



Compétences en soins infirmiers auprès
des familles en devenir pour accéder à
la pratique dans le cadre de programmes
de formation infirmière de premier cycle

CASN
ACESI 



Canadian Association
of Schools of Nursing
Association canadienne des
écoles de sciences infirmières

© Canadian Association of Schools of Nursing, 2017

ISBN édition papier : 978-0-921847-62-5

ISBN édition électronique : 978-0-921847-63-2

Table des Matières

Remerciements	1
Objectif	2
Contexte	3
Méthodes d'élaboration des compétences	6
Cadre de compétences	7
Compétences en soins infirmiers auprès des familles en devenir pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle	8
Glossaire des termes	13
Références	14

Remerciements

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration des *Compétences en soins infirmiers auprès des familles en devenir pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle* pour leur expertise, leur temps et leur contribution. Nous tenons particulièrement à remercier le groupe de travail, composé d'expertes spécialisées dans les soins infirmiers auprès des familles en devenir, pour son élaboration des compétences essentielles, ainsi que les différentes intervenantes partout au Canada qui ont offert leurs commentaires et leur expertise, que ce soit en personne lors du forum des intervenantes ou en ligne au moyen du sondage de validation.

Groupe d'études

Karen MacKinnon (Coprésidente), RN, PhD	Associate Professor, School of Nursing, University of Victoria
Faith Wight Moffatt (Coprésidente), RN, PhD	Assistant Professor, School of Nursing, Faculty of Health & Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine, Dalhousie University
Cynthia Baker, inf. aut., Ph.D.	Directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Melanie Basso, RN, MSN, PNC(C)	Senior Practice Leader – Perinatal, BC Women's Hospital and Health Centre
Jodie Bigalky, RN, BScN, MN, PNC(C)	Clinical Associate, College of Nursing, University of Saskatchewan
Patricia Gregory, RN, PhD	Acting Chair, Department of Nursing, School of Health Sciences and Community Services, Red River College
Lisa Keenan-Lindsay, RN, MN, PNC(C)	Professor of Nursing, Seneca College
Cynthia Mannion, RN, PhD	Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Calgary
Norma Sherret, RN, MN	Department Head, Health Human & Family Programs, College of The Rockies
Kim Sears, RN, PhD	Associate Professor, Associate Director, Healthcare Quality Programs, Queen's University
Sonia Semenic, RN, PhD	Associate Professor, School of Nursing Nurse Scientist, McGill University Health Center, McGill University
Jessica Webster, RN, MN, PNC(C)	Senior Instructor, Faculty of Nursing, University of New Brunswick
Lela Zimmer, RN, PhD	Associate Professor, School of Nursing, University of Northern British Columbia

Note: Les titres de postes et les titres de compétences (diplômes et grades universitaires) ne sont pas traduits ; ils sont publiés dans leur langue originale, tels qu'ils ont été soumis. *Compétences en soins infirmiers auprès des familles en devenir pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle.*

Objectif

Les *Compétences en soins infirmiers auprès des familles en devenir pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle* représentent les compétences essentielles liées aux soins infirmiers auprès des familles en devenir que toutes les étudiantes de premier cycle en sciences infirmières au Canada devraient acquérir au cours de leurs études. L'objectif de ces compétences est d'offrir de l'orientation aux infirmières enseignantes dans les programmes de formation en sciences infirmières et d'encadrer le développement des programmes d'études. Les compétences et leurs indicateurs définissent l'ensemble des connaissances, des habiletés et des attitudes que toutes les infirmières nouvellement diplômées devraient posséder pour prodiguer des soins aux membres de cette population, quel que ce soit le domaine de spécialité dans lequel elles décideront de pratiquer. Ils assurent également que les diplômées choisissant de travailler dans le domaine de la périnatalité ou dans un domaine connexe possèdent les bases nécessaires. Les compétences ne sont pas conçues pour remplacer les lignes directrices d'accès à la pratique provinciales et territoriales, mais plutôt pour offrir des lignes directrices nationales consensuelles sur l'étendue et la profondeur des connaissances attendues de toutes les infirmières autorisées débutantes quant aux soins infirmiers auprès des familles en devenir au Canada.

L'ACESI s'est engagée à élaborer des politiques et des énoncés inclusifs qui visent à décourager toute discrimination et attitude cisnormative. Ainsi, l'un des objectifs directeurs de l'élaboration de ce cadre de compétences est d'assurer qu'il favorise l'ouverture, l'inclusion et le respect de tous, y compris les personnes transgenres, non binaires, intersexuées et tous les membres de communautés marginalisées .

Contexte

Les données de recherche indiquent que les infirmières autorisées sont essentielles pour assurer la prestation continue de soins sécuritaires aux parents et aux familles en devenir (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2012). L'AWHONN précise que le rôle de l'infirmière autorisée dans la prestation de ces soins comprend l'analyse, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan de soins personnalisé pour chaque parent ou famille en devenir d'après ses besoins et ses volontés uniques, ainsi que l'adoption de pratiques exemplaires visant à promouvoir la santé et la sécurité du parent en devenir et du bébé (AWHONN, 2011).

D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (2012), en 2010, un total de 15 010 infirmières autorisées au Canada travaillaient directement dans le domaine des soins maternels et néonataux et prodiguaient des soins durant la période de conception, à toutes les étapes de la grossesse, lors du travail, pendant l'accouchement et au cours de la période postnatale. Les infirmières autorisées offrent ces soins dans différents milieux, notamment dans les établissements de soins primaires, dans les organismes communautaires, à domicile et à l'hôpital (Buchan, 2013). Les responsabilités des infirmières autorisées comprennent également les rencontres des familles en devenir dans divers contextes qui ne sont pas particuliers aux soins maternels et néonataux, mais où elles doivent posséder des compétences de base dans les soins auprès des familles en devenir afin de répondre à leurs besoins.

Les diplômées des programmes de formation infirmière de premier cycle doivent détenir des compétences de base pour assurer la prestation de soins infirmiers durant toute la procréation, ce qui comprend les soins favorisant la santé au cours de la période précédant la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la période de récupération, et inclut de veiller à la santé de la famille et d'assurer l'adaptation pendant la période postnatale. En collaborant avec les familles en devenir, les infirmières autorisées ont la possibilité d'améliorer la santé du parent en devenir, du bébé et de la famille.

Au cours de la période prénatale, les infirmières autorisées sont tenues d'informer, d'éduquer et de soutenir les familles en devenir dans la prise de décisions importantes avec des répercussions sur les périodes prénatales et postnatales (Jack et coll., 2012). Les initiatives en matière de soins prénataux, de soins communautaires et de promotion de la santé sont des contributions infirmières importantes qui assurent la santé générale de la famille en devenir (Felton, 2013).

Les infirmières prennent soin du parent et de la famille en devenir pendant le travail et l'accouchement, offrent un milieu sûr et favorable à la naissance, détectent les premiers signes de complications prénatales et répondent aux besoins psychologiques de la famille qui peuvent survenir au cours de l'accouchement (MacKinnon, 2011).

Les soins auprès de la famille en devenir lors de la période postnatale débutent après la naissance et comprennent les soins du parent en devenir, du nouveau-né et de la famille pendant les trois premiers mois après l'accouchement (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Les responsabilités des infirmières autorisées au cours de cette période peuvent inclure l'aide apportée pour les soins et l'alimentation des nourrissons, les soins aux nouveau-nés nécessitant des soins intensifs néonataux, les visites à domicile, les soins de suivi en milieu clinique et les services de soutien à la famille liés aux ajustements psychologiques, physiologiques et familiaux nécessaires au cours de la période postnatale.

La majorité des rencontres entre les infirmières, les parents et les familles en devenir se déroulent dans le cadre de leurs soins génésiques. Cependant, des soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à d'autres situations d'enfantement peuvent être fournis dans des milieux différents de ceux qui sont habituellement identifiés comme des milieux périnataux. De plus, les infirmières peuvent prodiguer des soins aux personnes qui sont enceintes, qui accouchent ou qui ont accouché récemment, mais dont le principal besoin en matière de soins infirmiers concerne un autre problème de santé, par exemple des soins d'urgence, des soins chirurgicaux ou postopératoires, ou des soins de santé mentale. Dans ces situations, les infirmières doivent aussi comprendre, prévoir et répondre aux besoins en soins de santé associés à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale uniquement.

Les facteurs qui influencent les besoins en soins de santé du parent et de la famille en devenir sont complexes. L'approche à privilégier doit être collaborative, interprofessionnelle et tenir compte des caractéristiques du contexte social particulier. Au Canada, ce contexte a considérablement changé. Bien que le taux de natalité général soit en constante diminution, la population canadienne est en croissance et l'accouchement demeure la raison la plus fréquente d'hospitalisation au pays (L'Institut Vanier de la famille, 2017). En outre, l'accouchement représente la première expérience avec des infirmières et le système de soins de santé pour la plupart des jeunes familles (MacKinnon et MacNeil, 2013).

De nombreux Canadiens choisissent d'avoir des enfants plus tard dans leur vie. Le taux de fécondité des parents en devenir âgés de 35 à 39 ans a augmenté chaque année entre 2000 et 2013, et le nombre de parents en devenir âgés de 40 ans ou plus qui vivent leur première naissance vivante est en croissance (L'Institut Vanier de la famille, 2017). Le fait de concevoir à un âge plus avancé comporte des risques plus importants pour la santé du parent en devenir et du bébé, et les infirmières doivent être conscientes de ces risques et en tenir compte. Cependant, les personnes qui font ce choix ont tendance à être plus instruites, à avoir un revenu supérieur et à demander rapidement des soins prénataux, tous des facteurs associés à de meilleurs résultats pour la santé (MacKinnon, 2013).

Les infirmières qui prodiguent des soins à des parents et des familles en devenir au Canada doivent aussi prendre en compte certains facteurs socioculturels plutôt particuliers. Au Canada, il existe une grande diversité dans la culture et l'ethnie des familles en devenir, ce qui peut rendre certaines attentes liées à la grossesse difficiles à comprendre pour les infirmières. Cette diversité englobe les croyances et les valeurs liées aux besoins nutritionnels, au rôle des membres de la famille élargie, aux notions de bien-être, à la maladie, à l'hygiène de vie et à la grossesse même (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Les infirmières doivent être en mesure de prodiguer à tous les parents et familles en devenir des soins axés sur le patient, respectueux de sa culture et adaptés à celle-ci.

De nombreux autochtones au Canada revendiquent la procréation comme une pratique culturelle importante pour les familles et les communautés; cependant, plusieurs communautés autochtones se heurtent à d'importants obstacles sociaux qui nuisent à la santé et à l'accès aux soins de santé (Denison, Varcoe et Browne, 2014). Des recherches indiquent qu'un nombre croissant de femmes autochtones vivent dans la pauvreté, font des enfants en jeune âge et ont un accès plus limité aux soins périnataux, et que tous ces éléments sont liés à un taux de mortalité infantile élevé et à de moins bons résultats périnataux (Buchan et Perry, 2016). La Commission de vérité et réconciliation du

Canada (2015) a particulièrement demandé aux établissements d'enseignement en sciences infirmières du Canada de préparer les étudiantes au moyen d'une « formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme » (p. 3). Lorsqu'elles accèdent à la pratique, les nouvelles diplômées des programmes de formation infirmière de premier cycle doivent être capables de comprendre et de satisfaire les besoins des parents et familles en devenir autochtones.

En résumé, les diplômées des programmes de formation infirmière de premier cycle au Canada doivent posséder les connaissances, les attitudes et les habiletés leur permettant de collaborer avec d'autres professionnels afin de fournir aux parents et familles en devenir des soins de base adaptés aux cultures tout au long de la procréation

MÉTHODES D'ÉLABORATION DES COMPÉTENCES

La méthode d'élaboration des compétences correspond à une méthode Delphi modifiée qui comprend un processus itératif en plusieurs étapes. Cette méthode incorpore des commentaires des intervenantes dans la recherche du consensus au sein d'un groupe d'experts. Une analyse environnementale des ressources, des normes et des compétences existantes liées aux soins auprès des familles en devenir a servi de point de départ pour l'élaboration de la première ébauche des *Compétences en soins infirmiers auprès des familles en devenir pour accéder à la pratique dans le cadre de programmes de formation infirmière de premier cycle*. Un groupe de travail composé d'expertes dans le domaine de la santé des familles en devenir provenant de toutes les régions du Canada a été créé pour orienter l'élaboration des compétences. L'ébauche de ces dernières a été révisée à plusieurs reprises par le groupe de travail jusqu'à ce qu'un premier consensus soit atteint.

Un forum des intervenantes a eu lieu en octobre 2016 afin d'examiner cette première ébauche consensuelle, et 30 intervenantes des domaines de la formation, de la pratique et des politiques en sciences infirmières de l'ensemble du Canada y ont assisté. Le format participatif de type « café mondial » a permis l'expression des différents points de vue dans la salle lors de l'examen approfondi de chaque compétence et indicateur. Le groupe de travail a par la suite recueilli, analysé et utilisé ces commentaires lors d'une téléconférence, dans le but de réviser les compétences jusqu'à ce qu'un deuxième consensus soit atteint.

L'étape finale du processus d'élaboration des compétences était de faire parvenir un sondage de validation en ligne afin d'obtenir les commentaires finaux des intervenantes. Un total de 78 intervenantes ont répondu au sondage, qui demandait d'indiquer si elles considéraient le niveau d'importance de chaque énoncé de compétence et de chaque indicateur comme étant « essentiel », « important », « assez important », « pas important » ou d'indiquer si elles ne savaient pas. Les répondantes avaient également la possibilité de formuler des commentaires au sujet de chaque énoncé de compétence et de chaque indicateur. L'analyse de ces données a montré qu'un grand nombre de répondantes étaient d'accord avec le cadre. Un seul indicateur n'a pas atteint le résultat total de 75 % pour les réponses « essentiel » et « important » réunies, ainsi il a été retiré. Tous les autres énoncés de compétence et indicateurs ont atteint un total de plus de 85 % pour les réponses « essentiel » et « important » réunies. Le groupe de travail a examiné les commentaires formulés par les répondantes, quelques modifications mineures ont été apportées au document d'après ces commentaires, puis un consensus final a été atteint par le groupe de travail.

Cadre de compétences

Les compétences sont des savoir-agir complexes résultant de l'intégration et de la mobilisation de ressources internes (connaissances, habiletés, attitudes) et de ressources externes, et de leur application à des situations particulières (Tardif, 2006). Quatre compétences essentielles en soins infirmiers auprès des familles en devenir pour accéder à la pratique ont été identifiées.

Les indicateurs pour chaque énoncé de compétence sont les manifestations observables et mesurables des apprentissages critiques essentiels au développement de la compétence (Tardif, 2006).

Les compétences sont présentées en ordre chronologique, de manière à couvrir tout le continuum des soins de santé offerts aux familles en devenir, qui est défini dans le présent document comme la période qui commence à l'étape précédant la conception et se poursuit jusqu'à environ trois mois après l'accouchement. Les compétences nécessaires à chaque étape sont des énoncés généraux, et les indicateurs accompagnant chaque compétence précisent les connaissances, les habiletés et les attitudes observables que l'étudiante doit acquérir pour développer cette compétence.

Les termes utilisés dans les énoncés de compétences et les indicateurs sont définis dans le glossaire.

Compétences en soins infirmiers
auprès des familles en devenir pour
accéder à la pratique dans le cadre
de programmes de formation
infirmière de premier cycle

Compétence 1

Favoriser et améliorer la santé du parent en devenir, du bébé et de la famille en devenir au cours de la procréation.

Indicateurs

- 1.1 Peut décrire les répercussions des déterminants sociaux de la santé ainsi que des tendances et des difficultés en matière de santé sur la santé du parent et de la famille en devenir.
- 1.2 Sait décrire les questions éthiques liées à la procréation et réfléchit sur les conséquences associées aux soins des familles en devenir.
- 1.3 Collabore avec le parent et la famille en devenir en vue d'identifier les forces, de mobiliser des ressources pour favoriser la santé et de réagir aux difficultés rencontrées au cours de la grossesse, de l'accouchement et des périodes postnatale et néonatale.
- 1.4 Favorise une pratique relationnelle et des approches axées sur le client dans les interactions avec le parent et la famille en devenir pour favoriser la santé et faciliter l'apprentissage au cours de la procréation.
- 1.5 Prodigue des soins infirmiers adaptés et sécuritaires sur le plan culturel aux familles en devenir autochtones et diverses, concernant les changements liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale.
- 1.6 Démonstre une connaissance des différentes formes d'identité de genre, ce qui comprend les familles LGBTAB.
- 1.7 Collabore avec l'équipe de soins interprofessionnelle pour l'analyse, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins avec le parent et la famille en devenir.
- 1.8 Évalue la façon dont le parent et la famille en devenir réagissent aux soins et adapte ces derniers en conséquence.
- 1.9 Collabore avec le parent et la famille en devenir pour promouvoir la santé sexuelle et améliorer la santé et les soins de santé.
- 1.10 Démonstre une connaissance et une compréhension du deuil et du sentiment de perte tout au long du processus périnatal.
- 1.11 Identifie les principes de l'approche des soins sensibles aux traumatismes axée sur la famille pour le parent ou la famille en devenir.
- 1.12 Décrit les conséquences possibles des traumatismes et de la violence sur les réactions et les besoins du parent et de la famille en devenir.

Compétence 2

Prodiguer des soins sécuritaires et appropriés à la famille en devenir pendant la période précédant la conception et tout au long de la grossesse.

Indicateurs

- 2.1 Démontre une connaissance et une compréhension de la construction sociale de la fertilité et de l'infertilité, et de son effet sur le parent et la famille en devenir.
- 2.2 Décrit les options de planification familiale et accepte les choix du parent en devenir.
- 2.3 Favorise la santé durant la période précédant la conception et pendant la grossesse.
- 2.4 Adopte une approche holistique pour l'évaluation des réactions du parent et de la famille en devenir envers la grossesse et la procréation.
- 2.5 Identifie les possibles facteurs de risque et signaux d'avertissement durant la grossesse.
- 2.6 Prodigue des soins infirmiers éclairés par des données probantes concernant les problèmes de santé périnataux fréquents durant la grossesse.
- 2.7 Encourage l'accès aux ressources nécessaires à la santé durant la grossesse (p. ex., les aliments nutritifs, un logement convenable et les suppléments d'acide folique).

Indicateurs

- 3.1 Participe à l'évaluation complète du parent en devenir et du fœtus/bébé aux différentes étapes du travail et de l'accouchement.
- 3.2 Participe à l'évaluation et à la satisfaction des besoins en matière d'apprentissage et de soutien du parent et de la famille en devenir, notamment en ce qui concerne la progression du travail, les stratégies d'adaptation et les diverses procédures (p. ex., le déclenchement artificiel du travail ou l'accouchement par césarienne).
- 3.3 Collabore avec l'équipe de soins en vue de prodiguer des soins au parent et à la famille en devenir pendant l'accouchement.
- 3.4 Collabore avec l'équipe de soins pour détecter et répondre aux complications qui surviennent ou qui pourraient survenir lors de l'accouchement.
- 3.5 Encourage la réceptivité et l'interaction entre le parent ou la famille et le nouveau-né.
- 3.6 Prodigue des soins infirmiers qui démontrent une compréhension des processus physiologiques et psychologiques qui se produisent lors de l'accouchement ainsi que des difficultés fréquentes lors de l'accouchement.

Indicateurs

- 4.1 Réalise un examen physique et psychosocial du parent en devenir après l'accouchement pendant la période postnatale.
- 4.2 Réalise un examen physique du bébé en santé né à terme, reconnaît les anomalies et y répond.
- 4.3 Prodiges des soins infirmiers au parent et à la famille en devenir pendant la période postnatale qui démontrent une compréhension des processus physiologiques, des processus psychologiques et des complications possibles.
- 4.4 Favorise la santé de la famille en devenir durant la période d'adaptation postnatale (p. ex., renforce la confiance lors des premières expériences parentales).
- 4.5 Facilite l'apprentissage et renforce la confiance des parents concernant les soins du bébé.
- 4.6 Fournit du soutien éclairé par des données probantes concernant l'alimentation du nourrisson qui respecte la décision de la famille au sujet de l'allaitement naturel et des autres options.

Glossaire des termes

Term	Définition
Cisnormativité	La supposition que l'identité sexuelle de toute personne se conforme ou « correspond » au sexe qui leur a été assigné à la naissance et que cette situation est en fait la « norme ». Ce terme est utilisé pour décrire les stéréotypes, les attitudes négatives et les préjugés à l'égard des personnes transgenres qui sont plus répandus ou systémiques au sein de la société et de ses organisations et institutions (Commission ontarienne des droits de la personne, 2014).
Famille en devenir	Un ensemble de personnes en interaction que le parent en devenir reconnaît et considère comme importantes.
LGBTAB	L'acronyme signifie lesbienne, gai, bisexuel, transsexuel, allosexuel, bispirituel. Bien que les différentes identités du groupe LGBT soient souvent regroupées (le sexisme étant une source d'oppression qu'elles ont en commun), chacune de ces identités a des préoccupations et des besoins particuliers (Communauté nationale d'apprentissage sur l'itinérance des jeunes).
Parent en devenir	Une personne qui essaie de concevoir un enfant, qui est enceinte ou qui donne naissance à un enfant.
Pratique relationnelle	Il s'agit d'un processus orienté par la participation consciente des patients et qui utilise diverses compétences relationnelles comme l'écoute, le questionnement, l'empathie, l'entraide, la réciprocité, l'auto-observation, la réflexion et la sensibilité aux situations chargées d'émotions. La pratique relationnelle comprend les relations thérapeutiques entre les infirmières et les patients ainsi que les relations entre les différents professionnels de la santé (Doane et Varcoe, 2007).
Soins sensibles au traumatisme	Il s'agit de soins qui nécessitent une bonne compréhension des réactions de stress post-traumatique et des réactions fréquentes à la suite d'un traumatisme. Les professionnels de la santé doivent comprendre la façon dont les traumatismes peuvent influencer la perception d'un traitement, la participation à un traitement et les résultats des services de santé comportementale (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Références

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2011). Nursing Support of Laboring Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40, 665–666. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01288.x>
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2012). *Standards for Perinatal Nursing Practice and Certification in Canada (2^e éd.)*. Repéré à http://www.capwhn.ca/uploads/documents/Perinatal_Standards_Canada.pdf
- Buchan, J. (2013). Community Care. Dans S. E. Perry et al. (dir.), *Maternal Child Nursing Care in Canada (2^e éd., p. 28–41)*. Milton, ON : Elsevier.
- Buchan, J., et Perry, S. (2016). Community Care. Dans S. E. Perry et al. (dir.), *Maternal Child Nursing Care in Canada (2^e éd., p. 27–37)*. Milton, ON : Elsevier.
- Center for Substance Abuse Treatment: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2014). Understanding the Impact of Trauma. Dans *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, N° 57*. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
- Communauté nationale d'apprentissage sur l'itinérance des jeunes. (s. d.). LGBTQ2S Terms and Definitions. Repéré à <http://lgbtq2stoolkit.learningcommunity.ca/wp/wp-content/uploads/2014/12/LGBTQ2S-Definitions.pdf>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. Repéré à http://nctr.ca/assets/reports/Calls_to_Action_English2.pdf
- Commission ontarienne des droits de la personne. (2014). Policy on preventing discrimination because of gender identity and gender expression. Repéré à <http://www.ohrc.on.ca/ur/book/export/html/11191>
- Denison, J., Varcoe, C., et Browne, A. J. (2014). Aboriginal women's experiences of accessing health care when state apprehension of children is being threatened. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1105–1116. <https://doi.org/10.1111/jan.12271>
- Doane, G. H., et Varcoe, C. (2007). Relational practice and nursing obligations. *Advances in Nursing Science*, 30(3), 192–205. <https://doi.org/10.1097/01.ans.0000286619.31398.fc>
- Felton, M. (2013). Community Care: The Family and Culture. Dans K. Alden, D. Lowermilk, M. Cashion, et S. Perry (dir.), *Maternity and Women's Health Care- E-Book (10^e éd., p. 18–40)*. Milton, ON : Elsevier Mosby.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Regulated Nurses: Canadian Trends, 2006-2010*. Ottawa, ON: Auteur. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNursesCanadianTrends2006-2010_EN.pdf

- Institut Vanier de la famille. (2017). In Context: Understanding Maternity Care in Canada. *In Context series*. Repéré à <http://vanierinstitute.ca/context-understanding-maternity-care-canada/>
- Jack, S., Busser, D., Sheehan, D., Gonzalez, A., Zwygers, E., et MacMillan, H. (2012). Adaptation and implementation of the nurse-family partnership in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), 42–48. Repéré à <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2972>
- MacKinnon, K. (2011). Rural nurses' safeguarding work: Re-embodiment of patient safety. *Advances in Nursing Science*, 34(2), 119–129. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3182186b86>
- MacKinnon, K. (2013). Contemporary Perinatal Nursing in Canada. Dans S. Perry et al. (dir.), *Maternal Child Nursing Care in Canada* (1^{er} éd., p. 2–15). Milton, ON : Elsevier.
- MacKinnon, K., et MacNeil, E. (2013). The Family and Culture. Dans Perry et al. (dir.), *Maternal Child Nursing Care in Canada* (1^{er} éd., p. 16–27). Milton, ON : Elsevier.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, QC : Chenelière Education.
- Watts, N. (2016). Pregnancy Risk factors and Assessment. Dans S. E. Perry et al. (dir.), *Maternal Child Nursing Care in Canada* (2^e éd., p. 294). Milton, ON : Elsevier.
- World Health Organization. (2013). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

CASN

ACESI

