes. Conscients qu'un grand nombre de femmes ont des réserves de fer insuffisantes pour répondre à leurs besoins durant la grossesse, le Comité de révision scientifique du Groupe d'étude et l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis recommandent que toutes les femmes enceintes reçoivent un supplément quotidien de fer à faible dose au cours des deuxième et troisième trimestres (Santé Canada, 1999).

ACIDE FOLIQUE

Des études ont démontré clairement qu'une supplémentation en acide folique avant le début de la grossesse peut réduire le risque d'anomalie du tube neural du fœtus. Les malformations comprennent le spina-bifida, l'anencéphalie et l'encéphalocèle. Il est généralement reconnu que toutes les femmes qui planifient une grossesse et les femmes dont la grossesse commence devraient consommer quotidiennement 0,6 mg de folate. (Cette question est traitée plus en détail dans le chapitre 3.)

On conseille aux femmes de commencer à prendre un supplément quotidien de 0,4 mg d'acide folique au moins un mois avant le début de la grossesse et de continuer d'en prendre pendant les premières semaines de la grossesse, d'adopter une alimentation saine conforme au *Guide alimentaire*

canadien pour manger sainement (Santé Canada, 1997), en veillant à consommer des aliments riches en folate. Les femmes à risque élevé peuvent avoir besoin d'une dose plus élevée.

ACIDES GRAS ESSENTIELS

Il est important que les femmes enceintes incluent dans leur alimentation quotidienne des quantités suffisantes d'acides gras essentiels (AGE), d'acide linoléique et d'acide α -linoléique pour assurer le bon développement nerveux et visuel du bébé à naître. L'apport nutritionnel recommandé en AGE doit augmenter pendant la grossesse pour satisfaire les besoins de croissance du bébé à naître. Il faut donc encourager les femmes enceintes à augmenter leur consommation d'acides gras essentiels pour qu'elles atteignent l'apport recommandé.

Il faudrait encourager les femmes enceintes à inclure dans leur alimentation quotidienne des sources d'AGE, comme les huiles de soya et de canola, les margarines non hydrogénées, les produits à base de soya (tofu, végétal burger) et les vinaigrettes à base d'huile de canola ou de soya.

SUPPLÉMENTS DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX

L'adoption de saines habitudes alimentaires, selon le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, constitue la meilleure façon de combler ses besoins nutritionnels à toutes les étapes de la vie, y compris durant une grossesse. Si l'on soupçonne un apport nutritionnel inadéquat, une supplémentation en vitamines ou en minéraux pourra compléter les apports quotidiens et ainsi permettre d'obtenir les apports recommandés. Il faut avertir les femmes qui prennent des suppléments multivitaminiques et multiminéraux de se limiter à un comprimé par jour, de façon à ne pas dépasser la dose maximale quotidienne de 10 000 UI de vitamine A. Il est connu que la surconsommation de vitamine A (rétinol) augmente le risque de malformations congénitales. Il faut éviter de prendre de la poudre d'os et de la dolomite en tant que suppléments de calcium. Des analyses d'échantillons de ces deux produits ont révélé une contamination par le plomb (Santé Canada, 1999).

ANNEXE 5

Malaises courants pendant la grossesse**Malaise et cause****Approche**

Fatigue : elle est due à la croissance et au développement du placenta, qui ne seront pas terminés avant la fin du premier trimestre. L'organisme s'adapte également aux nombreuses autres contraintes physiques et émotionnelles de la grossesse.

Une fois que le placenta est complètement développé, vers la fin du quatrième mois, et l'organisme adapté, la femme retrouve habituellement un niveau d'énergie plus normal. Du repos, une bonne alimentation, une diminution de la charge de travail et le soutien des proches pendant cette période sont autant de moyens d'atténuer la fatigue.

Nausées et vomissements : leur cause est inconnue, mais ces malaises peuvent être associés aux changements hormonaux. Ils affectent de nombreuses femmes, apparaissant souvent au début de la grossesse et disparaissant autour de la 14^e semaine. Ils peuvent se manifester n'importe quand durant la journée, mais surviennent plus souvent lorsque la glycémie est basse, habituellement le matin.

Plusieurs moyens permettent de soulager les symptômes et d'atténuer ces malaises : consommer des aliments riches en protéines et en glucides complexes; boire beaucoup de liquides; éviter de regarder, sentir et goûter les aliments qui provoquent la nausée; avoir recours à la acupuncture; manger souvent, avant d'avoir faim ou d'avoir la nausée.

Brûlures d'estomac et indigestion : elles sont liées à la sécrétion de progestérone au début de la grossesse. La motilité du tractus gastro-intestinal et la digestion sont ralenties; le péristaltisme est inversé, et la jonction gastro-gastrique se relâche, permettant un reflux d'acide gastrique.

Prendre souvent de petits repas. Éviter les aliments qui provoquent des malaises gastro-intestinaux (aliments piquants, épicés, frits, gras et transformés; caféine; alcool). Éviter de s'allonger immédiatement après le repas. Éviter de fumer. Se reposer ou dormir avec la tête et le thorax surélevés d'environ six pouces. Prendre des antiacides **seulement** après avoir consulté les intervenants.

Salivation excessive : la cause est inconnue, mais elle peut être liée à la rétention d'écoulement de la salive associée aux nausées.

Se brosser les dents fréquemment, utiliser un rince-bouche ou mâcher de la gomme peut aider à assécher la bouche.

Constipation : elle est reliée à la sécrétion de la progestérone. Celle-ci provoque une réduction de la motilité gastro-intestinale, laquelle entraîne une plus grande absorption de l'eau et un durcissement des selles. Une diminution de l'activité physique peut aussi contribuer à la constipation. Plus tard durant la grossesse, l'utérus en expansion exerce une compression intestinale qui contribue également à la constipation.

Éviter les aliments raffinés qui constipent. Augmenter la consommation de fibres alimentaires (aliments riches en fibres). Augmenter la consommation de liquides et l'activité physique. Ne pas utiliser de laxatifs sans avoir consulté les intervenants.

Gaz : ils sont causés par la réduction de la motilité gastro-intestinale due à la sécrétion de progestérone.

Maintenir une évacuation intestinale régulière, manger lentement, éviter les aliments qui donnent des gaz et faire de l'exercice.

Malaise et cause**Approche**

Hémorroïdes et saignements rectaux : ils sont dus à la pression exercée par l'utérus gravide et à une constipation non traitée qui s'accompagne d'efforts d'expulsion. Une diminution de l'activité physique peut aussi en être un facteur.

Éviter la constipation par une alimentation adéquate et une consommation suffisante de liquides. Dormir sur le côté et non sur le dos (pour éviter une pression sur les veines rectales). Éviter de rester debout ou assise trop longtemps. Éviter les efforts d'expulsion pendant la défécation. Durant la période postnatale, appliquer des compresses froides ou prendre des bains de siège tièdes pour soulager l'inconfort. Utiliser des médicaments topiques ou des suppositoires. L'exercice de Kegel peut favoriser la circulation veineuse de retour.

Urgence et fréquence de la miction : elles sont causées par une augmentation de la pression de l'utérus sur la vessie, qui empêche cette dernière de se remplir entièrement au début de la grossesse. La femme a donc un besoin pressant d'uriner. Vers la fin de la grossesse, lorsque l'utérus est remonté dans le bassin, l'engagement de la présentation exerce de nouveau une pression sur la vessie, avec les mêmes résultats. La femme enceinte devrait signaler l'intervenant toute sensation de brûlure ou toute douleur à la miction, pour faire vérifier s'il y a une infection urinaire.

S'assurer que la vessie se vide complètement. Limiter la consommation de liquides avant le coucher, mais pas durant la journée.

Incontinence d'urine à l'effort : elle est due à la pression exercée sur la vessie par l'utérus qui grossit. Beaucoup de femmes enceintes ont donc tendance à avoir des pertes involontaires d'urine au cours du dernier trimestre, lorsqu'elles toussent, rient ou éternuent.

Faire souvent l'exercice de Kegel pour renforcer les muscles périnéaux.

Varices : elles sont causées par une augmentation de la pression veineuse dans le bassin et les membres inférieurs vers la fin de la grossesse. La sécrétion hormonale entraîne un relâchement des parois veineuses. La fatigue et des antécédents familiaux peuvent contribuer au problème.

Prévenir ou atténuer les symptômes. Il est indiqué, pour les femmes enceintes, de porter des bas de soutien élastiques, de se reposer, de surélever les pieds et les jambes lorsqu'elles sont assises ou couchées (ne pas croiser les jambes au niveau des genoux lorsqu'elles sont assises), d'éviter les vêtements qui gênent le mouvement et de faire de l'exercice (marche) pour améliorer la circulation. La vulve peut également présenter des varicosités, et le port de bas élastiques est efficace dans ce cas.

Oedème (enflure) : il est provoqué par le ralentissement de la circulation due à la pression exercée par l'utérus sur la veine cave inférieure. Ce malaise se manifeste habituellement au cours du dernier trimestre, causant une enflure des pieds et des chevilles.

Appliquer plusieurs des mesures mentionnées pour les varices. Il faut conseiller aux femmes de signaler tout oedème qui se manifeste subitement ou une enflure des mains ou du visage.

Saignements de nez et congestion nasale : ils résultent d'une augmentation de la circulation dans la région nasale (provoquée par l'œstrogène). Des changements se produisent dans les cornets du nez; ils s'accompagnent d'un oedème qui entraîne une congestion. La congestion et la sécheresse accroissent la fréquence des saignements de nez chez les femmes enceintes.

Appliquer de la vaseline dans les narines pour diminuer la sécheresse et prévenir les saignements. Augmenter l'humidité ambiante. En cas de saignement de nez, masser le saignement au moyen des techniques classiques de premiers soins. Si le saignement persiste ou est difficile à masser, il faut consulter l'intervenant. Un apport alimentaire suffisant en vitamine C permet d'assurer la santé et l'élasticité des veines.

Malaise et cause**Approche**

Changements dans la pigmentation de la peau et problèmes de teint : ils sont dus à la stimulation hormonale des mélanocytes provoquée par la progestérone et l'œstrogène. La pigmentation de la peau est de plus en plus prononcée; la peau peut devenir plus grasse ou il peut y avoir une poussée d'acné. Le prurit peut aussi être un problème (dans la région abdominale); bien que la cause en soit inconnue, il peut s'expliquer par l'étirement de la peau et une intensification de la fonction excrétrice de la peau. Il est impossible de prévenir ces problèmes, et il faut rassurer les femmes en les informant qu'ils disparaissent habituellement après la grossesse.

Les mesures suivantes peuvent aider à maintenir l'humidité et à soulager les problèmes cutanés : boire beaucoup de liquides; appliquer un hydratant pendant que la peau est encore humide; maintenir l'humidité ambiante; diminuer la fréquence des bains et utiliser un nettoyant doux sans savon. Éviter de se gratter, car cela ne fera qu'entraîner des lésions. Éviter une exposition excessive au soleil et porter un écran solaire ayant un FPS 15 ou plus lorsqu'on s'expose.

Changements des seins : ils sont causés par les taux d'œstrogène et de progestérone qui provoquent des changements dans le développement des canaux, des lobules et des alvéoles.

Les femmes devraient porter un soutien-gorge offrant un maintien ferme si cela leur fait du bien. Celles qui ont une poitrine plus forte peuvent porter un soutien-gorge la nuit. Elles doivent éviter de se savonner les mamelons, car le savon assèche la peau.

Maux de tête : ils sont habituellement causés par un œdème de la muqueuse nasale et une congestion des sinus. On pense aussi qu'ils peuvent être provoqués par la fatigue et le stress.

Se détendre, se reposer, bien s'alimenter et appliquer en alternance des compresses chaudes et des compresses froides pour les céphalées de tension ou la sinusite. L'application de glace sur la nuque peut aussi aider. Avertir l'intervenant si les maux de tête s'accompagnent de fièvre, de troubles de la vue ou d'un œdème des mains et du visage.

Maux de dos : ils sont habituellement provoqués par la pression et le poids de l'utérus qui grossit et le relâchement des ligaments (causé par la sécrétion d'hormones). Une mauvaise posture et l'obésité peuvent aussi contribuer au problème.

Le gain de poids ne doit pas dépasser les paramètres recommandés. Éviter les chaussures sans soutien adéquat. Soulever et transporter les objets de la façon appropriée. Dormir sur un matelas ferme. Faire quotidiennement des exercices consistant à incliner le bassin et à arquifier le dos. Un massage peut également apporter un soulagement et une détente.

Douleurs abdominales : lorsqu'elles sont occasionnelles et non persistantes, elles peuvent être dues à un étirement des muscles et des ligaments supportant l'utérus.

Se reposer dans une position confortable. Si les douleurs s'accompagnent de fièvre, de frissons, de saignements, de pertes vaginales plus abondantes, de contractions, d'étourdissements ou d'autres symptômes inhabituels, il faut communiquer immédiatement avec l'intervenant.

Crampes dans les jambes : elles sont dues à la pression exercée par l'utérus sur les vaisseaux sanguins et les nerfs abdominaux. Une circulation insuffisante vers les jambes causée par une augmentation de la pression veineuse peut aussi entraîner une fatigue des jambes et des crampes douloureuses (habituellement la nuit).

Porter des bas élastiques. Surélever les pieds. En cas de crampes, mettre la jambe bien droite et fléchir la cheville et les orteils vers le haut. Éviter de masser une crampe. Communiquer avec l'intervenant si la douleur persiste (possibilité de thrombus).

Chaleur excessive : elle est due à une sécrétion accrue d'hormones.

Prendre des bains. Se vérifier de façon régulière pour enlever des épaisseurs de vêtements. Boire des liquides pour compenser la perte d'eau occasionnelle par la transpiration.

