

## En contexte : comprendre les soins de maternité au Canada

---



L'Institut Vanier de la famille est un organisme de bienfaisance national et indépendant, dont les activités visent à mieux comprendre la diversité et la complexité des familles, ainsi que la réalité de la vie de famille au Canada. L'Institut propose un vaste éventail de publications, d'initiatives de recherche, de présentations et d'interactions dans les médias sociaux afin de mieux comprendre comment les familles interagissent avec les forces socioéconomiques, contextuelles et culturelles, dans quelle mesure elles les influencent et comment elles réagissent à celles-ci.

L'Institut Vanier de la famille  
94, promenade Centrepointe  
Ottawa (Ontario) K2G 6B1  
613-228-8500  
[www.institutvanier.ca](http://www.institutvanier.ca)

© 2017 L'Institut Vanier de la famille

L'Institut Vanier de la famille autorise l'impression d'extraits de la présente publication pour servir de documentation dans le cadre de conférences, de séminaires ou en classe, à condition d'en mentionner la source. L'Institut permet aussi de citer la publication dans les éditoriaux et dans les émissions de radio ou de télévision. Cependant, tous les autres droits sont réservés et tout autre usage partiel ou intégral de la publication est interdit sans le consentement écrit de l'Institut Vanier de la famille.

#### **Comment citer ce document :**

L'INSTITUT VANIER DE LA FAMILLE (2017). « En contexte : comprendre les soins de maternité au Canada », dans la série *En contexte*. (Page consultée le [date] sur le site [URL])

---

## En contexte : comprendre les soins de maternité au Canada

S'il est vrai, comme le veut le dicton, qu'« il faut tout un village pour élever un enfant », il faut certainement toute une collectivité pour faciliter sa naissance. Tout au long de la période périnatale, plusieurs personnes prodiguent des soins aux femmes enceintes et aux nouvelles mères. Les réseaux et les relations sur lesquels s'appuient ces intervenants jouent un rôle majeur pour assurer la santé et le bien-être des nouvelles mères et de leurs nourrissons.

La naissance représente un jalon important et exaltant, qui voit la famille s'élargir et la venue d'une nouvelle génération. Il s'agit également d'une période cruciale pour le développement de l'enfant, très vulnérable à ce stade, mais également susceptible de bénéficier grandement d'un milieu sain.

La grossesse, la naissance, l'accouchement et les soins postnataux évoluent sans cesse au fil des générations. Compte tenu des avancées médicales et de l'amélioration globale des soins de maternité, de l'alimentation et du niveau de vie en général tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, on a constaté des progrès considérables en ce qui concerne le taux de mortalité maternelle (décès d'une femme à la suite de complications de la grossesse ou de l'accouchement), le taux de morbidité maternelle (complications pour la mère en lien avec l'accouchement) et le taux de mortalité infantile.

À partir du XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, l'accouchement se passait généralement à la maison et les soins de maternité au Canada étaient dispensés au sein de la collectivité. En règle générale, il incombait aux familles et aux sages-femmes de prendre soin des femmes enceintes et des nouvelles mères. Toutefois, avec l'instauration des régimes d'assurance-maladie au XX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux et les services médicaux ont graduellement pris le relais pour encadrer les naissances et les soins de maternité, principalement sous la supervision de professionnels de la santé comme les médecins et les obstétriciens. On a parfois parlé de « médicalisation de la naissance » pour évoquer cette tendance<sup>5</sup>.

Par conséquent, au début des années 80, la vaste majorité des femmes accouchaient désormais dans les hôpitaux régionaux, sous la supervision d'un médecin de famille ou d'un obstétricien, avec l'aide d'infirmières en obstétrique. Du même coup, les conjoints et les autres membres de la famille se retrouvaient en marge du processus de l'accouchement, souvent confinés à des salles d'attente. Après la naissance, les mères aussi étaient séparées de leurs bébés gardés en pouponnière, ce qui s'avérait parfois traumatisant tant pour la mère que pour son nourrisson.

Puis les centres hospitaliers ont progressivement instauré des politiques de *cohabitation* pour la mère et son bébé en vue de faciliter l'allaitement et de favoriser les liens d'attachement mère-enfant, au bénéfice de la santé et du bien-être de chacun. Dans le cadre de cette cohabitation, les infirmières ont commencé à transmettre de l'information aux nouvelles mères relativement à leur rétablissement, en leur donnant notamment divers conseils sur l'allaitement et les soins postnataux. Au fil de ces changements subséquents dans les pratiques de soins postnataux, on a réussi à raccourcir considérablement la durée d'hospitalisation des femmes suivant l'accouchement, qui est passée de cinq journées d'hospitalisation en moyenne en 1984-1985 dans le cas d'un accouchement vaginal, à une ou deux journées actuellement<sup>6, 7</sup>.

De nos jours, les conjoints sont beaucoup plus impliqués qu'autrefois dans l'accouchement et le processus périnatal. La plupart assistent à l'accouchement et assument ensuite un rôle accru dès les premières heures de vie de leur enfant de même qu'au cours des années suivantes. Il n'est pas rare d'entendre les couples modernes parler de l'accouchement comme d'une *expérience conjointe*, et cette tendance se reflète d'ailleurs dans les propos de plusieurs (« Nous attendons un enfant... », etc.).



© Bigstock 51454030

*La naissance représente un jalon important et exaltant, qui voit la famille s'élargir et la venue d'une nouvelle génération. Il s'agit également d'une période cruciale pour le développement de l'enfant, très vulnérable à ce stade, mais également susceptible de bénéficier grandement d'un milieu sain.*

### MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE AU CANADA

En 1931, la mortalité maternelle représentait 508 décès pour chaque tranche de 100 000 naissances vivantes, mais on ne comptait plus que 7 décès par tranche de 100 000, en 2015<sup>1, 2</sup>.

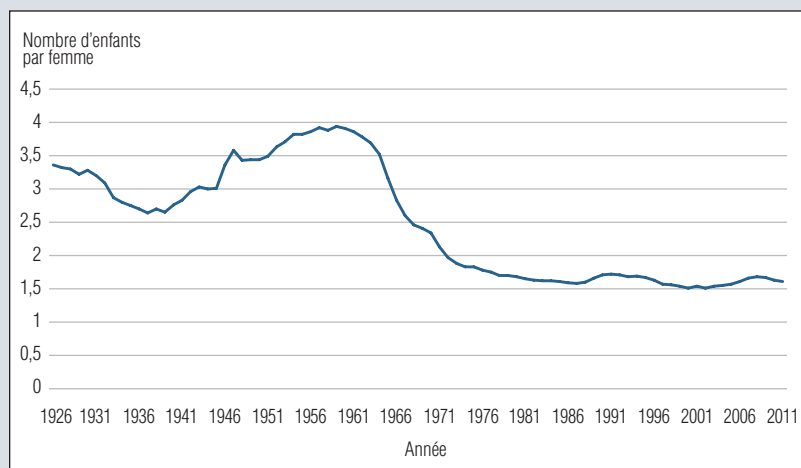
De 1931 à 1935, le taux de mortalité infantile moyen atteignait 76 décès pour chaque tranche de 1 000 naissances vivantes, mais se limitait à 4,9 décès par tranche de 1 000, en 2013<sup>3, 4</sup>.

## TENDANCES MODERNES DE L'ACCOUCHEMENT AU CANADA

La réalité de l'accouchement et de la maternité au Canada a considérablement évolué au fil des générations, alimentée par des changements socioéconomiques, culturels et contextuels.

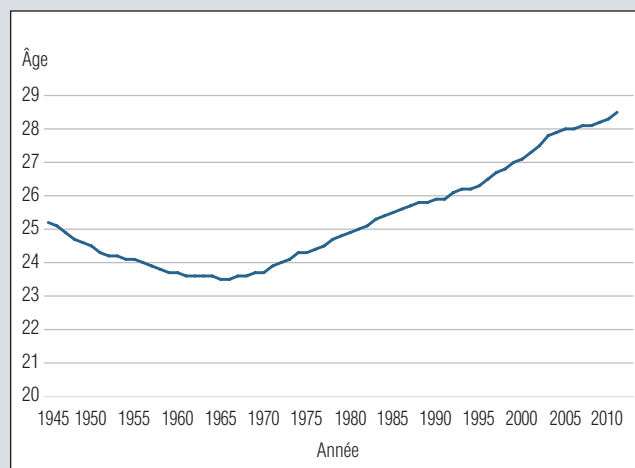
- Depuis 1971, on enregistre **au moins 327 000 naissances annuellement** au Canada, avec un creux de 327 107 naissances en 2000-2001 et un sommet de 403 280 en 1989-1990<sup>8</sup>.
- Le nombre moyen d'enfants par mère au Canada est en recul constant, ce qui confirme la tendance à long terme à cet égard. Selon Statistique Canada, le **taux de fécondité** en 2013 se situait à 1,59 enfant par femme<sup>9</sup>, ce qui constitue un recul par rapport au taux de 1,72 en 1991, et une forte baisse comparativement à la moyenne de 3,94 enfants durant le baby-boom, en 1959 (voir le graphique A)<sup>10</sup>.
- Au pays, le taux de fécondité moyen n'est pas toujours représentatif des **variations régionales**. En effet, on enregistrait des taux d'aussi peu que 1,41 enfant par femme en Colombie-Britannique en 2013, pendant que le Nunavut affichait une moyenne de 3,04 enfants<sup>11, 12</sup>.
- La moyenne d'âge des mères est également plus élevée que par le passé, alors que plusieurs femmes choisissent de faire des études postsecondaires et de s'établir sur le plan professionnel avant d'avoir des enfants. En 2011, **l'âge moyen des mères à la naissance d'un premier enfant** se situait à 28,5 ans, soit davantage que l'âge de 26,2 ans en 1994 et beaucoup plus que l'âge moyen de 23,7 ans en 1959 (voir graphique B)<sup>13</sup>.
- En accord avec cette tendance, le taux de fécondité des **femmes de 35 à 39 ans** a progressé *chaque année* entre 2000 et 2013 (passant de 33,9 à 53,6 naissances vivantes par tranche de 1 000 femmes)<sup>14</sup>.
- Le **nombre de mères ayant leur premier enfant à 40 ans ou plus** a augmenté considérablement ces dernières décennies, passant de 1 283 cas en 1994 à 3 648 cas en 2013<sup>15</sup>.
- On constate aussi une hausse constante du nombre de **naissances multiples** au Canada depuis quelques décennies, puisque celles-ci représentaient 3,3 % de toutes les naissances en 2013 par rapport à 2,1 % en 1991<sup>16</sup>.

**Graphique A : Taux de fécondité global (nombre d'enfants par femme), Canada, 1926-2011**



Source : Statistique Canada

**Graphique B : Âge moyen des mères à la naissance d'un premier enfant, Canada, 1945-2011**



Source : Statistique Canada

## Qu'est-ce que les soins de maternité?

Les soins périnataux ou de maternité (on emploiera ici *soins de maternité*) sont des termes génériques pour désigner le continuum de soins auprès de la mère et de son bébé, et ce, avant, pendant et après la naissance. On parle plus précisément des soins prénataux ou anténataux (c.-à-d. les soins **durant la grossesse**), des soins perinataux (soit **durant le travail et l'accouchement**) ainsi que des soins postnataux ou post-partum (c.-à-d. les soins à la mère et au nouveau-né **après la naissance**). Puisque la mère et l'enfant vivent tous deux d'importants changements au cours de la période périnatale, les soins de maternité supposent un large éventail de mesures de suivi et de soins de santé.

Les **soins prénataux ou anténataux** (on emploiera ici les *soins prénataux*) visent à surveiller et à favoriser la santé et le bien-être de la mère et de son fœtus en développement *avant* la naissance. Diverses techniques de surveillance et de diagnostic sont mises à contribution pour assurer la santé fœtale, notamment au moyen d'échographies et de prélèvements sanguins. Pendant cette période, la santé de la mère est aussi suivie de près par les professionnels de la santé. Les femmes enceintes reçoivent de l'information sur la grossesse, le développement du fœtus, le confort physique, les différents tests, la planification en vue de l'accouchement, ainsi que sur la préparation au rôle de parent.

Selon l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* de 2009, la plupart des femmes (87 %) disent avoir reçu le soutien de leur partenaire, de leur famille ou de leurs amis durant la période prénatale<sup>17</sup>. Au cours de cette période, ce soutien ainsi que les soins des praticiens de la santé s'avèrent particulièrement importants puisque plusieurs femmes (57 %) affirment que la plupart des journées sont stressantes. Durant la grossesse, le stress chez la mère peut affecter le bien-être du bébé, et parfois causer une naissance prématurée ou un faible poids à la naissance.

Selon la vaste majorité des femmes enceintes interrogées (95 %), les soins prénataux débutent généralement au cours du premier trimestre de grossesse. Parmi certains groupes toutefois, ces soins commencent parfois *plus tard* qu'au premier trimestre, notamment pour la tranche des 15 à 19 ans, pour les femmes moins scolarisées ou pour celles vivant au sein d'un ménage à faible revenu. À cet égard, l'une des principales raisons évoquées pour expliquer les soins tardifs en cours de grossesse concernait les difficultés d'accès à un médecin ou à professionnel de la santé<sup>18</sup>.

Les **soins perinataux ou intrapartum** (on emploiera ici les *soins perinataux*) désignent les soins et l'assistance auprès des mères *durant* le travail et l'accouchement, notamment pour que la naissance se déroule dans un cadre sécuritaire et hygiénique, et pour surveiller la santé de la mère et de l'enfant tout au long du processus. La plupart du temps, ces soins sont prodigués en milieu hospitalier, où les mères bénéficient des services de divers professionnels de la santé, notamment des obstétriciens et des gynécologues (principaux fournisseurs de soins de santé durant l'accouchement, selon 70 % des mères interrogées), des médecins de famille (15 %), des infirmières ou des infirmières praticiennes (5 %) ou encore des sages-femmes (4 %)<sup>19</sup>.

L'importance du *soutien affectif* n'est pas négligeable durant cette période, qu'il provienne d'un conjoint ou partenaire, d'un ami, d'un membre de la famille, d'une sage-femme ou d'une accompagnante à la naissance (ou d'une combinaison de ces intervenants). Les études ont montré que les femmes qui bénéficient d'un soutien social constant seraient plus susceptibles d'accoucher rapidement (quelques heures de moins) et par voie vaginale, de considérer l'accouchement et la naissance comme un épisode heureux, et d'avoir moins recours à divers analgésiques<sup>20</sup>.

Les **soins postnataux ou post-partum** (on emploiera ici les *soins postnataux*<sup>21</sup>) visent à soutenir la mère et le nouveau-né *après* la naissance, ce qui suppose le suivi de leur état de santé ainsi que diverses évaluations de routine en vue de cibler tout écart par rapport à la courbe normale de rétablissement après l'accouchement, pour pouvoir intervenir au besoin<sup>22</sup>.

La période postnatale couvre les six premières semaines de vie de l'enfant, soit une « phase critique » au cours de laquelle les professionnels de la santé fournissent divers soins et procèdent à plusieurs examens importants pour assurer le bien-être de la mère et de l'enfant, comme le confirme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).



© Bigstock 121470719

*La plupart des femmes (87 %) disent avoir reçu le soutien de leur partenaire, de leur famille ou de leurs amis durant la période prénatale.*

*Les études ont montré que les femmes qui bénéficient d'un soutien social constant seraient plus susceptibles d'accoucher rapidement et par voie vaginale, et de considérer l'accouchement et la naissance comme un épisode heureux.*



© Bigstock 173650337

Dans ses lignes directrices de 2013 concernant les soins postnataux, l'OMS cible les pratiques exemplaires à privilégier, entre autres en ce qui concerne les soins postnataux auprès des mères et des bébés durant les 24 premières heures (peu importe où l'accouchement a eu lieu), l'importance de garder la mère et l'enfant au moins 24 heures dans un établissement de santé sans précipiter le congé, et la nécessité de prévoir au moins quatre suivis postnataux durant les six semaines suivant l'accouchement<sup>23</sup>.

D'après l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, plus des sept dixièmes des femmes (73 %) considéraient que leur santé était « excellente » ou

« très bonne » après un délai de cinq à quatorze mois suivant l'accouchement. Cependant, plus des quatre dixièmes des Canadiennes (43 %) affirmaient avoir connu au moins « un gros problème » de santé post-partum au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement, notamment des douleurs aux seins (16 % des femmes), des douleurs dans la région vaginale ou de l'incision de la césarienne (15 %), ou encore des maux de dos (12 %)<sup>24</sup>.

Le soutien postnatal peut aussi s'avérer important pour contrer la dépression post-partum, qui toucherait 10 à 15 % des mères dans les pays développés. Des études ont révélé que la dépression post-partum dépend de certains facteurs déterminants, notamment le stress vécu par la mère durant la grossesse, l'accessibilité à des mesures de soutien social, ainsi que les antécédents personnels de dépression<sup>25</sup>. Selon les données de recherche, le soutien affectif du partenaire et des autres membres de la famille tout au long de la période périnatale contribuerait à réduire les risques de dépression post-partum et de troubles émotionnels chez la mère *tout comme* chez le nouveau-né<sup>26, 27</sup>.

Du reste, les services offerts en soins postnataux varient d'une région ou d'une collectivité à l'autre au Canada, qu'il s'agisse de soutien informationnel, de visites à domicile par une infirmière en santé publique ou un éducateur non-spécialiste de la santé, ou encore du soutien téléphonique d'une sage-femme ou d'une infirmière en santé publique.

Depuis quelques décennies, le secteur privé offre une panoplie grandissante de services postnataux, notamment des services intensifs d'accompagnantes post-partum pour s'occuper des nouveau-nés, de l'aide à l'allaitement naturel ou au biberon, ou encore des services de garde d'enfants, de préparation des repas ou d'aide aux tâches ménagères, etc. Toutefois, ces services privés ont un coût et, par conséquent, ne sont pas accessibles à toutes les familles<sup>28</sup>.

## LE RÔLE ÉVOLUTIF DES GRANDS-PARENTS DANS LES SOINS DE MATERNITÉ

Traditionnellement (et jusqu'à aujourd'hui), les grands-parents ont toujours été impliqués dans les soins auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères, dans plusieurs familles partout au Canada. Leur contribution aux soins prend des formes multiples, notamment pour fournir de l'information et du soutien affectif, de l'encadrement, du transport, etc.

La cohabitation intergénérationnelle est une formule qui gagne en popularité : les grands-parents sont de plus en plus nombreux à vivre sous le même toit que les générations plus jeunes. En 2011, près de 600 000 grands-parents (8 %) partageaient le même ménage que leurs petits-enfants, et la proportion des grands-parents en cohabitation est encore plus élevée chez les Autochtones<sup>29</sup> (11 %), de même que chez les immigrants récents<sup>30</sup> (21 %)<sup>31</sup>. Ce mode de vie procure aux grands-parents une très grande latitude pour fournir des soins de maternité aux femmes enceintes et aux nouvelles mères des générations plus jeunes.

Par contre, plusieurs des grands-parents qui participent aux soins assument parallèlement d'autres responsabilités pour eux-mêmes, notamment ceux qui occupent toujours un emploi rémunéré. Ces travailleurs parviennent difficilement – et parfois pas du tout – à épauler les femmes enceintes ou les nouvelles mères ainsi que leur nourrisson. Au Canada, les trois dixièmes des grands-parents font partie de la population active<sup>32</sup> et le taux de participation des aînés au marché du travail a plus que doublé depuis l'an 2000 (passant de 6 % en 2000 à 13,7 % en 2016)<sup>33</sup>.

Néanmoins, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population au Canada, les occasions seront de plus en plus nombreuses de favoriser les relations intergénérationnelles au cours des prochaines années, et de tels liens seront susceptibles de faciliter *tout l'éventail* de soins familiaux, y compris les soins de maternité prodigués par les grands-parents au bénéfice des jeunes générations.



## D'où proviennent les soins de maternité?

Outre les soins et le soutien des proches et des amis, la réalité moderne des soins de maternité dépend aussi de nombreux professionnels de la santé qui contribuent chacun à leur façon au continuum de soins, notamment les médecins de famille, les obstétriciens ou gynécologues, les infirmières, les infirmières praticiennes, les sages-femmes de même que les accompagnantes à la naissance.

D'abord, les **médecins de famille** fournissent des soins à la plupart des nouvelles mères tout au long de la période périnatale. Ils sont susceptibles d'intervenir à tous les stades des soins de maternité ou des soins aux nourrissons, mais tous n'offrent pas nécessairement la gamme complète des soins<sup>34</sup>. Par rapport aux décennies antérieures, on constate cependant un recul du nombre de médecins prodiguant des soins de maternité au Canada. En effet, la proportion des médecins de famille qui procèdent à des accouchements a fléchi au pays de 1997 à 2010, passant de 20 % à 10,5 %<sup>35</sup>. De nos jours, une proportion croissante des tâches et des responsabilités de soins reviennent à d'autres professionnels de la santé, comme les obstétriciens ou les sages-femmes<sup>36</sup>.



© Bigstock 51454687

La plupart des médecins de famille qui participent aux soins de maternité ou aux nourrissons le font dans une approche de « soins partagés », c'est-à-dire que leur suivi ne dépasse pas un certain stade de la grossesse (souvent entre 24 et 32 semaines), après quoi les soins sont confiés à un autre fournisseur comme un obstétricien, une sage-femme ou un autre médecin de famille accoucheur. De fait, certains médecins de famille participent à l'accouchement, mais leur nombre varie considérablement d'une province à l'autre ou en fonction de la disponibilité d'autres fournisseurs de soins de santé<sup>37</sup>.

Au Canada, les **obstétriciens et gynécologues** assument une part grandissante des soins périnataux, mais ce n'est pas le cas de tous ces spécialistes, et les proportions à cet égard varient d'une province à l'autre. Puisqu'ils possèdent une expertise et des connaissances spécialisées au sujet de la grossesse, de l'accouchement, de la santé sexuelle féminine et des soins génésiques (y compris une formation en chirurgie pour effectuer notamment des césariennes), plusieurs agissent également comme experts-conseils auprès des autres médecins, ou encore supervisent les grossesses à haut risque.

Les **infirmières et infirmiers** représentent le groupe le plus important en nombre parmi les fournisseurs de soins de maternité au Canada<sup>38</sup>. Appelés à jouer un rôle actif tout au long de la période périnatale, ces intervenants prodiguent un éventail de soins, ce qui se traduit notamment par de l'éducation au sujet de l'accouchement, ainsi que par des services prénataux à domicile auprès des femmes ayant une grossesse à haut risque<sup>39</sup>, de l'assistance durant l'accouchement, et parfois aussi des soins de suivi auprès des nouvelles mères. Après la naissance, les infirmières et infirmiers sont souvent appelés à transmettre de l'information aux nouvelles mères tout en les préparant en vue de leur congé, y compris en ce qui concerne l'allaitement, les soins du bain, les symptômes de la jaunisse, la sécurité pendant le sommeil, la santé mentale post-partum, l'alimentation, etc.<sup>40</sup>

Quant aux **infirmières praticiennes**, ce sont des infirmières agréées assumant une gamme élargie de responsabilités en soins de santé. Dans bien des cas, elles fournissent des soins de première ligne en suivi de grossesse à faible risque, et interviennent à plusieurs niveaux (examens physiques, tests de dépistage ou de diagnostic, soins postnataux, etc.). Lorsqu'elles sont appelées à assumer ou à faciliter des soins de maternité, les infirmières praticiennes travaillent souvent au sein d'équipes multidisciplinaires en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, dont les médecins et les sages-femmes. En milieu hospitalier, on les retrouve également en salle d'obstétrique et d'accouchement, dans les unités de soins post-partum, dans les unités néonatales de soins intensifs ainsi que dans les services de consultation externes<sup>41</sup>. Compte tenu de leur expertise et de leur formation élargie, les infirmières praticiennes jouent un rôle important dans les collectivités rurales ou éloignées, où elles fournissent dans bien des cas la gamme complète des services de soins de santé<sup>42</sup>.

Les **sages-femmes**, quant à elles, prodiguent des soins de santé primaires auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères, et ce, durant toute la période périnatale. Assumant un rôle de plus en plus important dans le paysage moderne des soins de maternité au Canada, les sages-femmes procurent toute une gamme de services, comme demander des tests de dépistage et en assurer le suivi, accompagner les femmes qui accouchent à domicile ou dans les centres de naissances, superviser l'admission des mères qui doivent accoucher à l'hôpital, ou encore épauler les nouvelles mères pour faciliter l'allaitement, leurs premiers pas comme parents ou leur rétablissement post-partum<sup>43</sup>. Selon les cas, les sages-femmes travaillent en consultation ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

*Compte tenu de leur expertise et de leur formation élargie, les infirmières praticiennes jouent un rôle important dans les collectivités rurales ou éloignées, où elles fournissent dans bien des cas l'éventail complet des services de soins de santé.*

Leur rôle a largement évolué au cours des dernières décennies, si bien qu'un nombre grandissant de sages-femmes sont désormais mises à contribution dans divers milieux, que ce soit à domicile, dans les collectivités, dans les hôpitaux, dans les centres médicaux ou dans les unités de soins<sup>44</sup>. La formation et la spécialisation des sages-femmes sont de plus en plus encadrées, puisque ces dernières sont désormais reconnues et intégrées dans les réseaux de soins de santé de la plupart des provinces et territoires au pays (mais pas tous)<sup>45</sup>.

## LES SAGES-FEMMES AUTOCHTONES AU CANADA

Le rôle traditionnel des sages-femmes autochtones au Canada connaît une recrudescence depuis quelques décennies, alors qu'un nombre croissant de femmes autochtones conjuguent le savoir, la médecine et les pratiques ancestrales avec les techniques médicales occidentales au bénéfice des nouvelles mères et de leur nouveau-né.

Historiquement, les sages-femmes ont toujours joué un rôle central quant aux soins de maternité dans les collectivités autochtones, ces responsabilités incombant souvent aux grands-mères ou à d'autres femmes proches de la mère<sup>46</sup>. Ces sages-femmes assuraient donc les soins prénataux, perinataux et postnataux auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères, qui étaient prises en charge et conseillées par des sages-femmes traditionnelles ou des aînées relativement à l'alimentation, aux médecines traditionnelles et à l'exercice physique.

Au fil des générations, la « médicalisation » de la naissance au Canada ainsi que l'influence coloniale et les politiques d'assimilation ont occulté peu à peu le rôle des sages-femmes traditionnelles dans les collectivités autochtones<sup>47, 48</sup>. Par conséquent, plusieurs femmes autochtones des régions nordiques ont dû parcourir de grandes distances pour accoucher dans des hôpitaux loin de leur foyer et de leur collectivité, avec parfois des conséquences culturelles et spirituelles importantes pour elles-mêmes, leur famille et leur collectivité<sup>49</sup>.

Or, on assiste depuis quelques années à une revitalisation et à un virage populaire en faveur des sages-femmes autochtones, et ce, au terme de plusieurs décennies de lobbying de la part des femmes et des organismes autochtones, et à la faveur d'une tendance générale au pays pour les modèles de soins de santé communautaires<sup>50</sup>.

Dans certains cas, la pratique des sages-femmes intervient par l'entremise de centres de naissance qui sont supervisés par les sages-femmes elles-mêmes, comme c'est le cas au Nunavik (Québec), à Cambridge Bay (Nunavut), dans la réserve des Six Nations (Ontario), à Toronto (Ontario), ou encore par l'entremise de programmes de sages-femmes comme celui des Services sociaux et de soins de santé de Fort Smith, aux Territoires du Nord-Ouest<sup>51</sup>.

D'après le National Aboriginal Council of Midwives, les sages-femmes autochtones jouent un rôle important qui passe par les soins culturellement pertinents et sécuritaires qu'elles procurent dans divers milieux (urbain, rural et régions éloignées), où elles contribuent à minimiser le nombre d'évacuations routinières dans les collectivités éloignées afin de garder les familles ensemble durant le processus d'accouchement, d'améliorer les perspectives pour la santé des parents et du bébé, et de favoriser l'autonomie en matière de soins de santé.



© Bigstock 756425559

Parallèlement, les **accompagnantes à la naissance** (*doulas*) fournissent du soutien *non clinique et non médical* auprès des nouvelles mères et de leur famille, de concert avec les praticiens de la santé comme les médecins, les sages-femmes et les infirmières. Le rôle des accompagnantes à la naissance n'est pas réglementé, et vise surtout à offrir un soutien affectif et informationnel. Celles-ci ne prodiguent pas de soins directs et ne prennent pas en charge les accouchements<sup>52</sup>.

Il existe différents types d'accompagnantes à la naissance, selon les stades de la grossesse. D'abord, les *accompagnantes antepartum* offrent du soutien affectif, physique et informationnel au cours de la

période prénatale, qu'il s'agisse de renseigner les futures mères et leur famille au sujet des groupes de soutien existants ou des techniques pour favoriser le confort physique, ou encore de les aider dans certaines tâches comme les courses ou la préparation des repas. Ensuite, les *accompagnantes à la naissance* se chargent d'épauler les nouvelles mères et leur partenaire durant le travail et l'accouchement, en leur fournissant notamment du



soutien affectif et informationnel tout en favorisant leur confort sur le plan physique. Enfin, les *accompagnantes post-partum* soutiennent les nouvelles mères après la naissance du bébé, en leur fournissant de l'information au sujet de l'allaitement et des moyens d'apaiser le nourrisson, tout en se chargeant parfois de quelques tâches ménagères et de la garde des enfants<sup>53</sup>.

Finalement, les **spécialistes en périnatalogie** s'occupent des soins liés aux grossesses à haut risque (ex. : maladie chronique de santé maternelle, naissances multiples, diagnostics génétiques). Ces intervenants ont une formation d'obstétricien ou de gynécologue, doublée d'une spécialisation axée sur les grossesses à risque. Au besoin, les obstétriciens et gynécologues dirigent donc leurs patients vers ces spécialistes en périnatalogie, et travaillent de concert avec eux pour assurer le suivi de la santé maternelle<sup>54</sup>.

## Une réalité particulière : l'accouchement en régions rurales ou éloignées au Canada

Les soins de maternité posent des défis uniques en régions rurales ou éloignées (y compris dans les régions nordiques du Canada), et ce, parce que les installations médicales et les équipements spécialisés sont parfois éloignés sur le plan géographique, parce que les fournisseurs de soins ne bénéficient pas d'autant de soutien de leurs pairs, et parce qu'il y a moins de médecins disponibles sur appel pour réaliser des césariennes et des anesthésies (et aussi moins d'installations et de services que dans les centres urbains à cet effet)<sup>55</sup>.

En milieu rural, les soins de maternité sont généralement pris en charge par des équipes formées de médecins de famille, d'infirmières et de sages-femmes. Dans certaines collectivités, il s'agit d'ailleurs des *seuls* professionnels de la santé offrant des soins de maternité<sup>56</sup>. De fait, les médecins de famille en milieu rural sont beaucoup plus susceptibles de devoir assurer des soins obstétricaux que leurs homologues des centres urbains. Depuis quelques décennies cependant, plusieurs collectivités rurales sont confrontées à la fermeture des maternités et à une baisse du nombre de médecins de famille offrant des soins de maternité<sup>57</sup>.

Compte tenu du nombre limité de services et de fournisseurs de soins de maternité dans les régions rurales et éloignées, plusieurs femmes enceintes doivent donc se tourner vers les centres urbains pour accoucher. Selon un rapport publié en 2013 par l'Institut canadien d'information sur la santé, plus des deux tiers (67 %) des femmes des milieux ruraux au Canada disent avoir accouché dans un hôpital urbain, et 17 % d'entre elles ont dû faire plus de deux heures de route pour donner naissance à leur enfant<sup>58</sup>. La proportion est encore plus élevée dans les régions nordiques, alors que les deux tiers des mères interrogées au Nunavut et la moitié de celles interrogées aux Territoires du Nord-Ouest disent avoir accouché hors de leur collectivité<sup>59</sup>.

Or, cette réalité affecte le bien-être de plusieurs femmes autochtones des régions nordiques, dont plusieurs doivent même prendre l'avion pour se rendre dans un centre hospitalier afin d'y recevoir des soins de maternité secondaires ou tertiaires loin de leur foyer, de leur territoire, de leur collectivité et de leur environnement linguistique. (Voir l'encadré *Les sages-femmes autochtones au Canada*.) La plupart des mères interrogées admettent qu'avoir dû s'éloigner de leur foyer pour accoucher s'était avéré stressant et avait eu des répercussions sur leur famille<sup>60</sup>. En avril 2016, le gouvernement fédéral a annoncé des compensations financières pour que les mères autochtones puissent être accompagnées d'un proche lorsque l'accouchement doit se produire loin de la collectivité<sup>61</sup>.

Dans les régions nordiques, le nombre d'hôpitaux communautaires offrant des soins obstétricaux a chuté depuis les années 80. Toutefois, plusieurs centres de naissances ont ouvert leurs portes pour combler le déficit, comme à Puvirnituaq (Nunavik), à Rankin Inlet (Nunavut) et à Inukjuak (Québec).

Ces installations permettent aux femmes ayant une grossesse à faible risque d'accoucher dans leur propre collectivité. Toutefois, les mères nécessitant une césarienne ou présentant des risques de complications doivent quand même se déplacer pour donner naissance à leur enfant.



© Bigstock 109240766

***Les deux tiers des mères interrogées au Nunavut et la moitié de celles interrogées aux Territoires du Nord-Ouest disent avoir accouché hors de leur collectivité.***

| Naissances assistées par des sages-femmes, par province et territoire, 2015-2016 |   |
|--|---|
| <b>Colombie-Britannique</b>  | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 1998. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 21 % des naissances dans cette province <sup>62</sup> .  |
| <b>Alberta</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 1998. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 4,9 % des naissances dans cette province.  |
| <b>Saskatchewan</b>  | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2008. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 2,9 % des naissances dans cette province.  |
| <b>Manitoba</b>  | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2000. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 6,4 % des naissances dans cette province.  |
| <b>Ontario</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 1994. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 15,2 % des naissances dans cette province.   |
| <b>Québec</b>  | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 1999. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 3,9 % des naissances dans cette province.  |
| <b>Nouveau-Brunswick</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2016. Aucune donnée disponible jusqu'ici quant au nombre de naissances assistées par les sages-femmes en 2015-2016.   |
| <b>Nouvelle-Écosse</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2009. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 2,8 % des naissances dans cette province.  |
| <b>Île-du-Prince-Édouard</b>   | À l'heure actuelle, la pratique des sages-femmes <b>n'est ni réglementée</b> ni financée à l'Î.-P.-É., qui ne compte aucune sage-femme en exercice. En 2014, la Prince Edward Island Midwives Association a présenté une demande de réglementation.   |
| <b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2016. Aucune donnée disponible jusqu'ici quant au nombre de naissances assistées par les sages-femmes en 2015-2016.   |
| <b>Yukon</b>   | À l'heure actuelle, la pratique des sages-femmes <b>n'est ni réglementée</b> ni financée au Yukon. Une motion a été présentée pour la création d'un groupe de travail sur la pratique des sages-femmes, sous la gouverne des Services sociaux et de soins de santé du Yukon. Les travaux du comité ont débuté en juin 2015. |
| <b>Territoires du Nord-Ouest</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2005. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 12,7 % des naissances dans ce territoire.  |
| <b>Nunavut</b>   | La pratique des sages-femmes est réglementée depuis 2011. En 2015-2016, les sages-femmes ont supervisé 15,4 % des naissances dans ce territoire.  |

Source : Association canadienne des sages-femmes, 2017.

## Une réalité particulière : les femmes enceintes et les nouvelles mères arrivées depuis peu au Canada

Le Canada accueille plusieurs familles d'immigrants, qui représentent une proportion grandissante de la population. En 1961, 16 % des habitants du Canada disaient être nés à l'étranger, et cette proportion atteignait 21 % en 2011<sup>63</sup>.

L'immigration influence la maternité, notamment en ce qui a trait au moment choisi pour avoir un enfant. Les études montrent que les naissances sont généralement peu nombreuses chez les immigrants au cours des deux années avant leur arrivée, mais la fécondité « rebondit » ensuite la plupart du temps<sup>64</sup>. Selon les chercheurs Goldstein et Goldstein, « les choix des arrivants en matière de fécondité répondent plus souvent aux tendances du pays d'accueil qu'aux préférences qui prévalaient dans leur pays d'origine avant leur départ » [traduction].



© Bigstock 35764184

Des études ont exploré un certain nombre de raisons pour lesquelles la fécondité peut être affectée par l'expérience de l'immigration, notamment la séparation temporaire du conjoint pendant le processus de migration<sup>65</sup>, le choix volontaire de repousser une grossesse jusqu'à l'admissibilité aux diverses mesures de soutien (ex. : allocations pour enfants)<sup>66</sup>, ainsi que les perturbations financières pendant la migration et au début de l'installation (jusqu'à ce que les parents trouvent un emploi rémunéré)<sup>67</sup>.

Par ailleurs, les immigrants récents<sup>68</sup> sont beaucoup plus susceptibles que les Canadiens nés au pays de se retrouver dans un ménage multigénérationnel (abritant au moins trois générations). En 2011, 21 % des immigrants de 45 ans ou plus (arrivés au Canada entre 2006 et 2011) déclaraient vivre une telle cohabitation, contre seulement 3 % des Canadiens nés au pays<sup>69</sup>. Par conséquent, les femmes enceintes et les nouvelles mères vivant au sein d'un ménage multigénérationnel bénéficient éventuellement de la présence de proches capables d'offrir des soins et du soutien.

En ce qui concerne l'accès aux soins de maternité, les études ont montré que, même si plusieurs immigrantes ont généralement accès aux soins de maternité dont elles ont besoin, leur taux de satisfaction à cet égard semble varier considérablement selon les régions du pays. En effet, plusieurs affirment avoir rencontré des obstacles liés à l'accès ou à l'utilisation des services de soins de maternité, notamment parce qu'elles n'avaient pas été suffisamment informées des services (parfois à cause de la barrière linguistique), parce qu'elles ne disposaient pas de soutien suffisant pour accéder aux services (c.-à-d. naviguer à l'intérieur du système de soins de santé), ou à cause d'une disparité entre les attentes des femmes immigrantes et celles des fournisseurs de services<sup>70</sup>. Dans certaines régions, les femmes immigrantes bénéficient d'un précieux soutien affectif, informationnel et logistique de la part des accompagnantes à la naissance (*doulas*) durant la période périnatale.

Selon les parents immigrants, le soutien social (famille, amis et membres de la collectivité) représente un facteur crucial pour favoriser l'accès aux soins de maternité. En effet, ce cercle de soutien peut jouer un rôle important pour jeter des ponts entre les nouvelles ou futures mères provenant de l'extérieur du Canada et le réseau de soins de maternité. Parfois, ces personnes peuvent intervenir auprès des fournisseurs de services et de soins de santé pour s'assurer que les mères bénéficient de soins de maternité « conformes à leur culture et respectueux de leur réalité culturelle<sup>71</sup> » [traduction].

## LA RÉALITÉ PÉRINATALE DES FEMMES HANDICAPÉES PHYSIQUEMENT (L'HISTOIRE DE JANE)<sup>72</sup>

Il n'est pas rare d'entendre circuler des idées fausses au sujet des femmes handicapées physiquement, notamment à l'égard du fait qu'elles ne peuvent pas ou ne devraient pas devenir mères. Des études ont montré que les femmes ayant une incapacité physique sont confrontées à un éventail d'obstacles à la maternité, notamment en ce qui a trait aux attitudes, à l'information, ainsi qu'aux considérations physiques et financières. Si les femmes en général subissent diverses pressions socioaffectives les incitant à *avoir des enfants*, des études ont fait ressortir toutefois que, pour les femmes handicapées, la situation se présente bien différemment puisqu'on aurait surtout tendance à leur faire sentir qu'il vaut mieux *ne pas avoir d'enfants*. On dit parfois qu'elles sont « préparées à ne pas être mères ».

Dans le cadre d'une étude qualitative réalisée au Canada auprès de mères handicapées physiquement, Jane a accepté de partager certains aspects de son expérience périnatale. Atteinte d'un traumatisme médullaire, cette femme mariée et mère de deux enfants occupe aussi un emploi. Elle considère que son expérience périnatale s'est révélée plutôt positive, surtout grâce à sa grande capacité d'affirmation et à l'équipe extraordinaire de professionnels des soins de santé qui s'est occupée d'elle. Néanmoins, elle avoue avoir vécu certains épisodes négatifs sur le plan social, comme en connaissent souvent les femmes handicapées physiquement en période périnatale.

Parfois, il s'agit de comportements ouvertement discriminatoires ou offensants, comme lorsqu'un inconnu lui a lancé en la croisant dans la rue qu'« on ne devrait pas lui donner le droit d'avoir un enfant ». D'autres fois, les réactions négatives sont moins explicites. Ainsi, à l'instar de plusieurs femmes handicapées physiquement, Jane a constaté que plusieurs personnes n'avaient jamais envisagé qu'elle puisse un jour devenir enceinte, ou encore n'osaient pas parler de sa grossesse aussi ouvertement qu'elles l'auraient fait pour une autre femme. En public, les gens semblent souvent un peu surpris, ou étonnés vis-à-vis de sa grossesse ou de son statut de mère. Jane évoque aussi d'autres comportements différenciateurs, comme lorsqu'on lui a demandé à l'épicerie si elle avait eu sa fille « naturellement ». (Elle souligne d'ailleurs l'improbabilité qu'une telle question soit posée à une mère non handicapée.)

Par contre, certaines mères handicapées physiquement soulignent que la parentalité leur a permis de mettre l'accent sur d'autres aspects de leur vie plutôt que sur leur incapacité, notamment sur les liens filiaux qui se manifestent, ainsi que sur la créativité et l'imagination dont savent faire preuve les enfants. C'est ce qui fait dire à Jane que « devenir maman est sans doute la meilleure chose qui me soit arrivée, parce que mon handicap a cessé d'être le centre d'attention, tant de mon point de vue que pour les autres. Par exemple, mes parents se soucient désormais beaucoup moins de ma propre santé : ils demandent surtout comment vont les enfants. »

Jane souligne entre autres que ses limites physiques l'ont menée à privilégier d'autres activités avec son fils pour resserrer les liens et s'amuser avec lui : « [Mon fils] sait très bien que c'est moi qui m'occupe des activités artistiques à la maison. Je me charge du volet créatif... Alors, il voit bien que nous avons [mon mari et moi] des rôles distincts... J'adore les activités qui font appel à l'imagination, et je crois que c'est important pour son développement et son apprentissage... Ma confiance de parent s'améliore grandement quand je vois que j'ai cette capacité ou cette aptitude de faire ces choses-là avec lui. D'ailleurs, les éducatrices à la garderie nous ont dit qu'il avait une imagination très fertile... »

La réalité des femmes handicapées physiquement durant la période périnatale est une source d'enseignement pour toutes les familles et leurs enfants. Il est essentiel de recueillir les témoignages de femmes comme Jane, et de documenter la réalité qu'elles dépeignent pour mieux comprendre les réalités multiples de la grossesse et de l'accouchement au Canada.

### Les soins de maternité : en appui aux familles en pleine croissance au Canada

La grossesse et l'accouchement sont des moments charnières de la vie, non seulement pour les nouvelles mères, mais aussi pour leur famille, leurs amis et leur collectivité. La réalité familiale a beaucoup changé depuis quelques générations en ce qui a trait à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale, mais certaines constantes demeurent : la valeur et l'importance des soins de qualité, la diversité des expériences vécues dans les différentes régions du Canada, sans compter la joie et l'excitation qui caractérisent ce jalon mémorable et significatif de l'existence. ♥

- <sup>1</sup> Statistique Canada, *Statistiques choisies sur la mortalité*, Canada, 1921-1990, n° 82-548 au catalogue de Statistique Canada (mars 1994). <http://bit.ly/2kcxaiP>
- <sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies* (novembre 2015). <http://bit.ly/2q7PV6A>
- <sup>3</sup> Jill Strachan et Surinder Wadhwa, « Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, 1921-1990 » dans *Rapports sur la santé*, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada (9 novembre 1993). <http://bit.ly/2oKC8AY>
- <sup>4</sup> Statistique Canada, « Décès et taux de mortalité, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires », tableau CANSIM n° 102-0504. (Dernière mise à jour au 8 mars 2017) <http://bit.ly/2oLpy58>
- <sup>5</sup> Cecilia Benoit, « Les soins de maternité modernes au Canada » dans *Transition* (octobre 2015). <http://bit.ly/2ovxs6R>
- <sup>6</sup> David Johnston, Yan Jin et Corrine Truman, « Early Discharge of Alberta Mothers Post-delivery and the Relationship to Potentially Preventable Newborn Readmissions » dans *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93, n° 4 (juillet-août 2002). <http://bit.ly/2oHdth6>
- <sup>7</sup> Institut canadien d'information sur la santé, « Donner naissance au Canada : Les coûts » dans la série *Donner naissance au Canada* (2006). <http://bit.ly/2q9jJIS>
- <sup>8</sup> Statistique Canada, « Composantes de l'accroissement démographique, Canada, provinces et territoires », tableau CANSIM n° 051-0004. (Dernière mise à jour au 4 octobre 2016) <http://bit.ly/2pno9VM>
- <sup>9</sup> Statistique Canada, « Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires », tableau CANSIM n° 102-4505. (Dernière mise à jour au 26 octobre 2016) <http://bit.ly/2q85bA7>
- <sup>10</sup> Statistique Canada, « Fécondité : moins d'enfants, mères plus âgées » dans *Mégatendances canadiennes*, n° 11-630-X au catalogue de Statistique Canada (décembre 2014). <http://bit.ly/1wXON7m>
- <sup>11</sup> Statistique Canada, tableau CANSIM n° 102-4505.
- <sup>12</sup> Il importe de souligner que le taux de fécondité du Nunavut pourrait varier de manière plus importante sur une base annuelle en raison de la population relativement faible de ce territoire. En publiant les données concernant le taux de fécondité au Nunavut dans ses [résultats du Recensement diffusés en février 2017](#), Statistique Canada a calculé une moyenne pour la période de 2011 à 2013 (soit 2,9 enfants par femme), justement pour réduire les effets des importantes variations annuelles.
- <sup>13</sup> Anne Milan, « Âge moyen des mères à la naissance selon le rang de naissance, Canada, 1945 à 2011 » (figure 3), dans *Fécondité : aperçu, 2009 à 2011*, n° 91-209-X au catalogue de Statistique Canada (juillet 2013). <http://bit.ly/1p8Q7qQ>
- <sup>14</sup> Statistique Canada, tableau CANSIM n° 102-4505.
- <sup>15</sup> Statistique Canada, « Naissances vivantes, selon l'âge et la parité de la mère, Canada », tableau CANSIM n° 102-4508. (Dernière mise à jour au 26 octobre 2016) <http://bit.ly/2q9kf3s>
- <sup>16</sup> Statistique Canada, « Naissances vivantes et morts fœtales (mortinaissances), selon le type (simple ou multiple), Canada, provinces et territoires », tableau CANSIM n° 102-4515. (Dernière mise à jour au 13 décembre 2016) <http://bit.ly/2qgoAhw>
- <sup>17</sup> Agence de la santé publique du Canada, « Paroles de mères : Réflexions de femmes sur la grossesse, l'accouchement et les débuts de la maternité » dans *L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* (mars 2009). <http://bit.ly/1jkdZm>
- <sup>18</sup> *Ibidem*
- <sup>19</sup> *Ibidem*
- <sup>20</sup> *Ibidem*
- <sup>21</sup> D'après l'[Organisation mondiale de la Santé](#) : « En raison du caractère interchangeable des termes "post-partum" et "postnatal", le premier se référant à la mère et le second, au bébé, qui porte parfois à confusion, un terme unique, à savoir "postnatal" devrait être utilisé pour toutes les questions relatives à la mère et au bébé depuis la naissance et jusqu'à six semaines (42 jours). »
- <sup>22</sup> National Collaborating Centre for Primary Care, « Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies » dans *NICE Clinical Guidelines*, n° 37 (juillet 2006). <http://bit.ly/2ltwLHT>
- <sup>23</sup> Organisation mondiale de la Santé, « Soins postnatals de la mère et du nouveau-né » dans *Grandes lignes des Recommandations 2013 de l'Organisation mondiale de la santé* (avril 2015). <http://bit.ly/2p5FcuH>
- <sup>24</sup> Agence de la santé publique du Canada
- <sup>25</sup> Andrea Lanes, Jennifer L. Kuk et Hala Tamim, « Prevalence and Characteristics of Postpartum Depression Symptomatology Among Canadian Women: A Cross-Sectional Study » dans *BMC Public Health*, vol. 11, n° 302 (1<sup>er</sup> octobre 2010). <http://bit.ly/2ISJeU8>
- <sup>26</sup> Lynlee R. Tanner Stapleton, « Perceived Partner Support in Pregnancy Predicts Lower Maternal and Infant Distress » dans *Journal of Family Psychology*, vol. 26, n° 3 (juin 2012). [doi:10.1037/a0028332](https://doi.org/10.1037/a0028332)
- <sup>27</sup> Ri-Hua Xie, et autres, « Prenatal Family Support, Postnatal Family Support and Postpartum Depression » dans *Anzjog*, vol. 50, n° 4 (25 juin 2010). [doi:10.1111/j.1479-828X.2010.01185.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01185.x)
- <sup>28</sup> Benoit (2015)
- <sup>29</sup> On constate une grande disparité chez les Autochtones en ce qui concerne les grands-parents vivant en cohabitation avec leurs petits-enfants, avec d'importants écarts entre les Inuits (22,3 %), les Premières Nations (14,4 %), les Métis (5 %) et d'autres identités autochtones (3,6 %).
- <sup>30</sup> Immigrants arrivés au Canada entre 2006 et 2011.
- <sup>31</sup> Anne Milan, Nadine Laflamme et Irene Wong, « La diversité des grands-parents qui vivent avec leurs petits-enfants » dans *Regards sur la société canadienne*, n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada (14 avril 2015). <http://bit.ly/200TwwU>
- <sup>32</sup> Anne Milan et Brian Hamm, « Les liens entre les générations : grands-parents et petits-enfants » dans *Tendances sociales canadiennes*, n° 11-008-X au catalogue de Statistique Canada (janvier 2003). <http://bit.ly/2pk30JN>
- <sup>33</sup> Statistique Canada, « Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le sexe et le groupe d'âge détaillé », tableau CANSIM n° 282-0002. (Dernière mise à jour au 5 janvier 2017) <http://bit.ly/2p5GR3p>
- <sup>34</sup> Institut canadien d'information sur la santé, « Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant » dans la série *Donner naissance au Canada* (2004). <http://bit.ly/2pB3XQV>
- <sup>35</sup> Nour Redding, « Réorienter les médecins de famille vers les accouchements » dans *Le médecin de famille canadien*, vol. 61, n° 1 (janvier 2015). <http://bit.ly/2q3kMnK>



- <sup>36</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2004)
- <sup>37</sup> *Ibidem*
- <sup>38</sup> Les femmes et la réforme de la santé, *L'importance de la maternité* (2007). <http://bit.ly/2pAYU3a>
- <sup>39</sup> Les grossesses à « risque élevé » pourraient nécessiter une surveillance ou des soins supplémentaires. Plusieurs facteurs sont en cause, notamment l'âge avancé pour la maternité, les maladies chroniques (ex. : diabète, hypertension artérielle, épilepsie), le mode de vie (ex. : fumer ou consommer de l'alcool pendant la grossesse), les grossesses multiples (ex. : jumeaux ou triplés) ou les complications de la grossesse (ex. : problèmes liés à l'utérus ou au placenta, quantité excessive de liquide amniotique ou croissance fœtale limitée).
- <sup>40</sup> Carolyn Crowley, « Comblant une lacune dans les soins post-partum » dans *Infirmière canadienne* (novembre 2014). <http://bit.ly/2q856ww>
- <sup>41</sup> Alberta Health Services, « Roles: Pregnancy, Labour and Delivery, and Post-Pregnancy Care Team » dans *Information for Patients & Families* (s.d.). <http://bit.ly/2kTHw6E>
- <sup>42</sup> Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada, « Les infirmières et infirmiers praticiens dans les collectivités rurales et éloignées » dans *CNPI Information Series* (s.d.). <http://bit.ly/2oNPFZh>
- <sup>43</sup> Les femmes et la réforme de la santé (2007)
- <sup>44</sup> Association canadienne des sages-femmes, *Qu'est-ce qu'une sage-femme?* (s.d.). <http://bit.ly/2p5Gtln>
- <sup>45</sup> Association canadienne des sages-femmes, *Sages-femmes au Canada - Provinces/Territoires* (s.d.). <http://bit.ly/2p5LkTJ>
- <sup>46</sup> National Aboriginal Council of Midwives (NACM), « Rooted in Our Past, Looking to Our Future » dans *Situational Analysis* (janvier 2017). <http://bit.ly/2pH56Dp>
- <sup>47</sup> *Ibidem*
- <sup>48</sup> Amber D. Skye, « Aboriginal Midwifery: A Model for Change » dans *Journal de la santé autochtone*, vol. 6, n° 1 (janvier 2010), p. 28-37. <http://bit.ly/1w7hhEX>
- <sup>49</sup> *Ibidem*
- <sup>50</sup> *Ibidem*
- <sup>51</sup> NACM
- <sup>52</sup> Alberta Health Services
- <sup>53</sup> Le Réseau canadien pour la santé des femmes, *Les accompagnantes à la naissance*. (Dernière mise à jour en décembre 2012) <http://bit.ly/2q7Xkmi>
- <sup>54</sup> Alberta Health Services
- <sup>55</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2004)
- <sup>56</sup> Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Soins de maternité en région rurale » dans *Déclaration de principe commune de la SOGC* (octobre 2012). <http://bit.ly/2aqQfio>
- <sup>57</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2004)
- <sup>58</sup> Institut canadien d'information sur la santé, « Naissances à l'hôpital au Canada : un regard sur les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées » dans *Types de soins* (2013). <http://bit.ly/2oKVMN7>
- <sup>59</sup> Agence de la santé publique du Canada
- <sup>60</sup> *Ibidem*
- <sup>61</sup> Canadian Broadcasting Corporation, *Ottawa to Pay for Travel Companion for Indigenous Women Giving Birth Away from Reserve* (9 avril 2017). <http://bit.ly/2nxQF7c>
- <sup>62</sup> Selon l'Association canadienne des sages-femmes : « Les naissances assistées par sage-femme désignent les naissances durant lesquelles une sage-femme a agi comme fournisseur de soins de santé primaire pour au moins la majeure partie de la grossesse et de l'accouchement. »
- <sup>63</sup> Conseil canadien pour les réfugiés, « 100 ans d'immigration au Canada 1900 - 1999 » dans *Chronologie axée sur les réfugiés et la discrimination* (mai 2000). <http://bit.ly/2oNhzna>
- <sup>64</sup> Alicia Adserà et Ana Ferrer, « The Fertility of Married Immigrant Women to Canada » dans *International Migration Review*, vol. 50, n° 2 (été 2016). doi:10.1111/imre.12114
- <sup>65</sup> Sidney Goldstein et Alice Goldstein, « The Impact of Migration on Fertility: An 'Own Children' Analysis for Thailand » dans *Population Studies*, vol. 35, n° 2 (juillet 1981). doi:10.2307/2174939
- <sup>66</sup> Caroline H. Bledsoe, « Reproduction at the Margins: Migration and Legitimacy in the New Europe » dans *Demographic Research*, vol. 3, n° 4 (17 avril 2004). doi:10.4054/DemRes.2004.S3.4
- <sup>67</sup> Goldstein et Goldstein
- <sup>68</sup> Immigrants arrivés au Canada depuis 5 ans ou moins.
- <sup>69</sup> Milan, Laflamme et Wong
- <sup>70</sup> Gina M.A. Higginbottom, et autres, « Immigrant Women's Experiences of Maternity-Care Services in Canada: A Systematic Review Using a Narrative Synthesis » dans *Systematic Reviews*, vol. 1, n° 27 (11 avril 2012). doi:10.1186/2046-4053-1-27
- <sup>71</sup> *Ibidem*
- <sup>72</sup> Adapté de « [La maternité aujourd'hui : la réalité particulière des femmes handicapées physiquement](#) » par Lesley A. Tarasoff (Institut Vanier de la famille, 2015).

---

Le contenu de cet article a été révisé par Marilyn Trenholme Counsell, OC, MA, MD, médecin de famille à la retraite, ancienne lieutenant-gouverneure (Nouveau-Brunswick), ex-ministre de la Famille (N.-B.) et sénatrice (N.-B.).





The Vanier Institute of the Family  
94 Centrepointe Drive  
Ottawa, Ontario K2G 6B1  
Canada

Tel.: 613-228-8500  
info@vanierinstitute.ca  
www.vanierinstitute.ca

L'Institut Vanier de la famille  
94, promenade Centrepointe  
Ottawa (Ontario) K2G 6B1  
Canada

Tél. : 613-228-8500  
info@institutvanier.ca  
www.institutvanier.ca