Naissances à l'hôpital au Canada : un regard sur les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées

Types de soins

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé iii

Remerciements v

Sommaire vii

Au sujet du présent rapport x

Introduction 1

Remarques importantes au sujet du rapport 5

Accès aux services de maternité hospitaliers 7

Quel est le temps de déplacement entre le domicile et l'hôpital où a lieu l'accouchement? ... 10

Les femmes des régions rurales accouchent-elles dans les hôpitaux en milieu urbain ou rural? 14

Quelle est la fréquence des transferts d'un hôpital à un autre dans les cas d'accouchements en région rurale? 14

Caractéristiques des femmes qui accouchent à l'hôpital 15

Quelles sont les différences entre les femmes des régions urbaines et rurales sur les plans de l'âge, de la parité, des risques et du statut socioéconomique? 15

Type d'accouchement 22

Dispensateurs 25

Quelles sont les différences sur le plan des dispensateurs de soins intra-partum pour les femmes des régions urbaines et rurales? 25

Résultats pour la mère et le nourrisson 32

Comment les résultats des femmes des régions urbaines et rurales se comparent-ils? 32

Comment les résultats pour les femmes des régions rurales varient-ils d'une région sanitaire à l'autre au Canada? 38

Les résultats pour les femmes des régions rurales varient-ils en fonction du temps de déplacement vers le lieu de l'accouchement? 47

Les résultats pour les femmes des régions rurales varient-ils selon qu'elles accouchent dans un hôpital en milieu rural ou urbain? 49

Conclusion 50

Annexe : Rapports de cotes et intervalles de confiance relatifs aux résultats pour la mère et le nouveau-né 51

Références 53

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les organismes et les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport.

En particulier, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux membres du groupe d'experts, qui nous ont donné de précieux conseils tout au long du processus :

- **Mme Rosalie Case**, directrice générale, Services et soutien hospitaliers en milieu rural et en banlieue, soins communautaires et en milieu rural, soins primaires et prise en charge des maladies chroniques, Services de santé de l'Alberta
- **Dre Joan Crane**, spécialiste en médecine maternelle et fœtale, Autorité sanitaire régionale Eastern; professeure d'obstétrique et de gynécologie, Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador
- **Dr Stefan Grzybowski**, professeur, Département de médecine familiale et codirecteur, Centre for Rural Health Research, Université de la Colombie-Britannique
- **Mme Maureen Heaman**, professeure, Faculté des sciences infirmières et professeure agrégée, Département d'obstétrique, de gynécologie et de sciences génésiques, Faculté de médecine, Université du Manitoba; titulaire d'une chaire de recherche sur le genre, le sexe et la santé des Instituts de recherche en santé du Canada
- **Dr Brian Postl**, doyen, Faculté de médecine, Université du Manitoba
- **Mme Carla Skauge**, coordonnatrice, Programme de santé des femmes du Nord, Territoires du Nord-Ouest et ouest du Nunavut, Autorité sanitaire Stanton Territorial
- **Dr Alan Thomson**, médecin-conseil

En outre, nous tenons à remercier les membres du groupe consultatif sur les régions peu peuplées pour leurs conseils :

- **Mr Fraser Bell**, vice-président, Planification, Qualité et Gestion de l'information, Autorité sanitaire Northern, Colombie-Britannique
- **Mme Helga Bryant**, présidente-directrice générale, Office régional de la santé du Nord, Manitoba
- **Dr Randall Fransoo**, chercheur, Manitoba Centre for Health Policy, et professeur adjoint, Faculté des sciences la santé communautaire, Université du Manitoba
- **Mme Cecile Hunt**, présidente-directrice générale, Région sanitaire Prince Albert Parkland, Saskatchewan
- **Mme Kay Lewis**, présidente-directrice générale, Autorité sanitaire Stanton Territorial, Territoires du Nord-Ouest
- **Dr W. Alexander Macdonald**, chef de cabinet, ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut
- **Dre Martha MacLeod**, professeure, Sciences infirmières et santé communautaire, et présidente, École des sciences infirmières, Université de Northern British Columbia

- **Mme Shelly Pusch**, première vice-présidente, Zone North, Services de santé de l'Alberta
- **Mme Heather Toporowski**, vice-présidente, Soins communautaires et soins primaires en milieu rural et Gestion des maladies chroniques, Services de santé de l'Alberta
- **Mme Beth Vachon**, présidente-directrice générale, Région sanitaire Cypress, Saskatchewan
- **Mme Sherri Wright**, sous-ministre adjointe, Services de santé, ministère de la Santé et des Affaires sociales, Yukon

L'équipe de projet responsable à l'ICIS de l'élaboration du rapport comprend

- **Marilee Allerdings**, gestionnaire
- **Xi-Kuan (Sean) Chen**, chef de section
- **Denise Cullen**, spécialiste des classifications
- **Walter Feeney**, chef de section
- **Sam Herold**, analyste principal
- **Maria Hewitt**, chef de projets spéciaux
- **Jin Huang**, analyste principale
- **Louise Lalonde**, gestionnaire
- **Anne McFarlane**, vice-présidente
- **Tony Mottershead**, chef de projets spéciaux
- **Joanne Sefton**, conseillère
- **Adam Sherk**, analyste principal
- **Brandon Wagar**, méthodologiste

Sommaire

La prestation de services aux femmes enceintes vivant dans les régions rurales et éloignées du Canada peut constituer un défi pour les planificateurs du système de santé. Dans les collectivités qui affichent peu de naissances, il peut être difficile d'assurer tous les soins complexes dont ont besoin les mères et leurs nouveau-nés. Les femmes enceintes de ces collectivités doivent souvent parcourir de grandes distances en vue de l'accouchement, surtout si elles présentent des facteurs de risque qui laissent croire que l'intervention d'un spécialiste sera nécessaire. Le présent rapport porte sur l'expérience de l'accouchement et les résultats à la naissance pour les femmes vivant dans les régions rurales et éloignées de l'ensemble du Canada, sur une période de cinq ans. Il vise à aider les décideurs du système de santé à planifier les services aux femmes et aux nouveau-nés dans leur région sanitaire, province ou territoire.

De 2007-2008 à 2011-2012, on a dénombré 242 550 naissances à l'hôpital chez les femmes des régions rurales du Canada (excluant le Québec), ce qui représente 18 % de toutes les naissances à l'hôpital. Cependant, dans de nombreuses régions sanitaires, en particulier celles du Grand Nord, la majorité des femmes ayant accouché vivaient dans des régions rurales et éloignées. Les constatations suivantes reposent sur la mise en correspondance des dossiers d'hospitalisation des mères et des nouveau-nés vivants pour la période de cinq ans de 2007-2008 à 2011-2012 (à l'exclusion du Québec).

L'expérience de l'accouchement

L'expérience intra-partum des femmes vivant en région rurale différait beaucoup de celle des femmes des régions urbaines : les premières étaient plus susceptibles de devoir effectuer un long trajet en vue de l'accouchement, de subir un transfert entre hôpitaux et d'être assistées par un médecin de famille plutôt que par un obstétricien-gynécologue lors de l'accouchement. La majorité (67 %) des femmes des régions rurales ont donné naissance dans des hôpitaux en milieu urbain, et pour 17 % d'entre elles, le temps de déplacement en vue de l'accouchement dépassait les deux heures.

Caractéristiques de la mère

Les femmes vivant en région rurale présentaient certaines caractéristiques qui augmentent les risques de résultats à la naissance défavorables pour la mère et le nourrisson. Entre autres, elles étaient plus susceptibles de vivre dans des quartiers défavorisés sur le plan socioéconomique, et le taux de naissances chez les adolescentes était relativement élevé. Cependant, à l'échelle pancanadienne, le profil de risque des femmes des régions rurales et urbaines était semblable quant à la prévalence de l'hypertension et du diabète gestationnels ou préexistants.

Type d'accouchement

Les femmes des régions rurales étaient moins susceptibles que celles des régions urbaines de subir une césarienne (25,6 % contre 28,6 %) ou un accouchement vaginal assisté (8,6 % contre 10,6 %), et plus susceptibles d'accoucher par voie vaginale de façon spontanée (65,8 % contre 60,8 %).

Dispensateurs

Les femmes des régions rurales étaient plus susceptibles que les femmes des régions urbaines d'accoucher en présence d'un médecin de famille (44,8 % contre 26,0 %) et moins susceptibles d'être assistées par un obstétricien-gynécologue (57,7 % contre 79,1 %) ou une sage-femme (4,0 % contre 5,7 %)[i]. Chez les femmes ayant subi une césarienne, celles vivant en région rurale étaient moins susceptibles d'accoucher en présence d'un obstétricien-gynécologue (75,8 % contre 97,7 %).

Résultats pour la mère et le nourrisson

Après des analyses pour tenir compte des caractéristiques sociodémographiques, de la comorbidité et des aspects de l'accouchement, l'étude est arrivée aux conclusions suivantes :

- Bien que relativement rare au Canada, la morbidité maternelle grave était sensiblement plus courante chez les femmes vivant en région rurale que chez les femmes vivant en région urbaine (2,4 % contre 1,7 %; rapport de cotes [RC] de 1,4; intervalle de confiance [IC] à 95 % de 1,3 à 1,4). De même, les réadmissions imprévues à l'hôpital étaient rares autant chez les femmes vivant en région rurale que celles vivant en région urbaine (1,4 % contre 1,2 %; RC 1,2; IC 95 % 1,1 à 1,2);
- les nouveau-nés de mères vivant en région rurale étaient plus susceptibles d'être grands pour l'âge gestationnel (12,5 % contre 9,4 %; RC 1,4; IC 95 % 1,4 à 1,4) et moins susceptibles d'être petits pour l'âge gestationnel (8,2 % contre 10,3 %; RC 0,7; IC 95 % 0,7 à 0,7) ou de naître avant terme (7,6 % contre 8,1 %; RC 0,9; IC 95 % 0,9 à 1,0).

Les régions sanitaires rurales présentaient d'importantes variations au chapitre des résultats liés à l'accouchement et à la naissance, certaines régions affichant des résultats nettement supérieurs, et d'autres, nettement inférieurs. Peu de tendances régionales évidentes se sont dégagées.

Un temps de déplacement de plus de deux heures en vue de l'accouchement chez les femmes des régions rurales était associé à des taux accrus de naissances prématurées et de nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel. Ce résultat pourrait témoigner de l'orientation réussie des femmes des régions rurales et éloignées présentant une grossesse à risque vers des soins spécialisés dispensés loin de chez elles. En revanche, cela pourrait indiquer que les longs trajets avant d'accoucher présentent un risque durant la grossesse. Les données disponibles dans le cadre du présent rapport ne permettent pas de confirmer l'une ou l'autre de ces explications.

Chez les femmes des régions rurales ayant accouché dans un hôpital en milieu urbain, le taux de naissances prématurées était nettement plus élevé que chez celles ayant accouché dans des hôpitaux situés en région rurale (9,7 % contre 3,1 %). Cet écart pourrait être attribuable à un dépistage efficace des risques élevés de naissance prématurée. Les données ne permettent toutefois pas d'expliquer les différences observées.

---

i. La somme de certains pourcentages rapportés dans cette section dépasse 100 %, puisque plus d'un type de dispensateur peut prendre part à un même accouchement.

Conclusions

À l'échelle pancanadienne, des différences légères mais significatives ont été observées entre les femmes des régions rurales et urbaines quant aux résultats à la naissance recueillis de 2007-2008 à 2011-2012. Certains résultats étaient meilleurs pour les femmes et les nouveau-nés des régions urbaines et d'autres résultats étaient meilleurs pour les femmes et les nouveau-nés des régions rurales. Durant cette période, l'expérience d'accouchement des femmes des régions rurales s'est avérée assez différente de celle des femmes des régions urbaines. Elles étaient entre autres plus susceptibles de devoir parcourir un long trajet pour accoucher et de recevoir des soins intra-partum d'un médecin de famille plutôt que d'un obstétricien. Les résultats pour les mères des régions rurales et leurs nourrissons variaient considérablement d'une région sanitaire canadienne à l'autre. Les données administratives utilisées dans le rapport ne permettent pas d'expliquer complètement cette variation. Les planificateurs du système de santé peuvent utiliser les conclusions du rapport pour explorer les résultats plus en détail, en tenant compte des différences régionales dans les systèmes de soins.

Au sujet du présent rapport

Le rapport fait suite à la publication d'une série de rapports spéciaux préparés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur la santé des mères et des nourrissons au Canada ainsi que les soins qu'ils reçoivent. Les soins offerts lors de l'accouchement au Canada sont abordés dans les rapports suivants de l'ICIS :

- *Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant* (2011)
- *Points saillants sur certains indicateurs de 2010-2011 relatifs à l'accouchement au Canada* (2012)
- *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada* (2011)
- *Points saillants sur certains indicateurs de 2008-2009 relatifs à l'accouchement au Canada* (2010)
- *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada* (2009)

  Ce rapport présente des analyses des taux de naissances prématurées et de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel à l'échelle nationale et fournit de l'information sur les principaux facteurs de santé et de risque qui y sont associés.
- *Donner naissance au Canada : tendances régionales de 2001-2002 à 2005-2006* (2007)
- *Donner naissance au Canada : les coûts* (2006)

  Ce rapport explore les coûts associés à la prestation de soins à la mère et au nourrisson au Canada et présente des comparaisons provinciales, nationales et internationales lorsque les données le permettent.
- *Donner naissance au Canada : les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant* (2004)

  Ce rapport explore les tendances en matière de naissances et de soins à la mère et au nourrisson, en plus de présenter l'évolution de la pratique des dispensateurs de soins.
- *Donner naissance au Canada : un profil régional* (2004)

  Ce rapport présente une sélection d'indicateurs de soins de santé et d'état de santé relatifs aux mères et aux nourrissons au Canada. Ces indicateurs englobent les nouvelles données présentées à l'échelle régionale pour les régions comptant 75 000 habitants ou plus, ainsi qu'à l'échelle provinciale.

Tous ces rapports peuvent être téléchargés sur le site www.icis.ca.

Chacun de ces rapports présente une compilation factuelle des recherches récentes, des tendances historiques ainsi que des dernières données et constatations. Ils visent à aider les dispensateurs de soins et les décideurs à planifier les services offerts à la mère et au nourrisson. Ils s'inscrivent dans le processus continu de production de rapports de l'ICIS et s'ajoutent aux initiatives de partenaires comme le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP).

Le SCSP fait partie de l'initiative de l'Agence de la santé publique du Canada visant à renforcer la capacité de surveillance nationale en matière de santé. Il a pour but d'exercer un suivi et de rendre compte des déterminants et des résultats en matière de santé périnatale au moyen d'un cycle continu de collecte et d'acquisition de données, d'analyses d'experts, d'interprétation et de communication des résultats.

En 2008, le SCSP a publié le *Rapport sur la santé périnatale au Canada — édition 2008*, qui rend compte de 29 indicateurs associés aux déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile et aux résultats connexes[5]. Les statistiques relatives à chaque indicateur comprennent principalement des tendances temporelles à l'échelle nationale et des comparaisons provinciales et territoriales pour la dernière année où des données sont disponibles. Le rapport *Indicateurs de la santé périnatale au Canada — 2011* a été produit par le SCSP[6] pour mettre à jour les données sur les principaux indicateurs de la santé périnatale décrits dans l'édition 2008 et offrir de l'information récente sur les déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile et les résultats connexes. Le rapport peut être obtenu sur demande, en écrivant à cpss-scsp@phac-aspc.gc.ca.

Introduction

Le Canada se caractérise par son vaste territoire et sa faible densité de population. Bordé à l'est par l'océan Atlantique, à l'ouest par l'océan Pacifique et au nord par l'océan Arctique, il est le deuxième pays au monde en superficie. La population canadienne, autrefois concentrée en milieu rural, s'est aujourd'hui urbanisée. En 2011, seulement 18 % des quelque 35 millions de Canadiens vivaient dans les régions rurales et éloignées (voir l'encadré 1), souvent peu peuplées et défavorisées sur le plan de l'accès aux services de santé.

Bien que la population ait diminué en région rurale, le taux de natalité chez les femmes des régions rurales est élevé comparativement aux régions urbaines[7]. L'accès à des dispensateurs de soins de maternité et aux services connexes est devenu plus difficile pour de nombreuses femmes depuis la fermeture d'hôpitaux en milieu rural et la régionalisation de ce type de services[8-11]. Les planificateurs du système de santé des provinces et territoires du Canada doivent relever les défis que pose la prestation de ces services vitaux aux femmes des régions rurales.

Le présent rapport propose un profil des accouchements en milieu hospitalier au Canada en soulignant les différences vécues par les femmes des régions rurales et éloignées. Le concept de « région rurale » tient compte de la taille, de la densité et de la répartition de la population, de la distance par rapport aux zones urbaines et des relations avec celles-ci (par exemple les habitudes de déplacement; voir l'encadré 1).

Encadré 1 : La population rurale au Canada

Dans le présent rapport, une région urbaine se définit comme une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) comptant au moins 10 000 habitants. Les régions rurales et les petites villes de moins de 10 000 habitants* (ne faisant partie d'aucune RMR ni AR) sont considérées comme rurales.

Selon les données du Recensement de 2011, 23 123 441 personnes, soit 69 % de la population, vivaient dans les 33 RMR du Canada, tandis que 4 311 524 personnes (13 %) vivaient dans une AR et 6 041 723 personnes (18 %), à l'extérieur des RMR et des AR.

La proportion de la population qui habite dans les régions rurales connaît un déclin constant depuis 160 ans. Elle a chuté sous les 50 % entre 1921 et 1931, lorsque l'économie canadienne, jusqu'alors axée sur l'agriculture, a connu une grande transition vers le secteur industriel.

En 2011, la proportion de la population vivant en région rurale était semblable ou inférieure à la moyenne nationale dans seulement quatre provinces : le Québec (19,4 %), l'Ontario (14,1 %), l'Alberta (16,9 %) et la Colombie-Britannique (13,8 %). C'est dans les provinces de l'Atlantique et dans les territoires que la population rurale était la plus élevée.

Remarque

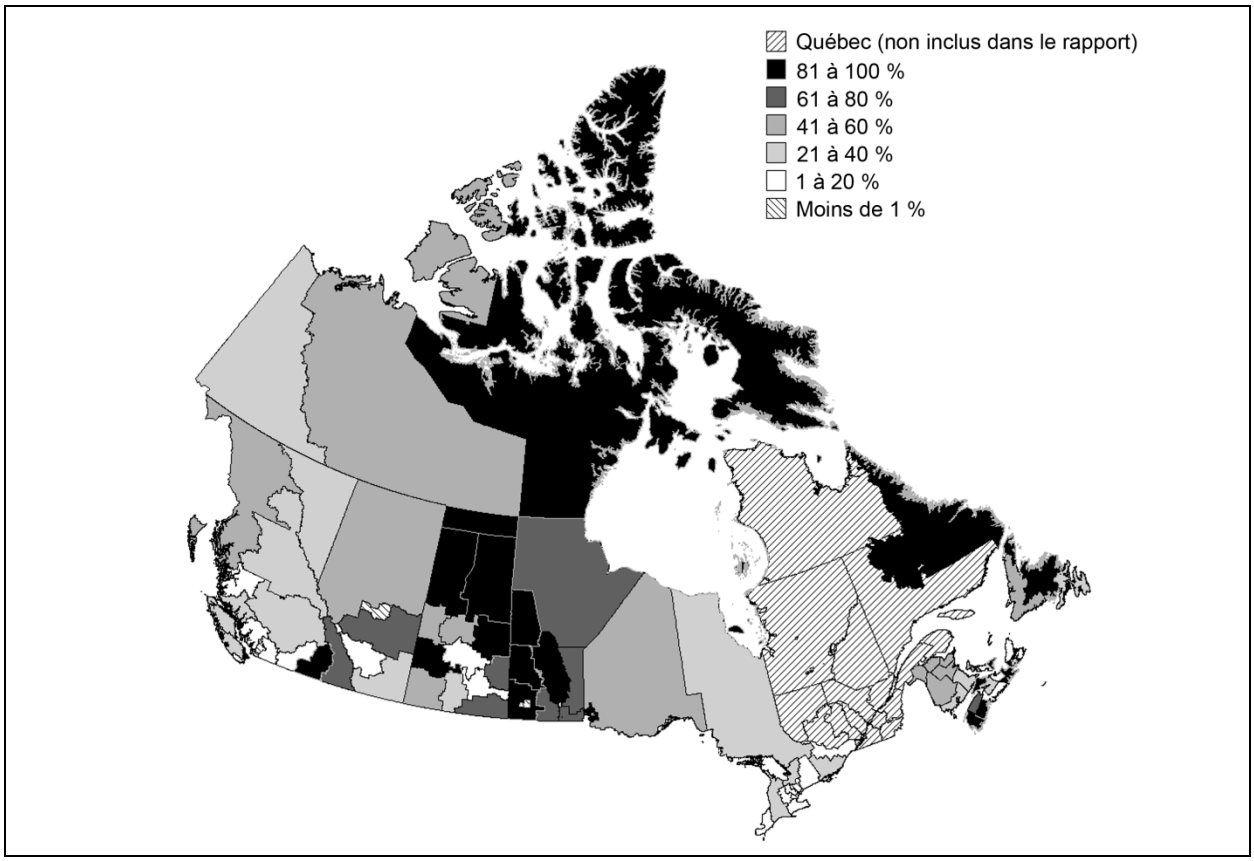
* Les RMR et les AR sont des territoires formés d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres qui sont situées autour d'un noyau. Une RMR doit avoir une population totale d'au moins 100 000 habitants et son noyau doit compter au moins 50 000 habitants. Quant à l'AR, son noyau doit compter au moins 10 000 habitants (http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo009-fra.cfm, consulté le 26 novembre 2012).

Source

Recensements de la population, 1851 à 2011, Statistique Canada.

Comme l'illustre la carte de la figure 1, dans la plupart des régions sanitaires canadiennes[ii] (58 des 85 régions incluses dans la présente analyse), plus de 20 % des naissances à l'hôpital survenues durant la période d'étude étaient enregistrées chez les femmes vivant en région rurale. Les 28 régions sanitaires qui présentaient une proportion élevée de naissances à l'hôpital chez les femmes des régions rurales (plus de 60 %) étaient principalement situées au centre et au nord du Canada. La carte montre également une variation marquée entre les territoires quant à la proportion de femmes vivant en région rurale parmi les femmes ayant accouché à l'hôpital. Au Yukon, cette proportion était relativement faible (21 %). Les 79 % restants correspondaient aux femmes vivant à Whitehorse, seul centre urbain du Yukon. Au contraire, dans les Territoires du Nord-Ouest, 55 % des naissances à l'hôpital étaient enregistrées chez les femmes des régions rurales. Le Nunavut ne comptant aucune région urbaine, toutes les femmes y ayant accouché vivaient en région rurale. Dans les provinces, le pourcentage de naissances à l'hôpital enregistré chez les femmes des régions rurales variait entre 10 % en Ontario et 46 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

Figure 1 : Accouchements chez les femmes des régions rurales en pourcentage du nombre total d'accouchements, par région sanitaire, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

ii. Les unités géographiques utilisées dans toutes les analyses du rapport sont la province et la région sanitaire de résidence de la patiente. Les régions sanitaires sont des régions administratives établies par les ministères provinciaux de la Santé. Pour englober l'ensemble du Canada, on considère également chaque territoire comme une région sanitaire.

La première section du rapport décrit l'expérience, sur le plan de l'accès aux services hospitaliers, des femmes des régions rurales et urbaines ayant accouché à l'hôpital d'un nouveau-né vivant. On explore par la suite les différences observées entre les profils de risque sociodémographique et de risque pour la santé chez les mères des régions rurales et urbaines. Les deux sections suivantes visent à caractériser les types d'accouchement et les cliniciens qui dispensent des soins pendant le travail et l'accouchement. La dernière section présente une comparaison des résultats chez les mères des régions urbaines et rurales et leurs nourrissons, ainsi que les variations observées d'une région sanitaire à l'autre parmi les femmes des régions rurales.

Le rapport vise à dresser un portrait pancanadien des naissances en région rurale, ainsi qu'à produire de l'information dont les gestionnaires et planificateurs locaux du secteur de la santé pourront se servir pour améliorer les soins et les résultats pour la santé. Le rapport souligne les particularités de l'expérience d'accouchement des femmes des régions rurales, ainsi que les variations régionales importantes de certains résultats pour la mère et le nourrisson. Il vise à favoriser et à orienter les efforts déployés à l'échelle locale pour déceler la source des variations observées. Bien que les données administratives ayant servi à tirer les conclusions contenues dans le rapport jouent un rôle essentiel en matière de surveillance, elles ne permettent généralement pas de cerner lesquels des nombreux facteurs complexes sur le plan social, environnemental, clinique et des soins de santé contribuent à la variation des résultats pour la santé à l'échelle locale. Quatre portraits hypothétiques sont également présentés au fil du rapport afin d'illustrer certains des défis qui se posent aux planificateurs, aux dispensateurs et aux femmes qui donnent naissance dans les régions rurales.

Portrait 1 : Perspective d'une planificatrice des soins de maternité en région rurale

Pam est la directrice générale responsable de la planification et de la prestation des soins de courte durée dans une région rurale de l'ouest du Canada. Ayant déjà travaillé comme infirmière en unité de maternité et infirmière gestionnaire dans des hôpitaux en région rurale, elle comprend les défis associés à la prestation de services de maternité dans une grande région peu peuplée. Elle sait que, en région rurale, les services sont souvent assurés par quelques acteurs clés et que la prestation de soins peut être compromise si l'un d'eux part sans être remplacé.

Il y a quelques années, Pam a été détachée au ministère de la Santé pour diriger un examen des stratégies visant à appuyer les services de maternité dans les régions rurales et assurer les services de relève et de transfert nécessaires. Son équipe a étudié un certain nombre de questions :

- Une rémunération supplémentaire prévue dans des ententes négociées avec les médecins permettrait-elle d'attirer les médecins et de les maintenir en poste?
- Une formation supplémentaire offerte aux membres de l'équipe soignante (infirmières, médecins et sages-femmes) lui permettrait-elle d'acquérir ou de maintenir les compétences et l'assurance nécessaires pour dispenser des soins de façon sécuritaire?
- Quelles stratégies pourraient adopter les facultés de médecine ainsi que les programmes de pratique sage-femme et de sciences infirmières pour attirer les nouveaux professionnels dans les collectivités rurales et assurer leur maintien en poste?
- Quelles modifications faudrait-il apporter aux lois ou aux règlements pour maintenir le champ d'activité nécessaire?
- Quelles autres mesures sont nécessaires pour favoriser la prestation de soins conjoints et assurer des horaires de garde raisonnables?

Depuis son retour dans la région, Pam collabore avec le directeur médical afin de maintenir les services de maternité dans les deux hôpitaux de l'endroit. Ils ont analysé les lieux d'accouchement des femmes de la région, ainsi que la qualité des services offerts dans les hôpitaux locaux. Ils ont lancé des initiatives visant à favoriser la qualité des soins, y compris la participation au programme AMPRO[OB]. L'appui du programme périnatal provincial a permis de réaliser d'autres projets, dont la mise en œuvre de nouveaux protocoles d'orientation et de transfert vers des services spécialisés. Les hôpitaux de la région et la collectivité ont également accueilli des résidents en médecine familiale dans l'espoir que leur expérience leur donne envie de vivre et de travailler dans la région.

L'un des médecins de famille pratiquant des césariennes dans la région a récemment annoncé qu'il prenait sa retraite. Pam et le directeur médical craignent de ne pas réussir à le remplacer. Ils ont une candidate en vue, mais ils savent que de nombreuses régions se font concurrence pour obtenir ses services. En outre, ils savent que cette candidate cherche à établir un bon équilibre entre son travail et sa vie personnelle et ne veut pas être de garde aussi souvent que le médecin qui prend sa retraite. Une sage-femme a également manifesté un intérêt à s'installer dans la collectivité. Pam et le directeur médical réfléchissent au type de modèle de prestation de soins en collaboration qui pourrait être mis en place dans leur collectivité pour favoriser le maintien des services de maternité dans les hôpitaux locaux.

Remarques importantes au sujet du rapport

Données

Les données sur tous les indicateurs de services hospitaliers sont tirées de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour 2007-2008 à 2011-2012. Cette base de données comprend des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les événements concernant les patients hospitalisés dans des hôpitaux canadiens de soins de courte durée. L'ensemble des provinces et des territoires soumettent leurs données à la BDCP, sauf le Québec, qui les soumet à la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soumet un fichier de données à l'ICIS à la fin de l'année. Ce fichier ne contenant pas de codes postaux, plusieurs variables importantes dans le cadre du présent rapport n'ont pas pu être calculées pour les résidentes du Québec. C'est pourquoi nous ne présentons pas ici d'information concernant le Québec.

Les provinces et les territoires qui soumettent des données à la BDCP utilisent la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada* (CIM-10-CA) et la *Classification canadienne des interventions en santé* (CCI).

Les données du rapport sont présentées en fonction du lieu de résidence des femmes, qui peut différer du lieu d'hospitalisation.

Plusieurs régions sanitaires ne comptent qu'un petit nombre d'accouchements par année. Afin de maximiser la déclaration des résultats à l'échelle régionale, les données sont cumulées sur cinq ans.

Le rapport ne porte que sur les accouchements à l'hôpital, puisque la vaste majorité des naissances vivantes (98,5 %) au Canada ont lieu à l'hôpital[12]. Parmi l'ensemble des provinces et des territoires, le Nunavut (6,4 %) et les Territoires du Nord-Ouest (3,7 %) affichent le plus haut taux de naissances hors hôpital.

Les enregistrements de la BDCP ne contiennent aucune information permettant d'établir l'identité autochtone des patientes.

Analyses

Les analyses statistiques sur les accouchements et les naissances à l'hôpital ainsi que les modèles de régression logistique ont été fondés sur une population de nouveau-nés vivants dont le dossier pouvait être lié à celui de leur mère. La définition de la population est expliquée plus en détail dans les *Notes techniques* accessibles en ligne au www.icis.ca.

Tous les taux sont bruts, sauf indication contraire.

Le terme « accouchement » renvoie à un événement hospitalier unique correspondant à une ou plusieurs naissances. Par exemple, le cas d'une mère donnant naissance à des jumeaux compte pour un seul accouchement.

Le terme « naissance » renvoie à une naissance unique à l'hôpital. Par exemple, le cas d'une mère accouchant de jumeaux compte pour deux naissances.

Les renseignements géographiques sur les accouchements et les naissances ont été tirés du dossier de l'accouchement de la mère.

L'application MapQuest a servi à calculer la durée du trajet en voiture, en minutes, entre la résidence de la mère et l'hôpital où elle a accouché. On a classé dans la catégorie des trajets de 121 minutes ou plus les accouchements pour lesquels la durée du trajet en voiture n'a pas pu être déterminée, mais dont la distance à vol d'oiseau (formule de Vincenty) était supérieure à la plus grande distance mesurée dans la catégorie des trajets de 60 à 120 minutes. La formule de Vincenty permet de calculer la distance à vol d'oiseau en tenant compte des coordonnées de latitude et de longitude sur la surface terrestre.

Les résultats pour la mère ont été déterminés en fonction des épisodes de soins. Un épisode de soins consiste en l'ensemble des hospitalisations successives en soins de courte durée. Pour constituer un épisode de soins, les transferts à l'intérieur des établissements et entre les établissements ont été liés.

Les résultats pour les nouveau-nés ont été déterminés à l'aide du dossier de naissance. Des épisodes de soins n'ont pas été constitués pour les nouveau-nés, car il est souvent impossible de coupler les dossiers des nouveau-nés au fil du temps.

La taille des nouveau-nés — petits pour l'âge gestationnel ou grands pour l'âge gestationnel — n'a été analysée que pour les naissances uniques et gémellaires.

Région sanitaire

L'analyse a porté sur 85 régions sanitaires (toutes celles du Canada, sauf celles du Québec). Les résumés régionaux fournis au fil du rapport englobent 75 de ces 85 régions sanitaires. Les 10 régions suivantes sont exclues des résumés parce que le nombre total d'accouchements ou le nombre d'accouchements chez les femmes des régions rurales y était trop faible :

- Fraser South, Colombie-Britannique;
- Richmond, Colombie-Britannique;
- Vancouver, Colombie-Britannique;
- Fraser North, Colombie-Britannique;
- Zone d'Edmonton, Alberta;
- Winnipeg, Manitoba;
- Brandon, Manitoba;
- Churchill, Manitoba;
- Mississauga Halton, Ontario;
- Centre-Toronto, Ontario.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les données et les méthodes utilisées dans le rapport, veuillez consulter le site www.icis.ca. Les résultats à l'échelle des provinces, des territoires et des régions sanitaires sont accessibles dans des tableaux complémentaires en ligne.

Accès aux services de maternité hospitaliers

L'expérience d'accouchement des femmes vivant dans les régions rurales et éloignées du Canada diffère souvent de celle des femmes des régions urbaines. En raison des fermetures d'hôpitaux et de la régionalisation des services de périnatalité, de nombreuses femmes vivant dans de petites collectivités en région éloignée n'ont plus l'option d'accoucher dans leur hôpital local. Par exemple, en 2000, 17 des 98 hôpitaux de soins de courte durée en Alberta n'offraient pas de services de soins obstétricaux non urgents[13]. En 2004, ce nombre était passé à 29[14]. Dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, 17 services de maternité ont fermé entre 2000 et 2007[15].

Des questions de coût, d'efficacité et de qualité des soins peuvent être soulevées lorsque la population d'une région diminue trop par rapport à l'infrastructure de santé en place. L'analyse de ces facteurs peut mener à la décision de fermer des établissements ou de régionaliser les services. Il peut être difficile de maintenir en poste les médecins et les autres professionnels de la santé dans les collectivités rurales après la fermeture d'un hôpital. En outre, lorsque les médecins exerçant en région rurale prennent leur retraite, certaines collectivités peinent à recruter de nouveaux médecins pour dispenser des soins intra-partum dans un milieu où ils auront peu de collègues pour partager ces tâches, lesquelles représentent beaucoup d'heures de travail et sont parfois imprévisibles et stressantes.

Les régions rurales et éloignées qui comptent peu d'habitants et de naissances ne peuvent habituellement pas soutenir des services de maternité avec assistance médicale. Les femmes enceintes qui vivent dans ces collectivités doivent donc se déplacer pour aller accoucher dans un établissement qui offre ce type de service. Pour ce faire, elles doivent parfois parcourir de grandes distances. Dans d'autres régions, les services locaux peuvent assurer la prise en charge des grossesses normales, mais dans les cas de grossesse à risque, les femmes sont orientées vers un hôpital offrant des services spécialisés comme les soins intensifs néonatals et les césariennes.

Certaines collectivités rurales ou éloignées ont pallié le manque de ressources en mettant sur pied des services de maternité novateurs axés sur la collaboration multidisciplinaire et la prise en charge partagée par des infirmières, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des médecins de famille spécialement formés et d'autres professionnels. Dans certaines collectivités qui n'ont pas accès à des soins obstétricaux non urgents à l'hôpital, les grossesses normales peuvent tout de même être prises en charge. Par exemple, des maisons de naissance ont été implantées dans certaines collectivités éloignées afin de permettre aux femmes d'accoucher près de chez elles[16, 17] (voir l'encadré 2).

Encadré 2 : Des maisons de naissance au service des collectivités éloignées[14]

Une maison de naissance est un établissement de santé qui offre des services pour le travail et l'accouchement, généralement dispensés par des sages-femmes. Au Canada, quatre maisons de naissance ont été mises sur pied afin d'offrir des services de maternité conformes aux pratiques traditionnelles autochtones en matière de santé et d'accouchement, en plus de soins médicaux modernes, selon les méthodes propres à la collectivité en question.

- Le Centre de santé Inuulitsivik, à Puvirnituq, au Québec, a été le premier à ouvrir ses portes, en 1986.
- Le Rankin Inlet Centre, au Nunavut, a ouvert en 1995.
- Le Tsi Non:we Ionnakeratstha* Ona:grahsta'† Six Nations Maternal and Child Centre a ouvert à Ohsweken, en Ontario, en 1996.
- Le Kitikmeot Birthing Centre de Cambridge Bay, au Nunavut, a ouvert en 2010.

L'ICIS ne reçoit pas de données de ces centres et les naissances qui y ont lieu ne sont pas incluses dans les analyses présentées dans le rapport.

Remarques

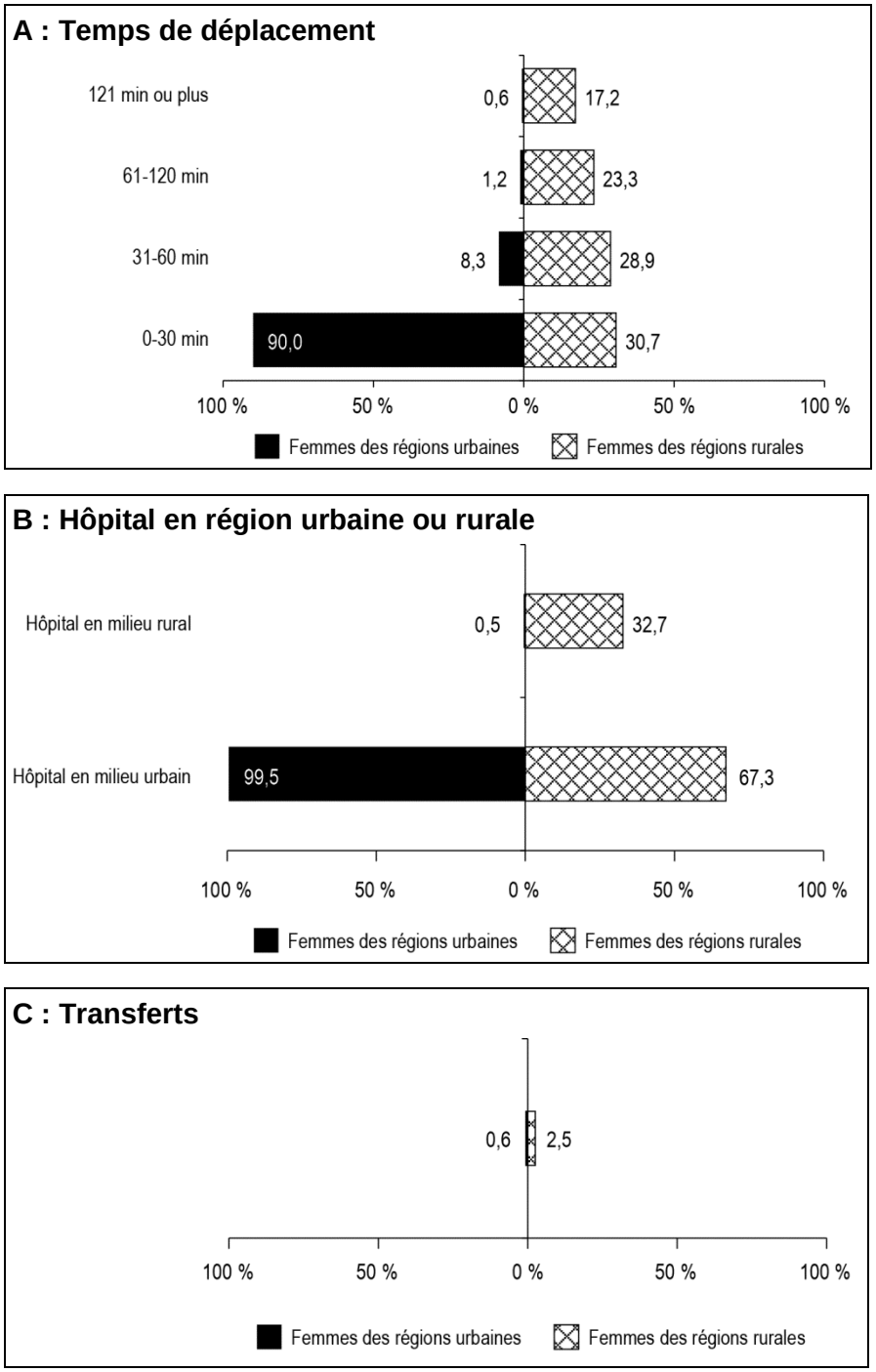
* « L'endroit où ils naîtront » en mohawk.

† « L'endroit où donner naissance » en cayuga.

Dans un récent exposé de principe conjoint, des associations et des organismes professionnels représentant les obstétriciens-gynécologues, les sages-femmes, les infirmières et les médecins de famille ont signalé l'accès réduit aux programmes de maternité dans les collectivités rurales et éloignées au Canada. Ils ont également recommandé la mise en place de politiques visant à assurer aux femmes des soins de maternité de qualité le plus près possible de chez elles[18].

Cette section du rapport présente le temps de déplacement estimé entre le domicile et l'hôpital où a eu lieu l'accouchement, pour les femmes des régions rurales et urbaines. On examine ensuite dans quelle proportion les femmes des régions rurales ou urbaines accouchent dans des hôpitaux situés en région rurale ou urbaine. La section se termine par une description de la fréquence des transferts à un autre hôpital chez les femmes des régions rurales et urbaines.

Figure 2 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales, selon temps de déplacement, l'emplacement de l'hôpital où a eu lieu l'accouchement et les transferts entre hôpitaux, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Quel est le temps de déplacement entre le domicile et l'hôpital où a lieu l'accouchement?

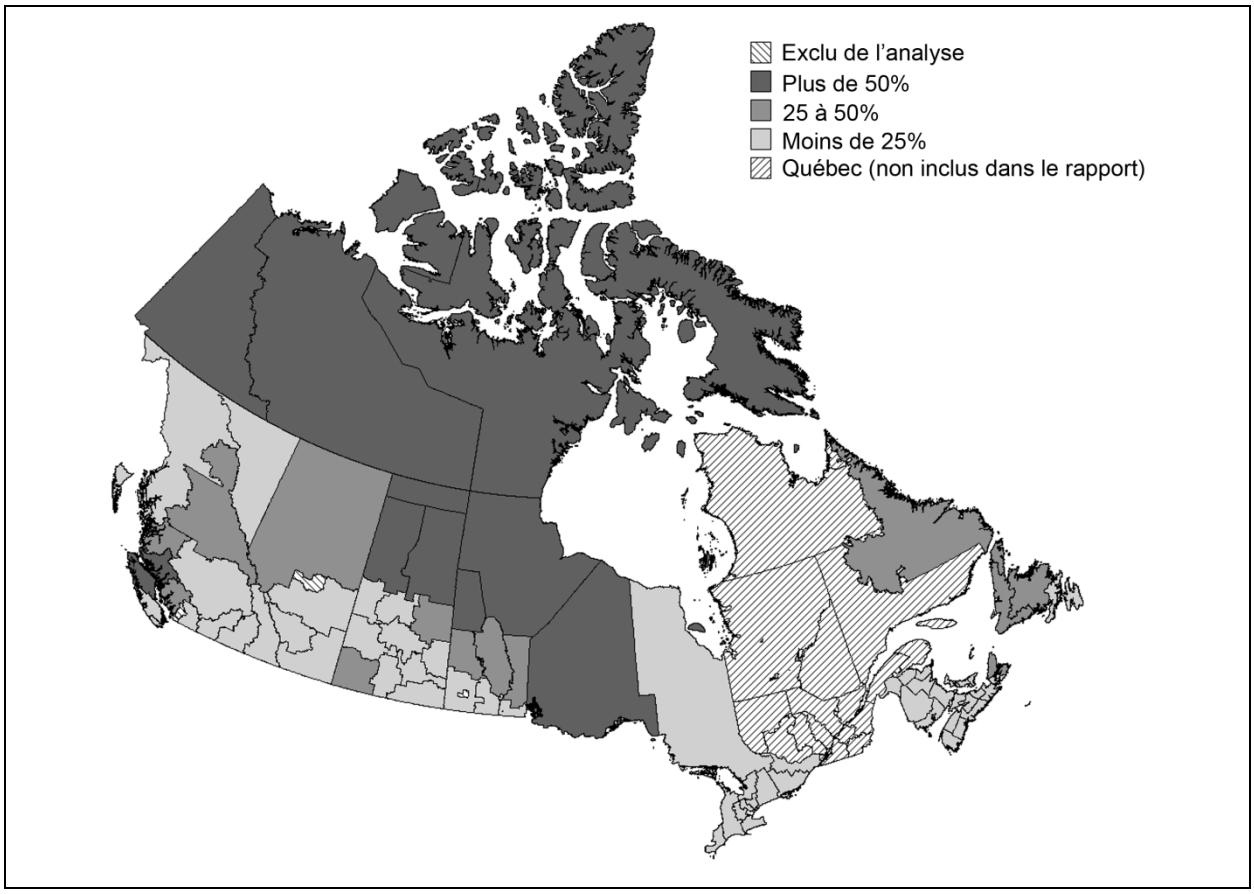
Parmi les 1 372 708[iii] patientes ayant accouché à l'hôpital entre 2007-2008 et 2011-2012, 17,6 % (soit 241 162) vivaient en région rurale. Comme l'indique la figure 2, les longs trajets étaient caractéristiques de l'expérience des femmes des régions rurales, 40,5 % de celles-ci ayant mis plus d'une heure pour se rendre à l'hôpital, comparativement à moins de 2 % des femmes des régions urbaines. Pour la vaste majorité (90,0 %) des femmes des régions urbaines, le trajet vers le lieu d'accouchement a pris au maximum 30 minutes. Les femmes dont le temps de déplacement était prolongé ont emprunté divers moyens de transport comme le bateau, l'avion, le train et la motoneige, en plus de la voiture et de l'autobus.

À l'échelle du pays, 17,2 % des femmes des régions rurales ont effectué un trajet de plus de deux heures pour accoucher. Ces longs trajets étaient les plus fréquents dans les territoires : presque toutes les femmes des régions rurales au Yukon (99,5 %) et la majorité des résidentes des régions rurales au Nunavut (84,1 %) et dans les Territoires du Nord-Ouest (61,9 %) ont vécu cette réalité. Dans les provinces, les longs trajets de plus de deux heures étaient les moins fréquents chez les femmes des régions rurales à l'Île-du-Prince-Édouard (2,0 %) et les plus fréquents chez les femmes des régions rurales au Manitoba (30,2 %).

La figure 3 illustre la proportion des femmes des régions rurales qui ont dû effectuer un trajet de plus de deux heures pour accoucher, au cours de la période d'étude de cinq ans, par région sanitaire. Dans 10 régions sanitaires, plus de la moitié des femmes ont pris plus de deux heures à se rendre à l'hôpital (voir la liste de ces régions à l'encadré 3). Dans environ les deux tiers des régions incluses dans l'analyse (53 sur 75), moins d'une femme des régions rurales sur quatre a dû effectuer un trajet de plus de deux heures avant d'accoucher.

iii. Des 1 374 127 accouchements inclus dans le présent rapport, 1 419 ont été exclus de l'analyse du temps de déplacement, car l'information nécessaire au calcul n'était pas indiquée (p. ex. le code postal).

Figure 3 : Pourcentage des femmes des régions rurales ayant dû effectuer un trajet de plus de deux heures, par région sanitaire, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Portrait 2 : Perspective d'une jeune mère qui doit accoucher loin de chez elle

Susie, 22 ans, vit dans une collectivité éloignée de l'ouest du Nunavut (région de Kitikmeot). Elle attend son troisième enfant. Elle habite avec ses parents et ses jeunes frères et sœurs, et la majorité des membres de sa famille élargie vit à proximité.

Pendant sa grossesse, Susie a reçu des soins prénatals au centre de santé communautaire local. Elle y a été suivie par une sage-femme du Kitikmeot Birthing Centre de Cambridge Bay, avec qui elle a établi une bonne relation. Elle est donc très déçue d'apprendre qu'elle ne pourra pas accoucher à la maison de naissance parce qu'elle fait de l'hypertension et que sa grossesse est considérée comme étant à risque. Elle doit donc s'envoler pour Yellowknife (à 900 km de chez elle) environ quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement. Ses frais de transport et d'hébergement sont couverts par le programme de déplacements aux fins médicales du Nunavut, mais puisqu'elle a plus de 18 ans, aucune allocation n'est prévue pour que quelqu'un l'accompagne à Yellowknife.

L'idée de vivre un accouchement seule la terrifie et elle aimerait que sa mère puisse l'accompagner. Or, sa mère doit prendre soin de sa grand-mère en perte d'autonomie. Sa sœur et sa cousine voudraient aussi être à ses côtés, mais elles doivent rester avec leurs propres enfants. En fin de compte, Susie confie ses deux enfants à sa cousine pendant qu'elle se rend seule à Yellowknife au mois de janvier. Pour prendre son vol, elle doit d'abord faire le trajet en motoneige jusqu'à la bande d'atterrissage.

Susie demeure au centre d'hébergement gouvernemental Larga Kitikmeot. Elle est soulagée d'apprendre qu'on y offre les services d'un interprète et d'un chauffeur pour la conduire aux rendez-vous. Elle s'inquiète toutefois des dépenses qui ne sont pas couvertes par le programme de déplacements aux fins médicales.

Le séjour loin de sa grande famille est très stressant — elle ne connaît personne à Yellowknife. Il est difficile de rester en contact avec sa famille et ses amis, mais grâce à Internet, elle peut communiquer avec eux par Skype et Facebook.

Au bout de trois semaines, le travail de Susie commence. Elle donne naissance à une petite fille. Son bébé souffre de jaunisse, ce qui signifie qu'elle doit demeurer à Yellowknife trois jours de plus. Le temps passé loin de ses autres enfants lui semble interminable.

Le petit ami, la famille et les amis de Susie viennent l'accueillir à son arrivée à la bande d'atterrissage. Elle est heureuse de revoir son compagnon, de présenter son bébé à tout le monde et de s'informer de ce qui s'est passé pendant son absence. Après tout ce temps, il lui faut un moment pour reprendre sa routine, mais heureusement, sa famille et ses amis l'aident beaucoup.

Encadré 3 : Régions où les longs trajets pour accoucher constituent la norme

Dans 10 régions sanitaires, la majorité des femmes des régions rurales ont dû effectuer un trajet de plus de deux heures avant d'accoucher (illustrées sur la carte de la figure 3). Ces femmes représentaient 42 % des 41 408 femmes dont le trajet dépassait les deux heures.

Tableau 1 : Régions sanitaires où la majorité des femmes ont dû effectuer un trajet de plus de deux heures pour accoucher

Région sanitaire	Pourcentage des femmes des régions rurales dont le trajet dépassait les deux heures
1. Yukon	99,5
2. Athabasca, Sask.	96,8
3. Burntwood, Man.	90,7
4. Keewatin Yatthé, Sask.	89,5
5. Nunavut	84,1
6. Mamawetan Churchill River, Sask.	63,8
7. North Vancouver Island, C.-B.	62,5
8. Territoires du Nord-Ouest	61,9
9. Nord-Ouest, Ont.	57,2
10. Nor-Man, Man.	51,1

Remarques
Les Offices régionaux de la santé de Burntwood et du Nor-Man ont fusionné en mai 2012.
Consultez les tableaux complémentaires pour obtenir des analyses provinciales, territoriales et régionales.
Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Une indemnité de déplacement pour soins médicaux payée par les provinces et les territoires est offerte aux résidentes admissibles qui ne sont pas couvertes par le régime de leur employeur ou d'autres programmes fédéraux (comme les Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits). Tous les programmes d'assurance déplacements comprennent le transport vers le professionnel de la santé ou l'établissement approprié le plus près pour y recevoir des services de santé. Le transport d'accompagnateurs non médicaux est couvert dans certaines circonstances. Les indemnités versées pour l'hébergement, le voyage de retour et les repas varient selon la province ou le territoire.

On compte relativement peu d'études pancanadiennes publiées qui permettent de comparer ces résultats. Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, on a demandé aux femmes quelle distance elles avaient dû parcourir pour accoucher. En 2006-2007, 23 % des femmes du Yukon et 40 % des femmes des Territoires du Nord-Ouest ont affirmé avoir dû parcourir plus de 100 km pour accoucher[19, iv]. Au Manitoba, entre 2007-2008 et

iv. L'enquête a exclu les femmes vivant dans les réserves des Premières Nations, dont bon nombre sont situées dans des régions géographiquement éloignées offrant un accès limité aux soins de maternité. Cette exclusion entraîne une sous-estimation de la proportion des femmes ayant dû voyager pour accoucher.

2008-2009, parmi les facteurs associés à de longs trajets (plus de 113,8 km) en vue de l'accouchement, on comptait le jeune âge de la mère (24 ans ou moins), la résidence dans un quartier à faible revenu, la monoparentalité et la multiparité[20].

Les femmes des régions rurales accouchent-elles dans les hôpitaux en milieu urbain ou rural?

Donner naissance dans sa propre collectivité présente de nombreux avantages d'ordre médical, psychologique, social et culturel. Cependant, la possibilité d'accoucher près de chez soi est déterminée en grande partie par la répartition géographique des établissements de naissance, les services offerts dans ces établissements et la disponibilité du personnel doté d'une formation en obstétrique au sein des collectivités. Cette section du rapport précise où les femmes des régions urbaines et rurales ont accouché, selon l'emplacement de l'hôpital en milieu urbain ou rural.

Au cours de la période d'étude, 438 hôpitaux de soins de courte durée au Canada ont déclaré au moins une naissance vivante. De ce nombre, 231 (soit 53 %) étaient situés en milieu rural. Des 75 régions sanitaires qui font l'objet d'un résumé, 18 (soit 1 sur 4) ne comptaient pas d'hôpital en milieu rural durant la période d'étude. Parmi les 10 régions sanitaires présentant la plus forte concentration de femmes des régions rurales dont le trajet en vue de l'accouchement dépassait les deux heures, seul le Yukon ne comptait aucun hôpital en milieu rural ayant déclaré au moins une naissance vivante.

Parmi les accouchements chez les femmes des régions rurales, environ les deux tiers (67,3 %) ont eu lieu dans des hôpitaux en milieu urbain (figure 2). Les autres accouchements, soit environ 15 870 par année, ont eu lieu dans des hôpitaux en milieu rural. Pour environ le cinquième (21,3 %) des femmes des régions rurales qui ont accouché dans un hôpital en milieu urbain, le trajet vers le lieu de l'accouchement a duré plus de deux heures. La grande majorité (83,5 %) des femmes des régions rurales ayant dû effectuer un trajet de plus de deux heures sont celles qui ont accouché dans un hôpital en milieu urbain.

Quelle est la fréquence des transferts d'un hôpital à un autre dans les cas d'accouchements en région rurale?

Les femmes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées offrant des services de prise en charge de grossesses normales peuvent choisir de donner naissance à l'hôpital local, avec la possibilité d'un transfert vers un niveau de soins plus élevé, au besoin. En cas de complication au cours de la grossesse ou du travail, ces femmes peuvent être transférées vers un autre hôpital pour accoucher. Dans d'autres cas, un transfert avant l'accouchement peut s'avérer nécessaire pour les femmes qui se présentent pour la première fois aux soins prénatals en raison d'un problème médical urgent et complexe.

On observe également des transferts après l'accouchement, qui ont lieu lorsqu'une femme vivant en milieu rural choisit de se rendre dans un hôpital en milieu urbain pour accoucher, puis est transférée vers l'hôpital de sa collectivité pour la période de convalescence après l'accouchement. Un transfert après l'accouchement peut également survenir lorsque, après une naissance dans un hôpital en milieu rural, la mère ou son bébé nécessitent des soins spécialisés offerts dans un autre hôpital.

Comme l'illustre la figure 2, les femmes des régions rurales étaient quatre fois plus susceptibles que les femmes des régions urbaines d'être transférées d'un hôpital à l'autre (2,5 % contre 0,6 %). Cependant, à l'échelle du Canada, les transferts entre hôpitaux ne sont pas courants; environ 1 236 femmes des régions rurales et 1 467 femmes des régions urbaines ont subi un transfert annuellement.

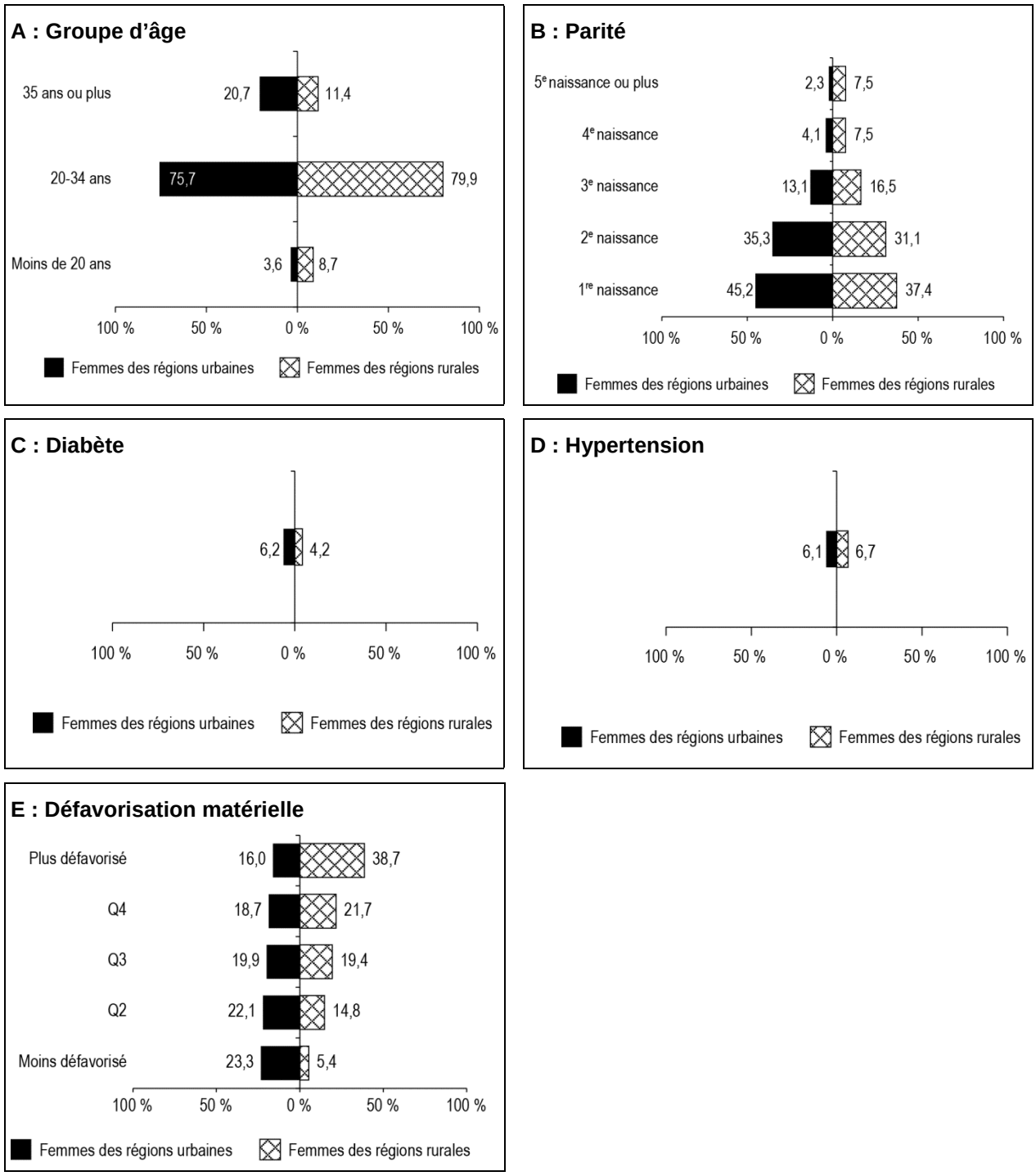
Caractéristiques des femmes qui accouchent à l'hôpital

Quelles sont les différences entre les femmes des régions urbaines et rurales sur les plans de l'âge, de la parité, des risques et du statut socioéconomique?

Certaines caractéristiques maternelles sont associées à des résultats moins favorables pour la mère et le nourrisson. Les grossesses précoces ou tardives présentent des risques bien documentés. Les problèmes de santé préexistants comme le diabète ou l'hypertension — ou l'apparition de telles affections en cours de grossesse — peuvent compliquer la grossesse et compromettre la santé de la mère et du nourrisson. Le statut socioéconomique du quartier de résidence de la mère (mesuré par le niveau de scolarité, d'emploi et de revenu) est également un déterminant des résultats périnatals. Dans le cadre de cette analyse, la notion de parité, que l'on définit comme le nombre de naissances vivantes antérieures pour une femme, a également été associée aux résultats pour la mère et le nourrisson. Cette section du rapport vise à déterminer si les femmes des régions rurales se distinguent des femmes des régions urbaines, en tant que groupe, en ce qui a trait aux dimensions mentionnées ci-dessus.

Les facteurs examinés dans le rapport ont été sélectionnés en fonction des liens avec les résultats pour la mère et le nourrisson rapportés dans les écrits, ainsi que de la disponibilité des données dans la BDCP. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive : en effet, d'autres facteurs comme le tabagisme et la nutrition sont également corrélés aux résultats pour la mère et le nourrisson. Toutefois, de tels facteurs n'ont pas été inclus dans les présentes analyses parce qu'ils ne figuraient pas dans les données disponibles.

Figure 4 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales, selon le groupe d'âge, la parité, la prévalence du diabète et de l'hypertension et la défavorisation matérielle, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Remarque
La déclaration de la parité n'est obligatoire qu'en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. En raison des différences dans la déclaration des données, aucun ajustement en fonction de la parité n'est effectué dans les analyses des résultats présentées plus loin.
Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Âge de la mère

L'accouchement à un âge précoce ou avancé présente des risques pour la mère et le nourrisson[5, 21]. Comparativement aux femmes adultes, les adolescentes présentent un risque accru d'accoucher de façon prématurée et de donner naissance à un nouveau-né de faible poids ou petit pour l'âge gestationnel[5]. Les facteurs qui contribuent à de tels résultats comprennent l'environnement social défavorisé, l'immaturité biologique, le manque de contacts sociaux, les soins prénatals inadéquats, la violence physique et les agressions sexuelles, la consommation de drogues et le tabagisme[5]. Le taux de naissances vivantes a diminué chez les femmes âgées de 15 à 19 ans[22].

Les grossesses tardives présentent également des risques. Par exemple, les femmes enceintes de 35 ans ou plus sont plus susceptibles que les femmes plus jeunes d'être atteintes d'hypertension avant la grossesse, de voir l'hypertension apparaître durant la grossesse et de souffrir de prééclampsie, une complication grave de la grossesse[23]. Elles sont également plus susceptibles de développer un diabète gestationnel, d'avoir un placenta prævia (complication où le placenta est trop bas dans l'utérus et risque de provoquer une obstruction du col), de connaître une grossesse multiple et d'accoucher par césarienne[5, 24-29]. Parmi les résultats défavorables pour les nourrissons associés à l'âge maternel avancé, citons les naissances prématurées et les bébés de faible poids à la naissance ou petits pour l'âge gestationnel[25, 27]. Bien que l'âge maternel avancé augmente le risque de donner naissance à un nourrisson présentant une aberration chromosomique, le recours généralisé au dépistage prénatal de ces aberrations et d'autres anomalies pourrait avoir entraîné une diminution des naissances vivantes de nourrissons présentant une anomalie congénitale[30]. Au Canada, des facteurs économiques et sociaux ont mené les femmes à repousser leur première grossesse, ce qui a modifié la répartition selon l'âge des femmes qui donnent naissance[21]. Le taux de naissances vivantes a ainsi augmenté chez les femmes de 35 ans ou plus[22].

La répartition des femmes donnant naissance au tout début et à la toute fin de la période de procréation différait beaucoup entre les régions urbaines et les régions rurales, où les accouchements à un jeune âge étaient plus fréquents. Comme l'illustre la figure 4, les naissances chez les adolescentes étaient plus de deux fois plus fréquentes chez les femmes des régions rurales qu'en milieu urbain (8,7 % contre 3,6 %). Au Nunavut, où toutes les femmes qui accouchent vivent en région rurale, on a observé la plus grande proportion d'accouchements à l'hôpital chez les adolescentes au Canada (22,2 %); cette proportion était nettement moindre chez les femmes vivant en région rurale au Yukon (9,8 %) et dans les Territoires du Nord-Ouest (12,1 %). Dans les provinces, la proportion d'adolescentes parmi les femmes des régions rurales ayant accouché à l'hôpital variait de 6,5 % en Ontario à 12,1 % au Manitoba. À l'autre extrémité de la période de procréation, les femmes des régions rurales étaient presque deux fois moins susceptibles d'accoucher à un âge avancé (35 ans ou plus) que les femmes des régions urbaines (11,4 % contre 20,7 %). Cette tendance vers la probabilité réduite des naissances à un âge maternel avancé chez les femmes des régions rurales a été observée dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Parité

La grande multiparité, soit cinq naissances vivantes ou plus chez une femme, a été associée à des résultats défavorables à la naissance; cependant, cette corrélation tend à disparaître lorsque les caractéristiques de la mère et des soins de santé qu'elle reçoit sont pris en compte (par exemple, son âge, son statut socioéconomique et les soins prénatals reçus)[31]. La multiparité extrême (10 naissances vivantes ou plus) a été associée à certaines complications médicales et anomalies du placenta[32]. On a observé que la parité modifiait l'effet de l'âge maternel sur le taux de naissances prématurées et de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel. Les femmes primipares (donnant naissance pour la première fois) d'âge avancé sont en effet plus susceptibles que les femmes multipares (ayant déjà connu au moins une naissance vivante) du même groupe d'âge de donner naissance de façon prématurée et d'accoucher d'un nouveau-né petit pour l'âge gestationnel[33].

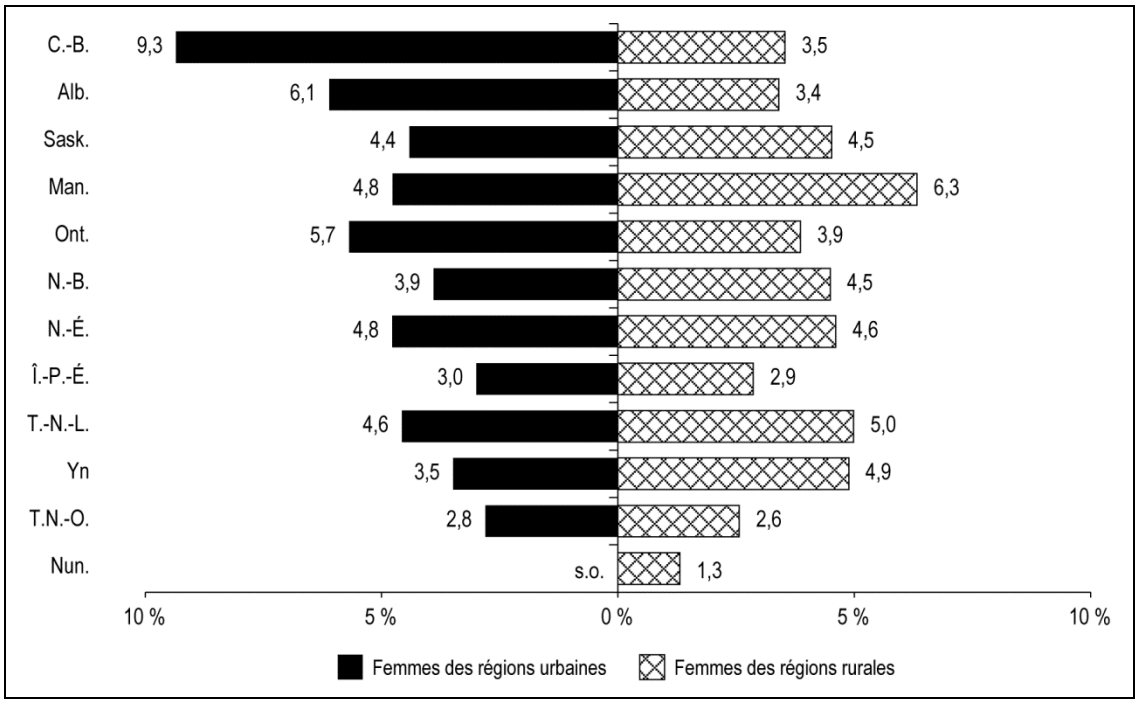
Bien qu'ayant tendance à accoucher à un plus jeune âge, les femmes des régions rurales affichaient un taux de primiparité un peu moins élevé que les femmes des régions urbaines (37,4 % contre 45,2 %). Elles étaient également plus de trois fois plus susceptibles de donner naissance pour la cinquième fois ou plus (7,5 % contre 2,3 %) que les femmes des régions urbaines (figure 4). Dans les territoires, le taux de grande multiparité (cinquième naissance ou plus) chez les femmes des régions rurales se chiffrait à 5,5 % au Yukon, à 9,3 % dans les Territoires du Nord-Ouest et à 17,0 % au Nunavut. Parmi les quatre provinces où la parité était déclarée, le plus faible taux de grande multiparité chez les femmes des régions rurales a été relevé en Ontario (4,5 %) et le plus élevé, au Manitoba (12,4 %).

Facteurs de risque et comorbidités

Diabète

La présence d'un diabète préexistant ou de diabète gestationnel accroît le risque de résultats défavorables à la naissance pour la mère et le nourrisson. Le diabète gestationnel se définit comme une hyperglycémie apparue ou détectée pour la première fois durant la grossesse. Les nouveau-nés de mères atteintes de diabète gestationnel présentent un risque accru d'être grands pour l'âge gestationnel, ce qui contribue à un taux élevé d'accouchement par césarienne.

Figure 5 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales atteintes de diabète (taux combiné de diabète de type 1, de type 2 et gestationnel), par province ou territoire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

À l'échelle pancanadienne (figure 4), le diabète semblait légèrement moins présent chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines (4,2 % contre 6,2 %). Dans les provinces et les territoires, la prévalence du diabète était supérieure chez les femmes des régions rurales au Yukon et au Manitoba, et chez les femmes des régions urbaines en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario (figure 5). Les différences en matière de dépistage du diabète ou de saisie de cette information sur l'abrégé de sortie de l'hôpital pourraient expliquer en partie la variation entre les régions urbaines et rurales. Le diabète gestationnel était le type de diabète le plus fréquent (88,7 %).

Hypertension

L'hypertension artérielle durant la grossesse peut

- accroître le risque de faible poids à la naissance en raison d'une diminution du débit sanguin vers le placenta;
- causer un décollement prématuré du placenta, ce qui peut priver le bébé d'oxygène et entraîner une grave hémorragie chez la mère;
- mener à un accouchement prématuré (par exemple lorsque l'accouchement doit être déclenché pour éviter les complications).

La prééclampsie, une affection sérieuse caractérisée par une hypertension et la présence de protéines dans l'urine après la 20e semaine de grossesse peut, en l'absence de traitement, entraîner des complications graves, voire mortelles, pour la mère et le bébé.

La prévalence de l'hypertension préexistante ou apparue durant la grossesse était semblable chez les femmes des régions rurales et urbaines (6,7 % contre 6,1 %; figure 4). Cette tendance a été observée dans l'ensemble des provinces et territoires à l'exception des Territoires du Nord-Ouest, où les femmes des régions urbaines ayant accouché étaient 1,5 fois plus susceptibles de souffrir d'hypertension que les femmes des régions rurales (5,7 % contre 3,8 %). Presque toutes les femmes souffrant d'hypertension étaient atteintes de la forme gestationnelle de la maladie (87,2 %).

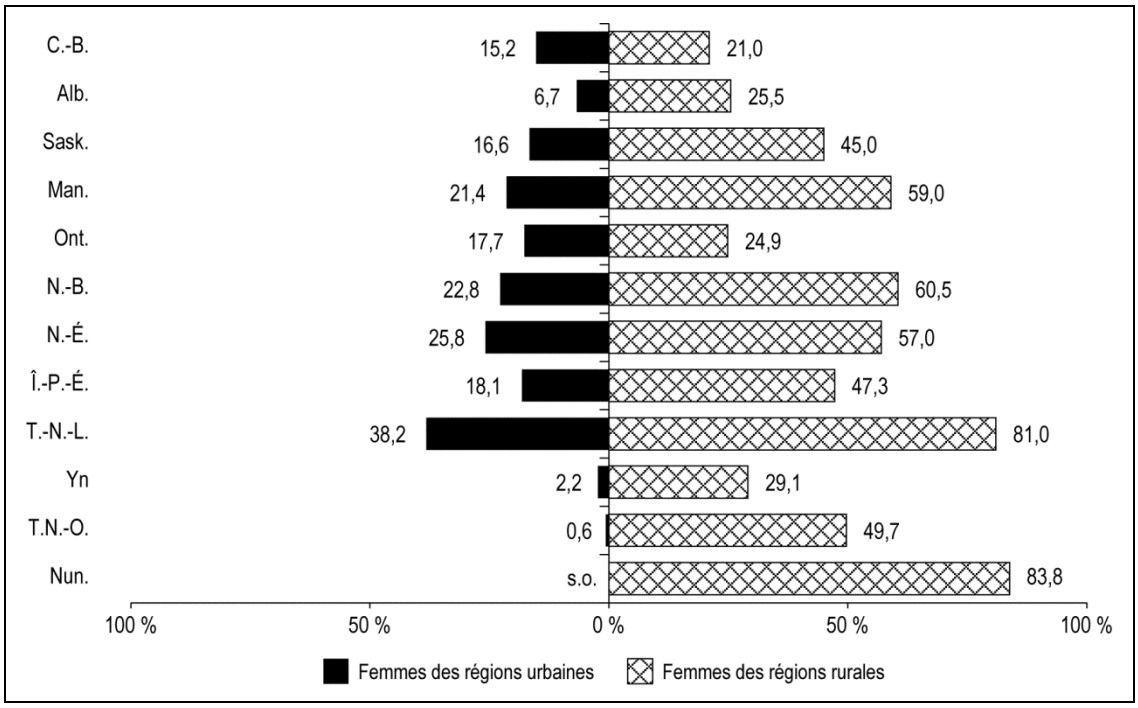
Défavorisation matérielle

Les liens entre un faible statut socioéconomique et des résultats défavorables pour la santé et à la naissance sont bien documentés[34-37]. Dans le cadre du présent rapport, un indice de défavorisation matérielle a été établi en fonction des trois caractéristiques suivantes de la région de résidence de la mère[38] :

- la proportion de la population de 15 ans ou plus ne possédant pas de diplôme d'études secondaires ou l'équivalent;
- le taux d'emploi au sein de la population de 15 ans ou plus;
- le revenu moyen au sein de la population de 15 ans ou plus.

Les quartiers ont été classés en quintiles. Après ajustement en fonction de la taille des ménages, le premier quintile correspond aux quartiers les moins défavorisés et le cinquième quintile, aux plus défavorisés.

Figure 6 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales vivant dans les quartiers du quintile le plus défavorisé, par province ou territoire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Les femmes des régions rurales qui ont accouché à l'hôpital étaient plus de deux fois plus susceptibles que celles des régions urbaines de vivre dans des quartiers considérés comme les plus défavorisés, en fonction du niveau de scolarité, d'emploi et de revenu (38,7 % contre 16,0 %; figure 4). Relativement peu de femmes des régions rurales vivaient dans les quartiers les moins défavorisés, comparativement aux femmes des régions urbaines (5,4 % contre 23,3 %). Comme l'illustre la figure 6, on a observé une variation importante en matière de défavorisation matérielle d'une province et d'un territoire à l'autre. Le pourcentage d'accouchements chez les femmes des régions rurales vivant dans les quartiers les plus défavorisés se chiffrait à 29,1 % au Yukon, à 49,7 % dans les Territoires du Nord-Ouest et à 83,8 % au Nunavut. Dans quatre provinces et un territoire, plus de la moitié des femmes des régions rurales ayant accouché à l'hôpital vivaient dans les quartiers les plus défavorisés (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Manitoba et Nunavut). La Colombie-Britannique affichait la plus faible proportion des accouchements chez les femmes des régions rurales vivant dans les quartiers les plus défavorisés, ainsi que le plus faible écart entre la proportion des femmes des régions rurales et urbaines dans ce quintile (21,0 % contre 15,2 %).

Type d'accouchement

Les femmes des régions rurales sont-elles plus susceptibles que celles des régions urbaines d'accoucher par césarienne ou de vivre un accouchement vaginal spontané ou assisté, un accouchement déclenché ou une naissance multiple?

Le type d'accouchement — césarienne, accouchement vaginal spontané ou accouchement vaginal assisté — et les mesures prises pour accélérer ou faciliter la naissance influent sur le risque de résultats défavorables pour la mère et à la naissance. Les naissances multiples (naissance de deux bébés ou plus par accouchement) sont également associées à des résultats défavorables.

Accouchement vaginal spontané ou césarienne

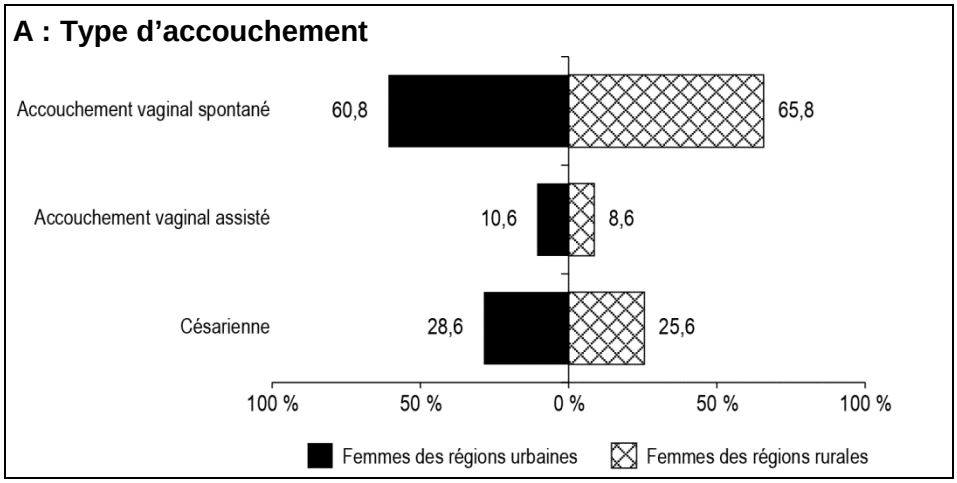
Le taux de césariennes ne cesse d'augmenter depuis le milieu des années 1990 — à présent, plus d'une naissance sur cinq au Canada se fait par césarienne[5, 6 16, 39]. Les taux élevés de césariennes sont préoccupants, puisque l'intervention présente certains risques pour la mère et le bébé, en plus d'être associée à des coûts accrus pour le système de santé[16, 39, 40]. L'âge maternel avancé et la primiparité accroissent le risque de césarienne. Les facteurs qui influent de façon avérée sur la décision de pratiquer une césarienne comprennent la présentation du fœtus (par le siège, notamment), les naissances multiples et la fréquence du recours au monitorage électronique du fœtus et au déclenchement artificiel du travail[17]. Compte tenu des risques potentiels associés aux césariennes, la pratique de césariennes « de convenance » en l'absence d'indication médicale a été déconseillée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)[41].

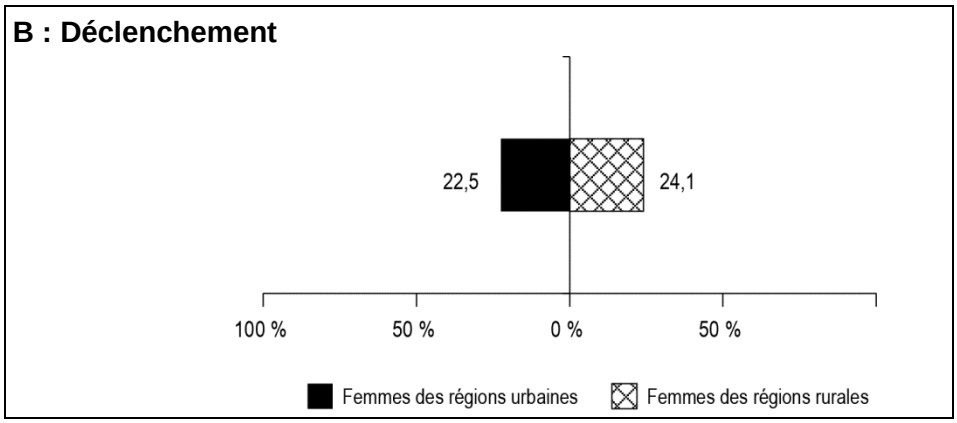
Dans le cadre de la présente analyse, aucune distinction n'a été établie entre les césariennes primaires (premier accouchement par césarienne) et répétées (césarienne pratiquée chez une femme ayant déjà accouché par césarienne). L'accouchement vaginal après césarienne peut habituellement être réalisé de manière sécuritaire si les indications cliniques pertinentes sont respectées[42].

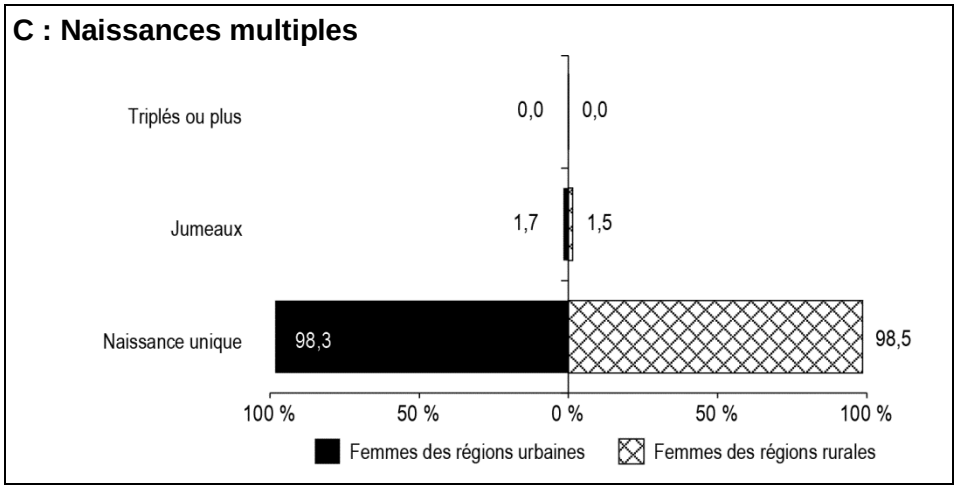
Les femmes des régions rurales étaient moins susceptibles d'accoucher par césarienne que les femmes des régions urbaines (25,6 % contre 28,6 %) et plus susceptibles d'accoucher par voie vaginale de manière spontanée (65,8 % contre 60,8 %; figure 7). Les taux de césariennes chez les femmes des régions rurales par rapport à celles des régions urbaines étaient semblables dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Parmi les femmes des régions rurales ayant accouché par césarienne, 70,3 % ont subi la chirurgie dans un hôpital en milieu urbain. Dans les territoires, cette proportion variait entre 100 % au Yukon et 49,2 % dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Dans les provinces comptant au moins un hôpital en milieu rural (toutes sauf l'Île-du-Prince-Édouard), cette proportion variait entre 44,4 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 87,0 % en Saskatchewan. Toutes les résidentes de l'Île-du-Prince-Édouard qui ont accouché par césarienne ont subi la chirurgie dans un hôpital en milieu urbain (la province ne comptait aucun hôpital en milieu rural durant la période d'étude).

Figure 7 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales, selon le type d'accouchement, le recours ou non au déclenchement et la présence ou non d'une naissance multiple, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012







Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Accouchement vaginal assisté

Les forceps et la ventouse obstétricale peuvent être utilisés durant un accouchement vaginal lorsque l'état du fœtus est inquiétant ou que le travail ne progresse pas normalement. Dans de nombreux pays, le taux d'accouchements avec instrument est faible et on remarque un déclin de l'utilisation des forceps en particulier[5, 39].

Les femmes des régions rurales étaient légèrement moins susceptibles que les femmes des régions urbaines de connaître un accouchement vaginal assisté (8,6 % contre 10,6 %; figure 7). Le taux d'accouchements vaginaux assistés présentait peu de variation d'une province et d'un territoire à l'autre, ainsi qu'entre les hôpitaux en milieu urbain et rural.

Déclenchement artificiel du travail

Lorsque le travail ne débute pas spontanément, les cliniciens peuvent recommander de le déclencher artificiellement. Un déclenchement peut s'avérer nécessaire par exemple lorsque le bébé est en retard, que la mère ou le fœtus présentent des problèmes médicaux ou que la mère perd ses eaux trop tôt[16]. Selon les directives cliniques de la SOGC, les femmes présentant une grossesse sans complication devraient se voir offrir un déclenchement entre la 41e et la 42e semaine de gestation, puisque les données indiquent que cela entraîne une baisse du taux de mortalité périnatale sans hausse du risque de césarienne[43].

Comme l'indique la figure 7, un peu moins d'un accouchement sur quatre au Canada a fait l'objet d'un déclenchement, les femmes des régions rurales et des régions urbaines ne différant que très peu à cet égard (24,1 % contre 22,5 %). La même tendance a été observée dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Dans certaines régions rurales, on a attribué les taux élevés de déclenchement à la nécessité ou au désir de déterminer la date et le lieu de l'accouchement pour les mères vivant en région éloignée[44]. Une étude des taux de déclenchement chez les femmes vivant dans les régions rurales de la Colombie-Britannique a révélé que les femmes ayant accouché dans un hôpital hors de leur région sanitaire étaient 1,3 fois plus susceptibles de voir leur travail déclenché artificiellement[45]. Les femmes vivant en région rurale ou éloignée qui doivent se rendre dans une autre collectivité pour accoucher et attendent que leur travail se déclenche pourraient opter pour le déclenchement artificiel s'il leur est offert afin de retourner plus rapidement chez elles[46, 47]. Dans notre cohorte, le taux de déclenchement chez les femmes primipares des régions rurales ayant effectué un trajet de plus de deux heures pour accoucher était semblable à celui des femmes ayant effectué un trajet d'une heure ou moins (24,3 % contre 25,3 %). Toutefois, le taux de déclenchement chez les femmes ayant déjà donné naissance à des nouveau-nés vivants (on présume donc qu'elles ont d'autres enfants à la maison) était plus élevé chez les femmes ayant effectué un trajet de plus de deux heures (22,7 %) que chez celles ayant effectué un trajet d'une heure ou moins (18,5 %).

Chez les femmes des régions rurales dont le travail a été déclenché artificiellement à l'hôpital, 73,1 % ont accouché dans un hôpital en milieu urbain. Les femmes des régions rurales ayant accouché dans un hôpital en milieu urbain étaient 1,3 fois plus susceptibles de subir un déclenchement artificiel que celles ayant accouché dans un hôpital en milieu rural (26,2 % contre 19,8 %).

Naissances multiples

Le recours accru aux traitements de fertilité et l'augmentation des accouchements chez les mères plus âgées ont contribué à la hausse des taux de naissances multiples[5]. En cas de grossesse multiple, les femmes présentent un risque accru de souffrir d'anémie et de prééclampsie, d'accoucher de façon prématurée et de subir une césarienne[5]. Les nourrissons nés d'une grossesse multiple présentent un risque accru de faible poids à la naissance, de retard de croissance intra-utérin, de naissance prématurée et de mortalité périnatale.

Les naissances multiples devraient être moins fréquentes en région rurale, puisque les femmes accouchent à un plus jeune âge. Les naissances multiples sont relativement rares, représentant 1 % à 2 % des accouchements. Ce taux était essentiellement identique chez les femmes des régions rurales et urbaines (1,5 % contre 1,7 %; figure 7).

Dispensateurs

Dans cette section du rapport, on explore d'abord le rôle des divers dispensateurs de soins obstétricaux : obstétriciens-gynécologues, médecins de famille et sages-femmes. On décrit ensuite les différences sur le plan des dispensateurs de soins intra-partum[v] à l'accouchement, pour les femmes des régions urbaines et rurales. En outre, on indique les tendances en ce qui a trait au rôle des médecins de famille dans la prestation des soins obstétricaux au Canada.

Quelles sont les différences sur le plan des dispensateurs de soins intra-partum pour les femmes des régions urbaines et rurales?

Divers types de professionnels assistent les femmes avant, durant et après l'accouchement. Parmi ceux qui assurent la prise en charge des accouchements à l'hôpital, on compte les obstétriciens-gynécologues, les médecins de famille et les sages-femmes. Cette section du rapport établit le profil des professionnels de la santé qui assurent les soins aux mères et aux nouveau-nés au cours de leur hospitalisation pour l'accouchement au Canada : leur effectif, leur répartition, leurs tendances en matière de pratique et les services qu'ils dispensent.

Obstétriciens-gynécologues

Les soins de maternité peuvent être dispensés par un obstétricien-gynécologue, en particulier en cas de grossesse à risque. Au Canada, les obstétriciens pratiquent plus de 80 % des accouchements, selon un rapport de la SOGC publié en 2008[48]. Parmi les obstétriciens-gynécologues canadiens, 1 050 dispensent des soins intra-partum[48].

v. Le terme « intra-partum » désigne la période du travail et de l'accouchement.

Médecins de famille[vi]

De nombreuses mères au Canada reçoivent des soins de médecins de famille tout au long de leur grossesse, de la période prénatale à la période postnatale. Les 35 000 médecins de famille exerçant au Canada en 2010 ne représentaient qu'un peu plus de la moitié (51 %) de tous les médecins au pays[21]. Les médecins de famille peuvent prendre part à tous les soins dispensés aux mères et aux nourrissons, avant la conception, durant la grossesse, au cours de la période post-partum, et au-delà. Certains médecins de famille reçoivent une formation chirurgicale spéciale afin de pouvoir pratiquer des césariennes[18]. D'autres sont formés en anesthésie afin de pouvoir administrer la péridurale au cours du travail, l'anesthésie en vue d'une césarienne ou encore effectuer une réanimation néonatale. Dans le Sondage national des médecins de 2010, seulement 10,5 % des médecins de famille ont indiqué avoir dispensé des soins intra-partum, contre 17 % en 2001[48, 49]. Les médecins de famille en région rurale étaient deux fois plus susceptibles d'offrir des soins intra-partum en 2010 que leurs collègues des régions urbaines (16 % contre 8 %)[49].

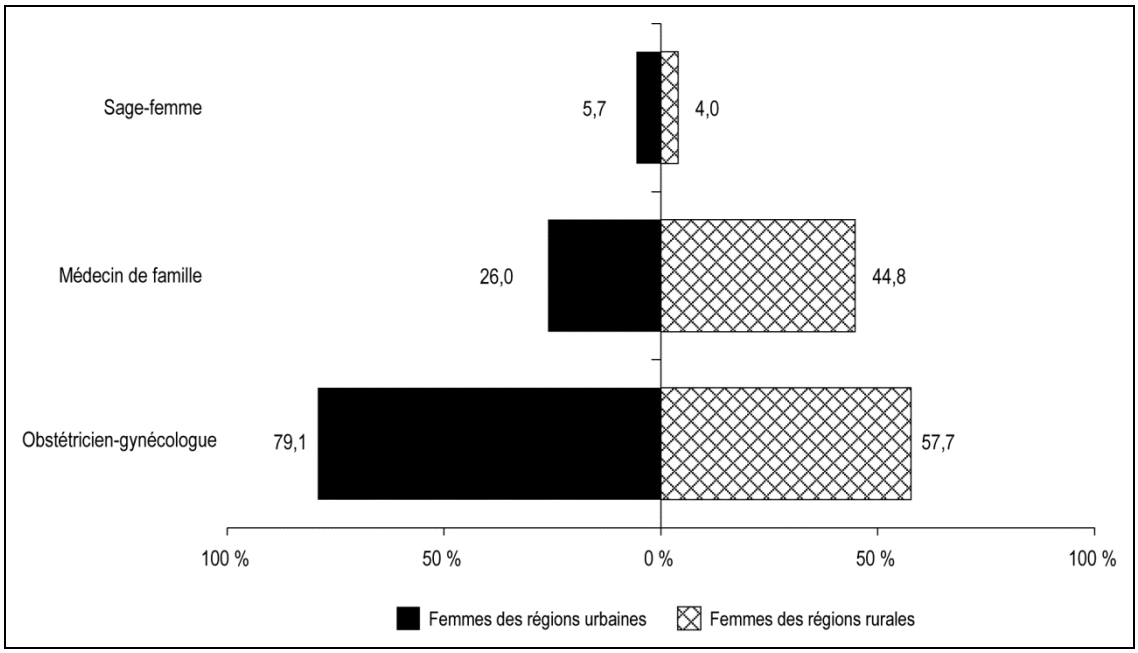
Sages-femmes

Les sages-femmes sont des dispensatrices de soins de santé primaires pour les femmes; elles dispensent des soins à partir de la phase prénatale jusqu'à six semaines après la naissance. La plupart des provinces et des territoires ont réglementé la pratique sage-femme; pour y exercer leur profession, les sages-femmes doivent donc avoir suivi une formation officielle et détenir un permis d'exercice. Cependant, la réglementation ne signifie pas nécessairement que les soins dispensés par les sages-femmes sont financés par le régime public provincial ou territorial. Les milieux où la pratique sage-femme est autorisée (par exemple, à domicile, à l'hôpital ou en maison de naissance) peuvent également varier d'une province et d'un territoire à l'autre[17, 50]. En 2010, on comptait environ 900 sages-femmes en exercice au Canada, tandis que 100 étudiantes étaient admises annuellement dans les programmes universitaires de pratique sage-femme[51]. Les sages-femmes jouent un rôle clé dans la prestation de soins de maternité en maison de naissance dans les collectivités autochtones éloignées.

Une naissance peut être suivie par un seul ou plusieurs types de dispensateurs, selon la nature, la complexité et la durée de l'accouchement. La section qui suit fournit des données sur les dispensateurs qui ont directement participé à la prestation de soins durant le séjour à l'hôpital, selon l'information inscrite sur l'abrégé de sortie.

vi. Dans le rapport, le terme « médecin de famille » englobe les médecins qui pratiquent la médecine familiale et ceux qui pratiquent la médecine générale. Le choix du terme témoigne du fait que, au Canada, les médecins de famille sont plus susceptibles de dispenser des soins à la mère et au nourrisson que les omnipraticiens.

Figure 8 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales, selon le type de dispensateur présent, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012

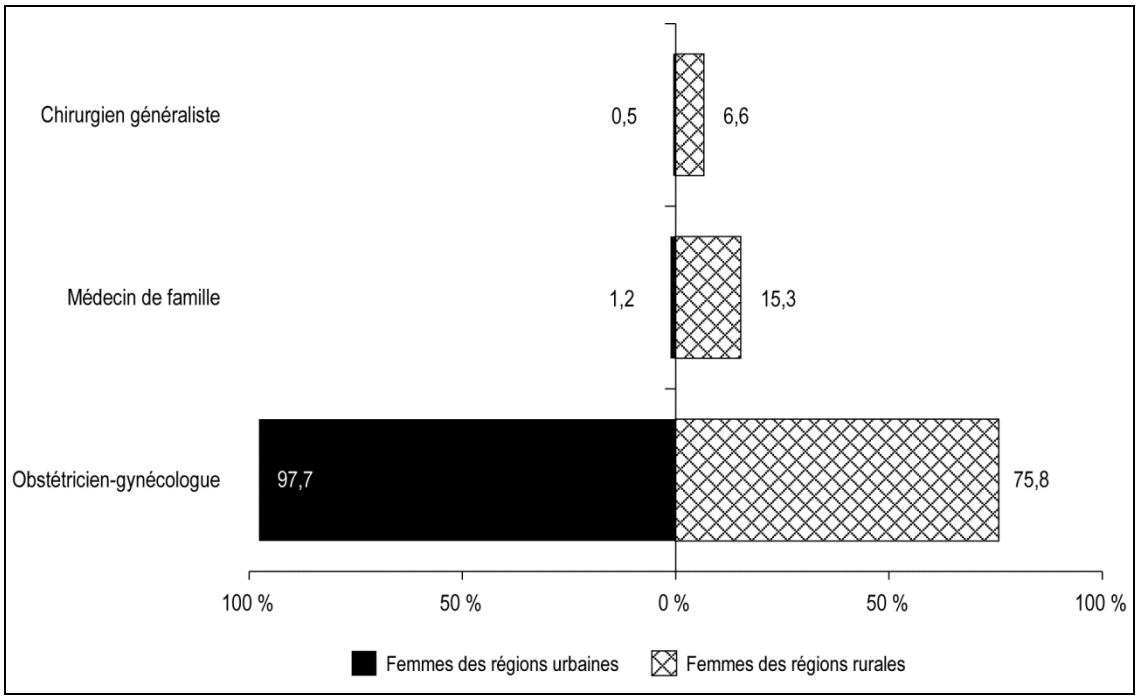


Remarques
La somme des pourcentages peut dépasser 100,0 % car plus d'un type de dispensateur peut prendre part à un même accouchement.
Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme l'illustre la figure 8, les femmes des régions rurales étaient plus susceptibles que celles des régions urbaines de voir leur accouchement pris en charge par un médecin de famille (44,8 % contre 26,0 %), et moins susceptibles d'être assistées par un obstétricien-gynécologue (57,7 % contre 79,1 %) ou une sage-femme (4,0 % contre 5,7 %). La plupart des femmes des régions rurales des territoires ont accouché en présence d'un médecin de famille (Yukon, 90,7 %; Territoires du Nord-Ouest, 85,5 %; Nunavut, 68,1 %). Dans les provinces, la proportion des accouchements de femmes des régions rurales pris en charge par un médecin de famille variait entre 23,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 64,3 % en Colombie-Britannique.

Comparativement aux femmes des régions rurales ayant accouché dans un hôpital en milieu urbain, celles ayant accouché dans un hôpital en milieu rural étaient 2,7 fois plus susceptibles d'être assistées par un médecin de famille (78,3 % contre 28,6 %). Leur probabilité d'accoucher en présence d'un obstétricien-gynécologue était 0,2 fois celle des femmes accouchant à l'hôpital en milieu urbain (17,8 % contre 77,1 %).

Figure 9 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions urbaines et rurales, selon le type de dispensateur ayant pratiqué la césarienne, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Remarques
Les types de dispensateurs sont mutuellement exclusifs; la somme des pourcentages est inférieure à 100,0 % en raison d'une petite proportion de césariennes pour lesquelles le dispensateur n'était pas précisé.
Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Puisque les césariennes exigent des ressources additionnelles et la participation de personnel spécialisé, elles ne sont pas pratiquées dans tous les hôpitaux. De toutes les césariennes pratiquées, 16,1 % (soit 62 046 accouchements) l'ont été chez des femmes des régions rurales. Comme le montre la figure 9, chez les femmes des régions urbaines, presque toutes les césariennes (97,7 %) ont été pratiquées par des obstétriciens-gynécologues, contre seulement 75,8 % chez les femmes des régions rurales, les autres césariennes ayant été pratiquées par des médecins de famille (15,3 %) ou des chirurgiens généralistes (6,6 %). Chez les femmes des régions rurales, la proportion des césariennes pratiquées par un médecin de famille ou un chirurgien généraliste se chiffrait à 52,1 % au Nunavut, à 39,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest et à 0 % au Yukon. Dans les provinces, cette proportion variait de moins de 1 % à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse à 40,6 % en Alberta.

Comparativement aux femmes des régions rurales ayant accouché par césarienne dans un hôpital en milieu urbain, la probabilité que l'intervention soit pratiquée par un médecin de famille ou un chirurgien généraliste était de 12,1 fois supérieure dans un hôpital en milieu rural (61,6 % contre 5,1 %). Les césariennes chez les femmes des régions rurales ayant accouché dans un hôpital en milieu rural représentaient 83,7 % des césariennes pratiquées par un médecin de famille ou un chirurgien généraliste chez les femmes des régions rurales.

Portrait 3 : Perspective d'un médecin de famille exerçant en région rurale

Jim est un médecin de famille qui a grandi dans une petite collectivité. Il a exercé la médecine pendant 30 ans dans des collectivités rurales. Il a connu des conditions difficiles dans la première collectivité où il a travaillé : les deux autres médecins qui y exerçaient travaillaient difficilement ensemble, et il ne se sentait pas appuyé. Les gardes d'urgence tous les trois jours et la nécessité d'être disponible en tout temps pour ses propres patientes en obstétrique se répercutaient également sur sa vie familiale. Aucun service de chirurgie n'étant offert dans la collectivité, les femmes qui présentaient une grossesse à risque devaient être transférées vers un grand hôpital régional. En outre, un déclin du secteur des ressources causait de l'instabilité au sein de la collectivité et l'hôpital local peinait à maintenir le personnel en poste.

Malgré la situation, Jim trouvait stimulant de dispenser toute une gamme de services en milieu rural, y compris des soins obstétricaux. C'est pourquoi il a décidé de quitter cette première collectivité afin de suivre une formation supplémentaire qui lui permettrait d'élargir son champ d'activité. Il a suivi une formation complémentaire d'un an dans le département d'obstétrique d'un grand centre de santé, ce qui lui a permis de prendre en charge des cas plus difficiles et de s'installer dans une plus grande collectivité où les services de chirurgie étaient offerts. Il peut à présent pratiquer des césariennes et administrer des anesthésies, notamment des péridurales. Les cinq médecins de famille de la collectivité exercent en groupe, selon un modèle de partage des gardes qui englobe l'obstétrique. De cette façon, Jim n'est de garde qu'un jour par semaine et toutes les cinq fins de semaine. Les médecins et le personnel de l'hôpital travaillent bien ensemble. La région sanitaire offre de la formation continue et les médecins et l'hôpital local entretiennent de bons rapports avec les obstétriciens et le personnel du grand hôpital régional.

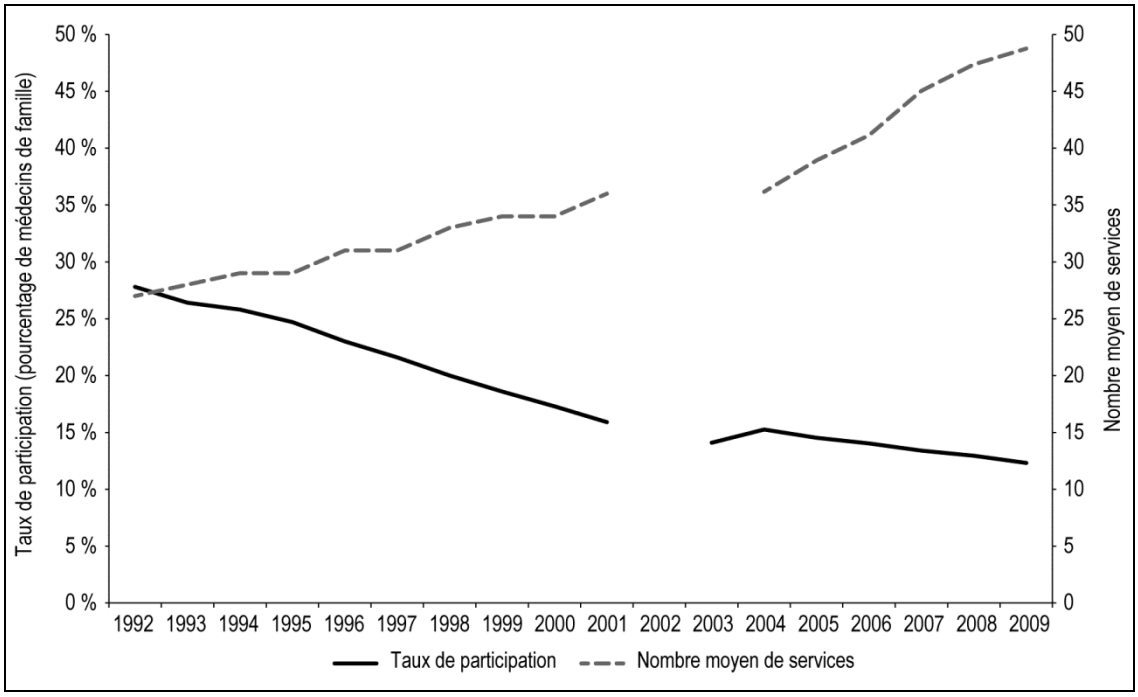
Depuis qu'il a suivi une formation complémentaire et changé de lieu de pratique, Jim a satisfait ses aspirations professionnelles et parvient à passer plus de temps avec sa famille. Toutefois, son départ de la première collectivité a eu pour effet de reporter ses responsabilités sur les deux autres médecins de l'endroit, déjà surchargés. Après le départ de Jim, les femmes enceintes de la collectivité ont eu de la difficulté à obtenir des soins prénatals en temps opportun auprès des deux autres médecins de famille, qui arrivaient difficilement à combler les besoins de leur collectivité en matière de soins médicaux.

Tendances relatives au type de dispensateur fournissant les soins au cours du travail et de l'accouchement, ainsi qu'au nombre de services offerts

Afin d'évaluer le degré de participation des médecins de famille aux soins obstétricaux, ainsi que la quantité de services fournis, des analyses ont été réalisées à partir de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Cette dernière contient les données sur la facturation des médecins au titre de la rémunération à l'acte fournies à l'ICIS par les systèmes d'administration des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Les fichiers de la BDNM contiennent, pour chaque médecin de chaque province ou territoire, le nombre de services cliniques dispensés et les paiements versés pour chaque code de tarif facturé. Tous les codes de tarifs de la BDNM sont classés dans l'une des 120 catégories du Système de groupement national (SGN). Ces catégories sont ensuite regroupées dans 14 grands domaines de services cliniques, dont les services obstétricaux. Ces derniers comprennent l'accouchement, les services au moment de l'accouchement (comme la réparation de déchirures et l'extraction du placenta en cas de rétention) et les autres services obstétricaux (comme l'épreuve à l'ocytocine et la fœtoscopie).

Comme l'illustre la figure 10, on a observé une diminution constante de la participation des médecins de famille aux soins obstétricaux de 1992 à 2009, conjuguée à une augmentation du nombre moyen de services dispensés par les médecins de famille qui continuaient à les offrir. Alors que la tendance relative à la participation des médecins de famille était semblable dans toutes les provinces (tableau 2), la tendance relative au nombre de services variait d'une province et d'un territoire à l'autre (tableau 3).

Figure 10 : Tendances relatives à la participation des médecins de famille aux soins obstétricaux, provinces et territoires sélectionnés, de 1992-1993 à 2009-2010



Remarque

Pour cette analyse, les exercices 2002-2003 et 2003-2004 étaient antérieurs aux années à l'étude; les données n'ont donc pas été demandées à la BDNM. Les données de 1992-1993 à 2001-2002 sont tirées d'un rapport précédent[52].

Sources

Base de données nationale sur les médecins, de 1994-1995 à 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 2 : Évolution du taux de participation (en pourcentage) des médecins de famille aux soins obstétricaux, par province, de 1994-1995 à 2009-2010

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
C.-B.	49	46	41	40	36	33	30	27	25	22	21	20	19	18	19	18
Alb.	36	35	34	33	32	31	28	27	25	24	23	21	21	20	18	18
Sask.	48	47	45	41	39	38	33	31	30	25	26	24	23	23	25	21
Man.	27	26	25	24	22	21	22	23	23	23	22	20	19	18	17	17
Ont.	19	19	17	16	14	13	13	12	11	10	9	9	9	9	8	8
N.-B.	29	27	27	25	23	21	19	19	16	14	13	13	12	11	10	8
N.-É.	41	37	34	31	29	27	25	22	21	18	17	16	14	14	13	13
T.-N.-L.	26	24	21	21	20	16	17	12	10	9	6	6	6	5	4	4
Can.	26	25	23	22	20	19	17	16	—	14	15	15	14	13	13	12

Source
Base de données nationale sur les médecins, de 1994-1995 à 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 3 : Nombre moyen de services dispensés par les médecins de famille qui prennent part aux soins obstétricaux, par province, de 1994-1995 à 2009-2010

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
C.-B.	18	18	19	19	20	21	21	23	25	27	36	38	39	42	44	43
Alb.	32	33	33	35	40	42	44	46	53	55	60	70	78	85	95	96
Sask.	22	22	23	24	23	21	21	21	20	21	19	21	22	23	23	26
Man.	27	27	29	29	27	25	27	25	28	27	28	34	35	35	38	40
Ont.	25	26	27	26	26	27	25	26	27	28	30	29	28	31	31	31
N.-B.	23	25	24	23	25	23	23	20	24	25	24	24	26	28	29	34
N.-É.	19	21	23	23	24	25	23	25	23	26	26	26	29	33	33	33
T.-N.-L.	27	31	30	30	21	30	21	24	24	24	21	20	20	19	22	24
Can.	29	29	31	31	33	34	34	36	—	—	36	39	41	45	47	49

Source
Base de données nationale sur les médecins, de 1994-1995 à 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

À partir de la BDNM, nous pouvons calculer le pourcentage de médecins de famille qui dispensent des soins obstétricaux ainsi que le nombre moyen de services qu'ils dispensent. La base de données ne dresse toutefois pas un portrait exhaustif de la situation. En effet, en 2003, on estime qu'environ 19,5 % des paiements aux médecins ont été versés selon des modes de paiement autres que la rémunération à l'acte, par exemple la capitation, le salaire et la rémunération à l'heure. De plus, la BDNM ne permet pas de distinguer les médecins de famille qui exercent en milieu urbain de ceux qui exercent en milieu rural.

Résultats pour la mère et le nourrisson

Avec la diminution du nombre d'hôpitaux et de services de maternité en milieu rural, des questions et des préoccupations ont été formulées quant aux conséquences des politiques en matière de ressources pour les femmes enceintes des régions rurales et leurs bébés[53]. Bien que les données disponibles ne permettent pas de répondre à ces questions de manière exhaustive, la présente section du rapport aide à mieux comprendre la situation et examine deux résultats touchant la santé de la mère : la morbidité maternelle grave et la réadmission maternelle imprévue. En plus, trois résultats pour la santé du nourrisson sont analysés : les naissances vivantes prématurées ainsi que les nouveau-nés vivants petits ou grands pour l'âge gestationnel. En premier lieu, des analyses multivariables de l'écart entre les résultats pour les mères et les nourrissons des régions urbaines et rurales sont présentées, après ajustement en fonction des différences sous-jacentes entre les mères des deux types de régions. Ensuite, des taux non ajustés sont présentés par région sanitaire pour les femmes des régions rurales. Des analyses distinctes sont ensuite présentées afin d'examiner la relation entre les résultats des femmes des régions rurales et leur temps de déplacement vers l'hôpital où elles ont accouché. Finalement, les résultats des femmes des régions rurales lors de l'accouchement sont comparés en fonction de l'emplacement de l'hôpital en milieu urbain ou rural. De nombreux résultats pertinents n'étaient toutefois pas saisis sur l'abrégé de sortie de l'hôpital (par exemple, les résultats d'ordre psychosocial et familial) ou n'étaient pas recueillis de manière exhaustive (par exemple, la mortalité maternelle et périnatale).

Comment les résultats des femmes des régions urbaines et rurales se comparent-ils?

Compte tenu des différences marquées des caractéristiques démographiques et des caractéristiques de santé entre les femmes des régions urbaines et rurales, les analyses multivariables des résultats pour les mères et les nourrissons ont fait l'objet d'un ajustement en fonction de plusieurs caractéristiques maternelles : âge, hypertension, diabète, type d'accouchement, déclenchement, naissance multiple et défavorisation matérielle. Les rapports de cotes ajustés en fonction de ces facteurs sont utilisés pour interpréter les conclusions de l'analyse (encadré 4). Les rapports de cotes ajustés et les intervalles de confiance correspondants pour tous les facteurs inclus dans l'analyse sont présentés en annexe.

Encadré 4 : Interprétation des rapports de cotes

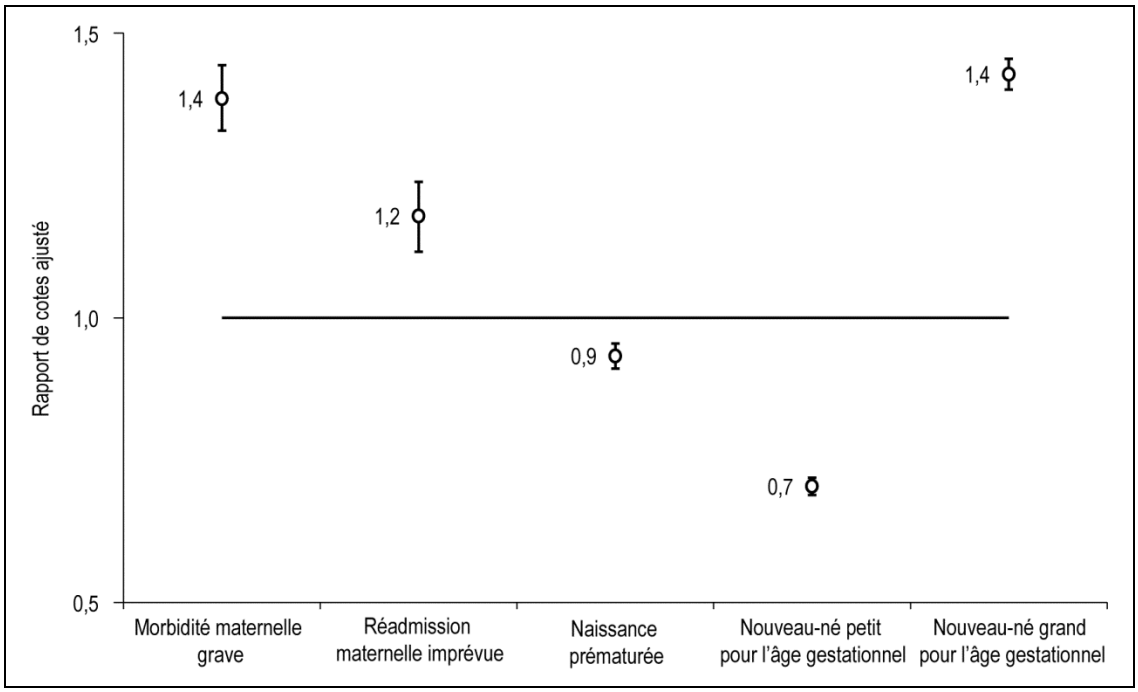
Le rapport de cotes (RC) sert à évaluer si la probabilité d'un événement ou d'un résultat est la même dans deux groupes différents. La cote exprime la probabilité qu'un événement se produise, divisée par la probabilité qu'il ne se produise pas. Le RC se calcule en divisant la cote d'un événement au sein d'un groupe (par exemple, les femmes vivant en région rurale) par la cote du même événement dans un autre groupe (par exemple, les femmes vivant en région urbaine).

Interprétation des RC

- Un RC de 1 indique que la probabilité que l'événement se produise est la même dans les deux groupes.
- Un RC supérieur à 1 indique que l'événement est plus susceptible de se produire dans le premier groupe.
- Un RC inférieur à 1 indique que l'événement est moins susceptible de se produire dans le premier groupe.

La signification statistique d'un RC est déterminée lorsque l'intervalle de confiance (IC) correspondant ne recoupe pas la valeur 1. Il est possible qu'une différence statistiquement significative ne révèle pas de différence significative sur le plan clinique.

Figure 11 : Rapports de cotes ajustés pour les accouchements chez les femmes des régions rurales comparativement aux femmes des régions urbaines, résultats pour la mère et le nourrisson, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Morbidité maternelle grave

Un certain nombre d'affections peuvent mettre en danger la vie et le bien-être de la mère durant et après le travail. La surveillance de la morbidité maternelle fait l'objet d'un intérêt accru alors que l'évolution des caractéristiques des mères et des accouchements — l'âge maternel avancé, la plus grande prévalence de l'obésité et la modification des pratiques obstétricales, dont le recours accru à l'anesthésie péridurale, au déclenchement artificiel du travail et à la césarienne — contribue à augmenter le risque de ces affections et s'ajoute au risque de morbidité maternelle. Une mesure composée nommée « morbidité maternelle grave » a été mise en place afin de rendre compte d'un certain nombre d'affections graves associées à la grossesse (encadré 5)[1]. Cette mesure est plus utile que la mortalité maternelle dans le cadre de la surveillance de la qualité des soins de maternité, car les taux de mortalité maternelle ont diminué de façon telle qu'ils ne constituent plus une référence.

Encadré 5 : Exemples d'affections comprises dans la mesure de la morbidité maternelle grave[1]

- Arrêt cardiaque, insuffisance cardiaque ou infarctus du myocarde
- Complications de l'anesthésie (pulmonaires, cardiaques, impliquant le système nerveux central)
- Mort d'origine obstétricale
- Éclampsie
- Hémorragie et anomalie de la coagulation
- Choc obstétrical
- Embolie obstétricale
- Hémorragie post-partum et transfusion sanguine
- Hémorragie post-partum et hystérectomie
- Sepsie puerpérale
- Réparation de la vessie, de l'urètre ou de l'intestin
- Rupture de l'utérus avant ou pendant le travail
- Septicémie au cours du travail

Comme l'illustre la figure 11, les accouchements chez les femmes des régions rurales étaient plus susceptibles que ceux chez les femmes des régions urbaines d'entraîner une morbidité maternelle grave (2,4 % contre 1,7 %; RC 1,4; IC 95 % 1,3 à 1,4). Les facteurs augmentant significativement la probabilité de morbidité maternelle grave comprenaient l'accouchement par césarienne, le diabète conjugué à l'hypertension, l'hypertension seule (préexistante ou gestationnelle) et les naissances multiples (voir l'annexe). Une telle probabilité accrue signifie que, sur 151 accouchements, on pouvait s'attendre à observer un cas de morbidité maternelle grave de plus chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines au cours de la période d'étude.

Réadmission maternelle imprévue

On entend par réadmission maternelle imprévue l'admission imprévue de la mère (toutes causes confondues, à l'exception des transferts entre hôpitaux) dans un hôpital de soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé après l'accouchement. Puisque ces réadmissions sont souvent dues à des complications graves liées à l'accouchement, on les étudie afin de mieux comprendre les

causes de telles complications, d'améliorer la prestation et les résultats des soins, ainsi que de prévenir les hospitalisations potentiellement évitables[5]. Les réadmissions étaient plus fréquentes après les accouchements par césarienne ou par voie vaginale assistés par forceps ou ventouse obstétricale qu'après les accouchements par voie vaginale spontanés[54]. Le motif de réadmission le plus courant chez les femmes ayant subi une césarienne était l'infection d'une plaie d'origine chirurgicale en obstétrique[54], tandis que l'hémorragie post-partum constituait le motif de réadmission le plus fréquent chez les femmes ayant accouché par voie vaginale[5].

Comme l'indique la figure 11, les femmes vivant en région rurale étaient plus susceptibles d'être réadmises à l'hôpital (1,4 % contre 1,2 %; RC 1,2; IC 95 % 1,1 à 1,2). Les facteurs augmentant la probabilité d'une réadmission maternelle imprévue comprenaient le diabète ou l'hypertension (ou les deux), l'accouchement par césarienne, l'accouchement assisté, le déclenchement du travail ou les naissances multiples. Le jeune âge de la mère (moins de 20 ans) avait également une incidence légère mais significative sur la probabilité de réadmission (voir l'annexe). Une telle probabilité accrue signifie que, sur 423 accouchements, on pouvait s'attendre à un cas de réadmission imprévue de plus chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines au cours de la période d'étude.

Morbidité infantile

Naissances prématurées

Les bébés nés avant 37 semaines complètes de gestation sont considérés comme prématurés (voir l'encadré 6 sur le calcul de l'âge gestationnel)[55]. Les naissances prématurées constituent un problème de santé publique important, puisqu'elles sont la principale cause de mortalité infantile dans les pays développés, étant à l'origine d'environ trois décès sur quatre dans la période périnatale (d'environ cinq mois avant la naissance jusqu'à une semaine après la naissance)[56, 57]. Elles contribuent également à la morbidité à court et à long terme et engendrent des coûts considérables en soins de santé[58-60]. Comme plus du tiers (35 %) du développement du cerveau[61] ainsi qu'une bonne partie du développement des poumons et du fœtus en général[62] se produisent durant les dernières semaines d'une gestation normale, il n'est pas rare que les bébés prématurés affichent des taux plus élevés de détresse respiratoire, d'instabilité de la température, de réadmission à l'hôpital et de troubles neurocognitifs, comparativement aux nourrissons nés à terme[60]. En outre, certains problèmes de santé, comme la paralysie cérébrale, les troubles psychiatriques et les troubles de l'attention, subsistent souvent jusqu'à l'âge adulte[60, 63].

Encadré 6 : Comment calcule-t-on l'âge gestationnel?

L'âge gestationnel peut être calculé à partir du premier jour du dernier cycle menstruel de la mère ou au moyen d'échographies précoces. Les estimations faites à partir d'une échographie sont considérées comme étant plus précises que celles qui sont fondées sur le dernier cycle menstruel[3, 4].

Dans la BDCP, l'âge gestationnel est inscrit en semaines complètes de gestion et est obtenu à partir des dossiers médicaux; il s'agit de la meilleure estimation clinique de la gestation, qui englobe les estimations par échographie et à partir du dernier cycle menstruel.

De nombreuses raisons peuvent expliquer la naissance prématurée d'un bébé. Les naissances prématurées peuvent être spontanées ou justifiées par des raisons médicales. Dans les cas où la poursuite d'une grossesse pourrait présenter un risque grave pour la mère ou pour le fœtus (environ 30 % des naissances prématurées appartiennent à cette catégorie), un accouchement prématuré par césarienne ou par déclenchement du travail est pratiqué afin d'améliorer les résultats obstétricaux[64]. L'hypertension, des saignements, un retard de croissance intra-utérin et la détresse fœtale[3] sont parmi les complications justifiant le plus couramment un accouchement prématuré pour raison médicale.

Les naissances prématurées spontanées (70 % des naissances prématurées appartiennent à cette catégorie) peuvent aussi être causées par une détresse fœtale ou par une croissance intra-utérine insuffisante[65]. Les facteurs associés aux naissances prématurées incluent un faible statut socioéconomique, le lieu de résidence en région rurale, l'âge maternel précoce ou avancé, les naissances multiples, une parité faible ou élevée, des antécédents d'accouchement prématuré et des affections chez la mère comme l'hypertension et le diabète[65-69]. Ces facteurs sont examinés dans le présent rapport puisque les données sont disponibles dans les bases de l'ICIS. D'autres facteurs qui peuvent également contribuer aux naissances prématurées, mais qui n'ont pas été inclus dans nos analyses, comprennent l'origine ethnique de la mère, le stress physique et psychologique, les infections génito-urinaires, les troubles placentaires, la toxicomanie et des soins prénatals insuffisants[65, 67, 70].

En Amérique du Nord, les taux de naissances prématurées ont augmenté au cours des dernières décennies. Plusieurs facteurs, tels que les grossesses tardives et le recours aux techniques de procréation assistée, ont contribué à l'augmentation des naissances multiples et des accouchements prématurés. La hausse du nombre d'interventions obstétricales (celles qui sont liées aux naissances prématurées justifiées par des raisons médicales) sont en bonne partie responsables de cette augmentation[3, 71]. Au Canada, le taux de naissances prématurées a augmenté régulièrement, passant d'environ 6 % au début des années 1980[71] à 8 % au cours des dernières années[72].

Comme l'illustre la figure 11, la résidence en région rurale entraînait une réduction légère mais significative de la probabilité de naissance prématurée (7,6 % contre 8,1 %; RC 0,9; IC 95 % 0,9 à 1,0). Les facteurs augmentant significativement la probabilité d'une naissance prématurée comprenaient les naissances multiples, ainsi que le diabète et l'hypertension chez la mère (voir l'annexe). Une telle probabilité réduite signifie que, sur 133 accouchements, on pouvait s'attendre à un cas de naissance prématurée de moins chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines au cours de la période d'étude.

Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel

Le retard de croissance intra-utérin est l'incapacité du fœtus à atteindre une croissance optimale. L'utilisation de la petitesse pour l'âge gestationnel comme indicateur des résultats néonatals a été proposée il y a plusieurs dizaines d'années aux fins de mesure du retard de croissance intra-utérin, en raison principalement de la difficulté à évaluer la croissance intra-utérine[73, 74]. Un bébé petit pour l'âge gestationnel est un nouveau-né ayant un poids à la naissance sous un seuil normatif prévu pour son âge gestationnel et son sexe[6] (encadré 7).

Encadré 7 : Nouveau-nés petits et grands pour l'âge gestationnel

La méthodologie utilisée dans la présente étude pour identifier les nouveau-nés petits et grands pour l'âge gestationnel se limite aux naissances uniques et gémellaires. Les seuils ont été calculés à partir de la cohorte de l'étude plutôt que d'une courbe de croissance standard[2].

Dans le cadre de l'étude, les nouveau-nés petits et grands pour l'âge gestationnel ont été identifiés au moyen du percentile de poids à la naissance et du sexe du bébé parmi toutes les naissances vivantes au Canada incluses dans cette analyse et ayant eu lieu entre 2007-2008 et 2011-2012. Les taux ont été calculés en tenant uniquement compte des naissances uniques de bébés dont le poids à la naissance et le sexe étaient connus et dont l'âge gestationnel se situait entre 22 et 42 semaines, ainsi que des naissances gémellaires de bébés dont le poids à la naissance et le sexe étaient connus et dont l'âge gestationnel se situait entre 22 et 40 semaines.

« Petit pour l'âge gestationnel » signifie que la taille du fœtus ou du nouveau-né est inférieure à la normale pour son sexe et son âge gestationnel, soit un poids à la naissance inférieur au 10e percentile de poids pour l'âge gestationnel et le sexe.

« Grand pour l'âge gestationnel » signifie que la taille du fœtus ou du nouveau-né est supérieure à la normale pour son sexe et son âge gestationnel, soit un poids à la naissance supérieur au 90e percentile de poids pour l'âge gestationnel et le sexe.

Les nouveau-nés des femmes des régions rurales étaient nettement moins susceptibles que ceux des femmes des régions urbaines d'être petits pour l'âge gestationnel (8,2 % contre 10,3 %; RC 0,7; IC 95 % 0,7 à 0,7; figure 11). Les constatations pour la période de 2007-2008 à 2011-2012 confirment celles de 2006-2007, où le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel était nettement plus faible chez les femmes vivant en région rurale que celles vivant en région urbaine (7,0 % contre 8,7 %)[55]. Un tel écart signifie que, sur 35 naissances, on pouvait s'attendre à un cas de nouveau-né petit pour l'âge gestationnel de moins chez les femmes des régions rurales que chez les femmes des régions urbaines au cours de la période d'étude.

Les mères souffrant d'hypertension (préexistante ou gestationnelle) et celles ayant vécu un accouchement vaginal assisté ou un déclenchement du travail étaient plus susceptibles de donner naissance à un bébé petit pour l'âge gestationnel. Les nouveau-nés de mères atteintes de diabète (préexistant ou gestationnel) étaient nettement moins susceptibles d'être petits pour l'âge gestationnel. Un gradient selon le revenu a également été observé : les nouveau-nés de femmes vivant dans les quartiers à revenu élevé étaient nettement moins susceptibles d'être petits pour l'âge gestationnel (voir l'annexe).

Nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel

Les bébés grands pour l'âge gestationnel peuvent entraîner un travail difficile ou prolongé et accroître le risque d'accouchement par césarienne. Le diabète de la mère est la première cause d'un poids élevé pour l'âge gestationnel. Une prise de poids excessive chez la mère durant la grossesse peut également avoir une incidence à cet égard.

Les femmes des régions rurales étaient un peu plus susceptibles que celles des régions urbaines de donner naissance à des nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel (12,5 % contre 9,4 %; RC 1,4; IC 95 % 1,4 à 1,4; figure 11). Le diabète est le principal facteur qui augmente la probabilité de ce type de naissance. Les analyses ont également révélé un lien entre le taux de césariennes et les nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel (voir l'annexe). Un tel écart signifie que, sur 30 naissances, on pouvait s'attendre à un cas de nouveau-né grand pour l'âge gestationnel de plus chez les femmes des régions rurales que chez les femmes des régions urbaines, au cours de la période d'étude.

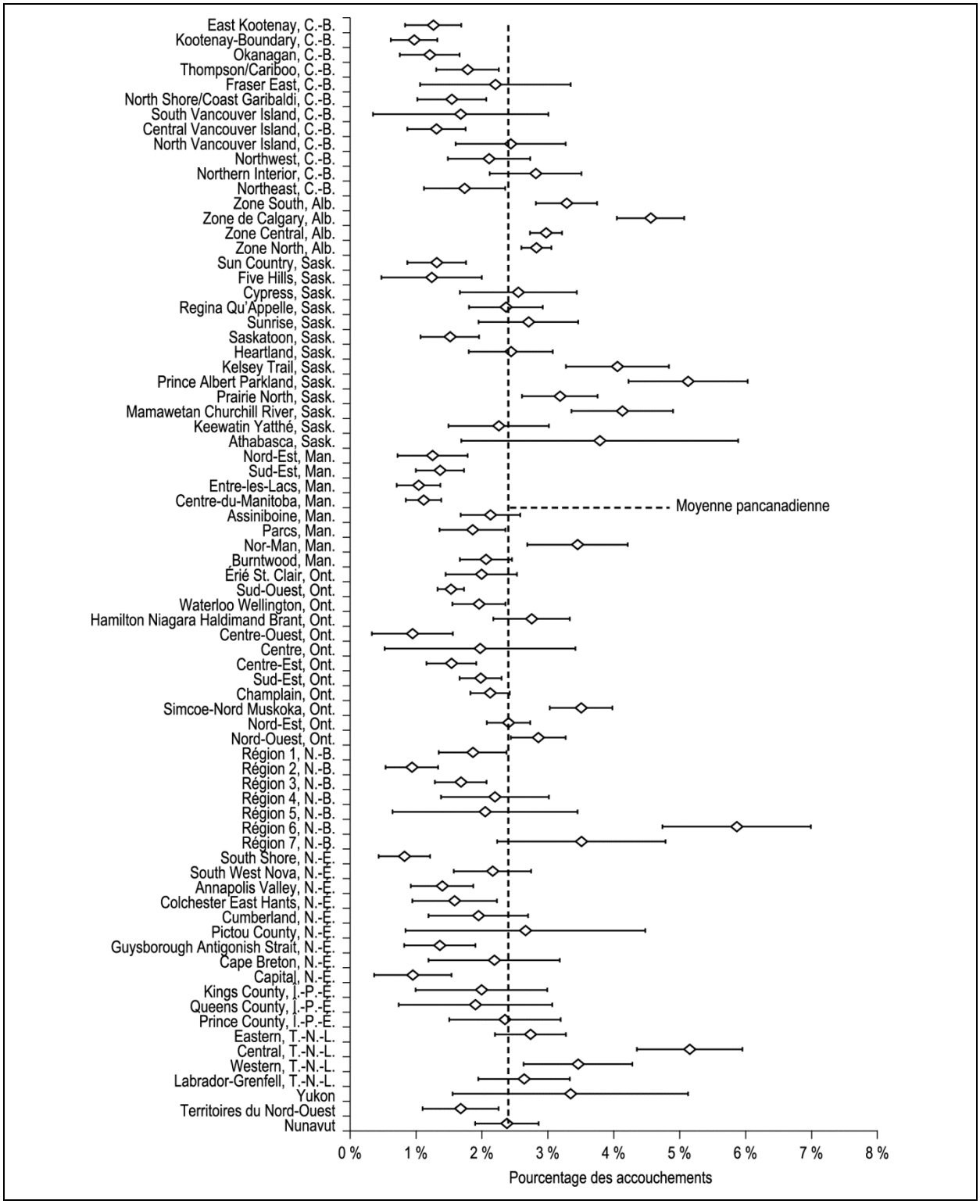
Comment les résultats pour les femmes des régions rurales varient-ils d'une région sanitaire à l'autre au Canada?

La section suivante présente les variations observées entre régions sanitaires en ce qui a trait aux résultats pour les mères vivant en région rurale et leurs nourrissons.

Morbidité maternelle grave

La figure 12 montre une variation considérable du taux non ajusté de morbidité maternelle grave chez les femmes des régions rurales d'une région sanitaire à l'autre au Canada. Aucune tendance claire ne se dégage, mais on a observé des taux élevés dans plusieurs régions de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que dans toutes les régions de l'Alberta, tandis que plusieurs régions de l'Ontario, du Manitoba, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse affichaient des taux faibles. Les femmes des régions rurales des Territoires du Nord-Ouest présentaient aussi un faible taux de morbidité maternelle grave.

Figure 12 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions rurales entraînant une morbidité maternelle grave, par région sanitaire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

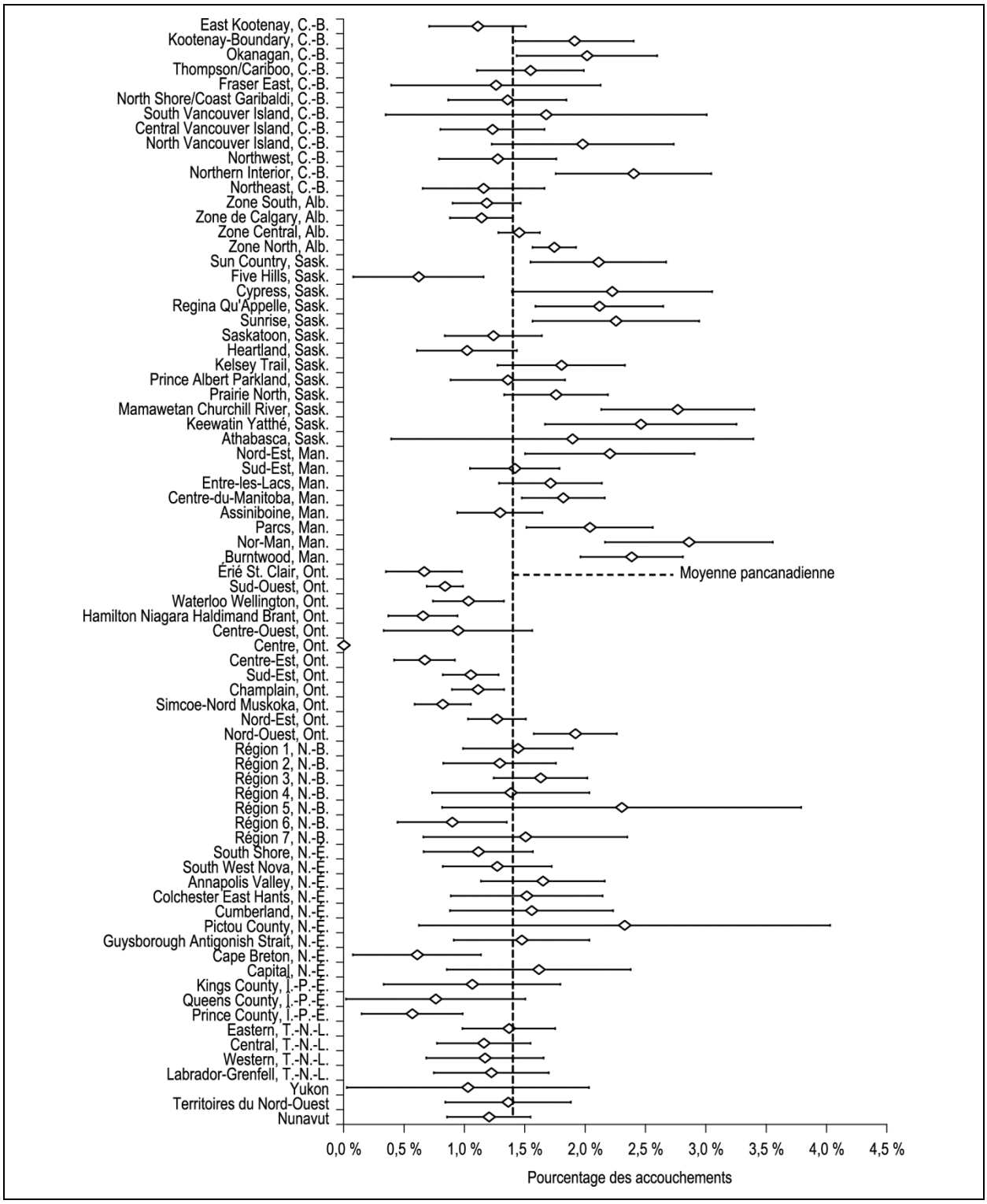
Les auteurs d'une étude portant sur la morbidité maternelle grave entre 2003 et 2007 ont relevé un taux global de 13,8 cas de morbidité grave par 1 000 accouchements au Canada. Cinq provinces ou territoires présentaient des taux considérablement plus élevés qu'ailleurs au pays : Terre-Neuve-et-Labrador, la Saskatchewan, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut[75]. Ces résultats ne sont pas directement comparables à ceux présentés à la figure 12, qui ne tiennent compte que des accouchements chez les femmes des régions rurales.

Réadmission maternelle imprévue

La figure 13 montre une variation des taux non ajustés de réadmission imprévue, par région sanitaire, chez les femmes des régions rurales du Canada. La plupart des régions de l'Ontario affichaient de faibles taux de réadmission; la région du Nord-Ouest était la seule présentant un taux élevé dans cette province. La plupart des régions du Manitoba et plusieurs régions de la Saskatchewan affichaient des taux élevés de réadmission.

On a démontré que les taux de réadmission maternelle varient considérablement entre les provinces et territoires, chez les femmes ayant accouché par césarienne comme celles ayant accouché par voie vaginale[5, 75]. Ces différences régionales pourraient résulter en partie de variations dans la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement, les politiques d'admission ou la disponibilité des services en consultation externe ou communautaires[5].

Figure 13 : Pourcentage des accouchements chez les femmes des régions rurales ayant fait l'objet d'une réadmission maternelle imprévue, par région sanitaire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Naissances prématurées

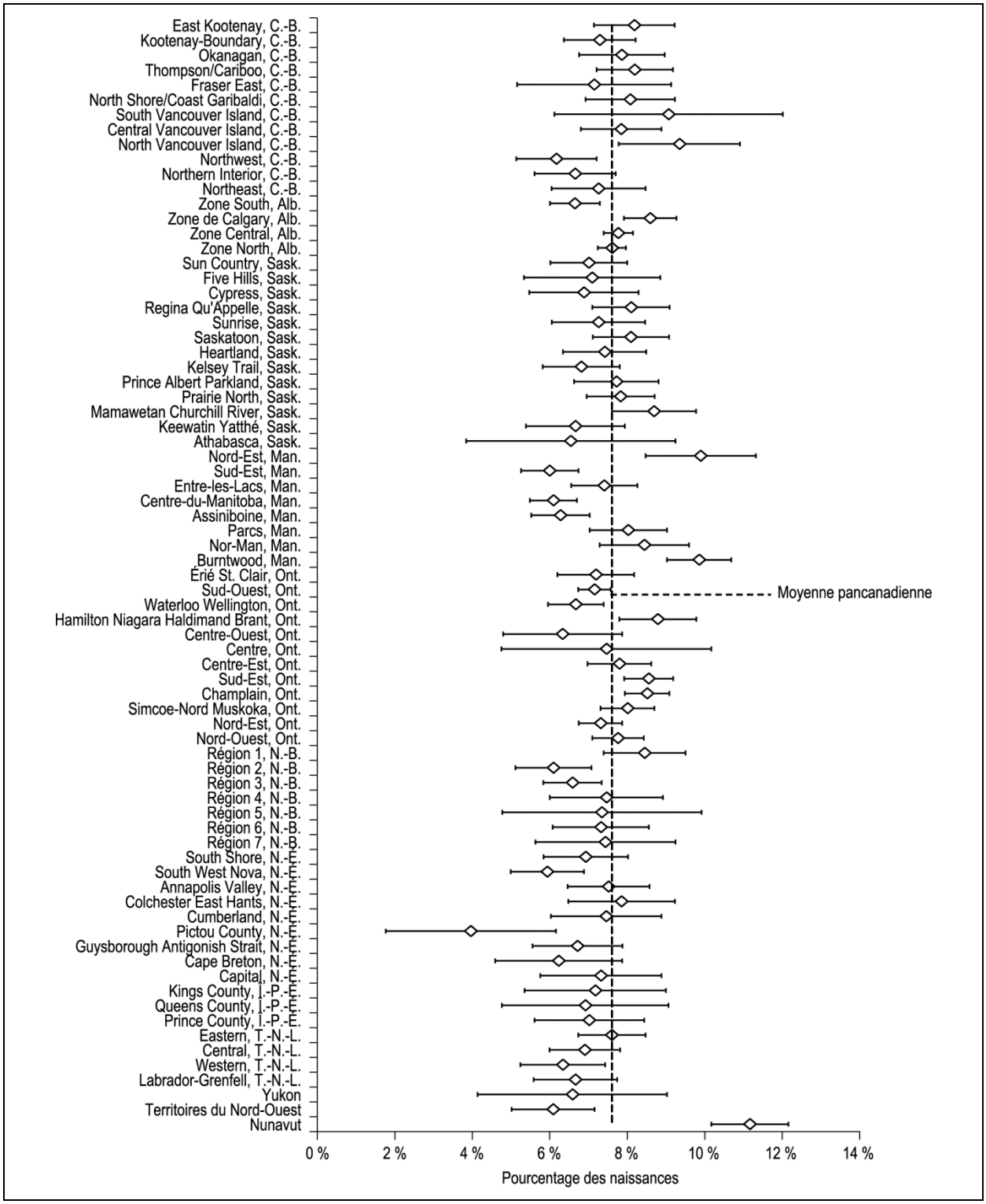
Les taux de naissances prématurées chez les femmes des régions rurales semblent varier très peu d'une région à l'autre (figure 14). On constate toutefois que les nouveau-nés des femmes des régions rurales des Territoires du Nord-Ouest étaient moins susceptibles de naître prématurément, tandis que ceux du Nunavut l'étaient davantage. Dans les provinces, 11 régions affichaient de faibles taux de naissances prématurées, tandis que 7 présentaient des taux élevés. Les régions sanitaires suivantes affichaient de faibles taux :

- Western, Terre-Neuve-et-Labrador;
- South West, Nouvelle-Écosse;
- Pictou County, Nouvelle-Écosse;
- Région 2, Nouveau-Brunswick;
- Région 3, Nouveau-Brunswick;
- Waterloo Wellington, Ontario;
- Sud-Est, Manitoba;
- Centre-du-Manitoba, Manitoba;
- Assiniboine, Manitoba;
- Zone South, Alberta;
- Northwest, Colombie-Britannique.

Les régions suivantes affichaient des taux élevés :

- Hamilton Niagara Haldimand Brant, Ontario;
- Sud-Est, Ontario;
- Champlain, Ontario;
- Nord-Est, Manitoba;
- Burntwood, Manitoba;
- Zone de Calgary, Alberta;
- North Vancouver Island, Colombie-Britannique.

Figure 14 : Pourcentage de naissances prématurées chez les femmes des régions rurales, par région sanitaire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

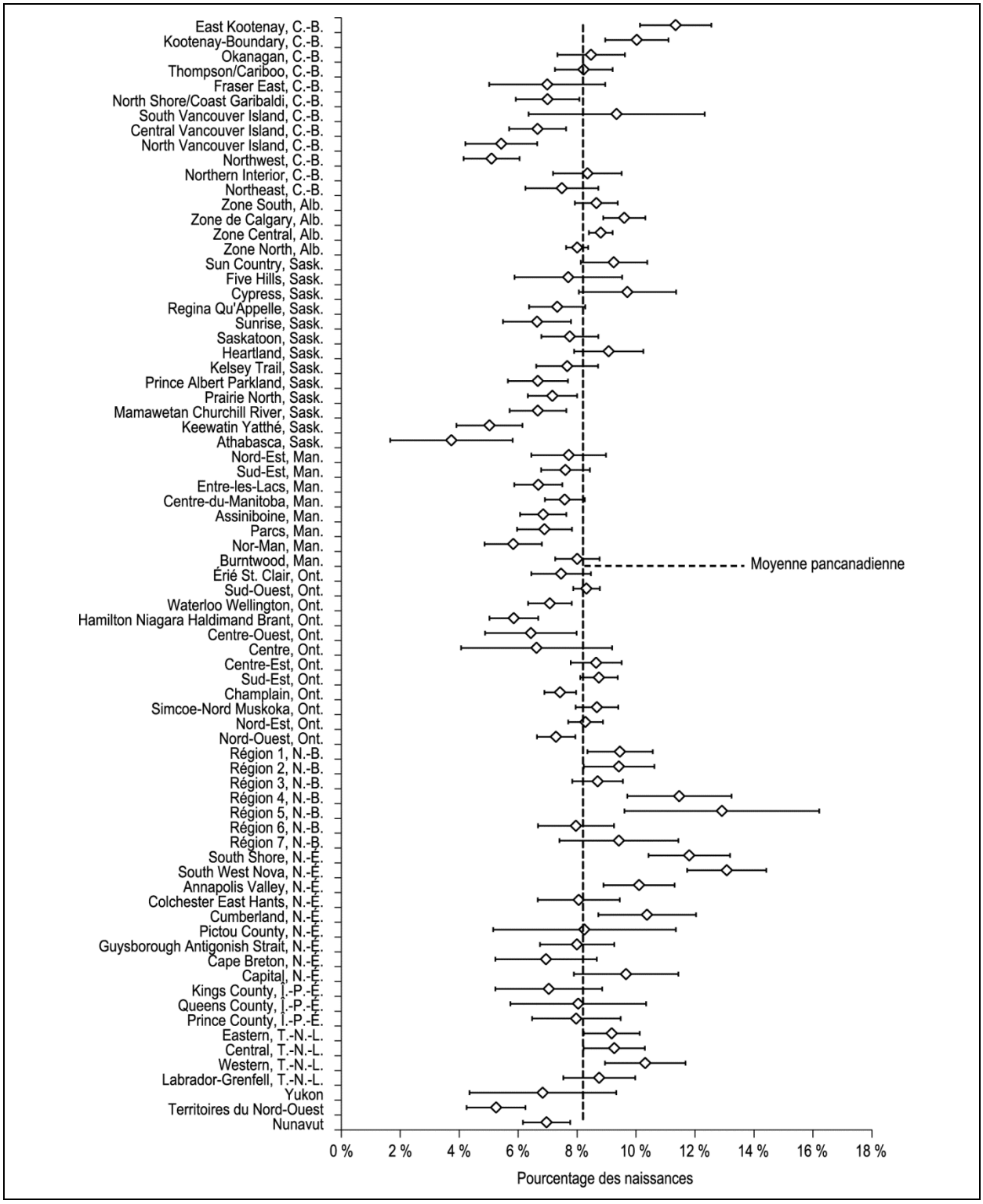
Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel

La figure 15 montre une variation considérable des taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel d'une région sanitaire à l'autre au Canada, chez les mères des régions rurales. Parmi les territoires, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest présentaient de faibles taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel. Parmi les provinces, plusieurs régions de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta présentaient des taux élevés de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel. Une tendance s'observait parmi les régions de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan, où les taux étaient faibles.

Nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel

Une variation considérable des taux de nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel a été observée d'une région sanitaire à l'autre (figure 16). Les Territoires du Nord-Ouest affichaient un taux élevé de nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel. La plupart des régions du Manitoba et de la Saskatchewan présentaient aussi des taux élevés, tandis que les taux étaient faibles dans toutes les régions de l'Alberta et plusieurs régions de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick.

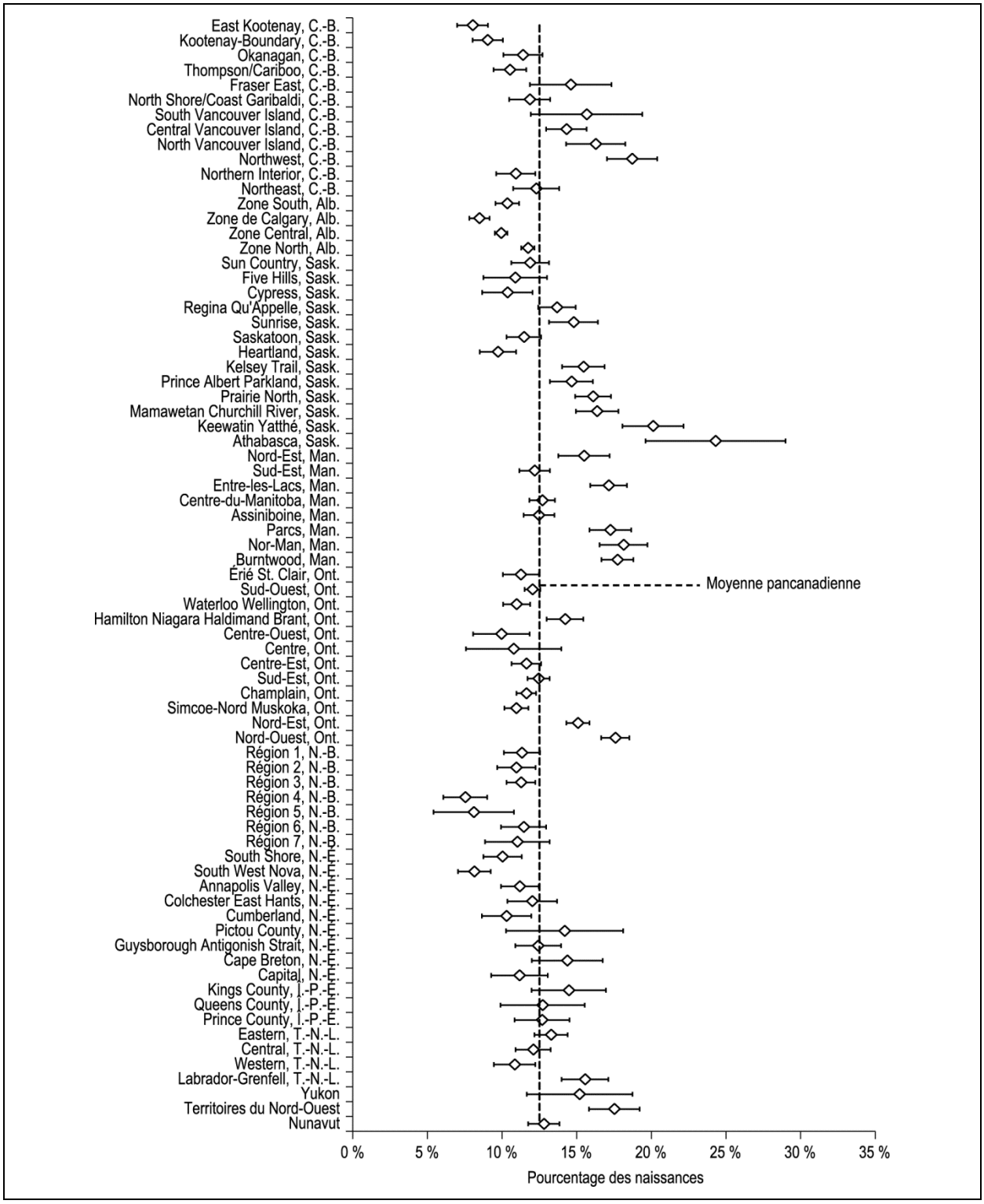
Figure 15 : Pourcentage de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel parmi les naissances chez les femmes des régions rurales, par région sanitaire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 16 : Pourcentage de nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel parmi les naissances chez les femmes des régions rurales, par région sanitaire, de 2007-2008 à 2011-2012



Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Portrait 4 : Perspective d'une mère vivant dans une région rurale de l'Alberta

Christine habite dans une région rurale de l'Alberta avec son mari et ses trois enfants. Ils possèdent une exploitation agricole mixte de 1 000 acres où ils élèvent du bétail et cultivent une variété de céréales. Christine, 38 ans, participe activement à l'exploitation tout en attendant son quatrième enfant. Elle a donné naissance à ses deux premiers enfants dans un petit hôpital à une heure de chez elle, mais a dû se rendre à Edmonton pour son dernier accouchement en raison de saignements au cours du dernier trimestre. Elle espère pouvoir accoucher à l'hôpital local, car la date prévue tombe durant les récoltes. Si elle devait faire un séjour prolongé à Edmonton, son mari devrait probablement engager d'autres travailleurs. Ses sœurs habitent près de chez elle et lui ont offert de s'occuper des enfants pendant qu'elle sera à l'hôpital, mais Christine n'est pas certaine qu'elles pourraient les accueillir pendant trois ou quatre semaines.

Étant donné son âge, elle craint que cette grossesse soit encore plus risquée que la précédente. Le nouveau médecin de la ville, un médecin de famille, s'est fait rassurant et elle a confiance en ses capacités. Toutefois, si une césarienne s'avérait nécessaire, Christine devrait se rendre à Edmonton en prévision de l'accouchement, un trajet de quatre heures. De plus, puisque seulement deux médecins exercent dans sa localité, elle s'inquiète que ni l'un ni l'autre ne soit disponible en cas d'urgence. Le service d'obstétrique est maintenu difficilement à l'hôpital de sa collectivité. Son ancienne médecin est d'ailleurs partie exercer dans un grand groupe de médecine familiale en banlieue d'Edmonton parce qu'elle peinait à conjuguer ses horaires de garde très chargés et sa vie de famille.

En fin de compte, lorsque le travail de Christine débute deux semaines avant la date prévue, son médecin de famille est disponible et l'assure que tout se déroule normalement et qu'elle peut demeurer à l'hôpital local. Son mari reste à ses côtés pour la soutenir pendant l'accouchement. Elle donne naissance à un garçon en santé. La sœur de Christine amène ses autres enfants à l'hôpital, où ils rencontrent leur nouveau petit frère. Christine peut retourner à la maison deux jours plus tard avec son bébé.

Les résultats pour les femmes des régions rurales varient-ils en fonction du temps de déplacement vers le lieu de l'accouchement?

Les données révèlent un lien entre le déplacement pour se rendre à l'hôpital et les résultats pour la santé. Par exemple, une étude portant sur les femmes des régions rurales de la Colombie-Britannique ayant dû voyager plus d'une heure pour se rendre à un service de maternité où l'on pratiquait des césariennes a révélé des taux élevés de déclenchement artificiel du travail pour des raisons logistiques, ainsi qu'un nombre accru d'accouchements hors hôpital non planifiés[8]. Ces mères vivant en région rurale présentaient des résultats moins favorables que ceux des mères vivant en région urbaine. On a observé des taux accrus de mortalité périnatale et, pour les naissances vivantes, des séjours prolongés à l'unité de soins intensifs néonatals.

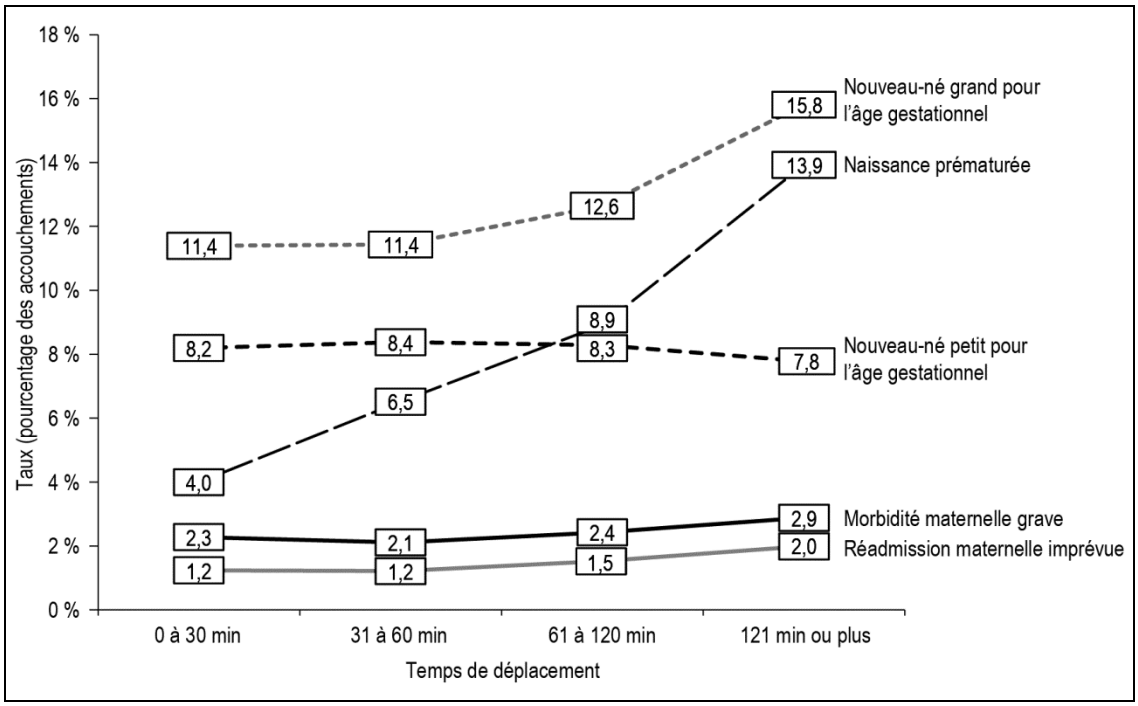
La figure 17 présente les taux non ajustés pour les cinq résultats inclus dans le rapport. Elle ne semble indiquer aucun lien évident entre le temps de déplacement des femmes des régions rurales en vue de l'accouchement et les résultats à la naissance, sauf en ce qui concerne les nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel et les naissances prématurées. On remarque en effet une augmentation du taux de nouveau-nés grands pour l'âge gestationnel chez les femmes des régions rurales lorsque le temps de déplacement dépasse les deux heures (15,8 %). L'augmentation du taux de naissances prématurées en fonction du temps de

déplacement pourrait témoigner d'un dépistage réussi des facteurs de risque de naissance prématurée (comme les saignements), suivi d'une orientation des femmes concernées vers un hôpital à l'extérieur de leur collectivité qui offre les services nécessaires. En revanche, une telle augmentation pourrait indiquer que les longs trajets avant d'accoucher présentent un risque durant la grossesse. Les données disponibles dans le cadre du présent rapport ne permettent pas de confirmer l'une ou l'autre de ces explications.

Lorsque l'on compare les accouchements qui se sont déroulés dans un hôpital proche du domicile en région rurale (durée du trajet maximal de 30 minutes) et les accouchements en région urbaine, on remarque que le taux de réadmissions imprévues de la mère était similaire (1,2 % dans les deux cas). Toutefois, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel était plus faible dans les cas d'accouchement s'étant déroulé proche du domicile en région rurale (8,2 %) que dans les cas d'accouchement en région urbaine (10,3 %).

Le taux de réadmission était semblable pour les femmes des régions rurales ayant accouché dans un hôpital en milieu rural près de chez elles (temps de déplacement d'au plus 30 minutes) et celles ayant accouché dans un hôpital en milieu urbain. Le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel était plus faible pour les accouchements dans un hôpital en milieu rural près du domicile de la mère que pour les accouchements dans un hôpital en milieu urbain.

Figure 17 : Résultats pour les mères vivant en région rurale et leurs nourrissons, selon le temps de déplacement en vue de l'accouchement, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



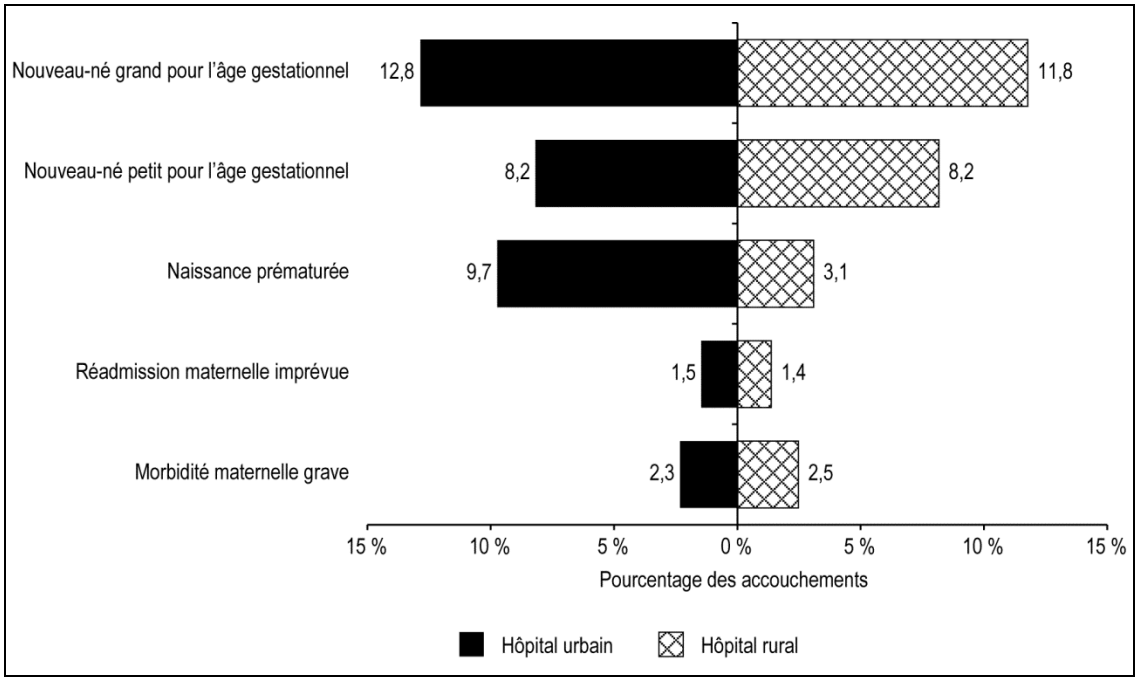
Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Les longs trajets en vue de l'accouchement posent également des difficultés d'ordre pratique et émotionnel. La nécessité de s'absenter du travail et les pertes de revenu qui en découlent, de même que les dépenses liées au transport et à l'hébergement, peuvent avoir des conséquences financières fâcheuses. En outre, il peut être très stressant pour la mère d'être loin de sa famille et de ses amis à un moment où elle a besoin de soutien social. Parmi les répondantes à l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité qui ont dû se déplacer vers une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher, 14 % des femmes ayant dû parcourir plus de 100 km pour accoucher ont qualifié leur expérience de déplacement « très négative », contre seulement 2 % des femmes ayant parcouru 100 km ou moins. Une enquête réalisée auprès des femmes en Colombie-Britannique a révélé que celles qui ont dû effectuer un trajet de plus d'une heure pour accéder aux services de maternité étaient sept fois plus susceptibles de vivre un stress modéré ou intense que les femmes ayant accès aux services localement[76].

Les résultats pour les femmes des régions rurales varient-ils selon qu'elles accouchent dans un hôpital en milieu rural ou urbain?

Le taux de naissances prématurées était plus élevé chez les femmes des régions rurales ayant accouché dans un hôpital en milieu urbain que chez celles ayant accouché dans un hôpital en milieu rural (9,7 % contre 3,1 %; figure 18). Cet écart pourrait s'expliquer par le transfert vers un centre urbain de femmes dont le travail est prématuré ou qui présentent d'autres complications. La fréquence des autres résultats à la naissance était semblable, que les accouchements aient eu lieu dans un hôpital en milieu rural ou urbain.

Figure 18 : Résultats pour les mères vivant en région rurale et leurs nourrissons, selon le milieu urbain ou rural de l'hôpital où a eu lieu l'accouchement, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2011-2012



Source
Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Conclusion

Les femmes qui donnent naissance dans les hôpitaux du Canada sont très dispersées sur le plan géographique, 18 % d'entre elles vivant dans des régions rurales et éloignées. Le rapport conclut notamment que les femmes des régions rurales sont plus susceptibles que les femmes des régions urbaines de souffrir d'une morbidité maternelle grave, d'être réadmises à l'hôpital après leur congé et d'accoucher d'un nourrisson grand pour l'âge gestationnel, après ajustement en fonction du profil socioéconomique et des caractéristiques de l'accouchement. Environ les deux tiers des femmes vivant en région rurale se sont rendues dans des hôpitaux en milieu urbain pour accoucher. Une femme de région rurale sur six a dû effectuer un trajet de plus de deux heures pour se rendre à l'hôpital en vue de l'accouchement. Les déplacements prolongés étaient associés à des taux accrus de naissances prématurées. Le taux de naissances prématurées chez les femmes des régions rurales était également élevé pour les accouchements dans des hôpitaux en milieu urbain, comparativement aux hôpitaux en milieu rural. Ces constatations pourraient témoigner d'un dépistage efficace des grossesses à risque en milieu rural et de l'orientation des femmes concernées vers des hôpitaux loin de chez elles dotés de spécialistes et de technologies avancées. Malheureusement, les données administratives sur lesquelles est fondé le rapport ne permettent pas d'expliquer de telles corrélations. Les données semblent toutefois indiquer que le système de prise en charge des femmes enceintes en milieu rural et de leurs nouveau-nés fonctionne, ou qu'il permet d'obtenir des résultats positifs à la naissance tant chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines.

Bien que les résultats globaux soient rassurants, le rapport révèle des variations importantes des résultats pour la mère et le nourrisson dans les 75 régions sanitaires de l'étude. Les administrateurs du système de santé doivent relever des défis considérables pour mettre en place des systèmes de soins obstétricaux et néonatals qui répondent aux besoins des collectivités rurales et éloignées. L'examen des résultats pour la santé à l'échelle des régions sanitaires peut orienter la réflexion des planificateurs au sujet des politiques relatives à la pratique clinique, au personnel, aux infrastructures, au transport, au triage et à d'autres enjeux ayant une incidence sur l'accès aux services de maternité et les résultats à la naissance. De nombreux facteurs sont à l'origine des variations provinciales et territoriales des résultats pour la mère et le nourrisson; or, la présente analyse ne porte que sur quelques-uns d'entre eux. Une étude ciblée à l'échelle locale est nécessaire pour mieux comprendre l'écart entre les résultats particuliers dans une province ou un territoire et la moyenne pancanadienne.

Annexe : Rapports de cotes et intervalles de confiance relatifs aux résultats pour la mère et le nouveau-né

Tableau A.1 : Rapports de cotes et intervalles de confiance relatifs aux résultats pour la mère, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2010-2011

	Morbidité maternelle grave		Réadmission imprévue	
	Rapport de cotes ajusté	IC 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC 95 %
Régions rurales (contre régions urbaines)	1,4	1,3-1,4	1,2	1,1-1,2
Moins de 20 ans (contre 20-34 ans)	1,5	1,4-1,5	1,4	1,4-1,5
35-39 ans (contre 20-34 ans)	1,1	1,1-1,2	1,0	1,0-1,0
40 ans ou plus (contre 20-34 ans)	1,4	1,3-1,4	1,1	1,0-1,2
2e quintile IDM (contre 1er quintile)	0,9	0,9-1,0	1,0	0,9-1,0
3e quintile IDM (contre 1er quintile)	0,9	0,9-1,0	1,0	0,9-1,0
4e quintile IDM (contre 1er quintile)	1,0	0.9-1,0	1,0	0,9-1,1
5e quintile IDM (contre 1er quintile)	1,1	1,1-1,2	1,2	1,1-1,2
Diabète et hypertension (contre aucune affection)	1,9	1,8-2,1	2,5	2,2-2,7
Diabète préexistant (contre aucune affection)	1,2	1,0-1,4	1,9	1,6-2,2
Diabète gestationnel (contre aucune affection)	0,9	0,9-1,0	1,1	1,0-1,2
Hypertension préexistante (contre aucune affection)	2,1	1,9-2,4	2,3	2,0-2,7
Hypertension gestationnelle (contre aucune affection)	1,8	1,8-1,9	1,9	1,8-2,0
Naissance multiple (contre naissance unique)	2,1	2,0-2,2	1,7	1,6-1,9
Déclenchement artificiel du travail	1,2	1,1-1,2	1,3	1,2-1,3
Accouchement vaginal assisté (contre vaginal spontané)	1,8	1,7-1,9	1,5	1,4-1,6
Césarienne (contre accouchement vaginal spontané)	3,1	3,0-3,2	2,0	2,0-2,1

Remarque

IDM : indice de défavorisation matérielle.

Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau A.2 : Rapports de cotes et intervalles de confiance relatifs aux résultats pour le nouveau-né, provinces et territoires sélectionnés, de 2007-2008 à 2010-2011

	Petit pour l'âge gestationnel		Grand pour l'âge gestationnel		Prématuré	
	Rapport de cotes ajusté	IC 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC 95 %	Rapport de cotes ajusté	IC 95 %
Régions rurales (contre régions urbaines)	0,7	0,7-0,7	1,4	1,4-1,4	0,9	0,9-1,0
Moins de 20 ans (contre 20-34 ans)	1,1	1,1-1,2	0,9	0,9-0,9	1,2	1,2-1,3
35-39 ans (contre 20-34 ans)	0,9	0,9-1,0	1,1	1,1-1,1	1,0	1,0-1,0
40 ans ou plus (contre 20-34 ans)	1,1	1,0-1,1	1,0	1,0-1,0	1,1	1,1-1,2
2e quintile IDM (contre 1er quintile)	1,0	1,0-1,0	1,1	1,0-1,1	1,0	1,0-1,0
3e quintile IDM (contre 1er quintile)	1,1	1,1-1,1	1,0	1,0-1,0	1,0	1,0-1,0
4e quintile IDM (contre 1er quintile)	1,2	1,2-1,3	1,0	1,0-1,0	1,0	1,0-1,1
5e quintile IDM (contre 1er quintile)	1,3	1,3-1,3	1,0	1,0-1,0	1,1	1,1-1,2
Diabète et hypertension (contre aucune affection)	1,2	1,1-1,2	2,6	2,4-2,7	5,5	5,3-5,8
Diabète préexistant (contre aucune affection)	0,5	0,4-0,5	5,1	4,9-5,4	4,8	4,5-5,1
Diabète gestationnel (contre aucune affection)	0,9	0,8-0,9	1,7	1,7-1,7	1,5	1,5-1,6
Hypertension préexistante (contre aucune affection)	1,8	1,7-1,9	0,9	0,8-1,0	4,6	4,3-4,9
Hypertension gestationnelle (contre aucune affection)	1,6	1,6-1,7	1,0	1,0-1,0	3,2	3,1-3,3
Naissance multiple (contre naissance unique)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	16,7	16,4-17,1
Déclenchement artificiel du travail	1,2	1,2-1,2	1,1	1,1-1,1	0,6	0,6-0,7
Accouchement vaginal assisté (contre vaginal spontané)	1,2	1,2-1,2	0,9	0,8-0,9	0,7	0,6-0,7
Césarienne (contre accouchement vaginal spontané)	1,0	1,0-1,0	1,6	1,5-1,6	1,2	1,2-1,3

Remarques

IDM : indice de défavorisation matérielle.

s.o. : sans objet.

Source

Base de données sur les congés des patients, de 2007-2008 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Joseph KS, Liu S, Rouleau J, et al. Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(9):837-846.

2. Kramer MS, Platt RW, Wen SW, et al. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108(2):E35.

3. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. [Examen] [84 réf]. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006;19(12):773-782.

4. Dietz PM, England LJ, Callaghan WM, et al. A comparison of LMP-based and ultrasound-based estimates of gestational age using linked California livebirth and prenatal screening records. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21(suppl 2):62-71.

5. Agence de la santé publique du Canada. *Canadian Perinatal Health Report, 2008 Edition*. 2008. Ottawa.

6. Agence de la santé publique du Canada. *Perinatal Health Indicators for Canada 2011*. Ottawa; 2012.

7. Centres d'excellence pour la santé des femmes. *Rural, Remote and Northern Women's Health: Policy and Research Directions*. 2004.

8. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research* 2011;11:147.

9. Kornelsen J, Grzybowski S, Iglesias S. Is rural maternity care sustainable without general practitioner surgeons? *CAN J RURAL MED* 2006;11(3):218-220.

10. Kornelsen JA, Grzybowski SW. Obstetric services in small rural communities: what are the risks to care providers? *Rural & Remote Health* 2008;8(2):943-juin.

11. Rourke JT. Trends in small hospital obstetric services in Ontario. *Can Fam Physician* 1998;44:2117-2124.

12. Statistique Canada. Table 102-4516—Live births and fetal deaths, by place of birth, Canada, provinces and territories, annual, CANSIM. 2013. 15-4-2013.

13. Iglesias S, Bott N, Ellehoj E, et al. Outcomes of maternity care services in Alberta, 1999 and 2000: a population-based analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(9):855-863.

14. Reproductive Health Working Group. *Alberta Reproductive Health: Pregnancies and Births 2009*. Edmonton, AB : Santé et Mieux-être Alberta; 2009. 31-12-2009.

15. Iglesias A, Iglesias A. Bella Bella baby. *CAN J RURAL MED* 2007;12(3):181-182.

16. Institut canadien d'information sur la santé. *Giving Birth in Canada: A Regional Profile*. Ottawa, ON : ICIS; 2004.

17. Institut canadien d'information sur la santé. *Giving Birth in Canada: Providers of Maternal and Infant Care.* Ottawa, ON : CIHI; 2004.

18. Miller KJ, Couchie C, Ehman W et al. Rural maternity care. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(10):984-991.

19. Agence de la santé publique du Canada. *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa; 2009.

20. Heaman M, Kingston D, Helewa ME et al. *Perinatal Services and Outcomes in Manitoba*. Winnipeg, MB : Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba; 2012.

21. Institut canadien d'information sur la santé. *In Due Time: Why Maternal Age Matters*. Ottawa, ON : ICIS; 2011.

22. Statistique Canada. Table 102-4503 - Live births, by age of mother, Canada, provinces and territories, annual, CANSIM. 2013. 15-4-2013.

23. Katwijk VC, Peeters LL. Clinical Aspects of Pregnancy After the Age of 35 Years: A Review of the Literature. *Human Reproduction Update* 1998;4(2):185-194.

24. Bayrampour H, Heaman M. Advanced maternal age and the risk of cesarean birth: a systematic review. [Examen]. *Birth* 2010;37(3):219-226.

25. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 pt 1):983-990.

26. Fox NS, Rebarber A, Dunham SM, et al. Outcomes of multiple gestations with advanced maternal age. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22(7):593-596.

27. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I, et al. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):727-733.

28. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, et al. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1410-1418.

29. Usta IM, Nassar AH. Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. [Examen] [130 réf]. *Am J Perinatol* 2008;25(8):521-534.

30. Cunningham FG, Leveno KJ. Childbearing among older women—the message is cautiously optimistic. *N Engl J Med* 1995;333(15):1002-1004.

31. Humphrey MD. Is grand multiparity an independent predictor of pregnancy risk? A retrospective observational study. *Med J Aust* 2003;179(6):294-296.

32. Aliyu MH, Jolly PE, Ehiri JE, et al. HM. High parity and adverse birth outcomes: exploring the maze. [Examen] [79 réf]. *Birth* 2005;32(1):45-59.

33. Lisonkova S, Janssen PA, Sheps SB, et al. The effect of maternal age on adverse birth outcomes: does parity matter? *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(6):541-548.

34. Joseph KS, Liston RM, Dodds L, et al. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. *CMAJ* 2007;177(6):583-590.

35. Luo ZC, Kierans WJ, Wilkins R, et al. Disparities in birth outcomes by neighborhood income: temporal trends in rural and urban areas, british columbia. *Epidemiology* 2004;15(6):679-686.

36. Wilkins R, Sherman J, Best PA. Birth Outcomes and Infant Mortality by Income in Urban Canada, 1986. *Health Reports* 1991;3(1):7-31.

37. Wilkins R, Berthelot JM, Ng E. Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada from 1971-1996. *Health Reports* 2002;13(supplément 1):1-28.

38. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, et al. A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Dis Can* 2009;29(4):178-191.

39. Institut canadien d'information sur la santé. *Giving Birth in Canada: Regional Trends From 2001-2002 to 2005-2006*. Ottawa, ON : ICIS; 2007.

40. Institut canadien d'information sur la santé. *Giving Birth in Canada: The Costs*. Ottawa, ON : ICIS; 2006.

41. SOGC Advisory. *C-Sections on Demand—SOGC's position*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2004.

42. Martel MJ, MacKinnon CJ, Clinical Practice Obstetrics Committee SoOaGoC. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(2):164-188.

43. Clinical Practice Obstetrics Committee, Maternal Fetal Medicine Committee, Delaney M, et al. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(9):800-823.

44. Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction: present concerns and future strategies. *Obstet Gynecol* 2002;100(1):164-167.

45. Kornelsen J, Moola S, Grzybowski S. Does distance matter? Increased induction rates for rural women who have to travel for intrapartum care. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(1):21-27.

46. Kornelsen J, Grzybowski S. The reality of resistance: the experiences of rural parturient women. *J Midwifery Womens Health* 2006;51(4):260-265.

47. Kornelsen J, Moola S, Grzybowski S. Geographic induction of rural parturient women: is it time for a protocol?. [Examen] [35 réf]. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(7):583-585.

48. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. A National Birthing Initiative for Canada: An inclusive, integrated and comprehensive pan-Canadian framework for sustainable family-centered maternity and newborn care. Ottawa; 2008.

49. Sondage national des médecins. National Physician Survey: Family Physicians 2010. 2010. 27-11-2012.

50. Consortium canadien des ordres de sages-femmes. Legal Status of Midwifery in Canada. 2012. 12-11-2012.

51. Association canadienne des sages-femmes. Canadian Association of Midwives: The World Needs Midwives Now More Than Ever! 2010. 12-11-0012.

52. Institut canadien d'information sur la santé. *The Evolving Role of Canada's Family Physicians 1992-2001*. Ottawa, ON : ICIS; 2004.

53. Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Returning Birth to Aboriginal, Rural and Remote Communities. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(12):1186-1188.

54. Institut canadien d'information sur la santé. *All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department*. Ottawa, ON : ICIS; 2012.

55. Institut canadien d'information sur la santé. *Giving Birth in Canada: Too Early, Too Small: A Profile of Small Babies Across Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.

56. Kramer MS, Demissie K, Yang H, et al. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *JAMA* 2000;284(7):843-849.

57. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. [Examen] [112 réf]. *N Engl J Med* 1985;312(2):82-90.

58. Petrou S, Mehta Z, Hockley C, et al. The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. *Pediatrics* 2003;112(6 pt 1):1290-1297.

59. Russell RB, Green NS, Steiner CA, et al. Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States. *Pediatrics* 2007;120(1):e1-e9.

60. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. [Examen] [147 réf]. *Lancet* 2008;371(9608):261-269.

61. Kinney HC. The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: a review. [Examen] [43 réf]. *Semin Perinatol* 2006;30(2):81-88.

62. Maritz GS, Morley CJ, Harding R. Early developmental origins of impaired lung structure and function. [Examen] [64 réf]. *Early Hum Dev* 2005;81(9):763-771.

63. Nosarti C, Hultman CM, Cnattingius S, et al. Preterm birth and psychiatric outcome in adolescence and early adulthood: A study using the Swedish National Registers. *Schizophrenia Research* 2008;98(1):76.

64. Iams JD, Romero R, Culhane JF, et al. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. [Examen] [182 réf]. *Lancet* 2008;371(9607):164-175.

65. Iams JD. The epidemiology of preterm birth. [Examen] [89 réf]. *Clin Perinatol* 2003;30(4):651-664.

66. de Sanjose S., Roman E. Low birthweight, preterm, and small for gestational age babies in Scotland, 1981-1984. *J Epidemiol Community Health* 1991;45(3):207-210.

67. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. [Examen] [141 réf]. *Lancet* 2008;371(9606):75-84.

68. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, et al. Individual and community predictors of preterm birth and low birthweight along the rural-urban continuum in central Pennsylvania. *J Rural Health* 2007;23(1):42-48.

69. Valero De BJ, Soriano T, Albaladejo R, et al. Risk factors for low birth weight: a review. [Examen] [171 réf]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116(1):3-15.

70. Heaman M, Kingston D, Chalmers B, et al. Risk factors for preterm birth and small-for-gestational-age births among Canadian women. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2013;27(1):54-61.

71. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, et al. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339(20):1434-1439.

72. Statistique Canada. *Births, 2009*. Ottawa : Statistique Canada; 2012.

73. Mari G, Hanif F. Intrauterine growth restriction: how to manage and when to deliver. [Examen] [35 réf]. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50(2):497-509.

74. Agence de la santé publique du Canada. *Canadian Perinatal Health Report, 2003 Edition*. Ottawa; 2003.

75. Liu S, Joseph KS, Bartholomew S, et al. Temporal trends and regional variations in severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(9):847-855.

76. Kornelsen J, Stoll K, Grzybowski S. Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Australian Journal of Rural Health* 2011;19(1):9-14.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-195-4 (PDF)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
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*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *Hospital Births in Canada: A Focus on Women Living in Rural and Remote Areas*.
ISBN 978-1-77109-194-7 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information