



ÉPILOGUE



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

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

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Epilogue

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

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

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022

Date de publication : juillet 2022

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

IMPRIMÉ	Cat. : HP15-30/9-2022F	PDF	Cat. : HP15-30/9-2022F-PDF	Pub. : 220025
	ISBN : 978-0-660-42973-1		ISBN : 978-0-660-42972-4	

ÉPILOGUE



Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (SMNPF) constituent le cadre le plus rationnel et le plus justifiable pour organiser les services de soins de santé destinés aux mères, aux bébés et aux familles. Bien que les soins axés sur le patient soient généralement au centre de tous les soins de santé, les expériences uniques que constituent la grossesse, le travail, l'accouchement et les soins au nouveau-né renforcent l'argument en faveur de la personnalisation des services de soins de santé pour la famille dans son ensemble. Les événements déterminants que constituent la grossesse, la maternité, la paternité, la naissance et la petite enfance exigent que les professionnels de la santé (PS) fassent preuve d'une diligence accrue pour répondre aux besoins des femmes, de leurs nouveau-nés et de leur famille, qu'il s'agisse de besoins physiques, affectifs, culturels, spirituels ou de connaissances.

Cette cinquième édition du document *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* présente 17 principes pour guider les SMNPF. Certains de ces principes reprennent ceux de l'édition précédente, tandis que d'autres sont nouveaux ou présentent des différences dans les détails et les points d'intérêt¹.

Les principes continueront d'évoluer, particulièrement en raison des changements démographiques et sociétaux qui se produisent au Canada. Leur ensemble peut néanmoins se résumer comme suit en tant que lignes directrices clés des SMNPF :

- La grossesse et la naissance sont des processus normaux et sains.
- L'établissement d'un lien précoce entre les parents et le nourrisson est essentiel à la croissance et au développement du nouveau-né, de l'enfant et de la famille.
- Les femmes et leur famille ont besoin d'être informées au sujet des soins qu'elles reçoivent; elles jouent un rôle essentiel dans la prise de décisions à cet égard.
- Les approches holistiques, le respect des droits liés à la procréation, la collaboration entre les prestataires de soins et la reconnaissance de l'approche centrée sur la famille s'appliquent à tous les milieux de soins.

- Un soutien psychologique doit être fourni aux familles en conjonction avec des soins cliniques fondés sur des données probantes.
- La façon de s'exprimer et les attitudes des PS ont une incidence sur l'expérience des soins.
- Les soins :
 - > reflètent une approche culturellement sécuritaire et répondent aux besoins distincts des peuples autochtones;
 - > sont individualisés et fournis le plus près possible du domicile;
 - > s'appuient sur des données probantes fondées sur la recherche et les pratiques exemplaires dans un contexte mondial, tout en fonctionnant dans le cadre d'un système qui fait l'objet d'une évaluation continue.

Les principes de SMNPF fournissent un cadre général sur lequel les PS, les gestionnaires et les établissements peuvent s'appuyer pour améliorer les expériences des familles en matière de grossesse, d'accouchement et de soins aux nouveau-nés. Les PS peuvent les appliquer pour que les soins qu'ils prodiguent répondent mieux aux besoins des femmes, des nouveau-nés et de leur famille. Une bonne connaissance de ces principes peut aussi aider les femmes à se prendre en charge lorsqu'elles font appel au système de soins de santé.

HISTORIQUE DES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

À l'origine, les SMNPF découlent d'une demande pour que des changements soient apportés à la gestion obstétricale dans les années 1960 et 1970². La mise en œuvre des soins dans une perspective familiale a commencé par l'invitation lancée aux conjoints de participer aux soins prénatals, d'être présents pendant le travail et l'accouchement et de contribuer aux soins des nouveau-nés. Au fil des ans, l'accouchement a fini par être considéré comme un processus normal et sain, et l'accent a été mis sur l'utilisation appropriée des interventions, en tenant compte des besoins uniques de la famille et de soins culturellement sécuritaires, en se concentrant sur le choix éclairé et les besoins de connaissances, et en protégeant, encourageant et soutenant l'allaitement.

Des lignes directrices sur les soins à la mère et au nouveau-né ont été publiées pour la première fois en 1968. Elles sont devenues explicitement centrées sur la famille en 1987. Le cadre axé sur la famille a contribué à élargir la portée des soins de maternité et des soins néonataux au-delà de l'accent mis sur la morbidité et la mortalité. En faisant participer la famille dans son ensemble et en soulignant l'importance de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, les SMNPF ont recadré la grossesse, l'accouchement et la période post-partum comme représentant le début de la croissance d'une famille. Ainsi, les SMNPF ont changé la façon dont le système de soins de santé perçoit la grossesse et l'accouchement.

L'évolution des SMNPF au cours des dernières décennies, tout en représentant une réaction aux progrès de la recherche et de la technologie, atteste à la fois une participation accrue des femmes et des familles aux soins, une restructuration du système de soins de santé et des changements survenus dans la composition de la population en ce qui a trait à la culture,

à l'ethnicité et à l'âge maternel³. L'édition actuelle du document *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* élargit la définition de la famille pour inclure les parents seuls ainsi que les couples et les parents hétérosexuels, lesbiennes, gais, bisexuels transgenres, queer et en questionnement.

Les lignes directrices insistent sur la nécessité de faire preuve de sensibilité lorsqu'il s'agit d'aborder les préférences. Les demandes concernant la maternité de substitution ou l'adoption, par exemple, sont abordées dans le cadre des soins pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les soins aux nouveau-nés. Les soins axés sur la famille répondent également aux besoins de diverses populations à risque élevé et s'adaptent aux circonstances particulières. Il s'agit notamment des nouveau-nés qui ont besoin de soins complexes ou à risque élevé et des femmes obèses, ayant une incapacité physique, une maladie mentale, des antécédents de toxicomanie ou ayant subi de la violence ou une mutilation génitale / excision⁴.

LE PAYSAGE ACTUEL AU CANADA

Sont reflétés dans la présente édition des lignes directrices : la complexité croissante des soins à la mère et au nouveau-né, l'évolution du paysage périnatal au Canada et les changements démographiques et sociétaux, y compris la diversité grandissante. Les principes des SMNPF s'appliquent à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés, quel que soit leur niveau de risque. La complexité croissante des soins exige un engagement plus ferme à l'égard des principes axés sur la famille. Les caractéristiques maternelles – par exemple, le tabagisme, l'âge et l'obésité – ont considérablement changé au cours des dernières décennies. Les changements apportés à la prestation des soins à la mère et au nouveau-né partout au Canada ont également modifié l'expérience de l'accouchement.



Tabagisme

Le changement peut-être le plus encourageant a été la constante baisse du taux de tabagisme maternel pendant la grossesse, qui est passé de 22 % en 1993-1996 à 12 % en 2005-2008, puis à 8,2 % en 2017^{5,6}. Cette réduction est en grande partie attribuable aux interventions de santé publique et à la sensibilisation croissante aux issues de grossesse défavorables attribuées au tabagisme⁷. Les données indiquent que cette baisse du taux de tabagisme a également entraîné une réduction du nombre de naissances vivantes de nourrissons petits pour leur âge gestationnel au Canada^{8,9}. Cette diminution du taux de tabagisme maternel reflète un changement social et culturel important qui a profité à la santé des mères et des bébés.

Âge maternel avancé

La seconde moitié du XX^e siècle a vu une diminution constante de la taille des familles et une augmentation du nombre de naissances chez les femmes de 35 ans et plus^{10,11}. Une différence notable entre la fécondité des femmes plus âgées des décennies passées et celle des dernières décennies est liée à la parité et à la taille des familles : dans le passé, les femmes plus âgées avaient leur deuxième ou troisième enfant ou plus au début et à la fin de la trentaine (ayant commencé leur famille à un âge plus précoce). De nos jours, les femmes choisissent de plus en plus d'avoir leur premier enfant dans la trentaine. En 1996, l'âge moyen des mères à l'accouchement était de 28,4 ans. En 2017, il était passé à 30,5 ans. De plus, 47,0 % des premières naissances en 2017 étaient le fait de femmes âgées de 30 à 49 ans,

contre 30,4 % en 1996¹². La principale raison de l'augmentation du nombre de premières naissances chez les femmes d'âge maternel avancé est que celles-ci placent l'éducation, la compétence professionnelle et l'indépendance financière devant la maternité¹³.

Bien que les PS soient conscients des risques médicaux et obstétricaux accrus et des issues de grossesse défavorables (y compris des taux plus élevés d'anomalies chromosomiques et autres anomalies congénitales, de naissances prématurées, de retard de croissance, de morbidité et de mortalité périnatales et maternelles) chez les femmes d'un âge plus avancé, ils doivent aussi être conscients de la possible vulnérabilité psychosociale de ces dernières¹⁴⁻¹⁷.

Obésité

La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les hommes et les femmes au Canada a augmenté considérablement depuis les années 1980¹⁸. Cette hausse s'est traduite par un accroissement du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse. Bien qu'il n'existe aucune donnée nationale récente, en 2005, 20,9 % des femmes présentaient un IMC pré-grossesse en surpoids (25,0-29,9 kg/m²) et 13,1 % d'entre elles affichaient un IMC pré-grossesse en obésité (≥ 30 kg/m²)¹⁹.

Bien que les femmes en surpoids ou obèses courent un risque plus élevé d'hypertension, de diabète, de fausse couche, de prééclampsie, de diabète gestationnel, de macrosomie fœtale, de mortinaissance et de morbidité maternelle grave, les PS doivent rassurer les femmes obèses ou ayant un surplus de poids qu'elles connaîtront probablement une grossesse normale, même si elles doivent subir des interventions supplémentaires pendant la grossesse, le travail et l'accouchement²⁰⁻²². Les PS traiteront les femmes ayant un IMC élevé avec délicatesse et sans porter de jugement, afin que leurs patientes se sentent soutenues et respectées et que les éventuelles complications de la grossesse soient gérées de façon optimale.

Prestation des soins à la mère et au nouveau-né

Voici les changements substantiels dans les soins à la mère et au nouveau-né qui ont modifié l'expérience de l'accouchement au cours des dernières décennies :

- **Hausse du nombre d'accouchements assistés par des sages-femmes:** La profession de sage-femme, qui a été réglementée pour la première fois en Ontario en 1994, est maintenant financée par l'État dans la plupart des provinces et territoires. Les vastes répercussions qu'ont eues la réglementation et l'acceptation de la profession au Canada se reflètent dans le nombre de naissances assistées par une sage-femme : 42 000 (11 % des naissances) en 2017 (22 % en Colombie-Britannique)²³. Certaines provinces ont établi des objectifs concernant la profession; par exemple, l'Association des sages-femmes de la Colombie-Britannique s'est fixé comme objectif de faire participer les sages-femmes à 35 % des accouchements d'ici 2020²⁴. En 2018, l'Hôpital Markham Stouffville a inauguré la première unité de services de sages-femmes en milieu hospitalier au Canada, permettant ainsi aux sages-femmes de s'occuper d'un plus grand nombre de familles dans la collectivité²⁵. Les accouchements assistés par une sage-femme donnent lieu à moins d'interventions et à un recours plus faible à l'analgésie ou à l'anesthésie; les femmes sont plus susceptibles de vivre un accouchement vaginal spontané²⁶.



- **Réaménagement des unités néonatales de soins intensifs (UNSI) :** L'abandon des unités à aire ouverte dans les unités néonatales de soins intensifs au profit des unités unifamiliales est particulièrement pertinent dans le contexte des SMNPF, et a entraîné une satisfaction accrue du personnel et des parents à l'égard des soins. La chambre unifamiliale offre un certain nombre d'avantages – ainsi que des coûts de soins égaux, voire réduits – tels qu'un milieu optimal qui appuie les parents, la réduction de la septicémie néonatale, l'amélioration du gain de poids chez le nourrisson et des taux d'allaitement, le contrôle de la lumière et du bruit excessifs, ainsi que la réduction du stress et de l'anxiété des parents et des PS²⁷⁻³². Les chambres unifamiliales sont proposées aux États-Unis, en Europe et dans quelques centres au Canada. Par exemple, le centre de santé IWK, à Halifax, a récemment construit une nouvelle UNSI selon le modèle de la chambre individuelle.
- **Augmentation des déplacements pour accoucher :** Les hôpitaux de soins de maternité dans les régions rurales ferment, ce qui signifie que les mères et les nouveau-nés doivent parfois se rendre à un hôpital éloigné pour avoir accès à des soins appropriés³³. Ce problème peut être particulièrement grave pour les femmes qui ont de jeunes familles et pour celles qui doivent parcourir de longues distances. Bien que les soins de maternité aient toujours accordé la priorité au risque médical par rapport au risque social, les femmes et leur famille peuvent évaluer ces risques différemment³⁴⁻³⁶. Les risques médicaux et sociaux doivent être pris en compte si l'on veut que les soins à la mère et au nouveau-né soient axés sur la famille et si l'accouchement à proximité du domicile doit être promu comme un principe des soins de maternité axés sur la famille³. Nombre d'organismes et de collectivités plaident en faveur du rétablissement d'options de naissance dans les communautés rurales et éloignées, ce qui s'est soldé par un succès dans un certain nombre de cas³⁷.

L'AVENIR DES SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Il y a beaucoup à apprendre des modes antérieurs et actuels de prestation des SMNPF au Canada. Les domaines d'intérêt suivants montrent l'évolution des soins et l'avenir des soins à la mère et au nouveau-né :

Soutenir l'allaitement maternel

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) mise sur le continuum des soins entre les services de santé hospitaliers et communautaires. L'IHAB comprend des recommandations concernant l'allaitement du nourrisson plus âgé et du jeune enfant³⁸. Les hôpitaux et les établissements de santé communautaires qui fournissent des services de maternité sont désignés « amis des bébés » s'ils répondent aux critères des *Dix étapes pour réussir l'allaitement maternel* et respectent le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Malgré les recommandations et l'appui de nombreux organismes de PS, les hôpitaux et les établissements de santé communautaires accusent un médiocre bilan en matière de mise en œuvre de l'IHAB^{39,40}. À l'heure actuelle, 21 hôpitaux, 8 centres de naissance et 117 centres communautaires au Canada ont été désignés établissements amis des bébés⁴¹. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) met de l'avant des stratégies visant à rendre universelle la mise en œuvre de l'IHAB pour en assurer la durabilité.



Soins aux femmes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues

Le cannabis est maintenant légal au Canada, et en 2018, 3 % des femmes qui se savaient enceintes ont déclaré en avoir consommé⁴². Bien que de nombreuses femmes enceintes ne pensent pas que l'usage du cannabis soit nocif pendant la grossesse et l'allaitement, les études sur la consommation de cannabis pendant la grossesse indiquent, chez la femme, une augmentation des risques de travail prématuré et, chez l'enfant, des problèmes d'insuffisance pondérale à la naissance, des problèmes liés à l'apprentissage et au développement à court et long terme ainsi qu'au comportement^{43,44}. Il est essentiel d'éduquer et de soutenir les femmes et les familles en ce qui concerne la consommation de cannabis pendant la grossesse et l'allaitement.

Lorsqu'une femme enceinte se livre à une consommation problématique d'opioïdes, son nouveau-né y aura été exposé durant la gestation. En 2018, 1 % des femmes qui se savaient enceintes ont déclaré avoir consommé des opioïdes⁴². Il a été démontré que de nouvelles approches de soins aux nouveau-nés atteints du syndrome d'abstinence néonatale (SAN) sont utiles, y compris le soin de la dyade mère-enfant dans un milieu à faibles stimulations et l'abandon des approches pharmacologiques comme traitement de première ligne⁴⁵. La meilleure personne pour conforter un bébé est la mère, et il est important d'encourager les mères à tenir et à nourrir leur bébé. Il faut élaborer des programmes et des protocoles au Canada pour mieux appuyer une approche axée sur la famille en matière de soins aux bébés nés avec le SAN⁴⁶.

Assurer un contact ininterrompu peau contre peau

Le contact ininterrompu peau contre peau influe profondément sur le développement du nourrisson et de l'enfant ainsi que sur la santé de la famille. En 2005, bien que la majorité des mères canadiennes (89,2 %) qui accouchent par voie vaginale tiennent leur bébé dans les cinq minutes suivant la naissance, ce n'était pas le cas des mères qui accouchent par césarienne (29,0 %). De plus, moins du tiers des femmes (31,3 %) tiennent leur bébé peau contre peau à ce moment. La majorité (71 %) des femmes déclarent avoir pu garder leur bébé dans leur chambre 24 heures sur 24 après l'accouchement vaginal, mais c'est le cas de moins de la moitié des mères (46,5 %) ayant accouché par césarienne⁴⁷. Nous pouvons améliorer ces taux au Canada en mettant en œuvre des politiques et des pratiques institutionnelles qui favorisent le contact peau contre peau à la naissance, quelle que soit la méthode d'accouchement, et qui soutiennent ce contact au-delà des premières heures suivant la naissance.

Démédicalisation des soins de maternité

Il y a des aspects à la fois positifs et négatifs aux tendances entourant la démedicalisation des soins obstétricaux au Canada. Les épisiotomies ne sont plus couramment pratiquées, leur taux ayant diminué, passant de 23,8 % à l'échelle nationale en 2001 à, par exemple, moins de 10 % en 2016 en Colombie-Britannique^{48,49}. D'autre part, les taux d'anesthésie épidurale chez les Canadiennes qui accouchent par voie vaginale sont passés de 45,4 % en 2001 à 59 % en 2016, tandis que les taux de césarienne sont passés de 22,5 à 28,2 % pendant la même période⁴⁹⁻⁵¹. Les taux d'intervention durant le travail et l'accouchement varient (souvent de façon considérable) d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui donne à penser que le recours aux interventions n'est pas toujours fondé sur des données probantes ou des besoins médicaux.

Les milieux où les taux d'intervention sont plus faibles en raison d'une utilisation appropriée sont généralement plus sûrs pour les mères et les bébés, et les mères canadiennes sont plus satisfaites de leur expérience de l'accouchement lorsqu'elles font l'objet de moins d'interventions. Les nets avantages de la démedicalisation des soins pendant la grossesse et l'accouchement sont énoncés dans les *Principes de soins périnataux de l'OMS*. La réduction des interventions inutiles pendant la grossesse et l'accouchement est un domaine qui exige des efforts accrus et continus au Canada.

Utiliser un langage inclusif

On reconnaît de plus en plus l'importance d'utiliser un langage qui tienne compte de la diversité et crée un environnement ouvert et inclusif. Le langage inclusif montre un respect envers chacun; il ne doit pas seulement éviter d'offenser, il doit aussi avoir pour objectif de traiter tout le monde avec dignité et célébrer les différences. Il est également important de se rappeler que le langage n'est pas statique, mais dynamique, et il évolue au fil du temps.

Un certain nombre d'organismes envisagent d'utiliser un langage non genré à l'égard de la grossesse, de la naissance et de l'éducation des enfants afin d'éviter de stéréotyper les gens en fonction de leur identité de genre. Par exemple, lorsque le Dossier périnatal de l'Ontario a été mis à jour en 2017, la terminologie a été modifiée pour respecter l'identité de genre et les différentes façons dont les gens peuvent s'identifier comme parents⁵². La British Medical Association a récemment déclaré : « Une grande majorité des personnes qui ont été enceintes ou qui ont accouché s'identifient comme femmes. Nous pouvons inclure les hommes intersexuels et les hommes transsexuels qui peuvent tomber enceintes en disant « personnes enceintes » au lieu de « femmes enceintes »⁵³. La Midwives Alliance of North America a révisé ses compétences de base afin de rendre sa terminologie plus inclusive et accueillante pour tous ceux et celles qui cherchent à obtenir les soins d'une sage-femme⁵⁴.

Les discussions sur le langage inclusif sont importantes – les communautés, les organisations, les groupes professionnels et les divers ordres de gouvernement ont à réfléchir à leur terminologie et à travailler avec leurs clients et intervenants pour s’assurer que tous sont traités avec respect et dignité.

Fournir des soins culturellement sécuritaires aux familles autochtones

Bien des Autochtones doivent se déplacer loin de leur communauté pour obtenir des soins de santé. Afin d’aider à garder les familles près de chez elles pendant l’accouchement et de leur fournir des soins culturellement sécuritaires, on a récemment mis sur pied, dans plusieurs milieux, des centres communautaires d’accouchement qui offrent des techniques traditionnelles, ainsi qu’une diversité dans l’aménagement et la mise en œuvre, le tout s’intégrant au soutien biomédical. Certains de ces centres offrent une formation axée sur la communauté aux sages-femmes autochtones, qui intègre les approches traditionnelles et modernes en matière de soins et d’éducation. Les programmes sont intimement liés au développement communautaire, à la renaissance culturelle et à la guérison des effets de la colonisation. Ils mettent l’accent sur un travail d’équipe efficace entre les sages-femmes, les médecins et les infirmières travaillant dans les régions éloignées et dans les centres spécialisés régionaux et tertiaires⁵⁵. La recherche évaluative a montré que cette approche améliore les résultats – approche qui exige une application et un soutien accrus partout au pays⁵⁶.

Surveillance de la santé maternelle et néonatale

De judicieuses politiques et pratiques de santé périnatale se fondent sur des données provenant de multiples sources qui sont à la fois opportunes et d’actualité. Les présentes lignes directrices appliquent bon nombre d’indicateurs périnataux tout au long des chapitres, y compris les données concernant les expériences des femmes qui ont accouché et les politiques des hôpitaux offrant des services de maternité. Pour broser un tableau plus complet des SMNPF, nous devons encourager les efforts visant à disposer de données à jour sur l’expérience des femmes et des familles en matière de grossesse et d’accouchement, de concert avec les données périnatales traditionnelles sur les issues maternelles et fœtales.

CONCLUSION

Les familles canadiennes bénéficient d’excellents soins de maternité et de santé néonatale. Cela ressort clairement des faibles taux nationaux de morbidité et de mortalité périnatales et maternelles dans différents groupes sociodémographiques. Bien que les PS canadiens puissent être fiers de travailler au sein d’un système de soins de santé public exhaustif, universel, transférable et accessible, il est possible d’en faire davantage pour améliorer les résultats et faire en sorte que les soins soient axés sur la famille.

L’importance accordée aux SMNPF au Canada a élargi la portée des soins pendant la grossesse et l’accouchement. De tels soins maximisent non seulement la probabilité que les femmes et les bébés jouissent d’une bonne santé, mais aident aussi à faire en sorte que la naissance soit l’aboutissement d’un processus normal et sain. En donnant aux femmes et à leur famille les moyens d’assumer la responsabilité de leurs choix éclairés, grâce à une relation de confiance et de respect mutuel avec leurs PS, nous ferons de l’expérience de la grossesse et de l’accouchement une base solide sur laquelle la famille peut croître et se développer.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Préface [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2017 [consulté le 7 mars 2019]. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/preface-fra.pdf>
2. Enkin MW. Family centred maternity care. *Can Fam Physician*. 1973;19(4):45-8.
3. Agence de la santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Chapitre 1 : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale au Canada : fondement théorique et principes directeurs sous-jacents [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2017 [consulté le 7 mars 2019]. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-1-fra.pdf>
4. Agence de la santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Chapitre 4 : Soins pendant l'accouchement et à la naissance [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2018 [consulté le 7 mars 2019]. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-4-fra.pdf>
5. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013 [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2013 [consulté le 22 janvier 2019]. Accès : http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/aspc-phac/HP7-1-2013-2-fra.pdf
6. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale (ISP) [Internet]. Ottawa (ON) : ASPC; 2020 [consulté le 10 août 2020]. Accès : <https://sante-infobase.canada.ca/isp/>
7. Gagne T. Estimation of smoking prevalence in Canada: implications of survey characteristics in the CCHS and CTUMS/CTADS. *Can J Public Health* 2017;108(3):e331-4.
8. Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara H, et al. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr*. 2002;141(4):538-42.
9. Metcalfe A, Lisonkova S, Joseph KS. The association between temporal changes in the use of obstetrical intervention and small-for-gestational age live births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):233.
10. Statistique Canada. Tableau B1-14: Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par âge, taux brut de reproduction et pourcentage de naissances à l'hôpital, Canada, 1921 à 1974 [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 1999 [consulté le 25 janvier 2019]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-516-x/pdf/5226633-fra.pdf?st=pbHLExrJ>
11. Statistique Canada. Cinquante ans de familles au Canada : 1961 à 2011 [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2012 [consulté le 5 mars 2019]. Accès : https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_1-fra.pdf
12. Statistique Canada. Naissances, 2015 et 2016 [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2018 [consulté le 10 août 2020]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180430/dq180430f-fra.htm>
13. Koert E, Daniluk JC. When time runs out: reconciling permanent childlessness after delayed childbearing. *J Reprod Infant Psychol*. 2017;35(4):342-52.
14. Spence NJ. The long-term consequences of childbearing: physical and psychological well-being of mothers in later life. *Res Aging*. 2008;30(6):722-51.
15. McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Fisher JRW, Hammarberg K, Wynter K, et al. Older first-time mothers and early postpartum depression: a prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertil Steril*. 2011;96(5):1218-24.
16. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):100.
17. Muraca GM, Joseph KS. The association between maternal age and depression. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(9):803-10.
18. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26(4):538-43.
19. Dzakpasu S, Fahey J, Kirby RS, Tough SC, Chalmers B, Heaman MI, et al. Contribution of prepregnancy body mass index and gestational weight gain to caesarean birth in Canada. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1):106.
20. Liu P, Xu L, Wang Y, Zhang Y, Du Y, Sun Y, et al. Association between perinatal outcomes and maternal pre-pregnancy body mass index. *Obes Rev*. 2016;17(11):1091-102.
21. Mission JF, Marshall NE, Caughey AB. Pregnancy risks associated with obesity. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(2):335-53.
22. Lisonkova S, Muraca GM, Potts J, Liauw J, Chan W, Skoll A, et al. Association between prepregnancy body mass index and severe maternal morbidity. *JAMA*. 2017;318(18):1777-86.
23. Association canadienne des sages-femmes. Rapport annuel 2017-2018 [Internet]. Montréal (QC) : ACSF; 2018 [consulté le 6 mars 2019]. Accès : https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2018/12/RAPPORT-ANNUEL_2017-2018.pdf
24. Midwives Association of British Columbia. Progress report october 2016 [Internet]. Vancouver (CB) : MABC; 2016 [consulté le 18 février 2019]. Accès : https://www.bcmidwives.com/_Library/PublicDocuments/MABC-ProgressReport-Web.pdf

25. Markham Stouffville Hospital. Canada's first in-hospital midwifery unit opens at Markham Stouffville Hospital [Internet]. Markham (ON): MSH; 2018 [consulté le 10 août 2020]. Accès : <https://www.oakvalleyhealth.ca/about-us/news/canadas-first-hospital-midwifery-unit-opens-markham-stouffville-hospital>
26. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4.
27. Banerjee J. Are single family rooms the future for neonatal units? *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(3):130-1.
28. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Dejerl A. Family centred care and family delivered care—what are we talking about? *J Neonatal Nurs*. 2018;24(1):8-12.
29. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, et al. Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(4):245-54.
30. Stevens D, Thompson P, Helseth C, Pottala J. Mounting evidence favouring single-family room neonatal intensive care. *J Neonatal Perinatal Med*. 2015;8(3):177-8.
31. van Veenendaal NR, Heideman WH, Limpens J, van der Lee JH, van Goudoever JB, van Kempen AAMW, van der Schoor SRD. Hospitalising preterm infants in single family rooms versus open bay units: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(3):147-57.
32. Harris DD, Shepley MM, White RD, Kolberg KJS, Harrell JW. The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary. *J Perinatol*. 2006;26:38-48.
33. Hutten-Czapski P. Abridged version of the Society of Rural Physicians of Canada's discussion paper on rural hospital service closures. *Can J Rural Med*. 2009;14(3):111-4.
34. Barclay L, Kornelsen J, Longman J, Robin S, Kruske S, Kildea S, et al. Reconceptualising risk: perceptions of risk in rural and remote maternity service planning. *Midwifery*. 2016;38:63-70.
35. Chamberlain M, Barclay K. Psychosocial costs of transferring indigenous women from their community for birth. *Midwifery*. 2000;16(2):116-22.
36. Kornelsen J, Grzybowski S. Is local maternity care an optional service in rural communities? *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(4):329-31.
37. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Returning birth to aboriginal, rural, and remote communities. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(10):e395-7.
38. Comité canadien pour l'allaitement. Initiative des hôpitaux amis des bébés : Indicateurs de résultats pour les 10 conditions et le code de l'OMS pour les hôpitaux et les services de santé communautaire [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2017 [consulté le 18 février 2019]. Accès : <http://breastfeedingcanada.ca/documents/IndicatorsFrench.pdf>
39. Agence de la santé publique du Canada. Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens. Ottawa (ON) : ASPC; 2012.
40. Comité canadien pour l'allaitement. Initiative amis des bébés au Canada rapport de situation [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2014 [consulté le 18 février 2019]. Accès : <http://breastfeedingcanada.ca/documents/Final%202014%20Status%20Report%20FR.pdf>
41. Comité canadien pour l'allaitement. Baby-friendly facilities in Canada [Internet]. Drayton Valley (AB) : CCA; 2018 [consulté le 18 février 2019]. Accès : <http://breastfeedingcanada.ca/documents/DesignatedFacilitiesinCanada.pdf>
42. Statistique Canada. Santé mentale maternelle au Canada, 2018-2019 [Internet]. Ottawa (ON): SC; 2019 [consulté le 10 août 2020]. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/190624/dq190624b-eng.pdf?st=TX-mP1HnW>
43. Bayrampour H, Zahradnik M, Lisonkova S, Janssen P. Women's perspectives about cannabis use during pregnancy and the postpartum period: an integrative review. *Prev Med*. 2019;119:17-23.
44. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Choses qu'il faut savoir sur le cannabis, la grossesse et l'allaitement [Internet]. Ottawa (ON) : SOGC; 2019 [consulté le 18 février 2019]. Accès : https://www.pregnancyinfo.ca/wp-content/uploads/2019/02/CannabisPoster_FR.pdf
45. Grossman MR, Lipshaw MJ, Osborn RR, Berkwitz AK. A novel approach to assessing infants with neonatal abstinence syndrome. *Hosp Pediatr* 2018;8(1):1.
46. Lacaze-Masmonteil T, O'Flaherty P; Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse. *Paediatr Child Health*. 2018;23(3):227-33.
47. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa (ON) : ASPC; 2009.
48. Perinatal Services BC. Perinatal health report: deliveries in British Columbia 2016/17 [Internet]. Vancouver (CB) : PSBC; 2018 [consulté le 22 janvier 2019]. Accès : http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Data-Surveillance/Reports/Perinatal%20Health%20Report_BC_201617.pdf
49. Institut Canadien d'Information sur la Santé. Donner naissance au Canada: un profil régional. Ottawa (ON) : ICIS; 2004 [consulté le 5 mars 2019]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/GBC2004_regional_f.pdf
50. Institut Canadien d'Information sur la Santé. Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveau-nés et les accouchements, 2016-2017 [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2018 [consulté le 5 mars 2019]. Accès : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hospch-2016-2017-snapshot_fr.pdf
51. Santé Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003 [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2003 [consulté le 29 janvier 2019]. Accès : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-142-2003F.pdf>
52. Provincial Council for Maternal and Child Health, Registre et Réseau des Bons Résultats dès la naissance. A user guide to the Ontario Perinatal Record [Internet]. Toronto (ON) : PCMCH; 2018 [consulté le 20 février 2019]. Accès : http://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2018/08/OPR_UserGuide_2018Update_Final_18-08-22.pdf

53. British Medical Association. A guide to effective communication: inclusive language in the workplace. Londres (RU) : BMA; 2016.
54. Midwives Alliance of North America. Overview of the MANA core competencies revisions [Internet]. Montvale (NJ) : MANA; 2016 [consulté le 20 février 2019]. Accès : <https://mana.org/blog/Overview-MANA-Core-Competencies-Revisions>
55. National Aboriginal Council of Midwives. Bringing birth back: Aboriginal midwifery toolkit [Internet]. Montreal (QC): NACM; 2014 [consulté le 10 août 2020]. Accès : <https://indigenousmidwifery.ca/wp-content/uploads/2018/10/Aboriginal-Midwifery-Toolkit.pdf>
56. Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. J Midwifery Womens Health. 2007;52(4):384-91.