

**Les soins de maternité en milieu rural :
Expériences des femmes et répercussions sur les
politiques et la pratique**

par

Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski

en collaboration avec

Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin,
Ann Pederson et Lana Sullivan

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Juillet 2005

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau. Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses ou chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Kornelsen, Jude

Les soins de maternité en milieu rural : expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique [ressource électronique] / Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski.

Publ. aussi en anglais sous le titre: Rural women's experiences of maternity care: implications for policy and practice.

Également disponible en version imprimé.

Mode d'accès: World Wide Web.

Comprend des réf. bibliogr.

Comprend un index.

No de cat.: SW21-121/2005F-PDF No de cat.: SW21-121/2005F-HTML

ISBN 0-662-74391-1 (PDF)

ISBN 0-662-74392-X (HTML)

1. Périnatalité – Colombie-Britannique.
2. Santé rurale, Services de – Colombie-Britannique.
3. Femmes enceintes – Soins médicaux – Colombie-Britannique.
4. Femmes en milieu rural – Soins médicaux – Colombie-Britannique.

I. Grzybowski, Stefan

II. Canada. Condition féminine Canada

III. Titre

RG963.C3.B74 2005 362.198'2'009711091734 C2005-980164-6

Gestionnaire de projet : Amr Elleithy et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada

Coordination de l'édition et de la traduction : Cathy Hallsesey, Condition féminine Canada

Révision et mise en page : PMF Editorial Services Inc. / PMF Services de rédaction inc.

Traduction : Lexi-Tech International

Pour d'autres renseignements, veuillez communiquer avec la :

Direction de la recherche

Condition féminine Canada

123, rue Slater, 10^e étage

Ottawa (Ontario) K1P 1H9

Téléphone : (613) 995-7835

Télécopieur : (613) 957-3359

ATME : (613) 996-1322

RÉSUMÉ

La présente recherche avait pour but de brosser un portrait des soins de maternité dispensés en milieu rural, examinés dans la perspective des femmes qui accouchent, des dispensateurs de soins, des administrateurs des soins de santé et des dirigeants locaux. Nous avons constaté que les expériences vécues par les femmes étaient tributaires des relations complexes qui découlent des attitudes et des actions des dispensateurs de soins et de l'organisation des services de santé. L'étude s'est déroulée dans un contexte marqué par de profonds bouleversements, trois des quatre lieux choisis pour l'étude ayant cessé d'offrir des services d'obstétrique durant cette période. L'absence de politiques clairement définies pour sous-tendre la prestation des soins de maternité en milieu rural se reflète par ailleurs dans la ténuité des infrastructures à l'appui des naissances locales. De ce fait, les services locaux sont exposés aux changements d'attitude des praticiens, aux événements critiques susceptibles de se produire, ainsi qu'à l'évolution du contexte social et historique de la collectivité et de sa géographie. La documentation sur l'évaluation du risque propose une démarche pouvant servir à l'interprétation de certaines conclusions.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iv
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	v
PRÉFACE	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
AU SUJET DES AUTEURS	viii
SOMMAIRE	ix
1. INTRODUCTION	1
Énoncé du problème	1
Aperçu du rapport	1
Les chercheurs	3
Concepts et terminologie.....	3
2. ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE	5
Survol de l'évaluation du risque	5
Systèmes de cotation du risque : Outils et techniques	6
Critiques de l'évaluation et de la gestion des risques appliquées aux soins de maternité	7
Évaluation des risques liés aux soins de maternité : En faveur d'une approche holistique.....	13
Sommaire.....	14
3. EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS DE MATERNITÉ LOCAUX POUR LES FEMMES DES RÉGIONS RURALES	15
Les soins de maternité en milieu rural comme thème de recherche	15
La sécurité : Qu'entend-on par des soins de maternité sécuritaires en milieu rural? ..	16
Interface entre la sécurité et le risque dans la prestation des soins de maternité en milieu rural.....	21
Qui peut dispenser des soins de maternité sécuritaires en milieu rural?	22
Incidences chez les nouveau-nés des populations rurales.....	26
Effets de l'absence de services de maternité locaux sur l'issue périnatale.....	27
Quelles sont les lacunes des recherches sur les soins de maternité en milieu rural? ...	30
Sommaire.....	31
4. PLUS PRÈS DU DOMICILE OU PLUS LOIN DES SOINS? LES SERVICES DE MATERNITÉ DANS LES RÉGIONS RURALES DE LA COLOMBIE- BRITANNIQUE	32
Méthodologie.....	32

Réforme des soins de santé au Canada	33
La régionalisation en Colombie-Britannique	34
La régionalisation et les collectivités rurales	38
Accès aux soins de maternité en milieu rural	44
Sommaire	47
5. MÉTHODOLOGIE	49
Recherche centrée sur la collectivité, groupes de discussion et entrevues semi-structurées	49
Recherche courante : Approche et méthodes	51
Sommaire	61
6. EXPÉRIENCES DES SOINS D’OBSTÉTRIQUE DES DISPENSATEURS DE SOINS, DES DIRIGEANTS LOCAUX ET DES ADMINISTRATEURS.....	63
Le contexte de l’exercice en milieu rural.....	63
Perceptions des dispensateurs de soins quant à la sécurité des soins locaux de maternité.....	68
Facteurs influençant l’offre de services locaux	69
Les défis d’exercer dans une région où les services d’obstétrique sont limités	73
Amélioration du contexte de prestation des soins de maternité locaux.....	77
Importance des naissances locales pour l’intégrité d’une collectivité.....	78
Conclusions d’un dispensateur de soins	79
Sommaire	79
7. EXPÉRIENCES DES FEMMES QUI ACCOUCHENT EN MILIEU RURAL.....	81
Le stress d’accoucher en milieu rural	81
L’importance des naissances pour une collectivité	82
Les compromis qu’exige la naissance locale.....	83
La réalité des soins pour les femmes enceintes en milieu rural.....	84
Les arguments en faveur de la naissance locale	86
Où accoucher?	89
Recevoir des soins dans une autre localité.....	94
Diminution des soins d’obstétrique locaux	99
Intégration des soins	100
Doulas	102
Questions soulevées par les femmes autochtones et des Premières Nations.....	102
Sommaire	103
8. DISCUSSION	105
Difficulté de dispenser et de recevoir des soins en milieu rural	106
L’importance des modèles interdisciplinaires des soins.....	106
Conséquences de l’absence de naissances locales.....	107
Expériences des femmes autochtones et des Premières Nations	108
Risque lié aux services d’obstétrique en milieu rural	108
Vers un nouvel équilibre.....	109
Établissement de services de maternité viables en milieu rural.....	112

9. RECOMMANDATIONS	114
Principes directeurs.....	114
Recommandations.....	115
ANNEXES	
A Carte des quatre lieux de l'étude	118
B Profils des collectivités.....	119
C Énoncés de politique et rapports ayant guidé le processus de régionalisation des services de santé de la Colombie-Britannique depuis 1990	128
D Profil statistique sommaire des collectivités	130
E Modèle d'affiche de recrutement.....	131
F Liste complète des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs recrutés.....	132
G Guide pour les entrevues de groupe / individuelles : Femmes	133
H Texte de l'entrevue : Dispensateurs de soins et administrateurs	134
I Texte de l'entrevue : Dirigeants locaux.....	135
BIBLIOGRAPHIE.....	136
NOTES EN FIN D'OUVRAGE.....	150

LISTE DES TABLEAUX

1	Nombre d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles, par lieu d'étude	56
2	Lieu de naissance des habitants d'Alert Bay	120
3	Lieu de naissance des habitants de Sparwood	122
4	Lieu de naissance des habitants d'Elkford.....	122
5	Lieu de naissance des habitants des îles de la Reine-Charlotte	124
6	Lieu de naissance des habitants de Port Hardy	126
7	Lieu de naissance des habitants de Port McNeill	127

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

NPD	Nouveau Parti démocratique
PHSA	Provincial Health Services Authority (autorité provinciale des services de santé)
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
UBC	Université de la Colombie-Britannique
VIHA	autorité sanitaire de l'Île de Vancouver

PRÉFACE

Une bonne politique gouvernementale est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche comparative entre les sexes sur des enjeux liés aux politiques gouvernementales qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser les débats publics sur les enjeux liés à l'égalité entre les sexes afin de permettre aux personnes, aux groupes, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux analystes des politiques de participer plus efficacement à l'élaboration de politiques équitables.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent rapport de recherche fait suite à un appel de propositions lancé en septembre 2002, sous le thème « La restructuration économique du Canada rural : répercussions des politiques publiques sur les femmes des régions rurales ». D'autres recherches financées par Condition féminine Canada sur le même thème examinent, par exemple : le soins de longue durée et les effets du système de classification des cas sur les soignantes dans les établissements ruraux, les soins obstétricaux dans les collectivités rurales de la Colombie-Britannique, une analyse comparative entre les sexes de la politique agricole canadienne, les femmes des régions rurales dans l'industrie forestière et l'agroalimentaire au Canada, et la participation des femmes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à la nouvelle économie.

Une liste complète des projets de recherche financés dans le cadre de cet appel de propositions se trouve à la fin du présent rapport.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

REMERCIEMENTS

Un grand nombre de personnes ont participé à ce projet et nous tenons à les remercier profondément et chaleureusement. Lana Sullivan, coordonnatrice du projet, qui a su respecter l'essence de notre approche en matière de recherche, par l'attention particulière qu'elle a portée à l'établissement de liens adéquats avec les collectivités choisies pour notre recherche. Son souci inégalé du détail dans l'organisation de la recherche et son approche rigoureuse en matière de collecte des données furent très appréciés. De même, Catlin Rideout s'est révélée une adjointe de recherche hors pair, avec qui il fut très agréable de travailler sur le terrain. Les orientations judicieuses proposées par Ann Pederson dans le domaine des politiques en matière de santé témoignaient d'une acuité remarquable et furent capitales à notre analyse globale du sujet. Liz Cooper et Michael Anhorn dont la contribution remarquable au présent document témoigne d'une incroyable capacité de s'adapter rapidement à un nouveau domaine de recherche très vaste. Outre les contributions discrètes de chaque membre de l'équipe, nous ne saurions passer sous silence l'esprit de collaboration qui a régné tout au long du projet et qui a permis de dégager une compréhension multidisciplinaire vraiment intégrée de l'expérience des soins de maternité en milieu rural.

Nous tenons également à remercier nos établissements respectifs, le Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique et le *Centre of Excellence for Women's Health* de la Colombie-Britannique, ainsi que nos collègues. L'appui soutenu qu'ils ont manifesté au modèle de recherche transdisciplinaire auquel nous aspirions a favorisé l'établissement d'un partenariat solide et véritable, qui a contribué à notre compréhension des soins de maternité en milieu rural.

Enfin, nos remerciements les plus sincères vont aux femmes et à leurs partenaires, aux dispensateurs de soins, ainsi qu'aux membres et aux administrateurs des collectivités visitées, qui nous ont relaté volontiers leurs expériences et dont les précieux commentaires sur le sujet nous ont permis d'examiner, en toute humilité mais aussi en meilleure connaissance de cause, les questions, les difficultés et les succès liés à la prestation des soins de maternité en milieu rural. Nous avons tenté de présenter un portrait fidèle de leurs expériences en respectant le contexte dans lequel elles se sont produites.

Jude Kornelsen et Stefan Grzybowski¹
chercheurs principaux

AU SUJET DES AUTEURS

Jude Kornelsen est sociologue. Elle a réalisé de nombreuses études subventionnées, sur les conditions sociales des soins de maternité. Ses recherches actuelles portent notamment sur les expériences des soins de maternité vécues par les femmes des régions rurales, les répercussions des récentes décisions politiques sur ces expériences, les expériences des soins de maternité vécues par les femmes autochtones des milieux ruraux, ainsi que sur l'attitude des femmes envers les césariennes pratiquées à la demande. M^{me} Kornelsen est agrégée de recherche auprès du *Centre of Excellence for Women's Health* de la Colombie-Britannique et professeure adjointe en clinique au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est également codirectrice de l'équipe Rural Maternity New Emerging Team².

Le D^r Stefan Grzybowski est chercheur en médecine familiale et directeur de la recherche au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) (professeur agrégé). Il a exercé la médecine rurale pendant douze ans sur les îles de la Reine-Charlotte (Haïda Gwaii), en Colombie-Britannique, avant de venir à UBC. Il travaille à consolider la capacité de recherche en médecine familiale et s'intéresse depuis longtemps à la recherche sur la sécurité des soins de maternité dispensés en milieu rural. Le D^r Grzybowski est codirecteur de la Rural Maternity New Emerging Team.

SOMMAIRE

La présente étude avait pour but d'examiner les expériences des soins de maternité vécues par les femmes des régions rurales, dans le contexte de la restructuration et de la régionalisation des soins de santé. Partant d'un modèle de recherche qualitative axée sur la communauté, nous avons interviewé 45 femmes, 27 dispensateurs de soins, cinq administrateurs des soins de santé et trois dirigeants locaux de quatre collectivités rurales de la Colombie-Britannique, dans le but de déterminer les répercussions du modèle actuel de prestation des soins de maternité sur les femmes et leur famille.

Corpus de données sur les soins de maternité en milieu rural

Un certain nombre d'études, ayant comparé les résultats de différents groupes d'hôpitaux répartis en fonction de leur taille ou du bassin de population qu'ils desservent, ont donné des résultats contradictoires. En Norvège et en Allemagne, par exemple, les pires résultats ont été observés dans les petits hôpitaux ou dans les populations desservies par de petits hôpitaux; toutefois, la prudence s'impose avant de généraliser les conclusions de ces études au contexte canadien des soins de santé. À l'opposé, deux études canadiennes de plus faible envergure ont révélé que l'issue de la grossesse n'était pas pire dans les populations desservies par de petits hôpitaux, que dans les populations desservies par des hôpitaux plus grands, offrant des soins plus spécialisés. Plus important encore, des études réalisées dans des régions rurales des États de la Floride et de Washington ont révélé que l'issue pour le bébé était en fait *pire* dans les populations qui n'avaient pas accès localement à des services d'obstétrique que chez celles qui y avaient accès, et ce sans égard au lieu de l'accouchement.

De même, des recherches récentes viennent mettre en doute une hypothèse de longue date selon laquelle l'issue de la grossesse est reliée, en partie, au volume d'accouchements pratiqués par les dispensateurs de soins, ce qui permet d'apaiser les inquiétudes au sujet de la capacité des praticiens ruraux de maintenir leurs compétences et leurs aptitudes. Enfin, aucune recherche à ce jour n'a fait une analyse adéquate des coûts économiques et sociaux liés à l'absence de services de maternité dans les collectivités rurales.

Politique

La Colombie-Britannique n'a pas de lignes directrices exhaustives intégrées régissant la planification et la gestion des soins de maternité en régions rurales. Or bien qu'on ignore toujours les conséquences réelles de l'absence de soins de maternité locaux, on décide malgré tout d'interrompre la prestation de services locaux pour satisfaire à des impératifs financiers et aux préférences et aux craintes de certains dispensateurs de soins. Ces décisions vont pourtant tout à fait à l'encontre de l'esprit de la politique nationale sur les soins de maternité en milieu rural, selon laquelle les femmes devraient le plus possible être en mesure d'accoucher dans leur milieu.

L'évolution des structures organisationnelles, ainsi que des priorités et procédures en matière de planification, conjuguée aux compressions financières, ont créé un environnement

complexe pour les femmes, leur famille et celles et ceux qui leur dispensent des soins durant la période périnatale. La vision, qui avait été définie dans les documents de politique publiés par la Colombie-Britannique au début des années 1990 et qui prônait la prestation de soins « plus près du domicile », ne s'est pas concrétisée. Dans le cas des services de maternité en régions rurales, l'accès est devenu au contraire inégal et instable et tributaire des caprices des dispensateurs de soins et des autorités locales. Au fil des ans, une place moindre a été réservée à la responsabilité politique dans les mandats confiés aux autorités sanitaires, et les nouveaux mécanismes de responsabilisation mis en place ont réduit la participation des citoyens à la prise des décisions les concernant.

Évaluation et gestion du risque en obstétrique

Bien que notre recherche documentaire révèle que l'évaluation du risque est un outil utile dans les cas qui comportent véritablement des risques élevés, l'efficacité de cet outil est au mieux discutable lorsqu'il est appliqué aux femmes enceintes en général. Ceci est dû en partie au fait que cet outil ne tient pas compte des effets positifs, ou négatifs, des facteurs psychosociaux sur l'évolution de la grossesse et qu'il accorde trop d'importance à l'évaluation des facteurs de risque, sans prendre en compte également les facteurs psychosociaux et autres facteurs susceptibles d'atténuer ces risques. Le modèle actuel d'évaluation des risques, qui est basé sur les facteurs biophysiques ayant une incidence négative sur l'issue de la grossesse, est jugé incomplet, car la grossesse est un état complexe dans lequel interviennent des facteurs biophysiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels. Aussi l'évaluation du risque doit-elle intégrer et examiner plus à fond les effets de tous ces facteurs ainsi que les interactions complexes entre eux.

Conclusions

Les résultats des entrevues et des groupes de discussion que nous avons réalisés auprès des dispensateurs de soins, des administrateurs et des dirigeants locaux ont fait ressortir les difficultés qu'éprouvent les praticiens à maintenir leurs aptitudes et leurs compétences, compte tenu du faible volume d'accouchements qui sont pratiqués dans la plupart des petites collectivités, ainsi que les effets qui en résultent sur la viabilité des services. À cette prise de conscience s'oppose le constat selon lequel, malgré toutes les difficultés, il continuera d'y avoir des femmes enceintes et des accouchements en milieu rural, tant que des familles continueront d'y vivre. Les participantes et participants ont clairement exposé leurs vues sur la sécurité des soins de maternité en l'absence de services pouvant pratiquer des césariennes, ainsi que sur la manière dont cette lacune et d'autres facteurs influent sur la viabilité des services locaux de maternité. Un grand nombre ont aussi clairement indiqué ce qu'ils croyaient nécessaire pour préserver les services locaux d'obstétrique et, bien que les critères particuliers aient varié d'un praticien à l'autre, la plupart ont fait valoir l'importance d'un processus décisionnel concerté dans le domaine des services communautaires de maternité.

Les femmes enceintes qui ont participé à l'étude ont décrit la réalité des soins d'obstétrique offerts en milieu rural, en cette période marquée par la réduction des ressources. Elles ont notamment parlé du stress causé par l'incertitude entourant la nature précise des soins offerts, de la difficulté à avoir le même dispensateur de soins sur une base continue et

des problèmes financiers qu'éprouvent les femmes qui doivent obtenir des soins à l'extérieur. D'autres ont souligné l'importance des naissances pour une collectivité et leur désir d'accoucher dans leur milieu; elles ont aussi fait mention des risques et de l'évaluation des risques et reconnu que les particularités géographiques de leur lieu de résidence avaient une incidence sur l'accès aux soins. De nombreuses femmes ont aussi exprimé le souhait d'avoir accès aux soins de sages-femmes. Enfin, les participantes autochtones ont soulevé des questions particulières liées à l'accès aux soins et aux répercussions de l'absence d'accès local.

Recommandations

La présente étude fait clairement ressortir l'importance d'un programme multidisciplinaire permanent, structuré et systématique de recherche sur les soins de maternité en régions rurales, afin de recueillir d'autres données qui permettront d'examiner adéquatement les questions clés et de guider les initiatives nouvelles ou les changements à apporter aux orientations stratégiques actuelles. Les questions à examiner sont les suivantes : Quels sont les facteurs qui font obstacle à la viabilité des soins de maternité en régions rurales? Comment pourrait-on utiliser les politiques et le mode de prestation pour aplanir ces obstacles?

Des recommandations précises, fondées sur six principes directeurs, ont été formulées concernant le système de soins de santé, les dispensateurs locaux de soins et la poursuite de la recherche. Enfin, bien que cette étude porte sur une région géographique bien particulière, les recommandations qui y sont formulées peuvent s'appliquer à toute autre autorité canadienne qui éprouve des difficultés similaires dans la prestation des soins de maternité en milieu rural.

1. INTRODUCTION

Énoncé du problème

De moins en moins de services de maternité sont offerts dans les régions rurales du Canada. Ainsi, au cours des trois dernières années, 13 des 62 services de maternité ruraux de la Colombie-Britannique ont cessé d'offrir un soutien à l'accouchement à leur collectivité. Dans certains cas, cette évolution s'inscrivait dans une transformation plus globale d'un petit hôpital rural en un centre de diagnostic et de traitement ou un centre de santé; dans d'autres cas, l'hôpital a été maintenu, mais ses services ont été réduits. Les femmes enceintes de ces collectivités doivent désormais se rendre dans une autre localité pour obtenir des soins périnataux et même aussi, dans certains cas, des services prénatals. Peu de recherches ont été menées pour documenter l'expérience des femmes et des familles qui n'ont plus accès des services d'obstétrique dans leur collectivité. La présente étude avait pour but de découvrir les expériences des femmes des régions rurales, d'une manière qui nous permette de comprendre les effets sociaux et psychologiques causés par la limitation de l'accès local aux services, et les répercussions possibles de cette limitation sur l'expérience de la naissance. Les femmes ne sont toutefois pas les seules touchées par ce tourbillon de changement, lequel se répercute également sur les dispensateurs de soins d'obstétrique, pour la plupart des médecins de famille et des infirmières. Certains éprouvent un certain soulagement du fait d'être libérés de la responsabilité d'offrir des soins d'obstétrique. D'autres, par contre, sont peinés d'avoir à abandonner un volet de leur exercice qu'ils chérissaient. D'autres encore, conscients du niveau de soutien dont elles et ils ont besoin pour offrir des services en toute confiance, reconnaissent ne plus avoir de choix puisque ce soutien n'est plus là, et ils se consolent en se disant qu'ils ne peuvent faire plus.

Aperçu du rapport

Qu'est-ce qui a provoqué de tels changements? Dispose-t-on de nouvelles données démontrant les dangers associés à la prestation de services d'obstétrique dans les petits hôpitaux? Dispose-t-on de nouvelles données sur les coûts ou la qualité des soins dans les petits hôpitaux, qui viennent étayer pareils changements? Ce rapport intègre les résultats d'un examen exhaustif des politiques, des recherches et des études épidémiologiques sur lesquels s'appuie notre compréhension actuelle des soins de maternité en régions rurales. Comme le système régionalisé actuel de soins de maternité s'appuie sur les notions biomédicales du risque, un examen distinct de la documentation sur les risques, l'évaluation du risque et les critiques à l'égard des risques vient compléter le contexte théorique de la présente recherche.

Le rapport commence par un examen des documents de politique qui ont été publiés au cours des 15 dernières années en Colombie-Britannique, cet examen ayant pour but de définir le contexte dans lequel se sont amorcés les changements auxquels nous assistons actuellement (chapitre 4). Ironiquement, ces documents incluent un certain nombre de fermes recommandations en faveur de la prestation de soins plus près du domicile, ces recommandations s'appuyant sur le droit des femmes des régions rurales d'accoucher

dans leur collectivité. Cependant, malgré ces recommandations, les femmes de certaines collectivités que nous avons étudiées doivent aujourd'hui – pour la première fois de l'histoire de leur collectivité – se rendre dans une autre localité pour obtenir des soins d'obstétrique de base. Ce constat est particulièrement émouvant dans le cas des collectivités autochtones dont la présence à un endroit remonte à 10 000 ans. Examinées en regard de ce contexte historique, ces récentes initiatives dans le domaine des soins prénatals indiquent, tout au moins, la nécessité de procéder à une évaluation exhaustive des effets provoqués par ces changements, évaluation qui doit commencer par un examen des données actuelles sur la sécurité des soins de maternité en milieu rural – thème du chapitre 3.

La notion de risque est le dernier thème important que nous examinons, pour définir le contexte devant servir de toile de fond aux récits des femmes et des dispensateurs de soins. De l'avis de certains, les soins d'obstétrique en régions rurales se résument d'abord et avant tout à une question de risque, c. -à-d. à la détermination, l'évaluation et la gestion du risque. Ainsi, la rationalisation des stratégies de régionalisation des services périnatals repose en grande partie sur l'évaluation des risques et l'adoption de mesures pour pallier les risques identifiés. Certes, ces stratégies nous ont permis de faire des gains appréciables, en réduisant la mortalité périnatale, en particulier chez les bébés de faible, et très faible, poids à la naissance. Mais qu'advient-il lorsqu'une stratégie conçue pour une faible proportion des femmes en âge de procréer, en l'occurrence les femmes qui présentent des facteurs de risque manifestes, est appliquée à l'ensemble de la population? Une analyse probante de ce que le risque permet de mesurer — et de ce qu'il passe actuellement sous silence — nous aidera à répondre à cette question.

Notre recherche a été menée en Colombie-Britannique. Bien que ce choix ait été quelque peu fortuit puisque le lieu a été choisi en partie en fonction de l'endroit où nous vivons et travaillons, on peut se demander s'il y a vraiment des hasards dans la vie. Il est en effet important de noter que, contrairement au Manitoba et à la Saskatchewan, la Colombie-Britannique avait jusqu'alors échappé à la réduction marquée du nombre de petits hôpitaux dans les régions rurales. Cette situation s'explique en partie par le profil géographique particulier de cette province au relief montagneux et côtier, qui rend parfois difficiles les déplacements et l'accès aux hôpitaux des régions voisines durant l'été, sans parler de l'hiver. Or malgré ces difficultés, nous observons aujourd'hui d'importantes fermetures qui rendent notre recherche d'autant plus pertinente. Dans certains cas, les services de maternité locaux ont été fermés subitement, entre le moment où les participantes à l'étude sont devenues enceintes et celui où elles ont accouché.

Les collectivités rurales que nous avons eu le privilège de visiter ont toutes une philosophie unique qui reflète leur emplacement, leur géographie, leur histoire et leur population. Toutes sont situées dans un cadre magnifique qui nous permet facilement de comprendre l'importance et la force des liens qui unissent ces femmes à leur milieu. Nous sommes reconnaissants aux femmes, aux dispensateurs de soins et aux dirigeants locaux qui ont rendu possible la réalisation de cette étude et la rédaction subséquente du présent rapport. Les collectivités qui ont si généreusement accepté de participer à l'étude sont illustrées sur la carte présentée à l'annexe A et sont décrites plus en détail à l'annexe B. Le présent rapport est ponctué de récits qui relatent les vues et les expériences des femmes et des familles qui choisissent de vivre et

de travailler dans ces collectivités. Nous espérons que leurs récits aideront à mieux comprendre les réalités sociales engendrées par ces changements de politiques. De toute évidence, toutes les décisions qui influent sur la prestation des soins de maternité en régions rurales doivent permettre d'éprouver un sentiment de satisfaction quant à notre capacité de répondre aux besoins de ces populations.

Les chercheurs

Jude Kornelsen est sociologue; elle possède une vaste expérience de la recherche sur l'expérience de la naissance et cherche activement à faciliter et à promouvoir la profession de sage-femme à travers le Canada. Le Dr Stefan Grzybowski est un médecin de famille qui s'intéresse depuis longtemps à la sécurité des soins de maternité en milieu rural et aux moyens d'assurer la viabilité de ces services. Les travaux qu'ils ont menés au cours des deux dernières années leur ont permis d'obtenir un certain nombre de subventions. Leur collaboration repose sur leur détermination mutuelle à faire progresser les recherches sur les soins de maternité en régions rurales, dans le but de mieux comprendre les besoins des femmes qui accouchent dans ces régions et ceux de leurs familles, et aussi de déterminer les moyens qui permettraient d'y satisfaire. Leurs travaux reconnaissent la complexité du contexte à l'intérieur duquel il y a progression et régression des services d'obstétrique en milieu rural et tous deux sont profondément respectueux de la possibilité qui leur est offerte de tenter de changer les choses. Le présent rapport, qui s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste, est le fruit d'une collaboration avec d'autres chercheurs, dont certains figurent parmi les co-auteurs du rapport. Le rapport final reflète les pensées et l'enthousiasme de l'ensemble de l'équipe.

Concepts et terminologie

Les préoccupations quant à la sécurité des petits services d'obstétrique dans les collectivités rurales sont liées à l'impossibilité d'y pratiquer des césariennes. Bien que, dans la plupart des cas, le travail et l'accouchement se déroulent sans qu'il soit nécessaire d'intervenir et que l'accouchement se fasse spontanément par voie vaginale, il est impossible de prévoir de façon absolue dans quelles circonstances il n'en sera pas ainsi. C'est cette incertitude qui sert de fondement aux arguments invoqués pour prétendre que les accouchements doivent se faire très près d'un endroit où peuvent se pratiquer des césariennes.

Le terme **autochtone**, aux fins du présent document, s'entend au sens de la définition utilisée par Statistique Canada et fait référence aux résidentes et aux résidents du Canada, dont les origines remontent aux Premières Nations qui habitaient ce qui est aujourd'hui le Canada, à l'arrivée des premiers Européens. Ce terme inclut également les personnes qui ont acquis les droits des Autochtones en vertu de la loi (p. ex., les épouses d'Autochtones).

Dans le cadre du présent projet, ce terme s'applique uniquement aux personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les indiens* du Canada. Enfin, comme certaines participantes et certains participants se sont aussi identifiés comme membres des Premières Nations, nous avons aussi utilisé ce terme dans ce rapport.

Les **soins périnataux** font référence aux soins dispensés durant la période qui entoure l'accouchement, et plus particulièrement durant les cinq mois qui précèdent et le mois qui suit l'accouchement.

Le **taux de mortalité périnatale** correspond au nombre annuel de mortinatalités et de morts néonatales précoces (décès durant la première semaine de vie) par 1 000 naissances totales (incluant les mortinatalités). La mortinatalité fait référence à un décès qui survient à un âge gestationnel de 28 semaines et plus.

Sur le plan technique, la **primiparité** désigne une femme qui a mené une grossesse à terme; ce terme est toutefois souvent utilisé également pour désigner une femme qui est enceinte pour la première fois et qui n'a pas encore accouché. Afin d'être fidèles aux citations des participantes et des participants, nous avons utilisé les termes qu'elles et ils avaient employés.

Dans le cadre du présent rapport, le terme **régionalisation** fait référence aux deux phénomènes suivants. Sur le plan des politiques, ce terme désigne le processus qui consiste à transférer, des responsables de la planification centralisée aux autorités sanitaires régionales, les responsabilités financières et administratives liées à la prestation des soins de santé. Dans le contexte des soins de maternité, ce terme désigne un système de soins périnataux régionalisés en vertu duquel le niveau de soins varie selon le type d'installations. Cette double interprétation reflète l'usage multiple qui est fait de ce terme, dans les contextes respectifs des politiques de santé et des soins de maternité.

2. ÉVALUATION ET GESTION DU RISQUE

Depuis l'antiquité, des observateurs reconnaissent que la morbidité et la mortalité chez le fœtus et la mère sont parfois précédées de caractéristiques et de situations particulières.

Depuis toujours, les dispensateurs de soins et les futurs parents cherchent à évaluer et à corriger les conditions physiques et sociales que l'on croit responsable des issues défavorables de la grossesse. Au début des années 1900, les ouvrages d'obstétrique ont commencé à dresser une liste des facteurs de risque associés à l'issue défavorable de la grossesse. Puis, au cours des années 1960, des systèmes de cotation des risques sont devenus répandus et le nombre de systèmes normalisés officiels a augmenté de façon considérable. Bien que les conditions évaluées et les méthodes d'évaluation aient changé radicalement au fil des ans, le concept de l'évaluation et de la gestion des risques liés aux soins d'obstétrique demeure un important volet de la prestation des soins. Aujourd'hui, l'évaluation des risques intègre le jugement clinique des dispensateurs de soins aux lignes directrices et aux indices normalisés d'évaluation des risques. Au cours des 30 dernières années, l'utilisation d'indices normalisés d'évaluation des risques est devenue pratique courante pour bon nombre de dispensateurs de soins de maternité, même si l'efficacité et l'exactitude de ces indices restent à prouver.

De fait, un nombre croissant d'ouvrages didactiques et cliniques mettent en doute les aspects théoriques et pratiques de l'évaluation des risques et soulèvent des questions quant aux répercussions de ce discours axé sur la probabilité globale d'une issue négative. À cela s'ajoutent des préoccupations liées à une trop forte dépendance envers les outils d'évaluation des risques qui, croit-on, donnent une vue réductionniste de la grossesse et de la naissance, qui sont alors perçues comme un événement biomédical plutôt que comme un phénomène vital, holistique et intégré.

Il est donc essentiel de comprendre, non seulement dans quelle mesure l'interprétation actuelle de l'évaluation des risques a influencé la prestation normale des soins de maternité à un niveau structurel, mais aussi comment les dispensateurs de soins ont assimilé ces notions de risque et comment cela s'est répercuté sur leurs rapports avec leurs patientes. Nous examinons dans ce chapitre la situation actuelle, quant à l'utilisation de l'évaluation et de la gestion des risques dans le domaine des soins de maternité et nous examinons les critiques formulées à l'endroit des interprétations courantes. L'analyse présentée définit les fondements à l'appui d'un cadre d'évaluation des risques élargi, basé sur les résultats du présent projet de recherche, pour guider les décisions concernant les lieux de naissance, pour les femmes en milieu rural (voir les chapitres 7 et 8).

Survol de l'évaluation du risque

L'incertitude fait partie intégrante de la vie et du début de la vie. Elle est également au cœur de la définition du risque.

Auparavant, l'évaluation du risque faisait référence à la probabilité de survenue d'un événement. Cette expression a toutefois perdu sa connotation neutre et elle fait aujourd'hui référence à la probabilité de survenue d'un événement *néгатif*. C'est en effet cette connotation qui se dégage du document de l'Organisation mondiale de la santé dans lequel il est dit ce qui suit : « Le risque suppose que la probabilité de conséquences défavorables augmente en présence d'un ou de plusieurs caractères ou facteurs ». Or le fait d'orienter ainsi notre mode de pensée sur la probabilité d'issues négatives a d'importantes répercussions psychosociales sur les soins d'obstétrique, à la fois pour les dispensateurs de soins et les consommateurs, notamment en faisant naître le sentiment que les obstacles potentiels font partie de tout accouchement normal ou que l'accouchement ne peut être qualifié de normal qu'en rétrospective. L'évaluation prénatale du risque est née de ce désir d'anticiper ce que ces obstacles pourraient être et elle témoigne d'une inquiétude à se fier uniquement au jugement clinique pour prévoir ces obstacles. Comme l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, cette notion crée le besoin de mettre au place des méthodes pour déterminer d'une manière objective « les facteurs associés à l'issue défavorable de la grossesse ».

Ce désir profond d'évaluer et de gérer les risques prend appui sur l'exercice fondé sur les faits, une des pierres angulaires des soins de santé modernes. Ainsi, comme l'indiquent Sackett *et al.* (1996:71) : « L'exercice fondé sur les faits fait référence à l'usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleures données actuellement disponibles, pour décider des soins à dispenser à une personne... l'exercice fondé sur les faits consiste en l'intégration de l'expertise clinique individuelle aux meilleures données cliniques extérieures, extraites de la recherche systématique. » La publication de l'ouvrage *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, qui proposait une revue des recherches scientifiques sur les pratiques courantes et recommandées durant la grossesse et l'accouchement, a marqué un pas important en faveur d'un exercice fondé sur les faits en obstétrique.

Systèmes de cotation du risque : Outils et techniques

Le but premier d'un système de cotation des risques est de répartir les femmes en différentes catégories à l'égard desquelles peuvent être planifiées, recommandées et mises en oeuvre des mesures particulières.

Une recherche documentaire américaine effectuée en 1989 (Alexander et Keirse) a relevé au moins 45 systèmes normalisés, conçus pour évaluer les facteurs de risque associés à l'issue négative de la grossesse. En 1994, Hall a recensé 12 autres systèmes d'évaluation du risque qui étaient largement utilisés au Canada. Selon LeFevre *et al.* (1989:691), tous les indices de cotation des risques ont en commun les trois principes suivants :

- un certain nombre de facteurs de risque obstétrical peuvent être associés à un élément précédant l'accouchement;
- ces facteurs de risque sont quantifiables;
- ces facteurs de risque quantifiables sont cumulatifs, la somme de chacun de ces facteurs représentant le niveau global de risque obstétrical.

Les systèmes de cotation du risque incluent invariablement une évaluation des facteurs biomédicaux. Très peu, en revanche, évaluent les facteurs socio-économiques comme le niveau de revenu, le soutien social ou le stress dans une relation – des facteurs que l'on sait pourtant fortement liés à l'issue défavorable de la grossesse. Leurs similarités se limitent toutefois à cela, puisque chaque échelle a tendance à évaluer différents facteurs de risque. Ainsi, certaines attribuent à chaque facteur de risque un poids différent dans le calcul de la cote finale, alors que d'autres pondèrent tous les facteurs également. Autre différence, certains systèmes s'appuient sur une seule évaluation du risque et d'autres prévoient de multiples évaluations tout au long de la grossesse.

À la suite de la régionalisation des services périnataux (censée améliorer les soins périnataux et l'issue de la grossesse et faciliter le respect des compressions budgétaires), les systèmes normalisés de cotation du risque sont devenus de plus en plus populaires comme moyen de déterminer les grossesses « à haut risque » nécessitant un suivi dans un centre régional plus gros. Malheureusement, comme nous le verrons dans la section qui suit, la fiabilité et la spécificité de ces systèmes sont mises en doute, car ceux-ci ne tiennent pas compte de la complexité de la vie des femmes enceintes.

Critiques de l'évaluation et de la gestion des risques appliquées aux soins de maternité

Au cours des 20 dernières années, de nombreux chercheurs et théoriciens ont formulé des critiques à l'endroit de la théorie de l'évaluation et de la gestion du risque et de l'usage moderne qui en est fait. Ces critiques s'inscrivent généralement dans l'une des trois catégories suivantes : critiques liées aux concepts théoriques; critiques portant sur les systèmes de cotation des risques et critiques liées à la mise en oeuvre de l'évaluation des risques. Le reste du présent chapitre est consacré à l'examen de ces trois volets.

Critiques théoriques à l'endroit de l'évaluation et de la gestion du risque

La philosophie réductionniste est une très mauvaise approche pour tenter de comprendre le fonctionnement des systèmes biologiques vivants, car elle offre une vision limitée d'un portrait beaucoup plus vaste. La philosophie réductionniste fait naître des idéologies extrêmement dangereuses du déterminisme biologique et des technologies, elles aussi extrêmement dangereuses.

L'évaluation et la gestion du risque ont été proposées comme méthode objective, rationnelle et non biaisée pour faire face aux risques durant la grossesse. Récemment, toutefois, cette approche a été remise en question, comme en fait foi ce récent éditorial de Denis Walsh (2003:474) :

« Il convient d'exposer la gestion du risque pour ce qu'elle est vraiment, c'est-à-dire non pas une approche objective et rationnelle, mais une démarche socialement biaisée en faveur de certaines valeurs et motivée par des objectifs politiques visant à appuyer les décisions dans le domaine des soins de santé ». Les outils et les politiques utilisés pour l'évaluation des risques sont empreints de biais professionnels et institutionnels qui déterminent quels risques sont pris

en considération et lesquels ne le sont pas a été fait pour éliminer les biais culturels dans ces systèmes. Presque tous ont été conçus en fonction d'une perception occidentale de la santé et se limitent à la santé *physique*, faisant abstraction des aspects émotionnels, sociaux et spirituels aujourd'hui reconnus comme des déterminants de la santé physique. Comme le fait remarquer Nesbitt (1989: 696), les facteurs de risque biomédicaux pourraient avoir différents effets cumulatifs si l'on y combinait divers facteurs socio-économiques et démographiques. Le fait de ne pas tenir compte des facteurs psychosociaux dans l'évaluation de la grossesse est particulièrement important dans le contexte des soins primaires dispensés en régions rurales, où les facteurs de risque biophysique traditionnels sont moins nombreux mais où, comme le soulignent LeFevre *et al.* (1989: 692), « les facteurs socio-économiques et psychosociaux pourraient à l'inverse prendre une importance relativement plus grande ». Le formulaire d'évaluation de la santé (ALPHA) récemment mis au point et évalué par des chercheurs canadiens, est une exception notable aux systèmes faisant abstraction des facteurs émotionnels et sociaux. Cependant, même cet outil n'évalue que les facteurs psychosociaux susceptibles de nuire à l'issue de la grossesse et il ne mesure pas les forces psychosociales qui pourraient atténuer d'autres facteurs de risque ou améliorer l'issue.

De l'avis de plusieurs, ce discours axé sur les risques a modifié notre perception de la grossesse, laquelle n'est plus considérée comme un phénomène naturel qui requiert à l'occasion une intervention pour protéger la santé de la mère et de l'enfant, mais comme un processus pathologique qui exige une surveillance constante et une intervention. Cette perception relative au besoin de surveillance et d'intervention crée un déséquilibre des forces entre les intervenants et les femmes qui accouchent, et diminue la confiance des femmes quant à leur capacité physique de donner naissance. Cette méfiance culturelle face à notre organisme, et la métaphore y afférente au sujet du corps humain perçu comme un appareil défectueux qui a besoin de réparations, non seulement découle de cette vue réductionniste de la grossesse et de la naissance, mais vient en plus la renforcer, limitant ainsi notre capacité de voir ce phénomène comme un ensemble intégré de facteurs physiologiques, psychosociaux, spirituels et environnementaux complexes.

Les chercheurs ont également souligné la manière dont les dispensateurs de soins peuvent utiliser ce discours axé sur le risque pour cultiver la peur et convaincre les futurs parents de suivre leurs conseils. On leur parle des risques d'issues défavorables, mais on ne les informe presque jamais du nombre de bébés en santé qui naissent, malgré les mêmes facteurs de risque en présence. Un nombre croissant de chercheuses et de chercheurs ont aussi documenté la pratique de certains dispensateurs de soins qui tiennent auprès des futurs parents un discours sur les risques empreint de préceptes moraux. Les parents ont alors l'impression qu'ils seront blâmés pour toute issue défavorable ou qu'ils seront considérés « à haut risque » s'ils choisissent de s'écarter des recommandations de leur dispensateur de soins. Loin d'assurer une évaluation objective et rationnelle, ce discours sur le risque peut devenir une forme de contrôle alimentée par la peur et la moralité.

En fait, selon ce discours, c'est essentiellement le corps de la femme qui est le siège du risque. C'est la femme, et son corps, qui mettent en danger la santé du futur bébé, une perception qu'est venue corroborer la progression de la profession de l'obstétrique axée sur

la surveillance, de même que la philosophie de la naissance envisagée comme une pathologie. « Les obstétriciens sont devenus les défenseurs du fœtus, laissant les femmes seules pour lutter contre cet adversaire qui s'est fait – dans le fœtus – un allié de taille » voir aussi. Par contre, le potentiel iatrogène des interventions médicales comme source du risque est beaucoup moins présent dans ce discours et, en général, seuls les ouvrages de médecine parallèle en font mention, malgré les risques connus de certaines interventions.

Comme le langage peut être utilisé pour influencer le mode de soins à privilégier, certains auteurs allèguent qu'il remet en question le processus de consentement éclairé, en raison de la nature de l'information qui est présentée. Le consentement éclairé est « l'autorisation autonome que donne une personne qui consent ainsi à subir une intervention médicale... elle désigne également le processus officiel qu'exigent les institutions avant d'autoriser l'exécution d'une intervention ». Selon Mann et Albers, deux principes sous-tendent la théorie du consentement éclairé, à savoir la *bienfaisance* et le *respect de l'autonomie*. La bienfaisance fait référence au concept visant à ne pas faire de mal et à promouvoir le bien-être du patient. Le respect de l'autonomie consiste à respecter les opinions, les choix et les valeurs de la personne et à ne pas faire obstacle à son auto-détermination ». Alors qu'il est nécessaire de discuter des risques pour obtenir un consentement éclairé, le déséquilibre des forces qui caractérise la relation entre le dispensateur de soins et le patient, ainsi que les préceptes moraux sous-jacents qui ressortent clairement des discussions, transgressent le deuxième principe et font en sorte qu'il est plus difficile d'obtenir un consentement éclairé.

Notre interprétation actuelle du risque durant la grossesse et l'accouchement a engendré une vision et une pratique culturelles de la grossesse qui reposent sur une pensée catastrophiste. Bien que cette situation soit attribuable en partie à notre malaise culturel face à l'ambiguïté et à l'incertitude et à notre désir de prévoir, elle est également renforcée par les impératifs et les hypothèses de notre organisation sociale qui privilégient l'offre et l'utilisation de la technologie et l'adoption de solutions institutionnelles pour résoudre des problèmes locaux. Cette tendance se reflète dans le type d'information qui est présentée, laquelle met présentement l'accent sur les facteurs physiologiques et biomédicaux et fait abstraction des risques psychosociaux ou spirituels inhérents à un mode de soins particulier. En raison des biais culturels dont sont empreints l'objectif et le langage du risque, les dispensateurs de soins sont susceptibles d'utiliser ce discours pour donner crédit à des décisions appuyant des facteurs (y compris le niveau de confort et les attitudes à l'égard du niveau de risque approprié) que les femmes *devraient* adopter.

Critiques à l'égard des systèmes d'évaluation des risques

Quelles preuves avons-nous sur les systèmes normalisés de cotation du risque obstétrical? Améliorent-ils l'issue périnatale? Offrent-ils un bon outil de dépistage? La cotation du risque pourrait-elle au contraire être nocive? S'agit-il d'un cas où l'expression « à données erronées, résultats erronés » pourrait s'appliquer?

Malgré l'abondance de systèmes de cotation du risque, aucun n'échappe aux critiques quant à l'inadéquation d'appliquer les résultats de ces évaluations à une grossesse en particulier, à l'absence de prédicteurs psychosociaux et à la fiabilité globale de ces systèmes.

« L'évaluation du risque obstétrical suppose une mesure de régularité dans l'issue de la grossesse » alors que, comme nous l'avons mentionné précédemment, la normalité se définit par un intervalle qui défie toute régularité et prévisibilité. Ainsi, les femmes sans facteur de risque préalable peuvent éprouver des difficultés, tandis qu'un grand nombre qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque auront une grossesse, un travail et un accouchement tout à fait normaux. Cette situation est due à la confusion entre corrélation et causalité. Même si une particularité de la grossesse ou un « facteur de risque » peut être associé à une issue défavorable, il n'existe pas nécessairement un lien de causalité entre les deux. De fait, à quelques exceptions près, on ne comprend pas pourquoi la grande majorité des facteurs de risque ont une incidence sur la grossesse. Par conséquent, le fait de neutraliser les facteurs de risque connus pourrait avoir peu, ou pas, d'effet sur l'issue de la grossesse et irait même à l'encontre de l'objectif même de l'évaluation du risque. Plusieurs auteurs ont souligné que ceci annule la rationalité du recours à l'évaluation des risques pour toutes les grossesses, sauf celles présentant les plus hauts risques et il s'agit d'une véritable lacune de la documentation. Il semble que Enkin (1994: 133) a bien résumé les motifs qui justifient l'usage continu de l'évaluation des risques : « Il est difficile de s'objecter à l'utilisation d'une démarche axée sur la gestion des risques en obstétrique, car cette notion de gestion du risque est un produit de notre culture. Elle est devenue à ce point intégrée aux soins de maternité qu'il serait difficile d'imaginer un autre modèle de soins ».

Outre l'inadéquation d'appliquer les résultats de l'évaluation des risques à une grossesse en particulier, les indices de risque sont déficients en ce qui a trait à l'identification des principaux prédictors des issues périnatales défavorables. Au Canada, par exemple, Hall (1994) a constaté qu'aucun des douze systèmes de cotation des risques qu'il a étudiés ne tenait compte du statut d'autochtone et que deux seulement incluaient quelques facteurs « sociaux » comme déterminants du risque obstétrical, en dépit du fait que, selon l'Institut canadien de recherche sur la santé, la pauvreté et le statut d'autochtone sont les deux principaux prédictors de la mortinatalité et de la mort périnatale au Canada. Hall a également remarqué que la plupart font abstraction d'autres très importants facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool et les anomalies foetales présentes. Or pareilles omissions sont particulièrement importantes lorsque l'évaluation des risques sous-tend des décisions concernant les lieux de naissance pour les femmes vivant en régions rurales, dont un grand nombre sont des Autochtones ou présentent d'autres facteurs socialement complexes. Cette absence de sensibilité culturelle des systèmes normalisés d'évaluation des risques soulève des questions quant à leur généralisabilité culturelle et géographique. LeFevre *et al.* (1989) ont ainsi fait la preuve que les *résultats normalisés* obtenus avec au moins un système de cotation du risque *ne pouvaient être généralisés aux femmes des régions rurales*, et ceci soulève à leur avis de sérieux doutes quant à la généralisabilité d'autres systèmes de cotation des risques, dont la plupart ont été normalisés en regard de populations urbaines.

Bon nombre d'auteurs ont également fait valoir que les systèmes de cotation du risque ne mesurent que des facteurs quantifiables, alors qu'un grand nombre de facteurs non quantifiables influent sur la grossesse. Comme l'indiquent Enkin et Chalmers (1982: 285),

« bien que les effets de la bonté et de la bienveillance sur les issues mesurables de la grossesse puissent être difficiles à démontrer, ces qualités sont bénéfiques en soi. Il existe bien des facteurs qui importent vraiment mais qui ne peuvent être mesurés. »

À cela s'ajoutent les données contradictoires au sujet de la fiabilité des systèmes de cotation du risque. À titre d'exemple, le nombre de faux positifs et de faux négatifs est nettement supérieur au taux qui serait normalement toléré pour d'autres tests de dépistage. De fait, Hall (1994: 1242) prétend qu'au Canada la moitié environ de la mortalité et de la morbidité périnatales surviennent chez des grossesses à « faible risque », et certains chercheurs estiment que le taux de faux positifs atteint parfois jusqu'à 96 % voir aussi. De même, un examen du guide d'évaluation du risque du Ontario Antenatal Record a révélé que la fiabilité de ce système était très faible. En définitive, l'absence de fiabilité des systèmes de cotation et d'évaluation fait en sorte qu'il est difficile d'interpréter clairement les différents résultats. À titre d'exemple, « rien n'indique qu'une femme dont l'indice de risque est de 9 soit trois fois plus susceptible d'avoir des problèmes qu'une femme dont l'indice est de 3 » (Hall, (1994:1241).

Outre cette absence de spécificité et de fiabilité, l'application de systèmes de cotation du risque (et souvent d'outils d'évaluation des risques) peut faire en sorte que la grossesse sera qualifiée à risque élevé. Des chercheurs de Colombie-Britannique et d'Allemagne ont examiné les effets sur les femmes enceintes d'être ainsi considérées à hauts risques. Ces deux études ont révélé que cette « étiquette » peut avoir un effet négatif sur l'état psychosocial des femmes, en augmentant leur stress et en leur donnant un sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle. Dans les collectivités rurales, cet effet est exacerbé par les répercussions financières, physiques et sociales pour les femmes qui ne peuvent accoucher dans leur milieu, et le stress supplémentaire qui en découle.

Critiques liées à la mise en oeuvre des systèmes d'évaluation des risques

Dans les cas où il existe vraiment un risque élevé, cela [l'approche axée sur la gestion des risques] a donné de bons résultats. Cependant, une forme de soins qui offrent des avantages incontestés pour certains n'est pas nécessairement bonne pour la majorité.

Malgré cette mise en garde rationnelle d'Enkin et malgré l'absence de données attestant de l'efficacité de cette approche, l'évaluation du risque a été appliquée à la « majorité ». Parmi les autres critiques exprimées au sujet de l'utilisation de cette approche, mentionnons l'influence possible des stéréotypes raciaux et culturels, l'abstraction qui est faite de l'importance du contexte social, la difficulté à communiquer les résultats aux futurs parents, les différences entre les dispensateurs de soins et les femmes qui accouchent quant à l'ordre de priorité des différentes catégories de risque, ainsi que la peur croissante de litiges et la dépendance envers l'évaluation du risque dans l'espoir d'éviter les poursuites.

De plus en plus de données démontrent que les conclusions tirées de l'évaluation du risque et la détermination du niveau de risque sont souvent influencées par les stéréotypes raciaux et culturels des dispensateurs de soins. Handwerker, par exemple, a relevé des cas où un dispensateur de soins a fait une évaluation radicalement différente d'un même comportement

observé chez des patients de races différentes. L'incorporation de la race parmi les facteurs de risque n'a un avantage que si la race est examinée avec d'autres déterminants sociaux de la santé, comme le niveau de scolarité et la situation socio-économique.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'évaluation des facteurs de risque se limite souvent à la femme et à sa condition biomédicale et elle englobe rarement d'autres facteurs et tient encore plus rarement compte du réseau social et du soutien familial de la femme. Or en excluant ainsi les réseaux de soutien de la femme dans l'analyse de son état de santé, le dispensateur de soins fait sans doute abstraction des facteurs de risque potentiels et des mécanismes de soutien susceptibles d'influencer les risques connus – des éléments qui pourraient s'avérer particulièrement pertinents pour les femmes qui accouchent en régions rurales, car un grand nombre ont accès à un vaste réseau de soutien social qui découle de l'importance qu'elles accordent à l'appartenance à une collectivité.

Un autre volet important de l'évaluation du risque a trait à la communication et à la compréhension des facteurs de risque et des options qui s'offrent pour pallier les risques potentiels. De plus en plus d'ouvrages évoquent l'absence de communication efficace des résultats comme une lacune importante des stratégies d'évaluation des risques. Les futurs parents ont souvent de la difficulté à interpréter une probabilité exprimée en termes de 1 pour 100 000 et, même après une explication exhaustive, il arrive que les parents aient une perception du risque qui diffère de celle de leurs dispensateurs de soins. Cette interprétation différente du risque pourrait être attribuable aux différences qui existent entre les dispensateurs de soins et les patients, quant au classement des catégories de risque. Selon Enkin (1994), les risques envisagés par les médecins s'inscrivent généralement dans l'une des trois catégories suivantes : les risques pour la mère, les risques pour le bébé et les risques pour le médecin. Alors que les risques examinés par les parents incluent ceux pour la mère et le bébé, ils englobent aussi souvent les risques pour les autres enfants, la famille élargie et la collectivité, de même que le risque d'intervention médicale. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés limite notre capacité de faire une interprétation globale du risque qui tienne compte des réalités de la femme enceinte, et cette interprétation devient même totalement absente si le dispensateur de soins ne fonde ses décisions que sur ces outils.

Enfin, de plus en plus croient que l'évaluation du risque est aujourd'hui davantage motivée par la crainte des poursuites, que par des besoins médicaux ou une médecine fondée sur les faits. « Les médecins exercent une médecine défensive, selon laquelle ils ont tendance à considérer leurs patients comme des adversaires », et ils ont souvent recours à plus d'analyses de laboratoire et plus d'interventions – par exemple des césariennes – que celles qui seraient exigées par une médecine fondée sur les faits. Enkin attribue cette tendance à la hausse des coûts des assurances contre la faute professionnelle et à la crainte des fournisseurs de soins d'être l'objet de poursuites. Enkin, un chercheur américain, note par ailleurs que, bien que le taux de réclamations pour fautes professionnelles au Canada ne représente qu'un huitième du taux enregistré aux États-Unis, les médecins canadiens ressentent une crainte « presque identique » d'être poursuivis que leurs homologues américains, une allégation que vient corroborer l'arrivée des bureaux de gestion des risques et des coordonnateurs des risques dans les hôpitaux. De même, de plus en plus d'ouvrages

informent les dispensateurs de soins sur les sources fréquentes de litige et sur la manière de les éviter par l'utilisation des techniques d'évaluation des risques.

Évaluation des risques liés aux soins de maternité : En faveur d'une approche holistique

Le corps de la femme enceinte n'est pas une simple machine, mais un ensemble complexe de paramètres spirituels et physiques, de sentiments et d'émotions, qui ont tous une incidence sur le bien-être du fœtus.

D'autres examens de la gestion des risques ont proposé de remplacer l'évaluation des risques liés aux soins obstétricaux, par une démarche de pondération plus holistique et mieux équilibrée. Les changements doivent s'appuyer sur une interprétation de la santé qui va au-delà des contraintes de la biomédecine qui inclut les nombreuses autres influences psychosociales et qui reconnaît que la naissance et la mort sont inextricablement liées. Comme le souligne Nolan (2002: 130-131), les dispensateurs de soins doivent tenter de « rétablir l'acceptation et la notion, qui se sont perdues au fil des ans, selon lesquelles la naissance et la mort, ainsi que la naissance et la maladie, sont parfois étroitement liées ». Cette chercheuse allègue qu'il est de la responsabilité du dispensateur de soins d'aider les parents à se préparer à de telles éventualités, durant ses discussions sur les risques et le consentement éclairé.

Le fait d'admettre que la possibilité d'une issue défavorable fait partie intégrante de la naissance (et de la vie) pourrait mener à l'acceptation de l'incertitude et atténuer ainsi notre besoin de prévoir et de contrôler la naissance. L'instauration d'un climat moins empreint d'urgence pour examiner la probabilité d'issues négatives pourrait amener les praticiens à repenser l'évaluation des risques et à percevoir ce mécanisme comme un des nombreux outils qu'ils peuvent utiliser pour mieux comprendre les expériences variées d'une femme parturiente. Une telle perspective pourrait nous donner une interprétation plus précise de la validité et des lacunes des outils et des stratégies d'évaluation des risques et nous permettre de mieux comprendre les limites des résultats.

Walsh (2003: 474) a recommandé que les dispensateurs de soins modifient leur approche afin de ne plus « évaluer seulement les facteurs de risque, mais aussi les facteurs susceptibles d'être bénéfiques ». À son avis, une telle approche favoriserait une évaluation plus globale des soins de maternité et inciterait les dispensateurs de soins à tenir compte de facteurs dont fait normalement abstraction la médecine occidentale traditionnelle, mais qui sont néanmoins importants pour le bien-être de la femme, de son enfant, de sa famille et de sa collectivité.

Une fois que l'on a compris les limites structurelles du concept de l'évaluation des risques, des modifications peuvent y être apportées. Il a été proposé par exemple que les dispensateurs de soins trouvent des moyens de reconnaître et d'éliminer les stéréotypes et les concepts raciaux qui influencent leur interprétation des risques. Tant que cela ne sera pas fait, l'évaluation des risques continuera d'encourager – souvent inutilement – un plus grand nombre d'interventions chez les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

Il convient enfin de considérer le niveau de risque durant la grossesse comme un facteur dynamique qui évolue la grossesse. Il ne suffit donc pas d'évaluer les risques et les avantages une fois ou deux durant la grossesse. Plutôt que cette voie à sens unique qui consiste à diriger les femmes vers des soins de plus en plus spécialisés, il doit désormais être possible de diriger ultérieurement une femme vers un niveau inférieur de soins, si le facteur de risque a été maîtrisé avec succès ou si la femme présente des facteurs bénéfiques qui atténuent le ou les facteurs de risque potentiels qui avaient justifié au départ des soins plus spécialisés. En d'autres mots, les femmes doivent pouvoir passer à un niveau de soins inférieur ou supérieur, selon l'évolution de leur état.

Sommaire

Alors que l'évaluation des risques est un outil utile dans les situations qui comportent véritablement des risques élevés, son efficacité est discutable lorsqu'elle est appliquée de façon générale à l'ensemble des femmes devant accoucher. Ceci est dû en partie au fait que l'on ne tient pas compte actuellement des effets positifs ou négatifs des facteurs psychosociaux sur l'évolution de la grossesse et qu'on insiste trop sur l'évaluation uniquement des facteurs de risque, sans examiner en contrepartie les avantages et les soutiens susceptibles d'atténuer d'autres facteurs. Le modèle actuel d'évaluation du risque, qui cible les facteurs biophysiques et uniquement les facteurs ayant une incidence négative sur la grossesse, est trop simple. La grossesse, au contraire, est un phénomène complexe durant lequel interviennent des facteurs biophysiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels que la médecine occidentale commence à peine à comprendre. L'évaluation du risque doit intégrer et examiner plus à fond les effets et les interactions complexes de tous les facteurs qui influent sur la grossesse, le travail et l'accouchement, afin que les dispensateurs de soins, les femmes et leur famille aient une vue plus réaliste de la grossesse et disposent d'un cadre d'évaluation du risque élargi pour étayer les décisions concernant le lieu de la naissance.

3. EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS DE MATERNITÉ LOCAUX POUR LES FEMMES DES RÉGIONS RURALES

Ce chapitre passe en revue les ouvrages qui ont examiné la prestation des soins de maternité dans les régions rurales des pays industrialisés, en commençant par une introduction sur les premières questions et analyses qui ont été soulevées au sujet de la sécurité des systèmes régionalisés de soins périnataux, et plus particulièrement de la sécurité des petits services d'obstétrique en milieu rural, afin de retracer l'origine de cette documentation limitée – quoique de plus en plus abondante. Comme il incomrait ici de faire la preuve de la sécurité des petits services d'obstétrique en milieu rural en regard des hypothèses voulant que ces services soient moins sécuritaires que les services spécialisés centralisés, le chapitre présente les résultats d'études ayant comparé les taux de mortalité périnatale et les taux de mortalité périnatale en fonction du poids à la naissance, en regard de différents niveaux de service, y compris les services ne pratiquant pas de césariennes. On y discute également de la structure et des pratiques propices à la mise en place d'un système régionalisé sécuritaire et efficace de soins maternels, en portant une attention particulière au rôle de la gestion du risque. Il convient de noter que peu de recherches ont été effectuées sur les facteurs uniques qui ont une incidence sur les outils de gestion du risque en milieux ruraux. Le chapitre propose également un examen complet des questions liées aux ressources humaines en santé requises pour assurer la prestation des soins de maternité en milieu rural, dans le cadre plus particulièrement du contexte canadien. Enfin, le chapitre examine les données portant sur les effets de la non-prestation de services de maternité en milieu rural sur l'issue périnatale et note que les données ne sont pas concluantes, même si les politiques et les pratiques vont plutôt à l'encontre du maintien de tels services.

Les soins de maternité en milieu rural comme thème de recherche

Les premières recherches systématiques sur les soins de maternité en milieu rural, réalisées à l'appui de l'élaboration des politiques sur les services de santé au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés, remontent à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Cet intérêt pour l'examen de cette nouvelle dimension de l'analyse des politiques relatives à la santé était né de la mise en place de systèmes de soins périnataux régionalisés, lesquels font référence à un système où différents niveaux de service sont offerts dans différentes installations, en général comme suit :

- petites installations communautaires, offrant des soins de maternité pour des grossesses sans complication où l'accouchement se fera vraisemblablement par voie vaginale;
- installations infrarégionales vers lesquelles sont dirigées les femmes qui présentent des complications normales de la grossesse et qui requièrent des soins d'obstétrique et néonataux, et
- centres tertiaires d'obstétrique mis en place dans des régions centralisées (habituellement urbaines), qui offrent les soins les plus spécialisés en obstétrique et en néonatalogie, y compris une unité de soins intensifs néonataux.

La régionalisation des soins périnataux peut donc être perçue comme l'organisation des services à la mère et au nouveau-né, de manière à ce que les grossesses avec complications soient dirigées vers l'établissement offrant le niveau de soins le mieux approprié. Le terme « rural » a été interprété de diverses façons dans les ouvrages traitant des services de santé. Aux fins du présent document, ce terme désigne une région, y compris une collectivité, qui compte au plus 10 000 habitants et qui est située en dehors de la zone de navettage des grands centres urbains (Statistique Canada, 2001).

La définition du système idéal de soins de maternité en milieu rural est une question sur laquelle on ne parvient pas à s'entendre. Comme l'ont souligné Black et Fyfe, deux chercheurs canadiens en médecine familiale (1984:571), « la controverse persiste quant à savoir quel devrait être le degré de centralisation des services et combien d'unités devraient être fermées ». Cette controverse se reflète dans l'évolution des politiques et des pratiques actuelles, ainsi que dans les recherches qui se poursuivent en vue de définir le modèle optimal de soins et à examiner les hypothèses de fonctionnement, les effets réels et les résultats de différents modèles. Hein (1980: 540), dans son introduction à une étude sur le système régionalisé de soins périnataux de l'Iowa, notait ce qui suit : « Bien que les objectifs généraux de tous les systèmes régionalisés soient similaires, les démarches utilisées pour répondre aux besoins spécifiques doivent varier ». En tentant d'éclaircir cette controverse, les chercheuses et chercheurs en médecine se sont concentrés sur les questions liées à la sécurité. C'est ce qui explique que la plupart des recherches sur les soins de maternité en milieu rural ont examiné l'issue chez les nouveau-nés, en comparant l'évolution du taux de mortalité périnatale au fil des ans, ainsi que des différents niveaux de services de maternité offerts à l'intérieur d'un système régionalisé.

Depuis le début des années 1980, d'autres chercheurs ont examiné la sécurité des services d'obstétrique ruraux relevant de différentes autorités et, bien que le poids de la preuve soit favorable à la prestation de services locaux à l'intérieur d'un système de soins régionalisé, la controverse persiste. La comparaison des taux de mortalité périnatale, y compris des taux plus précis calculés en fonction du poids à la naissance, entre des hôpitaux offrant différents niveaux de services et desservant des bassins de population variés, a donné des résultats non concluants. Les conséquences socio-économiques de l'absence de services locaux de maternité n'ont pas fait l'objet d'études systématiques. Même si certains auteurs ont examiné les effets potentiellement perturbateurs de la naissance en dehors de son milieu, les ouvrages sur les soins de maternité en régions rurales ne comportent aucune étude approfondie des perspectives et des expériences des femmes en regard de différents niveaux de service offerts. Il importe de mieux comprendre les répercussions de l'accès, ou du non-accès, aux services de maternité en régions rurales, en vue d'étayer les politiques et les modes de prestation des soins.

La sécurité : Qu'entend-on par des soins de maternité sécuritaires en milieu rural?

Un certain nombre d'études ont examiné la question de la sécurité des soins d'obstétrique en régions rurales depuis que Hein (1977, 1980) a commenté une politique adoptée en 1973 par l'Iowa, qui visait à offrir des soins médicaux le plus près possible du domicile du patient et donc à consolider, plutôt qu'à fusionner, les services existants. Au cours des 30 dernières

années, les décisionnaires ont cherché à planifier et à maintenir des services d'obstétrique appropriés et efficaces pour les femmes des régions rurales du Canada, sans toutefois disposer pour ce faire de bases de données pertinentes lesquelles, aujourd'hui encore, font cruellement défaut.

Il ne fait aucun doute que les progrès réalisés depuis les années 1970 dans les techniques de soins en néonatalogie ont réduit sensiblement les taux de mortalité périnatale dans les pays industrialisés comme le Canada, en améliorant notre capacité d'offrir des soins intensifs aux bébés prématurés, malades ou de faible poids à la naissance. Le nombre relativement faible de bébés qui nécessitent de tels services, ainsi que les coûts énormes de ces services tertiaires, font que ceux-ci doivent nécessairement être situés dans de grandes agglomérations. Des systèmes de transport néonatal d'urgence ont également été mis en place, pour transporter les nouveau-nés en danger, d'un centre périphérique vers ces centres tertiaires. L'objectif d'un système régionalisé de soins de maternité en milieu rural est d'assurer à chaque femme enceinte l'accès au niveau de soins dont elle a besoin pour une naissance sans problème. Comme nous l'avons mentionné précédemment, pareil objectif mène, dans la plupart des cas, à la mise en place d'un système réparti entre niveaux de service distincts.

- Les hôpitaux de niveau I désignent les petits services d'obstétrique communautaires, mis en place dans toutes les régions géographiques jugées nécessaires, qui offrent des soins de maternité pour les grossesses à faible risque ou sans complications prévues.
- Les services de niveau II desservent une plus vaste population régionale et offrent certains soins de maternité spécialisés pour les grossesses à risques modérés ou élevés ou les naissances complexes.
- Enfin, les établissements urbains de niveau III, souvent logés dans des universités, disposent des technologies et du personnel les plus spécialisés dans le domaine des soins intensifs périnataux.

Deux questions principales doivent être examinées durant l'évaluation des systèmes régionalisés de soins de maternité, à savoir :

- Les services de niveau I sont-ils sécuritaires?
- Le système régionalisé est-il sécuritaire?

Un examen de la documentation de recherche sur les soins de maternité en milieu rural fait clairement ressortir qu'il appartient de faire la preuve de la sécurité des petits services de maternité en régions rurales, car ceux-ci sont considérés moins sécuritaires que les services spécialisés centralisés. Des auteurs d'un certain nombre de régions ont tenté de répondre à cette question en regroupant les hôpitaux par niveau de service. Les démarches utilisées consistaient à classer les naissances, soit en fonction du lieu de naissance (résultats basés sur l'hôpital), soit en fonction du niveau de service déterminé par le lieu de résidence de la mère, sans tenir compte du lieu de naissance (résultats basés sur la population). Sur le plan de la méthodologie, des corrections ont dû être apportées aux résultats basés sur les

hôpitaux, afin de tenir compte du biais d'aiguillage, tandis que les études basées sur le bassin de population ont dû s'appuyer sur des critères d'inclusion raisonnables. Rosenblatt *et al.* (1985:429), qui ont examiné l'expérience de régionalisation en Nouvelle-Zélande entre 1978 et 1981, ont souligné le nombre de petits hôpitaux d'obstétrique qui avaient été fermés, en partie à cause de la crainte que la qualité des soins y soit moindre (la rentabilité économique des petits hôpitaux est un autre facteur) ». Cherchant à déterminer si ces craintes étaient justifiées, ces chercheurs de la santé ont tenté de répondre aux questions suivantes : « Où et par qui devraient être pratiqués les accouchements? » et « Existe-t-il un seuil quantitatif en deçà duquel la prestation de soins d'obstétrique devient trop dangereuse pour les patientes? »

Aux États-Unis, des chercheurs en médecine familiale ont constaté que les obstétriciens, les avocats et les planificateurs du système fédéral de santé ont tenté de classer toutes les grossesses comme étant potentiellement à risques élevés, en termes de complications durant le travail et l'accouchement, et ont recommandé la fermeture de tous les petits centres d'obstétrique en milieux ruraux, desservis par des médecins de famille. Les chercheurs en médecine familiale ontariens Black et Fyfe (1984: 572) ont formulé la recommandation suivante : « Nous devons en apprendre davantage sur la sécurité des petits centres d'obstétrique avant de recommander l'amélioration de leurs services ou leur fermeture ». En Nouvelle-Écosse, Peddle *et al.* ont reconnu les réalités de la vie rurale au Canada en déclarant ce qui suit : « Idéalement, chaque nouveau-né devrait avoir un accès immédiat, s'il y a lieu, à des soins périnataux intensifs. Cependant, ceci est manifestement impossible, en raison des coûts et des contraintes géographiques ».

La plupart des études sur la sécurité des services de maternité en milieu rural s'appuient, comme principales mesures, sur les taux de mortalité périnatale et les taux de mortalité périnatale corrigés en fonction du poids à la naissance. En comparant les issues de la grossesse observées dans des établissements de niveau I à celles des établissements de niveaux II et III, des chercheurs ont voulu déterminer si les services de niveau I étaient aussi, ou moins, sécuritaires que les centres d'obstétrique spécialisés³. Ces études comparatives en sont presque toutes arrivées à la conclusion que les taux de mortalité périnatale, à l'intérieur d'un système de soins régionalisé, sont similaires quel que soit le niveau de service. Parmi les études canadiennes ayant établi la sécurité des petites unités rurales d'obstétrique, mentionnons les suivantes :

- L'évaluation faite par Peddle *et al.* (1983) des hôpitaux communautaires de la Nouvelle-Écosse a révélé que les plus faibles taux de mortalité périnatale avaient été enregistrés dans ces petits hôpitaux (23 % de toutes les naissances dans la province), et non dans les hôpitaux régionaux (29 % des naissances provinciales) ou tertiaires (47,9 % des naissances provinciales).
- L'analyse réalisée par Black et Fyfe (1984) de tous les cas d'obstétrique observés dans le nord de l'Ontario, entre 1980 et 1982 (24 524 naissances), n'a révélé aucune différence significative dans le taux de mortalité périnatale, entre six catégories de petits hôpitaux.
- Une étude à venir, réalisée en Colombie-Britannique et comparant l'issue de la grossesse en fonction de la population desservie, entre 1994 et 1999, n'a révélé aucune différence

dans le taux de mortalité périnatale, entre les différents niveaux de service, depuis les petites unités d'obstétrique ne pratiquant pas de césariennes aux grands centres où des césariennes pouvaient être pratiquées et où des obstétriciens spécialistes étaient accessibles à toute heure du jour ou de la nuit (Grzybowski *et al.*, en préparation).

Ces études, et d'autres réalisées aux États-Unis (Hein, 1980; Chaska *et al.*, 1988), en Nouvelle-Zélande (Rosenblatt *et al.*, 1985), en Australie (Woollard et Hays, 1993; Cameron et Cameron, 2001) et en Finlande (Hemminki, 1985; Viisainen *et al.*, 1994), ont permis de constituer une importante base de données attestant de la sécurité des petits services d'obstétrique en régions rurales, à l'intérieur d'un système régionalisé de soins. Ces études viennent ainsi corroborer l'hypothèse selon laquelle la « sécurité » ne peut être invoquée pour justifier la centralisation des soins d'obstétrique dans les grands centres de niveau III (Viisainen *et al.*, 1994:4).

La documentation médicale ne fournit pas de réponse claire à la question visant à savoir si les services d'obstétrique locaux en régions rurales doivent pouvoir pratiquer des césariennes. Une étude récente en milieu hospitalier, réalisée auprès de 1 132 femmes d'une région rurale du Nouveau-Mexique, présente des données qui viennent corroborer la sécurité des hôpitaux qui ne pratiquent pas de césariennes mais qui font partie d'un système intégré de soins périnataux. Cette étude a démontré que plus des deux tiers des femmes de la région avaient pu accoucher à l'hôpital ne pratiquant pas de césariennes, que moins de 10 % de toutes les femmes avaient dû être transférées durant le travail vers un établissement pratiquant des chirurgies, que le taux de mortalité périnatale dans cette population se comparait au taux national et que l'absence d'installations chirurgicales n'avait pas été la cause d'une morbidité néonatale ou maternelle importante (Leeman et Leeman, 2002). Au Canada, des études comparatives n'ont fourni aucune preuve que l'impossibilité de pratiquer des césariennes rendait un petit centre d'obstétrique moins sécuritaire, si ce centre faisait partie d'un réseau régionalisé de soins de maternité (Black et Fyfe, 1984; Grzybowski *et al.*, 1991). Il est par ailleurs constamment soulevé dans la documentation que les procédures d'évaluation des risques et les protocoles de transport mis en place par les petits centres locaux d'obstétrique constituent d'importants facteurs qui contribuent à leur capacité de dispenser des services d'obstétrique en toute sécurité, même sans pratiquer de césariennes. Au Canada, il est relativement fréquent que de petits centres locaux d'obstétrique ne pratiquent pas de césariennes. Ainsi, une étude réalisée en 1995 a révélé que 125 sur 576 hôpitaux canadiens offraient des services locaux d'obstétrique sans pratiquer sur place de césariennes (Levitt *et al.*, 1995). De même, le *Reproductive Care Program* (1997) de la Colombie-Britannique a établi que les 22 hôpitaux de la province qui avaient pratiqué moins de 250 accouchements par année en 1996 n'offraient pas de césariennes sur place. Par ailleurs, une récente analyse comparative réalisée dans cette même province indique – sans grande surprise – que la proportion des accouchements faits localement augmente lorsque l'établissement offre des césariennes (31 à 64 %) (Grzybowski *et al.*, en préparation).

Les chercheuses et chercheurs sur les soins de maternité en régions rurales reconnaissent généralement que la sécurité des centres locaux d'obstétrique dépend de leur intégration à un système régionalisé qui offre aussi accès à des niveaux de soins plus spécialisés (Hein, 1980; Peddle *et al.*, 1983; Rosenblatt *et al.*, 1985; Hogg et Lemelin, 1986; Viisainen *et al.*, 1994;

Nesbitt, 1996). Ce type de réseau permet aux dispensateurs de soins et aux femmes des régions rurales de choisir le niveau de service qui convient au type de soins qui, à leur avis, sera nécessaire au moment de l'accouchement. Rosenblatt *et al.* (1985:431) ont défini en ces termes un modèle efficace de soins de maternité en milieu rural : système pyramidal étroitement intégré à l'intérieur duquel les omnipraticiens déterminent les patientes les plus à risque et les dirigent vers des centres plus spécialisés avant l'accouchement. Dans un tel contexte, les soins d'obstétrique sont *sans danger* dans les petits hôpitaux ». Afin de déterminer dans quelle mesure l'ensemble du système permet aux femmes qui en ont besoin d'obtenir les soins spécialisés nécessaires et à celles qui n'en ont pas besoin l'accès au niveau de service approprié, les chercheurs ont examiné le taux de mortalité périnatale en fonction du lieu de résidence de la mère (ou aire de recrutement), plutôt qu'en fonction du lieu de naissance (Black et Fyfe, 1984; Rosenblatt *et al.*, 1985; Lemelin, 1986; Viisainen *et al.*, 1994; Grzybowski *et al.*, en préparation). Ces études examinent le rendement des pratiques d'aiguillage, c. -à-d. l'aptitude des médecins locaux à dépister avec justesse et à sélectionner les grossesses sans complication en vue d'un accouchement dans le centre local et à diriger les cas à risques plus élevés ou les grossesses avec complications vers les plus grands centres plus spécialisés. Comme l'a soulevé Lemelin (1986:214) dans son étude sur les services d'obstétrique ruraux dans les collines de la Gatineau au Québec :« Est-ce que certaines unités transfèrent trop de patientes, alors que d'autres gardent des patientes qui devraient être transférées? »

L'efficacité des pratiques de dépistage et des pratiques d'aiguillage d'un centre local, à l'intérieur d'un système régionalisé de soins périnataux, peut être évaluée en fonction du nombre de bébés de faible poids à la naissance qui naissent dans les petits hôpitaux ruraux et du taux de transfert exprimé en proportion des admissions dans l'hôpital (Lemelin, 1986). À l'intérieur d'un système régionalisé efficace, les bébés de faible poids à la naissance devraient naître dans les centres de soins tertiaires où ils peuvent recevoir des soins intensifs, alors que les bébés de poids normal ne nécessitant aucune intervention à la naissance (p. ex., césarienne d'urgence) viendraient au monde dans les centres locaux et qu'un faible pourcentage de femmes seraient transférées des centres locaux vers un centre spécialisé plus éloigné, durant le travail ou l'accouchement. Malheureusement, comme l'ont constaté Baird *et al.* (1996:225), il est difficile d'établir des comparaisons entre les différents systèmes, car le fonctionnement de chaque centre et de chaque système est adapté à l'histoire et aux besoins de la région. Cependant, le consensus qui se dégage des études sur les protocoles d'aiguillage depuis les petits centres locaux d'obstétrique vers les centres spécialisés plus éloignés est que les médecins de famille des régions rurales doivent être en mesure d'évaluer les risques de complication de chaque femme et déterminer son besoin d'aiguillage en conséquence (Rosenblatt *et al.*, 1985; Hogg et Lemelin, 1986; Viisainen *et al.*, 1994; Nesbitt, 1996). Autrement dit, le succès d'un centre repose sur une sélection judicieuse des cas (Baird *et al.*, 1996:225). Peddle *et al.* (1983:175) font référence au « principe d'habilitation en vertu duquel la prise de décisions est laissée aux dispensateurs de soins locaux ». Les médecins de famille des régions rurales peuvent donc être considérés comme le poste de triage du système régionalisé de soins d'obstétrique. Malheureusement, comme nous l'avons vu au chapitre 2, le modèle actuel d'évaluation du risque comporte de graves lacunes qu'il importe de corriger, afin que l'évaluation du risque puisse appuyer plus efficacement la prise de ces décisions.

Interface entre la sécurité et le risque dans la prestation des soins de maternité en régions rurales

La gestion du risque a été définie comme un des paramètres dans la *Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural* publiée en 1998 par la Société de la médecine rurale du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Cette déclaration de principe précise ce qui suit : « On n'arrivera jamais à éliminer le risque. En obstétrique, le risque existera tant qu'il y aura, au sein des collectivités, des femmes en âge de procréer. Bien que, dans une certaine proportion, on puisse anticiper le risque, il reste que, dans un nombre appréciable de cas, l'issue défavorable est inattendue » (Iglesias *et al.*, 1998:78).

Idéalement, la gestion du risque est un processus continu qui intègre la détermination et l'analyse des risques et des avantages tout au long de la grossesse, du travail et de l'accouchement. De toute évidence, une telle gestion intégrée du risque ne repose pas uniquement sur les médecins de famille des milieux ruraux, car le « succès de tout programme de régionalisation des soins périnataux dépend, en grande partie, de la coopération et de la bonne volonté de tous les membres de l'équipe de soins dispersés dans l'ensemble de la région géographique desservie » (Peddle *et al.*, 1983:175). Le *British Columbia Reproductive Care Program* (2000:3) a défini les lignes directrices suivantes :

Chaque collectivité, y compris les planificateurs régionaux et l'équipe locale de soins périnataux, doit déterminer ses capacités et les limites des services de maternité locaux. Cette analyse doit en outre inclure la détermination des cas précis (incluant les soins à la mère et au nouveau-né) qui peuvent être pris en charge dans la collectivité. Toutes les décisions doivent s'appuyer sur les données reflétant des pratiques exemplaires.

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, les indices de cotation et les outils d'évaluation des risques comportent plusieurs lacunes, notamment du fait qu'ils font une évaluation limitée des facteurs psychosociaux, que leur généralisabilité aux populations rurales est discutable et que leur spécificité est très faible. En conséquence, les hôpitaux ruraux et les systèmes régionalisés de soins doivent être prêts à dispenser des soins à un nouveau-né malade, avant et durant son transport vers un établissement approprié (LeFevre *et al.*, 1989: 694).

La proximité du centre communautaire local au centre d'obstétrique spécialisé (p. ex., qui pratique des césariennes), ainsi que les modalités de transport qui existent entre les deux, sont deux facteurs déterminants dans l'évaluation du risque qui est faite par le dispensateur de soins en milieu rural. Comme l'explique Hein au début de son étude de 1980 : « Les facteurs temps et distance sont d'importantes considérations dans la planification d'un système de soins périnataux en milieu rural » (p. 541). À cet égard, diverses recommandations ont été formulées, au sujet du délai maximal pour atteindre un service d'obstétrique. Lalonde (1998), par exemple, recommande qu'une femme se trouve à moins d'une heure de distance d'un centre pouvant pratiquer des services d'anesthésie et de transfusion, des césariennes d'urgence, des accouchements par application de ventouse et forceps, l'extraction manuelle du placenta et des curetages par aspiration. Cependant, comme le font remarquer Lynch *et al.*

(inédit) : « Pour bon nombre de collectivités rurales, de telles recommandations sont irréalistes et n'ont pour effet que d'accélérer la disparition des petits services de maternité isolés ». Selon la *Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural* de 1998, les dispensateurs de soins locaux sont conscients que les obstacles au transport peuvent donner lieu à des stratégies plus prudentes de gestion du risque (Iglesias *et al.*, 1998). Aucun renseignement plus précis n'a pu être relevé dans les ouvrages existants, sur la manière dont la géographie (c. -à-d. l'éloignement et les distances à parcourir) influe sur les soins maternels dispensés en milieu rural.

Qui peut dispenser des soins maternels sécuritaires en milieu rural?

Les différences et les disparités entre les milieux ruraux et urbains, sur le plan des ressources humaines affectées à la santé, sont des questions souvent abordées dans les discussions et les études sur la sécurité des soins maternels en milieu rural. En général, les principaux dispensateurs de soins dans les centres de santé ruraux sont des médecins de famille et non des obstétriciens (Rourke *et al.*, 2000; Stretch et Knight, 2002). Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins dispensant des services d'obstétrique en milieu rural n'a cessé de diminuer, ce qui ne fait qu'ajouter à la difficulté de maintenir de petits services de maternité dans les collectivités rurales (ICIS, 2004). Le recrutement et le maintien en fonction de sages-femmes, dans les provinces canadiennes qui ont réglementé cette profession, posent également des difficultés particulières en milieu rural.

Des questions plus générales ont aussi eu une incidence sur le déclin de l'intérêt pour la prestation de soins maternels en milieu rural. Ainsi, comme l'a constaté Wieggers (2003) dans le cadre d'une étude comparative sur les dispensateurs de soins de maternité au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe du Nord, on observe une tendance répandue dans les pays industrialisés en faveur de la « médicalisation » de la naissance et, partant, une transition selon laquelle les accouchements ne sont plus pratiqués par des omnipraticiens et des médecins de famille mais par des obstétriciens spécialisés. Cette tendance générale en faveur des soins de maternité dispensés par des obstétriciens ne s'est toutefois pas concrétisée dans les régions rurales du Canada où l'accès local à ces spécialistes est limité, en raison des grandes distances qui séparent certaines localités rurales des grands centres. Une étude réalisée en 1995-1996 sur les soins de maternité en milieu rural a révélé que 89 % de tous les accouchements dans ces régions étaient faits par des médecins de famille (Iglesias *et al.*, 1999). De plus, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont reconnu ce qui suit dans leur déclaration de principe publiée en 1999 : « La plupart des communautés rurales sont trop petites et trop isolées pour assurer la présence d'un obstétricien et d'un anesthésiste lorsque l'accouchement requiert une intervention » (Iglesias et Hutten-Czapski, 1999:209). Comme Iglesias *et al.* (1999) l'ont souligné dans leur enquête sur la répartition des médecins de famille et des chirurgiens spécialisés dans les régions rurales du Canada, le degré d'isolement géographique et la densité de la population varient également entre les régions rurales. L'Ontario, par exemple, compte un nombre appréciable de collectivités de 15 000 à 25 000 habitants pouvant accueillir un ou plusieurs chirurgiens. Dans l'ouest et en Colombie-Britannique, par contre, la plupart des collectivités situées en dehors des très grands centres régionaux comptent au plus de 5 000 à 15 000 habitants et elles

sont habituellement trop petites pour qu'un spécialiste puisse y exercer d'une manière rentable (Iglesias *et al.*, 1999). La pénurie locale d'obstétriciens spécialistes est une question qui préoccupe les dispensateurs de soins, les planificateurs et les chercheurs du domaine de la santé, comme en fait foi cet éditorial publié en 1995 dans *Le médecin de famille canadien* : « Les services d'obstétrique dans les petits hôpitaux sont menacés, à cause de l'absence de spécialistes et de la diminution du nombre de médecins de famille obstétriciens » (Chance, 1995:548).

La capacité des médecins de famille d'offrir des services d'obstétrique sécuritaires en milieu rural est une question fréquemment examinée dans le cadre des recherches médicales. Voulant obtenir des données qui permettent de confirmer ou d'infirmier l'allégation voulant qu'un accès immédiat à un sous-spécialiste des soins périnataux est préférable à un accès différé, des chercheurs américains ont évalué 863 grossesses suivies par des médecins de famille, dans ces centres offrant différents niveaux de service. Ils en sont arrivés à la conclusion que la présence sur place de personnel et de technologies spécialisés pour la prestation de soins périnataux n'est pas nécessaire et que « les médecins de famille agréés offrent des soins d'obstétrique d'une qualité essentiellement équivalente, quel que soit l'endroit où sont dispensés les soins prénatals ou périnataux et sans égard à l'accès sur place à des sous-spécialistes en périnatalité » (Chaska *et al.*, 1988: 160). Des chercheurs canadiens en médecine familiale (Klein, 1986, 1987; Klein *et al.*, 2002a,c) ont quant à eux noté quelques différences entre les médecins de famille et les obstétriciens sur le plan des interventions qui sont pratiquées (déclenchement du travail, accouchement par césarienne, utilisation des forceps), ainsi que du soutien psychologique et de l'attitude à l'égard des femmes – ces différences viennent corroborer l'hypothèse que les soins prodigués par le médecin de famille procurent des avantages uniques à la femme qui accouche. « Bien des femmes recherchent une approche qui soit centrée sur l'ensemble de la famille », ce qui constitue la préoccupation du médecin de famille (Klein, 1986: 534).

Le maintien des compétences et du niveau de confiance est un problème unique avec lequel ont à composer les médecins qui dispensent des services d'obstétrique en milieu rural, en raison du faible nombre de naissances qu'ils peuvent être appelés à y pratiquer. Dans le cadre d'une étude sur tous les hôpitaux publics de la Nouvelle-Zélande ayant offert des services d'obstétrique entre 1978 et 1981, réalisée dans le but de déterminer si l'expérience du médecin était une garantie de sécurité, Rosenblatt *et al.* (1985: 430) n'ont relevé « aucune donnée attestant d'un nombre minimal d'accouchements en deçà duquel l'issue de la grossesse est compromise ». Klein *et al.* ont comparé l'issue de la grossesse, lors d'accouchements pratiqués par des médecins de famille dont le nombre annuel d'accouchements variait (moins de 12, entre 12 et 24 et plus de 25) et ils en sont venus à la conclusion qu'il n'y avait pas de lien entre le nombre d'accouchements pratiqués par le médecin de famille et les issues défavorables pour la mère ou le nouveau-né. La récente déclaration de principes conjointe, « Nombre de naissances nécessaire pour le maintien de la compétence », définit plusieurs variables importantes qui ont une incidence sur la compétence d'un fournisseur de soins :

- le stade que le fournisseur de soins a atteint dans sa carrière et donc, la valeur de l'expérience acquise;
- l'expérience partagée par les membres d'un groupement de médecins;

- les rapports collégiaux de qualité établis entre les médecins de famille, les spécialistes et les sous-spécialistes;
- le cadre et l'organisme où se déroule la pratique, et
- le recours à des programmes de gestion du risque et d'assurance de la qualité (Société de la médecine rurale du Canada *et al.*, 2002).

Tout comme les postulats formulés dans le cadre des recherches sur les soins de maternité en milieu rural, au sujet du rôle du dispensateur de soins dans l'évaluation du risque, il semble que des paramètres qualitatifs conviennent mieux que des normes quantitatives arbitraires pour définir les pratiques obstétricales sécuritaires. La baisse manifeste du nombre de médecins de famille offrant des services d'obstétriques dans les régions rurales du Canada ne fait que rendre encore plus difficile l'accès à des soins de maternité en milieu rural. Les relevés canadiens indiquent en effet une diminution constante de la proportion des médecins de famille ayant pris part à des accouchements, cette proportion étant passée de 68 % en 1984-1985, à 46 % en 1988 et à 19 % en 1997-1998 (Reid *et al.*, 2002; Wieggers, 2003). Les médecins de famille en milieu rural demeurent cependant plus susceptibles de pratiquer des accouchements que leurs confrères des régions urbaines. Ainsi, selon le rapport *Donner naissance au Canada*, 27 % des médecins de famille en milieu rural ont déclaré avoir pris part à des accouchements en 2001, contre 12 % des médecins en milieu urbain (ICIS, 2004). Comme le souligne le président de la Société de la médecine rurale du Canada, Peter Hutton-Czapski (1999: 72), ces tendances ont d'importantes répercussions sur les régions rurales du Canada.

Dans les centres urbains, la présence d'obstétriciens et d'autres médecins de famille peut atténuer les effets de cette diminution. Il n'y a que 38 obstétriciens dans l'ensemble des régions rurales du Canada; les généralistes sont donc souvent les seuls à dispenser des soins de maternité, y compris des césariennes. ... Si le médecin rural décide de ne plus faire d'obstétrique et qu'il n'y a personne d'autres pour prendre la relève, les femmes sont alors obligées de se rendre dans un autre centre, souvent lorsqu'elles sont en travail.

Le recrutement et le maintien de praticiens en milieu rural ont été définis comme deux graves problèmes dans les collectivités rurales. Dans un mémoire présenté en 2002 à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Peter Hutton-Czapski a souligné le fait que, bien que 22 % de la population du Canada vit en régions rurales, ces régions ne comptent que 10 % des médecins du pays. Poursuivant l'analyse de ce problème, M. Hutton-Czapski a expliqué que seulement 10,8 % des étudiants en médecine sont issus des régions rurales et que seulement la moitié d'entre eux environ choisiront d'exercer en milieu rural, contre une proportion de seulement un sur vingt pour les étudiants issus de milieux urbains. Qui plus est, les études sur le maintien en fonction des médecins en milieu rural font état d'un taux élevé de roulement. À titre d'exemple, une enquête réalisée auprès des médecins de collectivités de la Colombie-Britannique, qui étaient admissibles à une indemnité de travail dans le Nord et d'isolement, a révélé que le taux de roulement moyen a été de 23 % entre 1998 et 1999 et que seulement trois médecins ont choisi de s'établir dans une autre collectivité admissible à ces indemnités, les autres quittant pour un centre urbain, les États-

Unis ou un autre pays (Larsen Soles, 2001). Ces fluctuations dans le nombre de médecins ruraux ont diverses répercussions, menaçant entre autres le maintien des soins maternels en milieu rural.

La pénurie de médecins de famille qui offrent des services locaux de maternité pour les accouchements sans complications, ainsi que de spécialistes dispensant des services d'obstétrique d'urgence dans les régions rurales, a contribué au déclin des soins maternels en milieu rural au Canada. La comparaison faite par Rourke (1998) des services d'obstétrique offerts dans les petits hôpitaux de l'Ontario entre 1995 et 1988, documente des tendances marquées par une diminution de chirurgiens généralistes, une réduction marquée du nombre de médecins de famille pratiquant des accouchements, ainsi qu'une forte diminution des services d'anesthésie générale et péridurale et de césariennes. Dans l'ensemble, il y a eu moins d'accouchements dans les petits services d'obstétrique de l'Ontario en 1995 qu'en 1988 (et ce malgré la hausse du nombre total de naissances dans la province), ce qui a amené Rourke (1998: 2123) à formuler l'hypothèse suivante : « La réduction des services d'anesthésie générale et péridurale et de césariennes a réduit la capacité des établissements locaux de traiter les complications du travail, ce qui a vraisemblablement pour effet d'accroître les transferts, d'augmenter le stress et de réduire le niveau de satisfaction des patientes, des médecins de famille locaux et du personnel des services d'obstétrique ».

De même, une étude comparative réalisée par Peter Hutton-Czapski, sur les soins maternels dispensés dans les régions rurales du Nord de l'Ontario entre 1981 et 1997, a établi un lien entre la diminution du nombre de médecins offrant des soins de maternité et la baisse marquée du nombre d'hôpitaux communautaires dotés de services d'obstétrique entre 1981 et 1997 (ce nombre étant passé de 52 à 40). Les résultats de ces études reflètent des tendances bien documentées, qui ont été observées dans les régions rurales des États-Unis et selon lesquelles la pénurie de dispensateurs de soins d'obstétrique contribue à une diminution des soins prénatals et des soins d'obstétrique disponibles (Rosenblatt et Wright, 1987; Rosenblatt et Detering, 1988; Larimore et Davis, 1995).

Les tendances relatives aux soins infirmiers montrent elles aussi des écarts entre les régions rurales et urbaines du Canada, bien que ceux-ci ne soient pas aussi prononcés que dans le cas des médecins ruraux. Un rapport publié en 2000 indique ainsi que 17,9 % des infirmières et infirmiers autorisés du Canada exercent dans des régions rurales et, bien que le nombre absolu d'infirmières et d'infirmiers autorisés exerçant en milieu rural ait légèrement diminué depuis 1994 (de 1,9 %), le nombre absolu de Canadiens vivant en régions rurales et éloignées a augmenté (ICIS, 2000). Par ailleurs, le ratio d'infirmières et d'infirmiers autorisés pour 10 000 habitants en milieu rural est plus faible dans l'Ouest que dans l'Est du Canada, ce qui est comparable aux tendances observées dans le cas des chirurgiens spécialistes (ICIS, 2000). Fait intéressant à souligner, le niveau de scolarité des infirmières et infirmiers autorisés en milieu rural est inférieur à celui de leurs homologues des milieux urbains, ce qui semble être en contradiction avec le rôle accru que l'on attend des infirmières et infirmiers autorisés en milieu rural (ICIS, 2000).

Une question troublante a été soulevée au sujet des services d'obstétrique dans les régions rurales du Canada : « Comment pouvons-nous traiter les urgences obstétricales en l'absence

de services d'obstétrique » (Younger-Lewis, 1988: 1024)? Le fait que les femmes des régions rurales continueront d'avoir des enfants, et que certaines de ces grossesses nécessiteront des interventions d'urgence, vient appuyer un argument fondamental en faveur du maintien des services de maternité en milieu rural (Iglesias et al., 1998).

Incidences chez les nouveau-nés des populations rurales

Les chercheurs en médecine reconnaissent aujourd'hui que la prévention de la mortalité infantile, en particulier durant la période néonatale, consiste non seulement à s'assurer que les bébés à haut risque, en particulier les bébés de faible poids à la naissance, ont rapidement accès à un service de soins intensifs néonataux spécialisés, mais aussi à prévenir dès le départ l'insuffisance pondérale et la prématurité chez les nouveau-nés (Fisher *et al.*, 1986; Hogg et Calonge, 1988; Larson *et al.*, 1997). Or ces deux problèmes sont reliés au fait de vivre en milieu rural. Les conditions géographiques et les conditions climatiques saisonnières peuvent avoir une incidence sur l'accès au transport d'urgence et aussi augmenter les risques y afférents; or le transport d'urgence est un volet essentiel des systèmes régionalisés de soins périnataux (Rosenblatt *et al.*, 1985; Fisher *et al.*, 1986; Hogg et Calonge, 1988; Larson *et al.*, 1997; Yeast *et al.*, 1998). Autre élément très important, les études font état d'une augmentation de la mortalité périnatale et du taux d'admission dans les services de soins intensifs lorsque l'accès local aux services de maternité diminue ou disparaît complètement (Nesbitt *et al.*, 1990, 1997; Larson *et al.*, 1992, 1997; Rock et Straub, 1994; Larimore et Davis, 1995).

Pour réduire au minimum la mortalité infantile, il faut chercher d'abord et avant tout à prévenir la prématurité. La prématurité fait référence à la naissance vivante d'un enfant dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 37 semaines. Comme l'indique le *Rapport sur la santé infantile au Canada*, publié par Santé Canada en 2003 :

La prématurité est la principale cause de mortalité et de morbidité périnatales dans les pays industrialisés : elle est responsable de 60 % à 80 % des décès de nourrissons ne présentant pas d'anomalies congénitales. La prématurité est aussi associée à la paralysie cérébrale et à d'autres répercussions durables sur la santé. De 1 % à 2 % de tous les bébés viennent au monde avant 32 semaines de gestation; ils représentent près de 50 % de tous les cas de troubles neurologiques à long terme et environ 60 % de la mortalité périnatale. La prématurité, même légère ou modérée, est associée à un risque accru de décès durant la première année de vie (p. 73).

Selon le Système canadien de surveillance périnatale, les facteurs de risque connus de la prématurité incluent les infections des voies génitales, le tabagisme, la prééclampsie, la béance cervico-isthmique, les antécédents de prématurité, le décollement placentaire et certains facteurs psychologiques comme le stress, l'anxiété et la dépression (McLaughlin *et al.*, 1999). Or l'absence d'accès local à des services d'obstétrique peut accroître le stress et l'anxiété des femmes des régions rurales.

Les nourrissons pesant moins de 2 500 g (5,5 lb) à la naissance sont considérés comme des bébés de faible poids et il existe un lien manifeste entre l'insuffisance pondérale à la naissance

et la prématurité (Nault, 1997). Les bébés de faible poids à la naissance présentent en outre des risques beaucoup plus élevés de décès, de maladies et d'invalidités, ces maladies et invalidités incluant la paralysie cérébrale, les troubles d'apprentissage, ainsi que des problèmes visuels et respiratoires susceptibles de persister toute la vie. Les facteurs qui contribuent à l'insuffisance pondérale à la naissance sont complexes et peuvent inclure de nombreux déterminants de la santé, comme l'âge de la mère, des naissances multiples, la situation socio-économique, le soutien social, la nutrition, le travail, les habitudes personnelles (p. ex. tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues), et l'accès aux services de santé.

Le fait de vivre en milieu rural a été associé à des soins prénatals inadéquats (Nesbitt *et al.*, 1990; Larson *et al.*, 1992, 1997; Rock et Straub, 1994). Comme l'a révélé l'étude menée par Larson *et al.* (1997: 186) sur 11,06 millions de naissances (excluant les naissances gémellaires et multiples) survenues aux États-Unis entre 1985 et 1987, les femmes habitant des régions non métropolitaines d'une majorité d'États ont été beaucoup plus susceptibles que leurs homologues des régions urbaines d'attendre au troisième semestre pour obtenir des soins prénatals ». Parmi les hypothèses fréquemment invoquées pour expliquer les comportements prénatals différents et moins bénéfiques pour la santé des femmes des régions rurales, mentionnons le manque d'accès à des soins de maternité, les distances à parcourir pour obtenir de tels services et le nombre d'enfants légèrement plus élevé des femmes des régions rurales, par rapport à celles vivant en milieux urbains (Hogg et Lemelin, 1986; Hogg et Calonge, 1988; Nesbitt, 1996; Larson *et al.*, 1997). Privées d'un accès à des soins prénatals, les femmes des régions rurales pourraient être exposées à de plus grands risques, du fait d'être moins informées de l'importance de certains comportements bénéfiques durant la grossesse et de la possibilité que des risques ou des problèmes médicaux passent inaperçus. Comme l'a fait valoir Nesbitt (1996) dans une discussion sur l'accès aux soins maternels en milieu rural, il est important que les services locaux de soins maternels en milieu rural servent de porte d'entrée à un système régionalisé de soins. La *Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural*, publiée par la Société de la médecine rurale du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada offre la mise en garde suivante : « Le manque de services de maternité locaux peut mener à un isolement et nuire à la santé des femmes qui n'ont pas les moyens financiers de se rendre dans une autre localité pour y recevoir les soins prénatals et périnataux courants » (Iglesias *et al.*, 1998:77).

Effets de l'absence de services de maternité locaux sur l'issue périnatale

À travers le Canada, nous observons la fermeture de petits services de maternité en milieu rural. Bien que l'on ignore pour l'instant les effets de ces fermetures, on présume que les hôpitaux vers lesquels les femmes seront dirigées disposeront de ressources accrues, notamment des services de chirurgie, de spécialistes et d'un éventail complet de technologies de diagnostic, et donc que ces femmes et leur nouveau-né seront mieux et plus en sécurité.

Des données prouvent toutefois le contraire. Larimore et Davis (1995) ont ainsi observé une corrélation négative entre l'offre de services de maternité et la mortalité infantile dans certains comtés ruraux de la Floride ($R = -0,42$; $p = 0,012$). Ces chercheurs ont ensuite utilisé un modèle mathématique pour démontrer l'effet probable de la perte d'un médecin

de famille dispensant des soins de maternité et ils ont constaté que ceci augmenterait le taux de mortalité infantile dans le comté de 2,3 % et que la hausse atteindrait 9,6 % advenant la perte d'un obstétricien. Nesbitt *et al.* (1990), pour leur part, ont fait une analyse des comtés ruraux de l'État de Washington dans lesquels plus des deux tiers des femmes devaient aller accoucher dans une autre localité, et ils ont constaté que cet importante émigration était associée à une plus forte proportion d'accouchements avec complications, à un taux plus élevé de prématurité et à des coûts plus élevés pour les soins néonataux que dans les collectivités à faible émigration.

D'autres études, examinant les effets potentiels (sur la mère et son nouveau-né) de la prestation de soins obstétriques tertiaires dans les cas de grossesse, de travail et d'accouchement sans complications, laissent croire à une augmentation probable du nombre d'interventions (Klein, 1986; Chaska *et al.*, 1988; Goodman *et al.*, 2002). Rosenblatt et Wright (1987) ont même laissé entendre que les petits centres de maternité en milieu rural offrent des avantages particuliers qui pourraient contribuer à *améliorer* l'issue et l'expérience de la naissance, en plus d'être plus rentables que les grands centres d'obstétrique. Récemment, des chercheurs canadiens ont formulé l'hypothèse que la prestation de soins de maternité locaux pouvait être perçue comme un élément central, essentiel au maintien de conditions médicales, sociales et économiques durables pour les femmes des régions rurales et leurs collectivités (Klein *et al.*, 2002a). Ce corpus de recherches, encore limité mais croissant, a défini les fondements d'un mode de pensée selon lequel les services de maternité communautaires en milieu rural sont perçus comme un modèle de soins efficace et approprié pour les femmes parturientes des régions rurales.

Au nombre des conséquences négatives associées à la disparition des services locaux de maternité, mentionnons les facteurs de stress potentiellement nocifs résultant du fait que les femmes enceintes doivent se déplacer pour obtenir des soins périnataux, y compris durant le travail et l'accouchement. Une petite étude, comparant l'expérience de la grossesse et de la naissance chez des femmes autochtones de deux collectivités canadiennes du centre de l'Arctique, a examiné la prévalence des facteurs de stress émotionnels, physiques et économiques. « Les femmes forcées d'accoucher en dehors de leur milieu vivent un événement traumatique exacerbé par le sentiment d'isolement qu'elles ressentent et l'inquiétude au sujet de leur famille » (Chamberlain et Barclay, 2000: 121). D'autres chercheurs en médecine ont établi un lien entre l'augmentation du niveau de stress accru associé au fait de se déplacer et d'attendre la naissance dans un endroit non familial (Rourke, 1998) et, comme le soulignent Nesbitt *et al.* (1990: 817), « de telles expériences peuvent nuire au processus normal du travail ».

Notant que les centres de soins tertiaires pratiquent des soins de style tertiaire et qu'il est difficile de résister à l'attrait de la technologie (Klein, 1986: 538), des chercheurs sur les services de santé ont mis en doute la valeur de ce type de soins pour les femmes qui n'ont pas besoin d'interventions technologiques durant l'accouchement et se sont interrogés sur les conséquences imprévues. Des études comparant l'issue de la grossesse entre des centres de soins tertiaires et de petits centres ruraux viennent réfuter les allégations voulant que toutes les naissances devraient se produire dans des centres spécialisés. Ainsi, l'étude menée par Viisainen *et al.* (1994: 404) sur l'ensemble des femmes ayant accouché en

Finlande en 1987-1988 a conclu que la « sécurité » ne peut être invoquée comme motif pour justifier la centralisation des naissances dans les grands établissements de niveau 3 car, à l'intérieur d'un système régionalisé, les taux de survie et de morbidité dans les petits centres locaux se comparent à ceux observés dans les régions desservies par de grands hôpitaux universitaires. De même, une étude sur la cohorte nationale des naissances de 1995, aux États-Unis (3 892 208 nouveau-nés), note ce qui suit :

La présence de ressources de niveau supérieur pourrait en fait être préjudiciable pour les nourrissons. Ainsi, dans les régions qui comptent un grand nombre de lits et de néonatalogistes, des bébés souffrant de maladies moins graves pourraient être plus susceptibles d'être admis dans une unité de soins intensifs néonataux et d'être ainsi soumis à des mesures diagnostiques et thérapeutiques plus intensives et être de ce fait exposés à des risques d'erreurs et de complications iatrogènes et être privés du lien qui se crée entre la famille et le nourrisson (Goodman *et al.*, 2002:1541-1543).

De même, les résultats d'études de plus petite envergure, dont celles menées par Peddle *et al.* (1983), Black et Fyfe (1984), Rosenblatt *et al.* (1985), Chaska *et al.* (1988) et Nesbitt *et al.* (1990), indiquent que le taux de mortalité périnatale chez les bébés de poids normal, qui naissent dans de petits hôpitaux ruraux, est égal et même souvent meilleur aux taux observés chez les bébés nés dans les hôpitaux de niveaux II et III. De fait, ces chercheurs sont d'avis que, sous certains égards, la qualité des soins pourrait être supérieure dans les petits hôpitaux, en raison de leur environnement simple et confortable (Rosenblatt *et al.*, 1985: 431), du type de soins continus et non interventionnistes que privilégient les médecins de famille, du temps supplémentaire que les infirmières et infirmiers des petits hôpitaux pourraient leur consacrer durant le travail, ainsi que de la liberté de mouvement que permettent les petits hôpitaux et qui peut favoriser un accouchement vaginal sans complications (Hogg et Lemelin, 1986; Klein, 1986; Nesbitt *et al.*, 1990). Ces allégations sont toutefois contestées par d'autres recherches médicales, dont une étude ayant comparé le taux de mortalité néonatale pour l'ensemble des naissances dans tous les centres de la Norvège, entre 1967 et 1996 (1,7 millions de naissances) et selon laquelle les grands centres sont bénéfiques pour tous les nourrissons, y compris ceux de poids normal à la naissance (Moster *et al.*, 2001). Ces chercheurs ont en effet constaté que, durant cette période de 30 ans, le risque de décès néonatal chez les bébés nés à terme avait été 1,4 fois (IC à 95 % = 1,1 – 1,7) plus élevé dans les petits hôpitaux (moins de 100 naissances par année) que dans les hôpitaux pratiquant plus de 3 000 accouchements chaque année. Une autre étude récente réalisée à Hesse (Heller, 2002), une province relativement peuplée d'Allemagne, a également soulevé des inquiétudes au sujet de la sécurité des petits hôpitaux. Heller (2002) a mené une étude en milieu hospitalier qui a révélé que, de 1990 à 1999, la probabilité de décès néonataux dans les petits centres d'obstétrique (pratiquant moins de 500 accouchements) avait été 3,5 fois plus élevée que dans les centres pratiquant plus de 1 500 accouchements chaque année. Selon Heller, ces résultats militent fortement en faveur de la consolidation des services d'obstétrique dans les grands centres. Il y a toutefois de grandes réserves à généraliser les résultats de l'une ou l'autre de ces études aux régions rurales du Canada.

Les comparaisons des coûts font souvent partie intégrante des études comparatives sur les interventions obstétriques pratiquées selon le niveau de service. Une étude menée en 1988 au Minnesota a révélé une réduction d'environ 12 % du coût moyen des soins d'obstétrique entre les centres urbains, les centres tertiaires en milieu hospitalier et les petits centres ruraux (Chaska *et al.*, 1988). L'étude de Nesbitt *et al.* (1990), sur l'issue de la grossesse chez des femmes des régions rurales de l'État de Washington en 1986, a révélé des frais d'hospitalisation deux fois plus élevés pour les bébés provenant de collectivités à forte émigration que chez ceux provenant de collectivités à émigration faible ou moyenne. Cependant, plusieurs chercheuses et chercheurs étudiant les services de santé ont commencé à relever les lacunes des analyses de coûts actuelles, lesquelles ne tiennent pas compte des coûts qui sont transférés aux patients et aux collectivités. « L'analyse économique devrait prendre en considération, non seulement les coûts directs des soins, mais aussi les dépenses (monétaires et autres) pour la famille. Les soins doivent non seulement être sécuritaires et économiques, mais ils doivent aussi pratiques pour la famille » (Viisainen *et al.*, 1994:404).

Quelles sont les lacunes des recherches sur les soins de maternité en milieu rural?

Les chercheurs sur les soins de maternité offerts en milieu rural ne font que commencer à examiner plus à fond les diverses répercussions de la fermeture des petits centres communautaires d'obstétrique. Ainsi, en plus de poursuivre l'évaluation de la sécurité des divers niveaux de prestation de soins de maternité en milieu rural, un nombre croissant de chercheurs canadiens du domaine de la santé demandent que l'on porte une attention accrue aux répercussions qu'ont les politiques et les pratiques relatives aux services d'obstétrique en milieu rural, sur les femmes de ces régions, leurs enfants et leur famille, ainsi que sur les dispensateurs de soins et les collectivités rurales (Hogg et Lemelin, 1986; Grzybowski *et al.*, 1991; Rourke, 1998; Hutten-Czapski, 1999; Benoit *et al.*, 2002; Klein *et al.*, 2002a,b; Sutherns et Bourgeault, 2003). Dans un article publié en Colombie-Britannique en 2002, des chercheurs ont noté que peu de rapports faisaient mention de ce que les femmes des régions rurales pensaient vraiment des services de maternité qui leur étaient offerts (Benoit *et al.*, 2002: 376). Cette observation corrobore des commentaires formulés par d'autres chercheurs qui ont déploré le peu de données qualitatives sur les services de maternité en régions rurales. « Jusqu'à maintenant, on a peu étudié les préférences des familles et cet aspect a rarement été pris en compte dans l'élaboration des politiques sur les soins de maternité » (Viisainen *et al.*, 1994: 404; voir aussi Lambrew et Ricketts, 1993). Une importante mise en garde se dégage : « Il faudrait prendre soin de ne pas écarter trop rapidement le jugement des femmes enceintes » (Hogg et Lemelin, 1986:2137).

Lambrew et Ricketts (1993:832) ont recommandé l'approche suivante pour s'assurer de la pertinence des recherches sur les services de maternité en milieu rural, en vue de l'élaboration des politiques et des pratiques sur les services de santé (1993:832). « En envisageant l'accès aux services d'obstétrique comme une question d'intérêt communautaire et public, les décisionnaires, les chercheuses et les chercheurs pourraient élaborer des approches efficaces, qui permettent de s'assurer que les femmes des milieux ruraux et les autres femmes mal desservies ont accès à des soins d'obstétrique adéquats. Un grand nombre de chercheuses et chercheurs en sont venus à la conclusion que des variables communautaires influencent la viabilité des services de maternité en milieu rural,

notamment le pouvoir décisionnaire des femmes et de leurs familles, les facteurs particuliers faisant obstacle à la prestation de services de maternité, les pratiques des dispensateurs locaux de soins et la valeur qui est accordée à l'accouchement local (Hogg et Lemelin, 1986; Bronstein et Morrisey, 1991; Lambrew et Ricketts, 1993; Hutten-Czapski, 1999). Une étude actuellement en cours sur l'information sur la naissance et sur les options qui sont actuellement disponibles dans les régions rurales de l'Alberta et de l'Ontario souligne la nécessité « non seulement d'examiner les facteurs sociaux et structureaux qui font obstacle à la communication de l'information et des options disponibles en matière de soins de maternité, mais aussi de le faire d'une manière qui soit adaptée aux réalités de la vie dans les régions rurales du Canada (Sutherns et Bourgeault, 2003:3). De récentes publications canadiennes rendent compte des inquiétudes soulevées par des chercheurs en médecine familiale au sujet d'une « cascade de dangers imprévus » susceptibles d'être provoqués par la fermeture de centres locaux d'obstétrique (Klein *et al.*, 2002a). De toute évidence, il y a lieu d'étudier plus à fond dans quelle mesure les politiques sur les services de santé et la restructuration des modèles de prestation des soins influencent les expériences des femmes et l'issue des grossesses en milieu rural.

Sommaire

Depuis les années 1970, divers chercheuses et chercheurs examinant les services de santé au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans d'autres pays industrialisés alimentent la base de données sur la sécurité et l'efficacité des systèmes régionalisés de soins périnataux et des petits centres ruraux d'obstétrique. Certaines données permettent d'envisager les services de maternité en milieu rural comme un modèle de prestation de soins efficace et approprié pour les femmes enceintes des régions rurales; par contre, d'autres études réalisées récemment en Norvège et en Allemagne contestent les allégations voulant que les petits centres de maternité sont aussi sécuritaires que les grands hôpitaux. La présente analyse documentaire soulève de nombreuses questions laissées sans réponse, quant à la sécurité et à l'efficacité de la prestation, ou à l'absence, de soins de maternité en milieu rural. Même s'il ne fait aucun doute que le maintien de petits services de maternité en milieu rural soulève de nombreuses difficultés, on ignore toujours les conséquences de la disparition de ces services. D'autres études devront donc être réalisées pour mieux comprendre toutes les conséquences de la modification des politiques de santé et des modèles de prestation des soins de maternité en milieu rural.

4. PLUS PRÈS DU DOMICILE OU PLUS LOIN DES SOINS? LES SERVICES DE MATERNITÉ DANS LES RÉGIONS RURALES DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Dans son rapport final intitulé *Closer to Home*, la commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts⁴, présidée par le juge Peter Seaton, a déclaré que les « soins médicalement nécessaires devaient être offerts dans le lieu de résidence du patient, ou le plus près possible de ce lieu, afin de satisfaire aux critères de qualité et de rentabilité des soins de santé » (B. C. Royal Commission on Health Care and Costs, 1991: A-6). Même si ce principe « plus près du domicile » est devenu la rhétorique commandant une série de changements appréciables dans l'organisation des soins de santé en Colombie-Britannique tout au long des années 1990, on peut se demander si les citoyens des régions rurales de cette province ont trouvé que l'accès aux soins était devenu plus près de leur domicile en 2004 qu'il ne l'avait été dix ans plus tôt. En fait, comme le laisse croire la présente étude, de nombreuses femmes des régions rurales doivent aujourd'hui parcourir de plus grandes distances pour obtenir certaines formes de soins, y compris des soins de maternité, ce qui a amené bien des gens – dont la journaliste Lynn Haley (1999) – à se demander si la régionalisation signifiait plus près du domicile ou plus loin des soins?

Le présent chapitre décrit brièvement les restructurations qui ont été apportées dans la gestion et l'organisation des services de santé en Colombie-Britannique de 1990 à 2003, ces restructurations ayant défini le contexte pour les femmes qui accouchent et leur famille. Nous y décrivons la régionalisation des services de santé et la délégation du pouvoir décisionnaire aux autorités sanitaires, en établissant des liens avec les orientations politiques sous-jacentes des divers gouvernements qui se sont succédés. Un examen des documents d'orientation stratégique de la dernière décennie a fourni peu d'information sur la planification des services de maternité en général et plus particulièrement des services en milieu rural. Cette absence d'orientation stratégique a fait en sorte que la majeure partie des décisions concernant les soins de maternité en milieu rural ont été prises suivant les besoins du moment, en réponse à un sentiment local ou régional de crise. Par conséquent, même s'il n'y a pas eu nécessairement démantèlement des services de maternité en milieu rural, il s'est établie une orientation politique *de facto* qui a contribué à la diminution de l'accès aux services, dans le cas de naissances normales à faible risque.

Méthodologie

Nous avons passé en revue les documents stratégiques et les rapports produits de 1991 à 2003, en choisissant les documents en fonction de l'influence qu'ils ont eue sur la structure du système de santé de la Colombie-Britannique et de leurs répercussions potentielles sur les soins maternels dispensés en milieu rural. Seuls les documents de politique qui ont fait suite au rapport *Closer to Home: The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs* et s'en sont inspirés, ont été analysés. Nous avons imposé cette limite, parce que le rapport *Closer to Home* a influencé cette série de documents et qu'il continue d'influencer la structure actuelle du système de soins de santé. (L'annexe C présente une liste des principaux documents, ainsi qu'un aperçu des recommandations qui y sont formulées.)

Des recherches documentaires ont aussi été faites à l'aide des principaux index et bases de données, dont le Social Science Citation Index, Elsevier Science, Blackwell Synergy, OVID, PubMed et Academic Search Premier. Ces recherches ont été faites en utilisant des combinaisons des mots-clés anglais suivants : rural, maternity, obstetrics, health reform et regionalization (rural, maternité, obstétrique, réforme de la santé et régionalisation). Les articles retenus sont ceux qui traitaient de politiques de régionalisation, de la gestion et de la prestation des services de santé à l'intérieur d'un système régionalisé, ou des soins de maternité en milieu rural examinés en regard de la prestation de services d'obstétrique, de la disponibilité des dispensateurs de soins, des expériences vécues par les femmes qui accouchent ou de l'issue des grossesses en milieu rural.

Une réforme en profondeur du système de santé de la Colombie-Britannique s'est amorcée au terme des travaux de la Commission royale, qui avait été mise sur pied sous le gouvernement du Crédit social en 1990, mais dont le rapport a été présenté au Nouveau Parti démocratique (NPD), nouvellement élu en 1991. Il ne fait aucun doute que les premières politiques de régionalisation adoptées par le gouvernement néo-démocrate ont été fortement inspirées du rapport de la Commission. Puis, le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique, qui est arrivé au pouvoir en 2001, a réagi aux politiques du NPD, réactions qui ont été définies dans les divers énoncés de politique qui ont été publiés au cours des années qui ont suivi. Par conséquent, bon nombre des initiatives du gouvernement libéral provincial sont toujours en cours.

Certains pourraient donc prétendre qu'il est prématuré d'analyser les politiques actuelles du gouvernement axées sur la réforme des soins de santé, car les versions finales et les résultats de bon nombre de ces politiques restent à préciser. Aussi limiterons-nous notre analyse aux objectifs de ces politiques, en notant toutefois les résultats obtenus jusqu'à maintenant et en formulant des hypothèses quant aux résultats futurs attendus. Cependant, même si nous en sommes toujours à un stade peu avancé, il est néanmoins possible de dégager des tendances et des structures organisationnelles précises qui ont influencé la prestation des soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique.

Réforme des soins de santé au Canada

Malgré des variations régionales et provinciales, certaines tendances ont été observées dans le domaine de la santé au Canada au cours des quinze dernières années; mentionnons entre autres l'adoption d'une approche d'entreprise et de gestion, pour guider le processus décisionnel devant prendre appui sur des cadres de responsabilisation et sur les « faits », dans un contexte caractérisé par une gestion financière serrée (Armstrong, 2002). Parmi les autres dimensions contextuelles des nouvelles politiques en matière de santé, mentionnons l'évolution démographique des effectifs en santé, les luttes constantes entre les divers gouvernements au sujet du partage des compétences dans les domaines de la santé et des soins de santé, l'accroissement rapide de l'usage des produits pharmaceutiques et des techniques diagnostiques sophistiquées, la demande croissante de services, le vieillissement de la population, la reconnaissance des limites des services de santé à favoriser, maintenir et améliorer l'état de santé, ainsi que les contestations à la *Loi canadienne sur la santé* et à sa mise en oeuvre (Romanow, 2002).

Régionalisation

À l'exception notable de l'Ontario, la plupart des autorités canadiennes ont aussi amorcé un processus de régionalisation en vertu duquel la planification et l'administration, auparavant centralisées des services de santé, ont été confiées à divers types d'autorité. Cette délégation de pouvoirs était motivée par une volonté à la fois d'accroître les responsabilités et la capacité de réaction des autorités locales, de réduire les coûts et de rationaliser davantage les services (McNamara-Paetz, 1996).

Church et Barker (1998) ont défini la régionalisation comme la création d'une nouvelle structure organisationnelle caractérisée par l'introduction d'un niveau additionnel de gouvernance, à qui incombe la responsabilité des fonctions dévolues. Selon cette approche, des programmes auparavant dirigés par un seul organisme étaient décentralisés et confiés à de nouveaux organismes régionaux.

Dans le contexte canadien, la régionalisation a généralement consisté à transférer un volet du pouvoir, d'un ministère de la santé à une autorité locale dont l'aire de responsabilité est habituellement définie en fonction de facteurs divers liés notamment à la géographie, à la répartition de la population et au mouvement des patients. Paradoxalement, semble-t-il, des forces de centralisation peuvent aussi entrer en jeu. Ainsi, alors qu'il y a d'une part délégation de pouvoirs administratifs, d'autres services peuvent au contraire faire l'objet d'une réorganisation qui a pour effet de les concentrer dans des secteurs précis d'une région. Les initiatives de planification et d'administration s'appliquent à des régions qui ne se limitent pas à une seule collectivité, ce qui peut favoriser une plus grande mise en commun des ressources entre les collectivités. Ces éléments de la régionalisation ont été assez uniformes dans le contexte canadien; Lomas *et al.* (1997) ont toutefois noté des variations entre les provinces, quant à la nature et à l'étendue des responsabilités confiées aux autorités locales de la santé.

La régionalisation en Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, la régionalisation a été un processus qui s'est amorcé au début des années 1990 et s'est poursuivi jusqu'au début du XXI^e siècle⁵. Ce fut également un processus dynamique, chaque nouveau gouvernement modifiant les structures et les modalités organisationnelles qu'eux-mêmes ou que leurs prédécesseurs avaient proposé et mis en place. Par conséquent, même si la régionalisation fut guidée par une même orientation générale, en l'occurrence la dévolution de pouvoirs aux autorités régionales, les modalités précises ont varié d'un gouvernement à l'autre. Enfin, même s'il est impossible de documenter ici toutes les nuances des processus de régionalisation des 15 dernières années, il est possible cependant de dégager des distinctions précises entre les orientations du gouvernement néo-démocrate et celles de son successeur, le gouvernement libéral qui a été élu au printemps 2001 en Colombie-Britannique.

Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts

La régionalisation est en partie le résultat des travaux de la Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts. Dans son rapport, la Commission avait en effet souligné le manque d'organisation du système de santé de la province et l'absence de planification à court et à long termes et laissait entendre que les réformes précédentes n'avaient eu qu'un caractère ponctuel, sans parvenir à aller au-delà des problèmes

immédiats. L'approche des décisionnaires ne tenait pas compte des expériences des patients et des citoyens et l'absence de mécanismes de reddition de compte rendait difficile l'évaluation du rendement. De l'avis des commissaires, bon nombre de ces problèmes pouvaient être résolus par une recommandation générale, celle de créer un système de soins de santé qui, dans la mesure du possible, assurerait au bénéficiaire un accès aux services à l'intérieur de sa collectivité ou tout au moins « plus près de son domicile ».

Cette recommandation s'appuyait sur les deux hypothèses suivantes : l'accès à proximité à des services adéquats éviterait que l'état de santé du patient se détériore du fait qu'il ait à se déplacer et la décentralisation permettrait d'adapter les services aux besoins uniques de la collectivité. Les ressources en santé seraient réparties entre les régions, en fonction de l'endroit où elles assureraient une productivité maximale. La Commission proposait à cette fin la création de « plusieurs autorités régionales » (B. C. Royal Commission on Health Care and Costs, 1991: B-37) qui seraient chargées des questions de santé propres à leur région respective. La Commission préconisait également une simplification du système par la fusion des conseils de santé existants. Seules les questions touchant l'ensemble de la province relèveraient du ministère de la Santé, dont le rôle consisterait désormais à donner des conseils et apporter un soutien, et à veiller à la répartition des ressources entre les régions. Ces orientations initiales du processus de régionalisation ont façonné les changements qui ont suivi.

Davidson (1999) a décrit l'évolution de la réforme de la santé en Colombie-Britannique sous le régime néo-démocrate, notant le caractère distinctif de la réponse stratégique initiale à la Commission royale, qui faisait de la participation démocratique un volet essentiel du processus local de prise de décisions et dont l'objectif santé était d'améliorer la santé des habitants de la Colombie-Britannique, en les rendant plus maître de leur santé – cette philosophie faisant écho à la définition de la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Au fil des ans, poursuit Davidson, cette orientation stratégique et les moyens proposés pour y parvenir ont fait l'objet d'une réorientation majeure — orientations qui, croyons-nous, ont été poursuivies et renforcées par le gouvernement libéral provincial qui a suivi.

De la dévolution à la délégation

Au début des années 1990, le gouvernement néo-démocrate a adopté le concept de la décentralisation et a rapidement donné suite à bon nombre des recommandations de la Commission Seaton. Le processus de la régionalisation a toutefois emprunté deux formes distinctes durant les deux mandats du gouvernement néo-démocrate.

La première vision de la régionalisation du gouvernement néo-démocrate a été définie dans le document *New Directions for a Healthy British Columbia* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1993), lequel proposait la création d'un réseau formé de 82 conseils communautaires de la santé et de 20 conseils régionaux de la santé, dont le mandat était de veiller à ce que les services de santé mis en place conviennent aux besoins de la région, tant sur le plan démographique que géographique. Le gouvernement proposait d'accroître l'efficacité du système en améliorant les lieux de prestation des soins et en modifiant au besoin les budgets. Il proposait également de revoir l'usage qui était fait des

hôpitaux, afin de découvrir tout domaine où il serait possible de réduire le gaspillage et d'examiner des solutions de rechange en matière de prestation des soins.

Cette vision n'a toutefois pas été entérinée et elle fut remplacée par un autre énoncé de politique, intitulé *Better Teamwork, Better Care* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1995). Ce deuxième modèle prévoyait la création de 34 conseils communautaires de santé, 11 conseils régionaux de santé, en plus d'une nouvelle structure – les sociétés de services de santé communautaires (7), pour un total de 52 autorités de la santé. Les nominations au sein des conseils communautaires et régionaux de la santé ont débuté en novembre 1996, mais il a fallu un temps variable aux diverses autorités avant de devenir opérationnelles.

En 2001, le gouvernement libéral nouvellement arrivé au pouvoir en Colombie-Britannique a procédé à une autre restructuration du système, invoquant la lourdeur bureaucratique et l'absence de cadre de responsabilisation de l'ancien système. Le nouveau système introduit par les Libéraux, et décrit dans le document *A New Era for Patient-Centred Health Care* (BC Ministry of Health Planning, 2001), proposait la création de cinq autorités sanitaires réparties géographiquement, d'une autorité provinciale des services de santé (PHSA) et de l'autorité de santé Nisga'a⁶.

Ces deux systèmes publics différaient non seulement quant au nombre d'autorités sanitaires jugées nécessaires pour atteindre les objectifs visés, mais aussi quant aux objectifs mêmes de la régionalisation. Ainsi, même si l'efficacité et l'efficience étaient deux critères importants dans les deux systèmes, le NPD percevait ces critères comme des résultats du système, alors que pour les Libéraux l'efficacité et la responsabilisation devenaient des objectifs. De plus, comme l'a constaté Davidson (1999), le mandat des autorités sanitaires a lui aussi été modifié, celles-ci n'étant plus chargées de répondre aux besoins locaux de manière à favoriser la santé et le bien-être, mais plutôt de veiller au respect de normes provinciales à l'intérieur d'une structure décentralisée. Ces différences fondamentales dans l'orientation des politiques et les mécanismes de reddition de compte revêtent non seulement une importance générale, mais aussi une importance en regard de la prestation des soins de maternité en milieu rural.

De l'amélioration des effets sur la santé à l'amélioration de l'accès du public aux services de santé

Selon la Commission Seaton, la décentralisation devait avoir pour objectif ultime l'amélioration de la santé globale des habitants de la Colombie-Britannique. Malgré l'absence de définition de la « santé », l'objectif de l'orientation stratégique ne faisait aucun doute, selon Davidson (1999: S35) : « il fallait déléguer des pouvoirs substantiels aux citoyens dans le domaine de services de santé, afin non seulement de faire contrepoids aux pouvoirs des professionnels de la santé, mais aussi de favoriser une orientation communautaire à la notion de bien-être ». Au fil des ans, toutefois, cette approche axée sur la santé de la population a disparu, cédant la place à ce que Davidson a décrit comme une volonté d'améliorer l'accès du public aux services de santé traditionnels. Ce changement est né en partie de la volonté exprimée par le public d'avoir accès aux services, mais aussi de la difficulté à réaliser une approche centrée sur la santé de la population, dans un système de santé dominé par les soins aigus.

James (1999) s'est demandée si certains gouvernements n'ont pas utilisé le discours de la santé de la population comme un moyen de transférer le lieu de prestation des soins, depuis les établissements vers les collectivités, afin qu'il soit plus facile de supprimer ou de déplacer les services dans le cadre du processus de régionalisation. Dans son étude sur la réforme des soins de santé en Saskatchewan, James se demande si cette orientation des politiques sur la santé de la population n'a pas fourni aux gouvernements un bon argument pour justifier la réduction du financement accordé aux établissements de soins de santé et la diminution globale des dépenses. Cette vue est partagée par Lomas (2001: 356) qui a déclaré qu'un « grand nombre de conseils régionaux de santé ont été utiles pour les gouvernements provinciaux, à la fois comme acteurs principaux de la rationalisation et comme inducteurs locaux du changement ».

D'une responsabilité politique à une responsabilité de gestion

La vision de la Commission Seaton préconisait une plus grande participation du public à la prise des décisions en matière de santé, cette vision ayant été élaborée en réponse à la perception voulant que le processus décisionnel ait été jusque là dominé par des intérêts ou des groupes particuliers (incluant les dispensateurs des soins de santé et les groupes d'intérêts politiques locaux). La participation du public était vue comme un moyen de mieux comprendre le système de santé et d'accroître la faculté de la population locale de réagir.

Plusieurs études ont conclu que la participation à la planification locale est une expérience positive pour les membres des conseils de santé, car cela leur permet d'apporter leur contribution à leur collectivité, de participer à des fonctions communautaires importantes et d'influencer les politiques et les normes (Frankish *et al.*, 1999; Veenstra et Lomas, 1999). Church et Barker (1998) ont cependant mis en doute la possibilité que des collectivités réparties sur de grandes distances puissent communiquer et partager des intérêts, dans la mesure où l'exige un système régionalisé de soins de santé.

La participation de la collectivité à l'administration des soins de santé soulève la question du choix des membres appelés à occuper ces fonctions et de la population qu'ils doivent représenter. Selon Veenstra et Lomas (1999), les divisions sociales et les autres facteurs susceptibles d'isoler une personne des autres membres de sa collectivité peuvent compromettre la défense de leurs intérêts, et la capacité de faire échec à ces divisions varie en fonction des caractéristiques de chaque collectivité. Frankish *et al.* (2002) ont pour leur part souligné les différences entre les membres des conseils, dont certains croient représenter les personnes ayant les mêmes caractéristiques physiques et socio-économiques qu'eux, alors que d'autres membres estiment représenter les personnes qui partagent leurs intérêts. Ces divergences au sujet de la représentation peut créer une source de tension au sein des conseils de santé.

En Colombie-Britannique, la vision initiale de la responsabilisation, qui avait été proposée par les premières initiatives de régionalisation, prévoyait une plus grande sensibilité aux priorités locales et régionales, par l'élection publique des membres siégeant aux conseils de santé. Cette responsabilité avait alors été définie comme l'obligation de rendre compte, non seulement aux gouvernements, mais aussi aux citoyens de la région. Durant le processus de mise en oeuvre, toutefois, le NPD a modifié la formule, passant de l'élection à la nomination des membres siégeant aux conseils.

Commentant la participation de la collectivité aux conseils de santé de la Colombie-Britannique, Davidson (1999) a soulevé plusieurs problèmes associés à la vision initiale, notamment la crainte que certains intérêts politiques particuliers dominant au sein des conseils de la santé en raison du faible taux de participation aux élections, la propension du public à confondre santé et soins de santé (qui risquait d'accroître les pressions en faveur d'un élargissement de l'accès aux soins de santé) et les inquiétudes du public face aux listes d'attente. Comme l'ont fait remarquer Lewis *et al.* (2001: 342), « la démocratisation officielle n'est pas une garantie en soi de l'intérêt ». En l'absence d'une vaste participation, il peut être plus facile pour des groupes d'intérêt précis de s'attribuer des pouvoirs et de faire adopter des programmes qui ne sont pas représentatifs de la vision du système de santé de l'ensemble de la population.

Selon Davidson, ce passage – de membres élus à des membres nommés au sein des conseils de santé de la Colombie-Britannique – signifiait que les pouvoirs n'étaient plus dévolus, mais qu'ils étaient maintenant délégués par le gouvernement provincial, en vertu du processus de nomination. Cette approche a eu pour effet de modifier en retour le cadre de responsabilisation – d'un cadre politique à un cadre de gestion – une approche qui a été maintenue lorsque les Libéraux provinciaux ont réformé à leur tour la structure des autorités sanitaires. Depuis l'ère libérale, les personnes nommées au sein des diverses structures de gouvernance sont plus susceptibles d'être issues du milieu des affaires ou du secteur professionnel, une tendance qui est venue consolider la perception selon laquelle la responsabilité financière et la responsabilité de gestion sont désormais leurs principaux mandats.

Tous ces changements — à savoir le processus de régionalisation en soi et les volets particuliers y afférents — ont eu un effet dramatique en Colombie-Britannique. Ils ont aussi eu des répercussions différentes, entre les régions urbaines et rurales de la province.

La régionalisation et les collectivités rurales

La Commission royale (1991) avait formulé des commentaires précis sur les questions liées à la prestation des soins en milieu rural. Son rapport *Closer to Home* énonçait ainsi divers obstacles majeurs nuisant à l'accès aux soins en milieu rural, soulignant entre autres la pénurie de dispensateurs de soins, le caractère inadéquat des services d'urgence et les coûts que devaient assumer les patients forcés de se déplacer pour obtenir un traitement. Le rapport notait également que le transfert des patients, de leurs collectivités vers un autre centre pour y recevoir des traitements, était difficile et sous-optimal. Et bien que la Commission jugeait inévitable qu'une portion des patients de la Colombie-Britannique, vivant en régions rurales et éloignées, doivent continuer de se rendre à l'extérieur pour obtenir un traitement, elle prétextait dans son rapport *Closer to Home* qu'un système décentralisé permettrait de mieux répondre à de nombreux besoins des collectivités rurales et éloignées en matière de santé.

L'opinion générale est partagée quant à savoir si ces réformes ont amélioré, ou au contraire diminué, l'accessibilité aux services de santé en général en milieu rural, et plus particulièrement aux soins de maternité. Bien que les gouvernements qui se sont succédés aient soutenu que leurs politiques de régionalisation étaient tout indiquées pour relever les

défis liés à la prestation de soins de santé dans les collectivités rurales – et ce d’une manière à la fois financièrement responsable et réalisable, certains analystes ne partagent pas cet avis.

Church et Barker (1998), par exemple, ont souligné la difficulté de concilier la régionalisation et ses effets escomptés avec la géographie, notant que la géographie du Canada fait qu’il est difficile de réaliser des économies d’échelle qui font de la régionalisation un modèle fonctionnel dans les régions plus densément peuplées. Il est en effet plus réaliste de concevoir que des économies d’échelle sont possibles lorsque la population est abondante et concentrée à l’intérieur d’une région géographique, comme c’est le cas dans certains pays européens. Le caractère dispersé et fortement rural de la population du Canada rend difficile ce volet particulier de la régionalisation. Ces auteurs déclarent : « somme toute, les populations régionales du Canada sont peut-être trop petites pour réaliser de véritables économies d’échelle ou, de façon plus générale, pour assurer une coordination des services de santé » (Church et Barker, 1998: 474). La géographie pose également des problèmes en ce qui a trait à la disponibilité des médecins (et des dispensateurs de soins officiels et officieux en général), ainsi qu’à leur charge de travail et leurs compétences.

Médecins ruraux

Le nombre inadéquat de médecins et d’autres dispensateurs de soins nuit fortement à l’atteinte de l’objectif visant la prestation de services de santé à proximité du domicile des patients. Le rapport *Closer to Home* a cependant pris soin de souligner que la pénurie de médecins en régions rurales et éloignées ne traduisait pas une pénurie de médecins dans l’ensemble de la province, la Commission estimant que le problème lié aux dispensateurs de soins était essentiellement dû la répartition de ces ressources et non à leur nombre. Il incombait donc, dans le cadre de la réforme de la santé, d’élaborer un modèle de régionalisation réalisable et de veiller à ce qu’il y ait un nombre adéquat de dispensateurs de soins pour la réaliser.

Au début du processus de régionalisation, le gouvernement néo-démocrate a réagi au problème lié à la répartition des médecins et conclu que la solution à ce problème devrait être largement dissociée du processus de régionalisation. Il semble que ce gouvernement estimait que la complexité de la régulation du lieu de travail des dispensateurs de soins exigeait l’adoption de politiques élaborées avec soin qui apportent une solution au problème, tout en offrant un degré appréciable d’autonomie. Le gouvernement néo-démocrate a donc tenté de concilier sa politique de régionalisation avec une approche axée sur le recrutement et le maintien en fonction pour répondre aux besoins en médecins.

L’approche préconisée par le NPD, en matière de recrutement et de maintien des effectifs, était axée sur la rémunération et reconnaissait que le système de facturation à l’acte du ministère de la Santé décourageait certains médecins à exercer dans les régions rurales et éloignées, où les patients sont moins nombreux. Ainsi, à l’intérieur d’un système de facturation à l’acte non corrigé, le médecin rural soumettrait en général moins de factures que son collègue en milieu urbain. Donc, sans ajustement des taux de rémunération, certaines collectivités étaient trop petites pour qu’il y soit rentable pour un médecin d’y exercer la médecine familiale. Le gouvernement néo-démocrate s’est engagé à maintenir l’indemnité de travail dans le Nord et d’isolement qui existait depuis plus d’une décennie. Ce programme prévoyait le versement d’un montant additionnel aux médecins, l’indemnité

accordée étant calculée en fonction d'un système de points basés sur le degré d'éloignement de la collectivité. Selon cette formule, les médecins exerçant dans les régions les plus éloignées toucheraient la rémunération supplémentaire la plus élevée. Des dépenses de déplacement ont par la suite été ajoutées à la rémunération dans le cadre du *Physician Outreach Program* (programme d'extension des services de médecins) de 1998.

Les controversées mesures de rémunération des médecins (*Physician Supply Measures*), adoptées en 1996, avaient été pensées dans le but d'améliorer la répartition géographique des médecins de la Colombie-Britannique, en permettant aux nouveaux diplômés des écoles de médecine de toucher plus rapidement un pourcentage plus élevé s'ils exerçaient dans des régions rurales et éloignées qui comptaient habituellement peu de médecins. Cette politique a toutefois été contestée avec succès devant les tribunaux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, car elle autorisait une rémunération déraisonnable pour des services médicaux, ainsi qu'en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* car elle violait la liberté de circulation et d'établissement des médecins.

Le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a tenté à son tour de résoudre les problèmes de recrutement et de maintien en poste des médecins, mais il a décidé d'intégrer ces mesures dans sa vision globale de la régionalisation, contrairement au gouvernement néo-démocrate qui avait essentiellement traité la décentralisation des services de santé et le recrutement de médecins comme deux questions distinctes. Le gouvernement libéral a donc adopté une approche plus étroitement liée, estimant que le recrutement et le maintien en fonction des médecins faisait partie intégrante de sa vision de la décentralisation. Il estimait notamment que la mise en place de nouveaux mécanismes de financement, comme la possibilité d'offrir un mode de rémunération salariale, rendraient les autorités sanitaires mieux aptes à offrir des conditions susceptibles d'attirer les médecins dans les régions rurales et éloignées.

Le gouvernement libéral estimait également que la rémunération était un facteur déterminant dans le recrutement et le maintien en poste des médecins en milieu rural. Et comme son prédécesseur néo-démocrate, le gouvernement libéral a tenu compte de plusieurs facteurs holistiques cités dans le Rapport Dobbin de 1998, apportant toutefois ses propres modifications au barème de rémunération. Le document *Rural Programs 02/04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia* (B. C. Joint Standing Committee, 2002) définissait les mesures prévues et celles déjà mises en place pour pallier le problème de la répartition des médecins dans les régions rurales de la Colombie-Britannique. Ensemble, ces programmes forment les principaux volets de ce que le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a désigné son initiative de santé rurale (*Rural Health Initiative*). Les programmes qui s'inscrivent dans cette initiative portent sur deux thèmes principaux : l'offre de médecins et la formation médicale en milieu rural, et tous deux insistent largement sur les mesures d'indemnisation des médecins. Afin de faciliter encore plus l'application de son modèle de régionalisation en regard des problèmes liés à l'offre de médecins, le gouvernement libéral a introduit, en 2002, son *Rural Retention Policy Framework for Health Authorities* (cadre stratégique de maintien des effectifs en milieu rural, pour les autorités sanitaires), lequel consiste essentiellement en un programme d'incitation financière visant à attirer des médecins dans des régions rurales et éloignées et à les encourager à y rester longtemps (B. C. Joint Standing Committee, 2002).

Charge de travail des médecins en région rurale

Le Rapport Dobbin (Dobbin 1998), commandé par le gouvernement néo-démocrate, avait souligné le fait que la prestation continue de services, 24 h sur 24, constituait un véritable problème pour les médecins en milieu rural. Alors que l'accès à des services à proximité puisse être bénéfique pour les patients, les petits hôpitaux desservis par peu de médecins ont de la difficulté à offrir des services sur une base continue. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, l'augmentation du nombre de quarts sur appel peut constituer un énorme fardeau pour les médecins des régions rurales et éloignées et il a été démontré que ce facteur influence la décision du médecin d'offrir ou non des services d'obstétrique. Ce même Rapport souligne par ailleurs que la collaboration entre collègues a une influence positive sur les médecins, qui bénéficient ainsi d'un plus grand soutien, de rapports collégiaux et d'une diminution du nombre de quarts sur demande.

Le Rapport mentionnait les services d'obstétrique en milieu rural comme un domaine où il y aurait lieu d'accroître la collaboration afin de réduire les lourdes charges de travail et ajoutait qu'un omnipraticien ne devrait pas avoir à pratiquer un accouchement s'il n'est pas sur appel et si le médecin en fonction offre des services d'obstétrique. Donc, tout en préconisant une meilleure rémunération pour les médecins en milieu rural, le Rapport semblait également jeter les bases d'une concentration des soins aigus dans les hôpitaux régionaux.

Le gouvernement néo-démocrate a tenté de répondre aux préoccupations soulevées au sujet de la charge de travail des médecins des milieux ruraux, par l'introduction de son programme *Northern and Rural Locum Program* en 1998 qui prévoyait des mesures visant à faciliter la prise de congé par médecins des régions rurales et éloignées. Ce gouvernement n'a pas donné suite au processus d'intégration recommandé par le rapport Dobbin, bien qu'une version de cette recommandation a été présentée plus tard par le gouvernement libéral qui a adopté la notion de masse critique pour définir la charge de travail des médecins. Le document *Standards of Accessibility* s'appuie sur la théorie de la masse critique pour démontrer qu'une collectivité a besoin de plus d'un médecin pour offrir les services qui doivent être accessibles en tout temps (B. C. Ministry of Health Services and Health Planning, 2002). Les initiatives de recrutement et de maintien des effectifs doivent donc être suffisamment intéressantes pour permettre la constitution d'un groupe de médecins capables de partager des responsabilités, ceci afin de prévenir l'épuisement des médecins et d'assurer la prestation de services en tout temps. Selon *Standards of Accessibility*, le nombre de dispensateurs de soins requis dans le groupe variait en fonction de l'emplacement, les petites collectivités ayant toutefois de la difficulté à réunir la masse critique.

Le document *Enhancing Health Services in Remote and Rural Communities*, publié par le Ministry of Health Planning sous le gouvernement libéral (2002a) de la Colombie-Britannique, proposait une autre approche pour la prestation des services de soins primaires dans les régions rurales. En vertu du principe de la masse critique, les médecins étaient encouragés à exercer en groupes, de préférence multidisciplinaires, afin que les patients puissent avoir accès à un éventail de soins primaires et services spécialisés réunis en un même endroit. Les groupes de dispensateurs pouvaient être structurés de manière à répondre aux besoins particuliers de chaque collectivité en matière de santé. Cette politique visait à améliorer la capacité du patient

d'avoir facilement accès à un éventail complet de services de santé, et ce vingt-quatre heures par jour. Les questions liées à la charge de travail des médecins en milieu rural semblent donc avoir trouvé écho dans la version de la régionalisation mise en place par le gouvernement libéral. La concentration des services médicaux dans des hôpitaux régionaux desservant un certain nombre de collectivités rurales allège le fardeau des médecins qui exercent dans des conditions relativement isolées, dans les hôpitaux plus petits. Cependant, une telle organisation des services vient mettre en péril les principes de la notion « plus près du domicile ». Une autre solution serait que les omnipraticiens des régions rurales élargissent leurs champs de compétences (y compris en anesthésiologie et en chirurgie), afin d'être mieux en mesure de répondre aux besoins des citoyens.

Autres dispensateurs de soins : Infirmières et infirmiers, sages-femmes et doulas

Même si l'amélioration de l'accès fut l'un des motifs invoqués pour justifier la réglementation et le financement public de la profession des sages-femmes en Colombie-Britannique, à ce jour peu de femmes qui accouchent en régions rurales ont pu profiter de la réglementation de cette profession. À titre d'exemple, aucune sage-femme n'exerçait dans les lieux visés par la présente recherche, lesquels offrent une représentation fidèle de la situation dans la plupart des collectivités rurales de la Colombie-Britannique. En plus des questions fondamentales liées à l'offre se posent également des problèmes d'ordre structurel, en l'occurrence les mesures législatives dissuasives, comme les modèles actuels de rémunération qui rendent difficile l'exercice de la médecine dans un milieu à faible volume, les exigences relatives à la pratique active d'accouchements à domicile et en milieu hospitalier, ainsi que la nécessité d'avoir accès à des spécialistes à des fins de discussion, de consultation et de transfert. Les difficultés pour les infirmières et infirmiers des régions rurales ont trait au maintien de leurs compétences en obstétrique en raison du faible volume, aux mesures de dotation dans bon nombre d'hôpitaux communautaires qui ne permettent pas d'affectation précise en obstétrique et qui exigent que tous travaillent comme infirmières et infirmiers généraux, ainsi que la difficulté de suivre des programmes de formation continue offerts à l'extérieur de la collectivité car il est difficile de trouver une remplaçante ou un remplaçant pour quelque durée que ce soit. Les doulas, ces femmes qui suivent une formation pour accompagner la femme durant le travail et l'accouchement, apparaissent comme une profession complémentaire dans bon nombre de collectivités rurales, où elles offrent la possibilité d'élargir l'équipe officielle de dispensateurs de soins. De l'avis de certains, les équipes interdisciplinaires de professionnels travaillant ensemble d'une manière concertée constituent le seul moyen d'assurer la prestation de soins aux femmes enceintes, au cours des années à venir (Kornelsen, 2003).

Temps de déplacement

Le temps qu'il faut à une patiente ou un patient pour recevoir un traitement est un facteur important qui a été pris en compte dans l'élaboration de la politique de régionalisation et du concept général de la prestation de soins plus près du domicile. Cependant, la capacité de la régionalisation de réduire le temps de déplacement est fortement tributaire de la présence de médecins dans les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique. Le gouvernement néo-démocrate a reconnu ce lien, et des mesures ont été prises pour tenter de mieux répartir les médecins dans la province, de manière à ce que les services de santé urgents et non urgents soient accessibles en tout temps, à l'intérieur d'une distance raisonnable. Le gouvernement a toutefois pris conscience qu'il devait y avoir complémentarité entre les

solutions aux problèmes de répartition des médecins et la réforme axée sur la régionalisation, si l'on voulait que les régions rurales et éloignées soient bien desservies, et ce dans un délai raisonnable.

Il s'est toutefois révélé difficile d'assurer un temps de déplacement adéquat pour les patients vivant en régions rurales et éloignées, car les facteurs déterminants variaient d'une région à l'autre. La réforme de la santé préconisée par le gouvernement néo-démocrate s'appuyait sur la recommandation de la Commission Seaton, selon laquelle les services de soins primaires devraient être facilement accessibles, plus près du domicile. Or ce même gouvernement affirmait, dans son document *Strategic Directions*, qu'il était impossible d'établir des critères universels en matière de rapidité d'accès, en raison de l'offre insuffisante de dispensateurs de soins dans les régions rurales et éloignées (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999). Le gouvernement a donc opté pour une approche visant à améliorer l'accessibilité en déterminant quels services de santé seraient offerts dans un endroit mitoyen, ou seraient accessibles à chaque personne à l'intérieur d'un temps de déplacement précis. Les *Strategic Directions* ne précisaient toutefois pas quels services seraient inclus dans cette catégorie. Afin d'assurer l'accessibilité aux services offerts en terrain mitoyen, le ministère avait l'intention de surveiller le nombre de praticiens et de veiller à ce que ceux-ci soient répartis sur une base géographiquement équitable, en ayant recours aux programmes de recrutement et de maintien des effectifs cités précédemment.

Le gouvernement libéral provincial a pour sa part adopté une approche différente, en alléguant qu'il était possible, à partir des facteurs démographiques, de déterminer de façon approximative l'utilisation du système de santé puis de répartir en conséquence les ressources requises pour la prestation des soins aigus. Les *Standards of Accessibility* ont défini les délais de traitement appropriés à l'intérieur des régions (B. C. Ministry of Health Services and Health Planning, 2002), différentes normes s'appliquant aux trois catégories principales de soins aigus, à savoir les soins d'urgence, les soins aigus aux patients hospitalisés et les soins spécialisés. En vertu des lignes directrices établies, 98 % des personnes relevant d'une autorité sanitaire devaient avoir accès à des services d'urgence à moins d'une heure de déplacement (temps basé sur la distance *aérienne*), 98 % des habitants de la région devaient avoir accès à des soins aigus pour patients hospitalisés (y compris des services d'obstétrique pour patientes à faible risque) situés à moins de deux heures de déplacement, alors que les services spécialisés, incluant l'obstétrique et la gynécologie, devaient être accessibles pour 98 % de la population, en moins de quatre heures de déplacement. Ce principe qui consiste à établir des lignes directrices en matière d'accès en fonction de la distance aérienne devra toutefois être revu. Les stratégies mises de l'avant par le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique, en vue d'atteindre ces objectifs, sont compatibles avec sa version de la décentralisation, laquelle inclut la rationalisation et la restructuration des traitements en milieu hospitalier, la mise en oeuvre d'une formule basée sur les risques pour guider l'affectation des fonds et la délégation à la PHSA de la responsabilité de réduire les disparités entre les habitants de la province, en matière d'accès aux services de santé.

Maintien des compétences des praticiens en regard d'un faible volume

De l'avis de certains, le nombre plus limité de patients dans les collectivités rurales peut rendre difficile le maintien des compétences requises par les praticiens pour le traitement

de certains problèmes de santé bien que, comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, Klein *et al.* (2002d) n'ont relevé aucune donnée qui permette de corroborer cette vue à l'égard des soins de maternité. Malgré cela, les gouvernements néo-démocrate et libéral ont tous deux alimenté cette perception de la difficulté que peuvent éprouver les médecins des régions rurales et éloignées à maintenir leurs compétences, s'ils n'ont pas l'occasion de les appliquer régulièrement. Les collectivités rurales et éloignées luttent depuis toujours pour attirer et conserver un nombre adéquat de médecins; leurs efforts sont toutefois contrecarrés par des politiques qui viennent renforcer cette perception – jusqu'à maintenant non fondée – mais qui pourrait néanmoins amener les médecins à éviter de faire certaines procédures, estimant ne pas les utiliser assez souvent pour demeurer compétents.

Dans son document *Strategic Directions for British Columbia's Health Care System*, le ministère de la Santé sous le gouvernement néo-démocrate a continué d'appuyer la recommandation formulée dans le rapport *Closer to Home* selon laquelle les services de soins primaires devaient être facilement accessibles, à proximité du lieu de résidence (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999). Le Ministère reconnaissait toutefois qu'il serait difficile de respecter cette recommandation, car la mise en place de services spécialisés exigeait la présence d'appareils spécialisés et de médecins pratiquant régulièrement ces procédures.

Ce problème perçu quant au maintien des compétences professionnelles — c. -à-d. le maintien d'un ensemble de compétences par la répétition — a également influencé la réforme mise en place par le gouvernement libéral, comme en témoigne le document *Standards of Accessibility*, qui lie la compétence professionnelle au premier modèle de prestation de soins aigus. Le maintien des compétences professionnelles exige que les dispensateurs de soins soient formés pour traiter les situations exigeant des soins aigus et qu'ils aient à faire face à de telles situations régulièrement pour conserver leurs aptitudes. Cette exigence relative à la régularité de la pratique augmente en outre parallèlement à la complexité des services à dispenser. En d'autres mots, les personnes dispensant des services spécialisés devraient être fréquemment exposés à des cas. Or la faible incidence de tels cas dans les populations rurales, vu le nombre limité d'habitants, fait qu'il est difficile d'assurer des services spécialisés à proximité du lieu de résidence. Les *Standards of Accessibility* traduisent une perception voulant que la disponibilité de dispensateurs de soins n'est pas le seul problème en régions rurales et éloignées et que le recrutement et le maintien de dispensateurs de soins possédant un niveau satisfaisant de compétence professionnelle peut aussi créer un problème particulier dans ces régions. C'est cet argument, inspiré des *Standards of Accessibility*, qui a été invoqué pour justifier l'orientation des patients vers des hôpitaux régionaux où les médecins sont exposés à un volume jugé suffisant pour assurer le maintien de leurs compétences professionnelles.

Accès aux soins de maternité en milieu rural

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'offre de services d'obstétrique a toujours été un problème dans les régions rurales, en partie du fait qu'il est difficile pour ces collectivités d'attirer et de conserver des médecins disposés à offrir ces services. Cependant, l'état actuel des services d'obstétrique en milieu rural ne peut être attribué uniquement à la

répartition des médecins, car ces services sont également sensibles aux changements dans l'organisation et la prestation des soins de santé. Comme les gouvernements néo-démocrate et libéral de la Colombie-Britannique ont envisagé la réforme des soins de santé dans une optique différente, le mode de prestation des services d'obstétrique en milieu rural a différé sous chacun de ces gouvernements.

Au début du processus de restructuration, le rapport *Closer to Home* notait qu'entre 25 et 42 % des cas d'obstétrique dans les régions rurales et éloignées étaient dirigés vers des centres urbains (British Columbia Royal Commission, 1991), une tendance qui, de l'avis de la Commission, devait être inversée : un plus grand nombre de femmes des régions rurales et éloignées devraient accoucher dans leur collectivité. Ce rapport notait également que l'hospitalisation, le stress émotionnel et financier, ainsi que l'instabilité familiale et conjugale durant la grossesse, augmentaient le risque de donner naissance à un bébé présentant une insuffisance pondérale. La Commission a invité les décisionnaires à prendre conscience de ces facteurs et à élaborer des politiques qui témoignent d'une approche globale en regard de la santé génésique. Pourtant, après plus d'une décennie et de multiples tentatives de restructuration, un nombre toujours croissant de femmes doivent aller accoucher à l'extérieur de leur collectivité, ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de collectivités marquées par le phénomène d'émigration en Colombie-Britannique. Ironiquement, les services de maternité en milieu rural figuraient parmi les quelques services qui, croyait-on, devaient profiter de la régionalisation, selon le rapport de la Commission Seaton.

L'énoncé stratégique du gouvernement néo-démocrate, intitulé *New Directions*, a donné lieu à la création de multiples autorités chargées de la prestation de services dans les différentes collectivités (BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1993). Ces politiques visaient à offrir un large éventail de services au niveau local, ces services allant des soins primaires aux soins aigus et à long terme. Le modèle de régionalisation proposé incitait les collectivités voisines à s'unir pour assurer la prestation d'un large éventail de services. Le modèle de régionalisation mis en place par le gouvernement libéral provincial reposait sur davantage sur une macro-approche, qui consistait à réunir les petites unités communautaires créées sous le gouvernement néo-démocrate en de vastes régions, dont plusieurs englobait un vaste territoire.

Il existe un lien entre les modèles de régionalisation qui ont été adoptés par les gouvernements et l'émigration croissante des collectivités. Ainsi la philosophie axée sur la prestation de soins plus près du domicile, préconisée par la Commission Seaton, a favorisé l'adoption de politiques visant à faire en sorte que les femmes à faible risque puissent avoir accès à des services de maternité dans leur collectivité. De fait, les documents *New Directions* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1993) et *Better Teamwork, Better Care* (B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors 1995) prévoyaient que les femmes enceintes ne devaient avoir à se rendre plus loin qu'une localité voisine pour accoucher et y recevoir les soins requis durant l'accouchement. Le document *New Directions* stipulait par ailleurs que les conseils communautaires ou régionaux de santé devaient offrir un large éventail de services, même dans les régions rurales et éloignées, et que seuls les cas à haut risque identifiables devaient être transférés hors de la région, vers un grand centre. Ces

politiques n'ont cependant pas permis de freiner l'émigration des femmes enceintes des régions rurales et éloignées.

L'arrivée au pouvoir du gouvernement libéral provincial a eu pour effet de modifier non seulement le modèle de régionalisation, mais aussi les lieux de prestation des services de maternité. Ainsi, le modèle de régionalisation mis en place conformément aux principaux énoncés de politique en matière de santé du gouvernement libéral [*A New Era Update* (B. C. Ministry of Health Services 2002, 2003) et *The Picture of Health* (B. C. Ministry of Health Planning 2002b)], a modifié le plan de prestation des services de maternité qui avait été élaboré par le gouvernement néo-démocrate. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le modèle de régionalisation des Libéraux provinciaux a entraîné la fusion des 52 conseils communautaires ou régionaux de la santé en cinq autorités régionales de la santé, auxquelles s'ajoutaient une autorité sanitaire provinciale et l'autorité sanitaire Nisga'a, maintenue comme septième entité distincte dans la province. En vertu de ces nouvelles politiques, un éventail de services de santé qui étaient auparavant offerts par bon nombre de collectivités rurales, y compris des soins aigus dispensés dans des petits hôpitaux locaux, devaient désormais être centralisés dans de grands hôpitaux régionaux. Les spécialistes et les chirurgiens ont donc commencé à dispenser tous leurs services dans les hôpitaux régionaux, et les soins de santé dans bon nombre de collectivités rurales et éloignées sont devenus de plus en plus limités aux soins primaires et à certains services de diagnostic.

Il est possible que le nouveau processus de régionalisation mis en place par la réforme amorcée au début du XXI^e siècle ait eu peu d'effets sur l'accès aux services de maternité en milieu urbain; dans les régions rurales et éloignées, par contre, la plupart des services de maternité ont été regroupés dans les hôpitaux régionaux. Même si le transport par ambulance continue d'être offert pour les femmes en travail, les temps de déplacement sont parfois longs et le trajet, parfois difficile. De plus, ces politiques ne prévoient pas de dispositions précises relatives à l'accompagnement d'une femme en travail. Tous ces facteurs ont contribué à accroître le phénomène d'émigration.

Les changements structurels qui réduisent les services d'obstétrique dans les hôpitaux ruraux créent non seulement des problèmes sur le plan du transport, mais rendent également plus difficiles les accouchements locaux. Il est possible en effet que les omnipraticiens hésitent désormais à pratiquer des accouchements – même à faible risque – dans un endroit isolé, car la concentration des obstétriciens dans les hôpitaux régionaux les prive d'un soutien rapidement accessible, au besoin. Il pourrait donc devenir difficile, voire impossible, de prévoir accoucher dans la collectivité. Enfin, bien que l'apport des sages-femmes demeure précieux, le transfert des services d'obstétrique vers les centres régionaux vient également compromettre l'exercice des sages-femmes dans les collectivités rurales.

Dans sa politique *Standards of Accessibility*, le gouvernement libéral provincial a reconnu que la réforme des soins de santé axée sur la régionalisation risquait d'avoir une incidence sur les services de maternité offerts en régions rurales (BC Ministry of Health Services and Health Planning, 2002). Cette politique proposait d'étendre les fonctions des omnipraticiens afin qu'un plus grand nombre de services, notamment en chirurgie obstétrical, soient disponibles. Les omnipraticiens pourraient ainsi recevoir une formation additionnelle à

celle qui est normalement exigée, de manière à pouvoir pratiquer des chirurgies, comme des césariennes. La collectivité pourrait ainsi être plus auto-suffisante et dépendre moins du transfert de patients vers les grands centres; ceci réduirait également au minimum les besoins en spécialistes. Cependant, la politique *Standards of Accessibility* repose également sur la capacité d'une collectivité d'attirer un nombre adéquat de médecins. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le recrutement et le maintien de médecins dans les collectivités rurales demeurent un problème et il n'y a aucune garantie que ces médecins accepteront d'offrir des services d'obstétrique et de s'occuper des femmes durant le travail et l'accouchement. Même si le ministère de la Santé et les autorités sanitaires régionales décident d'appuyer la prestation de services d'obstétrique dans les collectivités rurales, ceci ne pourra se faire sans la présence d'un médecin disposé et apte à offrir ces services.

Sommaire

Dans un rapport publié en 2002 sur les normes d'accessibilité aux soins de santé, le Ministry of Health Services and Health Planning de la Colombie-Britannique a souligné l'absence de lignes directrices pour guider la planification et la gestion des services d'obstétrique en milieu rural. On y mentionnait également le caractère limité des données sur les conséquences de l'interruption des services d'obstétrique en milieu rural sur l'issue de la grossesse, les équipes de soins de santé, les centres de santé voisins et les collectivités (Thommasen *et al.*, 2000). Malgré ces lacunes dans nos connaissances, on décide malgré tout de fermer des services de maternité locaux pour satisfaire à des impératifs financiers ainsi qu'aux préférences et aux craintes des dispensateurs de soins. Selon le programme Reproductive Care Program de la Colombie-Britannique, treize hôpitaux qui desservaient essentiellement des populations rurales ont cessé d'offrir des services de maternité entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} mai 2002, ce qui va tout à fait à l'encontre de l'énoncé politique national sur les soins maternels en milieu rural, selon lequel :« Dans la mesure du possible, la femme devrait pouvoir accoucher dans sa collectivité » (Thommasen *et al.*, 2001). Les dispensateurs de soins d'obstétrique et les décisionnaires ont reconnu que la question des ressources humaines était au cœur du problème lié à la viabilité des services de maternité en milieu rural (Klein *et al.*, 2001).

La modification des structures organisationnelles, les priorités et les procédures en matière de planification, les compressions budgétaires ainsi que l'évolution des rôles et des responsabilités des dispensateurs de soins et des décisionnaires dans le contexte de la régionalisation ont créé une situation complexe pour les femmes, leurs familles et celles et ceux qui les soutiennent durant la période périnatale. La vision de la prestation de soins plus près du domicile ne s'est pas matérialisée; dans le cas des services de maternité en milieu rural, l'accès est inégal et instable et est tributaire des changements apportés par les dispensateurs de soins et les autorités locales. Il est même possible que les personnes qui ont besoin de soins se trouvent aujourd'hui plus éloignées des lieux de prestation des soins, en raison des processus de centralisation et de regroupement amorcés dans le cadre de la rationalisation des services dans de nombreuses collectivités.

Le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique s'est engagé à offrir des services de santé de qualité et facilement accessibles, mais il a précisé que ceci doit se faire à l'intérieur

de limites raisonnables établies en fonction de ce qui est jugé réaliste et abordable. Dans sa politique *A Picture of Health* (B. C. Ministry of Health Planning, 2002b: 8), le ministère a introduit la notion selon laquelle la centralisation favoriserait l'efficacité et la mise en commun des ressources, alléguant que « le regroupement des services de soins aigus à l'intérieur de centres régionaux favorise le maintien du personnel et améliore l'accès à des services de qualité et les effets chez les patients ». Cependant, alors que le rapport reconnaît que le regroupement des services peut avoir une incidence sur les dispensateurs de soins (dont certains pourraient devoir déménager), il ne fait nullement mention des répercussions pour les patients, y compris pour les femmes qui accouchent et leurs familles.

Tel que mentionné précédemment, les mandats qui ont été conférés aux autorités sanitaires et les mécanismes de responsabilisation qui ont été mis en place au fil des ans ont réduit l'importance accordée à l'obligation politique de rendre compte, ce qui a eu pour effet de réduire la participation des citoyens à la prise des décisions qui les concernent. Bien que le manque d'intérêt puisse être en cause, la réduction de la participation du public limite les possibilités pour les citoyens d'exprimer leurs préoccupations au sujet de l'orientation et de la nature des changements proposés pour leurs collectivités.

C'est dans ce contexte caractérisé par des changements continus, la diminution de l'offre de dispensateurs de soins et l'accent mis sur la performance et la responsabilité de gestion que les femmes et les dispensateurs de soins ont été invités à nous faire part de leurs expériences des soins maternels dispensés en milieu rural et de leurs répercussions sur leur vie personnelle et professionnelle.

5. MÉTHODOLOGIE

La médecine est reconnue depuis longtemps comme un art et une science, dont le succès repose sur l'intégration des perspectives et des connaissances de diverses disciplines et exige de bonnes aptitudes à communiquer et l'établissement de bonnes relations interpersonnelles. L'exercice de la médecine fait en effet appel à une combinaison complexe de connaissances issues des sciences naturelles, des sciences sociales et des sciences humaines. Par conséquent, les recherches et les protocoles utilisés dans le but de recueillir des données permettant d'étayer ou d'éclairer l'exercice de la médecine doivent être aussi diversifiés que les connaissances auxquelles ils font référence. Cette exigence pourrait s'appliquer tout particulièrement à l'étude des répercussions de l'érosion des services de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, car ce phénomène est le résultat d'influences multiples, complexes et interdépendantes qui se sont manifestées au fil des ans et qui ont entraîné des conséquences physiologiques, psychologiques, sociales et spirituelles sur les femmes enceintes, leurs familles et leurs collectivités. Il faut également tenir compte des effets sur les dispensateurs de soins. Pour être efficace, une stratégie de recherche doit chercher à approfondir les données épidémiologiques existantes (voir le chapitre 3), tout en intégrant les dimensions sociales des soins. L'approche qualitative semble donc un moyen efficace d'atteindre cet objectif.

Dans un ouvrage récent, Flyvbjerg (2001) a défini trois types de connaissances, à savoir les connaissances techniques ou le savoir-faire (*techne*), les connaissances analytiques et scientifiques (*episteme*), ainsi que le jugement et les décisions basés sur le contexte et les valeurs (*phronesis*). Même si les décisions prises durant la grossesse, le travail et l'accouchement s'appuient en grande partie sur des connaissances scientifiques et techniques, elles font aussi appel à des jugements de valeur et sont fortement tributaires de la situation ou du contexte dans lesquels surviennent la grossesse et l'accouchement. La présente recherche visait à mieux comprendre les expériences en obstétrique vécues par les femmes des régions rurales, ainsi que le lien entre ces expériences et les décisions et mesures prises par les administrateurs et les dispensateurs de soins. Nous avons donc choisi d'utiliser des méthodes de recherche qualitatives, qui semblaient mieux convenir à l'étude de ce genre de questions (Pope et Mays, 1996; Flyvbjerg, 2001). Nous avons ainsi choisi un cadre méthodologique qualitatif axé sur la collectivité et basé sur l'utilisation de groupes de discussion et d'entrevues semi-structurées. Nous décrivons dans le présent chapitre les motifs ayant justifié le recours à des groupes de discussion et des entrevues semi-structurées et précisons les méthodes d'échantillonnage et de recherche que nous avons utilisées, en mentionnant notamment les critères retenus pour la sélection et le recrutement des collectivités, ainsi que des participantes et participants (femmes, dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs) et les cadres de collecte des données.

Recherche centrée sur la collectivité, groupes de discussion et entrevues semi-structurées

Nous avons choisi d'utiliser un cadre méthodologique qualitatif, centré sur la collectivité, pour étudier les effets de la réforme des soins de santé (y compris la réduction des dépenses publiques en santé, de l'hospitalisation et des soins dispensés en établissements) sur les

femmes enceintes des régions rurales de la Colombie-Britannique, en regard de leur expérience de la naissance. Les recherches axées sur la collectivité consistent en « des études scientifiques sur des sujets humains, qui sont menées dans la collectivité — c. -à-d. en dehors d'un laboratoire, d'un hôpital ou d'un cadre clinique » (Blumenthal et Yancey, 2004: 3). Ce type de recherches s'appuie sur le principe voulant que le développement de liens authentiques avec les collectivités « améliore la pertinence et la validité des recherches sur la santé, en assurant l'inclusion des conditions sociales, culturelles et économiques de la collectivité » (Macaulay *et al.*, 1998). Les recherches centrées sur la collectivité définissent également les principes qui régiront les relations entre les chercheuses et chercheurs et les collectivités et elles demandent de ces chercheuses et chercheurs qu'ils établissent les partenariats nécessaires à la conduite de recherches dignes de confiance (Blumenthal et Yancey, 2004).

Les recherches qualitatives centrées sur la collectivité visent à acquérir une compréhension complexe et globale des points de vue des participants. Plutôt que de prétendre à l'objectivité, les chercheuses et chercheurs sont plus enclins à admettre que leurs recherches sont sensibles à leurs valeurs et intérêts scientifiques personnels. Ils sont conscients de ces valeurs et reconnaissent que la réalité est subjective. En recueillant les données dans le cadre naturel, ils réduisent l'écart qui les sépare des participantes et participants. De plus, le fait d'utiliser des questions indique que le participant est perçu comme un expert. L'interaction est basée sur la collaboration et elle se compare à un dialogue : les pouvoirs et le contrôle sont partagés (Sterk et Elifson, 2004: 134).

Les groupes de discussion et les entrevues libres sont deux principaux modes de collecte de données qualitatives (Fontana et Frey, 2000; Kitzinger, 1996). Tous deux :

reposent sur une série de questions ouvertes ou une liste de sujets à discuter. L'ordre de discussion des sujets n'a pas d'importance et les sujets ne sont pas nécessairement tous abordés avec chaque répondant. Bien que l'entrevue non structurée exige de l'intervieweur qu'il établisse un plan des sujets généraux qui seront abordés, c'est la conversation (c. -à-d., le processus de collecte des données) qui détermine la manière et l'ordre de recueillir les données (Sterk et Elifson, 2004: 137).

Les entrevues non structurées permettent de recueillir un éventail de données qu'il serait impossible d'obtenir par des méthodes quantitatives ou des formes plus structurées d'entrevues qualitatives (Britten, 1996; Fontana et Frey, 2000). Les entrevues libres offrent également la possibilité de discuter avec des participantes et des participants qui ne seraient peut-être pas à l'aise (pour diverses raisons) ou incapables de prendre part à des groupes de discussion pour témoigner de leurs expériences aux fins de la recherche.

Quant aux groupes de discussion, ils permettent aux participantes et aux participants – grâce à la présence même du groupe – « d'explorer et de préciser leurs vues d'une manière qu'il serait plus difficile de réaliser durant des entrevues personnelles » (Kitzinger, 1996: 37; voir aussi Krueger, 1994). Ces méthodes sont souvent utilisées pour étudier l'expérience des services de santé, notamment des services de maternité, et elles sont très utiles pour les

recherches visant à améliorer la prestation des services (Kitzinger, 1996). Elles convenaient donc tout particulièrement aux objectifs de notre recherche.

Les théories actuelles sur les méthodes qualitatives encouragent l'utilisation de méthodes multiples pour mieux capter la complexité des interactions des humains entre eux, ainsi qu'avec leur milieu environnant. (Fontana et Frey, 2000; Flyvbjerg, 2001). Auparavant, les recherches qualitatives étaient généralement basées sur la triangulation, c. -à-d. l'utilisation de méthodes diverses pour obtenir des résultats similaires (Richardson, 2000). En 1978, Denzin a décrit quatre types fondamentaux de triangulation, dont l'un consistait en la triangulation méthodologique, c. -à-d. l'utilisation de méthodes multiples pour l'étude d'un problème unique, dans le but d'accroître la fiabilité des conclusions. Les progrès théoriques récents incitent toutefois les chercheurs à opter plutôt pour le concept de la cristallisation (Janesick, 2000), lequel reconnaît que les questions évaluées dans le cadre de recherches qualitatives sont complexes et qu'elles évoluent constamment.

Les cristaux ne sont pas amorphes : ils grossissent, changent et se modifient. Les cristaux sont des prismes qui reflètent le milieu extérieur *et* qui se réfractent, produisant ainsi des couleurs, des modèles et des ensembles différents projetés dans différentes directions. Ce que nous voyons dépend de notre angle au repos (Richardson 2000: 934).

L'utilisation de méthodes multiples pour examiner la même question nous permet donc de broser un tableau plus complet des expériences des soins de maternité vécues par les femmes en milieu rural.

Recherche courante : Approche et méthodes

Critères de sélection des lieux de l'étude

Notre recherche a été menée à North Island⁷, Alert Bay, Sparwood et Haïda Gwaii, pour examiner les expériences des services de maternité vécues par les femmes des régions rurales de la Colombie-Britannique. Ces quatre villes ont été choisies, car elles répondaient aux critères suivants :

- collectivité dite à « forte émigration » (plus des deux tiers des femmes de la collectivité n'accouchent pas dans leur milieu), d'après les données couplées de la Colombie-Britannique, lesquelles incluent les données sur les patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital;
- la taille de la collectivité, incluant ses limites géographiques, le bassin desservi par les services de santé et sa population;
- la distance la séparant d'un hôpital où se pratiquent des césariennes et d'un hôpital secondaire;
- les conditions habituelles des voies d'accès par voie terrestre et aérienne, durant l'hiver, et
- la diversité des sous-populations culturelles et ethniques formant la collectivité.

Durant notre séjour à chacun de ces quatre endroits, nous avons compilé des données qui nous aidé à établir le profil de chaque collectivité. Comme nous avons choisi une approche communautaire pour nos travaux sur le terrain, nous avons cherché à en apprendre le plus possible sur l'histoire, la géographie, les principales sources d'emplois et les établissements de santé de la collectivité, ainsi que sur les questions et les difficultés qui suscitent l'intérêt et font l'objet de débats, afin de mieux mettre en contexte les expériences vécues par les femmes de la collectivité (voir l'annexe B pour un profil des collectivités). Diverses ressources ont été consultées dans chaque collectivité, notamment les musées, les bibliothèques locales, les centres d'information touristique, les centres locaux de santé et les bureaux locaux des conseils de bande des Autochtones et des Premières Nations. Nous avons également réalisé des entrevues non dirigées avec des résidents de longue date. Enfin, avant notre arrivée dans chaque collectivité, nous avons établi des profils statistiques à partir des données de Statistique Canada, de B. C. Statistics et du *Reproductive Care Program* de la province, afin d'avoir une meilleure compréhension globale de la région (voir l'annexe D pour un résumé de ces profils).

Critères de sélection des participantes et participants à l'étude

Notre première stratégie de recrutement a consisté à recueillir les données primaires directement, au moyen d'entrevues et de groupes de discussion auprès des populations suivantes :

- les femmes ayant accouché, sans complications majeures, au cours des 18 à 24 derniers mois et dont le lieu de résidence principal durant cette période avait été une des quatre collectivités rurales choisies pour l'étude;
- les dispensateurs de soins de santé vivant dans l'une des villes choisies ou y dispensant des soins de maternité aux populations rurales;
- les dirigeants locaux habitant dans ces villes et participant à la prise de décisions touchant la prestation des services de maternité locaux et régionaux, et
- les administrateurs des hôpitaux et des centres de santé locaux participant à la gestion de la prestation des services de maternité locaux et à la prise de décisions concernant la prestation des services de maternité locaux et régionaux.

Nous avons décidé au départ d'exclure les femmes qui avaient éprouvé des complications majeures durant la grossesse, car de telles complications exigent une évacuation médicale de toute collectivité rurale. Comme ces femmes nécessitaient les soins d'un obstétricien ou d'un spécialiste – soins offerts uniquement dans les grands centres – notre idée première était d'exclure ces femmes de notre recherche. Cependant, dès que les travaux sur le terrain et la collecte de données ont commencé, nous avons rapidement réalisé qu'il était irréaliste d'exclure les femmes qui avaient éprouvé des complications majeures durant leur grossesse jusqu'à la naissance, et ce pour les trois raisons suivantes :

- Durant notre première série d'entrevues, nous avons constaté que les femmes qui avaient éprouvé des complications durant leur grossesse étaient endémiques aux lieux de l'étude. En effet, l'expérience des femmes enceintes vivant en milieu rural ou dans une petite ville semble dépendre en partie des divers risques qui ont été mis en lumière par les

réécits des participantes et participants. Donc, l'exclusion de ces cas risquait d'éliminer les expériences réelles de la grossesse et de l'accouchement vécues par les femmes en milieu rural.

- En interviewant les femmes sur le récit de leur grossesse, notre équipe de recherche est devenue en quelque sorte un exutoire à qui les femmes pouvaient se confier et raconter leurs expériences. Compte tenu du petit nombre de professionnels qui vivent et travaillent en régions rurales, et des difficultés qu'éprouvent souvent les femmes à préserver l'anonymat et la confidentialité lorsqu'elles consultent des professionnels, un grand nombre d'entre elles ont vivement apprécié cette occasion qui leur était donnée de faire part de leurs expériences de la naissance. Or les femmes qui avaient connu des complications durant la grossesse et lors de l'accouchement ont particulièrement apprécié ce volet de notre recherche. Bien qu'il s'agissait d'un résultat inattendu de notre stratégie de recrutement, nous avons donc rapidement réalisé que d'offrir à toutes les femmes qui venaient d'accoucher la chance de relater leur expérience – que celle-ci ait été exempte ou remplie de complications – serait à la fois bénéfique pour notre recherche et thérapeutique pour les participantes et participants interviewés.
- Le recrutement initial des femmes s'est fait en majeure partie par l'intermédiaire d'un tiers (la section qui suit explique plus en détail ce processus). Les femmes, dont la grossesse et l'accouchement avaient présenté de plus grands risques, ont souvent été recrutées pour témoigner des difficultés des femmes qui doivent accoucher ailleurs ou qui n'ont d'autre choix que de le faire.

Recrutement des femmes

Nous avons utilisé deux approches pour recruter les participantes⁸ à notre étude : à savoir le recrutement par un tiers, par l'entremise des dispensateurs locaux de soins maternels, et la technique basée sur l'effet boule de neige⁹. La technique choisie dans chaque collectivité a été dictée par les conditions propres à chacune.

Recrutement par l'intermédiaire des dispensateurs locaux de soins

Des lettres officielles décrivant les objectifs de notre recherche ont été envoyées aux médecins des régions visées, avec une affiche indiquant les dates de notre venue pour les entrevues. L'affiche indiquait le numéro d'une personne-ressource que les participantes et participants potentiels pouvaient contacter pour obtenir plus de renseignements; il y était également indiqué qu'une indemnité de 35 \$ serait versée pour aider à couvrir les frais de déplacement et autres dépenses personnelles (voir l'annexe E). Les médecins étaient priés de placer l'affiche dans un endroit bien en vue de la salle d'attente ou de leur bureau, où les femmes répondant à nos critères d'inclusion pourraient la voir. Nous avons envoyé la lettre et l'affiche aux médecins trois semaines avant notre arrivée, pour laisser suffisamment de temps aux médecins et aux femmes intéressés à participer. De plus, l'envoi de ces lettres a été précédé ou suivi d'un appel téléphonique ayant pour but de répondre aux questions que les dispensateurs de soins pourraient avoir concernant notre recherche.

Nous avons également contacté d'autres dispensateurs de soins qui avaient des liens avec les femmes répondant à nos critères d'inclusion, par exemple des infirmières et infirmiers de

santé publique, des doulas, des représentantes du mouvement La Leche, les dirigeants du programme Bon départ, des monitrices de soins prénatals, des travailleuses et travailleurs de santé communautaire, ainsi que les animatrices des groupes mères-enfants. Nous avons envoyé à ces autres dispensateurs locaux les mêmes lettre et affiche qui avaient été envoyées aux médecins, mais un appel téléphonique a été fait après l'envoi pour aider à favoriser le processus de recrutement. Ces dispensateurs de soins nous ont été très précieux, car leurs connaissances des femmes de la région qui venaient d'accoucher, ainsi que de la manière dont la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum de chacune s'étaient déroulés, ont été extrêmement utiles au processus de recrutement des femmes. Ces personnes avaient également plus de temps à consacrer au recrutement que les médecins, et leur contribution a souvent dépassé nos attentes, ces personnes se chargeant de fixer les heures et les lieux d'entrevue avec les femmes intéressées à participer, proposant d'utiliser leurs bureaux pour la conduite des entrevues et brossant un portrait social de la situation des soins de maternité dispensés dans la région.

Effet boule de neige

Comme les quatre lieux d'étude étaient de petites collectivités, les premières participantes qui ont été recrutées par les dispensateurs de soins ou les affiches entretenaient souvent des liens très étroits avec d'autres femmes de la région qui, comme elles, avaient accouché récemment. Grâce à ces liens, nous avons pu rejoindre un large éventail d'autres participantes.

Il n'a donc pas été difficile d'atteindre le nombre visé de participantes dans chaque collectivité.

Recrutement des dispensateurs de soins, des administrateurs et des dirigeants locaux

Durant le recrutement des femmes pour participer à notre étude, nous avons également contacté les dispensateurs de soins, les dirigeants locaux et les administrateurs, par lettre et par téléphone, pour savoir s'ils étaient disposés à nous aider pour le recrutement. Au cours de la conversation téléphonique, nous leur avons également demandé si ils et elles seraient disposés à participer à notre recherche. (L'annexe F présente une liste des fonctions occupées par les dispensateurs de soins, les dirigeants locaux et les administrateurs que nous avons recrutés.) Là encore, comme les villes choisies comptaient peu d'habitants, nous avons été en mesure de contacter, à chaque endroit, tous les dispensateurs de soins, administrateurs et dirigeants locaux concernés par les soins de maternité.

Collecte de données : Démarche et justification

Au moins deux chercheurs se sont rendus dans chacun des quatre lieux de l'étude pour mener les entrevues de groupe et individuelles, et l'équipe complète (quatre chercheurs) s'est rendue à un endroit. L'affectation de deux chercheurs pour la conduite des entrevues de groupe a permis non seulement d'assurer la rigueur des entrevues, mais a aussi facilité le rôle de l'animatrice chargée de la dynamique du groupe. Cette animatrice avait notamment pour fonctions de veiller, durant les entrevues de groupe, à ce qu'aucune personne, ni petit groupe, ne cherche à dominer l'ensemble du groupe, d'encourager les répondants réticents à participer et aussi d'obtenir des réponses de tout le groupe afin d'assurer un examen maximal de la question. Elle devait « faire contrepoids au rôle directif de l'intervieweur et assurer la gestion de la dynamique du groupe interviewé; l'intervieweur devait respecter le libellé des questions

tout en étant sensible à l'évolution des interactions au sein du groupe » (Fontana et Frey, 2000: 652). La présence d'une secrétaire a aidé l'animatrice à se concentrer sur ses tâches; cette dernière s'est chargée de prendre des notes sur le langage corporel et les expressions faciales du groupe, de s'occuper de l'équipement d'enregistrement par magnétophone et de prendre des notes sur les discussions du groupe, lesquelles notes se sont révélées fort utiles lorsque la qualité de l'enregistrement sonore laissait à désirer.

Une approche dyadique a été utilisée lorsque les deux chercheurs principaux étaient présents aux entrevues, chacun posant les questions prévues puis des questions d'approfondissement. Cette approche s'est révélée hautement efficace et a permis la collecte d'une abondance de données, grâce à la complémentarité des champs de compétences des deux chercheurs principaux (l'un étant issu du domaine de la médecine clinique et l'autre de la sociologie) qui a favorisé l'examen des questions sous des perspectives différentes, grâce aussi à l'harmonie entre les méthodes de communication adoptées par chacun ainsi qu'à la démarche globale de l'étude qui était empreinte d'une philosophie hétérarchique axée sur la collaboration et fondée sur le respect et l'engagement face à la recherche .

Comme les quatre lieux de l'étude étaient situés en régions éloignées isolées, l'équipe de recherche a dû, pour s'y rendre, parcourir de grandes distances sur des routes isolées. Le fait d'avoir deux personnes voyageant ensemble, non seulement évite que les personnes se retrouvent seules, mais assure également une sécurité advenant un problème. De plus, la conduite d'études dans des régions rurales et éloignées exige des chercheurs qu'ils passent du temps loin de la maison pour recueillir les données nécessaires et, bien que cet exercice soit extrêmement enrichissant, il est aussi habituellement très exigeant. L'affectation de deux personnes a permis de répartir la charge de travail et de réduire les risques d'épuisement.

Étude de l'expérience des soins de maternité des femmes

Nous avons réalisé des entrevues de groupe et des entrevues individuelles, pour recueillir les expériences des soins de maternité vécues par les femmes. Les entrevues ont été réalisées durant la période post-partum, une fois les soins terminés, de manière à permettre aux participantes de prendre un certain recul par rapport à l'expérience vécue. Chaque participante a eu à signer un formulaire de consentement ou à donner son consentement verbal après qu'on lui eut expliqué verbalement le but de la recherche si elle avait de la difficulté à lire le formulaire (le consentement verbal a été enregistré sur cassette audio). Toutes les participantes ont reçu une indemnité de 35 \$ devant aider à couvrir les frais de déplacement et autres dépenses personnelles¹⁰.

Les entrevues de groupe, qui se sont déroulées en présence de neuf à quatorze participantes, ont duré en moyenne deux heures, et les entrevues individuelles ont duré de trente à quatre-vingt-dix minutes, selon les précisions fournies par chaque participante. Toutes les entrevues (de groupe et individuelles) ont été enregistrées sur magnétophone afin d'être retranscrites (voir le tableau 1 : Nombre d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles). Dans chacun des quatre lieux d'étude, le nombre de femmes interviewées a été plus que suffisant. En effet, même si le nombre de participantes peut sembler peu élevé à première,

notre liste d'entrevues incluait toutes les femmes répondant au critère d'avoir accouché au cours des 18 à 24 mois précédents.

Tableau 1 : Nombre d'entrevues de groupe et d'entrevues individuelles, par lieu d'étude

Participant / Lieu de l'étude	Sparwood	Haïda Gwaii	Alert Bay	North Island	Total
Femmes	De groupe : 8 Individuelles : 5	De groupe : 3 Individuelles : 9	De groupe : 14 Individuelles : 0	De groupe : 0 Individuelles : 6	45
Dispensateurs de soins	De groupe : 0 Individuelles : 5	De groupe : 3 Individuelles : 8	De groupe : 2 Individuelles : 4	De groupe : 0 Individuelles : 5	27
Dirigeants locaux	De groupe : 0 Individuelles : 2	De groupe : 0 Individuelles : 2	De groupe : 0 Individuelles : 0	De groupe : 0 Individuelles : 1	5
Administrateurs	De groupe : 0 Individuelles : 1	De groupe : 0 Individuelles : 2	De groupe : 0 Individuelles : 0	De groupe : 0 Individuelles : 0	3
TOTAL	21	19	20	12	

Avantages et lacunes des méthodes utilisées pour étudier les expériences vécues par les femmes

Chaque méthode de collecte de données comporte des avantages et des lacunes. L'entrevue de groupe consiste à interviewer simultanément plusieurs personnes, en mettant l'accent, non pas sur les réponses individuelles, mais sur les interactions entre les participantes et participants » (Krueger, 1994: 139). Comme l'entrevue de groupe mise sur la synergie que crée l'effet de groupe, cette approche a été bénéfique pour les femmes, grâce à l'appui mutuel apporté par chacune dans l'examen des principales questions liées à la prestation de soins maternels en milieu rural. Les femmes ont apprécié ces séances en groupe, car cette expérience a souvent pris également un caractère social et qu'elle fut l'occasion pour les participantes d'exposer les difficultés particulières qu'elles avaient vécu dans la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum. Les données recueillies durant ces séances nous ont aidé à mieux comprendre, à un macro-niveau, les expériences vécues par les femmes et leurs familles.

Cependant, la conduite d'entrevues de groupe a aussi soulevé les deux problèmes majeurs suivants. Premièrement, lorsqu'on fait des recherches sur les soins de maternité, il faut s'attendre à ce que les femmes amènent avec elles leur bébé et leurs enfants, même lorsqu'une indemnité leur est offerte pour les frais de gardienne, comme ce fut le cas pour la présente étude. Or le bruit créé par la présence des bébés et des jeunes enfants a souvent nui à la qualité des enregistrements sonores et a rendu difficile l'animation des discussions. Outre les problèmes sonores, les participantes devaient parfois détourner leur attention de la discussion pour s'occuper de leurs enfants. Dans la mesure du possible, un membre de notre équipe de recherche a proposé qu'une personne s'occupe des enfants, afin que la mère puisse se concentrer sur l'entrevue; dans la plupart des cas, toutefois, les participantes ont refusé l'offre, étant mal à l'aise de confier leur ou leurs enfants à une étrangère. Deuxièmement, la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum sont vécus différemment par chaque femme. Aussi, malgré la richesse des macrodonnées sur la manière dont les femmes ont accès aux services de maternité, il a souvent été difficile de faire abstraction des détails très précis des expériences vécues par les participantes. La situation socio-économique et l'état matrimonial des participantes, le nombre d'années passées dans

la ville, leurs connaissances des réseaux de soutien disponibles dans leur localité, le nombre d'enfants sous leur responsabilité et leur philosophie personnelle de la naissance sont autant de facteurs qui ont influencé leur perception de la naissance et de l'accès aux services de maternité.

Les entrevues individuelles ont permis à l'équipe de recherche d'obtenir plus des précisions sur les expériences personnelles, précisions qui nous ont ensuite permis de définir d'autres questions d'approfondissement pour connaître leurs opinions sur la prestation actuelle, et aussi dans certains cas, sur la prestation antérieure récente des services de maternité en milieu rural. Une abondance de données ont aussi été recueillies durant ces entrevues individuelles. Bien que toutes les participantes aient semblé apprécier cette occasion qui leur était offerte de raconter leur histoire, l'absence de contact social que procure l'entrevue de groupe est une lacune de ce type d'entrevues. Enfin, pour l'équipe de recherche, les entrevues individuelles exigent également plus de temps et de main-d'oeuvre que les entrevues de groupe.

Le recours à des entrevues non structurées, en groupe et individuellement, nous a permis d'utiliser des questions précises pour amener les femmes à nous parler de leurs expériences des soins de maternité en milieu rural, cette méthode encourageant les femmes à décrire leurs propres expériences. Chaque participante pouvait ainsi décider des renseignements qu'elle voulait communiquer et de ceux qu'elle préférait taire, en se basant sur ses critères personnels plutôt que sur des catégories théoriques de classification. Les guides ou questions d'approfondissement ont été utilisées pour favoriser les discussions entre participantes. (voir l'annexe G). Ces questions ont été établies à partir de la documentation existante sur les expériences des soins de santé en général vécues par les femmes dans les régions rurales, de la documentation sur les expériences des femmes du Nord forcées d'accoucher ailleurs, de la compréhension personnelle de ces enjeux qu'avait un des chercheurs principaux en raison de son expérience en qualité de médecin dispensant des services d'obstétrique en milieu rural, ainsi que de l'interprétation qui avait été faite par le deuxième chercheur principal des ouvrages traitant des questions psychosociales intervenant durant la grossesse. Ces questions étaient réparties entre les cinq catégories générales suivantes : l'accès aux services de maternité, l'expérience de l'accès, le niveau de satisfaction à l'égard des soins locaux de maternité, la prise de décisions et les coûts économiques et sociaux associés aux déplacements nécessaires pour obtenir des soins.

Recherche auprès des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs

Nous avons également opté pour des entrevues semi-structurées pour recueillir les points de vue des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs. Cette démarche consiste à poser une série de questions ouvertes, souvent dans un ordre précis (Krueger, 1994: 137). Durant la conduite d'une entrevue semi-structurée, il est présumé que

les participants sont bien renseignés, ont un point de vue significatif à présenter et sont en mesure de l'expliquer clairement dans leurs propres mots. L'interaction entre l'intervieweur et le répondant prend ici un sens tout particulier... l'intervieweur est appelé à jouer un rôle actif et il est essentiel qu'un lien s'établisse avec la personne interviewée (Krueger 1994: 137).

À l'intérieur de cette approche semi-structurée, les mêmes questions ont été posées dans le même ordre, à tous les dispensateurs de soins et dirigeants locaux, ce qui a facilité le codage des données et permis de recueillir les vues de tous les participants sur les mêmes sujets. Le format ouvert des questions a en outre donné aux participantes et participants la liberté nécessaire pour faire part de leurs opinions et expériences personnelles. Par la mise en commun de leurs vues et expériences, il nous a été possible d'obtenir une compréhension plus globale des aspects émotionnels et politiques liés à la prestation de soins de maternité en milieu rural, ainsi que du rôle particulier qui incombe au dispensateur.

Les entrevues semi-structurées ont duré de 20 à 90 minutes, selon le temps que chaque participant était disposé à consacrer à l'entrevue, son degré de participation et ses connaissances de la situation particulière des soins de maternité en milieu local. (voir le tableau 1). Chaque participant devait signer un formulaire de consentement avant l'entrevue. L'équipe de recherche avait l'intention d'enregistrer toutes les entrevues sur magnétophone pour ensuite les transcrire, mais certains participants ont refusé, invoquant des raisons variées allant d'une réticence à se faire enregistrer à cause de leur voix ou à cause du caractère émotionnel et politique du sujet. Dans ces cas, une secrétaire a pris des notes écrites détaillées, pendant que l'animatrice menait l'entrevue.

L'objectif de l'équipe de recherche était d'établir une liste complète des dispensateurs de soins maternels, des dirigeants locaux et des administrateurs dans chaque collectivité et de réaliser une entrevue avec chacun, afin que toutes les personnes intervenant dans la prestation des soins, ou prenant part aux décisions concernant ces soins, soient incluses dans notre étude. (L'annexe F présente une liste des rôles des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs que nous avons recrutés.) La conduite d'entrevues auprès de tous ces dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs a favorisé l'établissement d'une riche base de données grâce à laquelle nous avons été en mesure de mieux préciser le cadre de prestation des soins de maternité dans chaque collectivité étudiée.

Nous avons commencé nos travaux sur le terrain en établissant une distinction entre les dispensateurs de soins et les dirigeants locaux, distinction reconnue par l'établissement de questions distinctes à l'intérieur du cadre des entrevues semi-structurées. Cependant, lorsque nous avons commencé nos entrevues avec les dispensateurs de soins et les dirigeants locaux, nous avons vite pris conscience qu'une seule et même personne cumule souvent les fonctions de dispensateur et de dirigeant. Donc, même si les dispensateurs de soins sont classés, aux fins du présent rapport, comme n'assumant que cette fonction, bon nombre cumulent également la responsabilité de dirigeant dans leur collectivité respective. C'est ce qui explique que, dans le contexte de cette étude, nous indiquons avoir interviewé au total cinq dirigeants locaux et 27 dispensateurs de soins (voir le tableau 1).

Lors de la réalisation d'une étude dans une petite collectivité, il est impératif de trouver un équilibre entre, d'une part, l'utilisation d'une approche rigoureuse et bien définie en matière de collecte des données et, d'autre part, la souplesse requise pour s'adapter aux particularités locales, aux habitants et aux imprévus. Notre souplesse témoigne de notre engagement envers la recherche communautaire. Une des difficultés dont nous avons rapidement pris conscience est que tous les dispensateurs de soins et dirigeants locaux concernés par la prestation de soins

maternels dans une petite ville sont extrêmement occupés. En effet, comme la prestation de soins de maternité est une responsabilité qui exige une disponibilité, sur demande ainsi qu'en dehors des heures normales, consacrer de 20 à 90 minutes à notre recherche est devenu, pour certains, une demande difficile et impossible à satisfaire. La plupart des dispensateurs de soins et des dirigeants locaux ont néanmoins consenti volontiers de participer à notre recherche et nous ont fait part de leurs points de vue en détail, s'assurant que nous comprenions bien les enjeux et le climat politique local dans lequel s'inscrit la prestation des soins de maternité. Nous avons également pris certaines dispositions pour faciliter la participation des personnes qui s'inquiétaient du temps exigé par l'entrevue, en leur permettant par exemple de faire une entrevue de groupe ou par téléphone. Nous avons aussi profité de la pause-repas pour mener plusieurs entrevues. Nous croyons que les avantages découlant de la compilation des opinions des dispensateurs de soins, des dirigeants locaux et des administrateurs l'emportent sur toutes lacunes qui pourraient être causées par un manque d'uniformité entre les entrevues.

Le climat politique actuel, en ce qui a trait à la prestation des services de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, s'est reflété dans les données que nous avons recueillies ainsi que sur le taux de participation de certains dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs. La Colombie-Britannique a amorcé il y a deux ans un processus de régionalisation, qui a bouleversé le mode de prestation de tous les services de santé dans les milieux ruraux et les petites villes de la province. À titre d'exemple, au moment où ce projet de recherche avait été conçu, les quatre lieux de notre étude disposaient d'installations de naissance, même si on y enregistrait un taux élevé d'émigration. Cependant, entre la présentation de notre projet de recherche (décembre 2002) et la conduite des recherches sur le terrain (avril à septembre 2003), toutes les installations de naissance avaient été fermées dans trois de ces quatre endroits. À deux endroits, soit Alert Bay et North Island, la fermeture des installations locales a aussi été influencée par une décision très médiatisée du gouvernement provincial d'imposer un moratoire temporaire sur la prestation des services de maternité (toutes les femmes étant forcées d'aller à l'extérieur de la région pour accoucher). Cette décision diffère de la nécessité de retirer des services dans le cadre d'une stratégie de régionalisation.

Un guide d'entrevues semi-structurées a été conçu pour les entrevues avec les dispensateurs de soins et les administrateurs (voir annexe H) et un autre avec les dirigeants locaux (voir annexe I). Le texte de l'entrevue pour les dispensateurs de soins et les administrateurs a été établi en fonction des sept catégories théoriques suivantes :

- rôle du dispensateur (éducation et formation, rôle actuel en qualité de dispensateur dans le lieu de l'étude);
- expérience (antécédents);
- modifications dans la prestation locale des soins de maternité;
- ressources et soutien disponibles à l'échelle locale, régionale et provinciale, dans le domaine des soins de maternité;
- sécurité et risques associés à la prestation de services locaux de maternité;
- perceptions quant aux répercussions, pour les femmes et leurs familles, de la prestation des services de maternité en dehors de leur collectivité;

- modèle idéal de services de maternité pour les régions rurales et éloignées de la Colombie-Britannique.

Dans le cas des dirigeants locaux, le texte de l'entrevue comportait les trois principaux volets suivants :

- modifications dans la prestation locale des services de maternité;
- perceptions quant aux répercussions de ces changements sur les femmes qui accouchent et leurs familles, et
- modèle idéal de la prestation des services locaux de maternité.

Collecte de données : Femmes

Nous avons réalisé trois entrevues de groupe (groupes de discussion), chacune se déroulant dans un lieu polyvalent à l'intérieur d'un bureau de santé publique, d'un centre récréatif ou du centre familial du programme Bon départ. Ces endroits ont offert un lieu de rencontre idéal pour les femmes et leurs enfants, car on y trouvait des fauteuils propices à la conduite d'entrevues, directement adjacents à des aires de jeu sécuritaires pour les bébés et les jeunes enfants. L'utilisation de ces endroits a facilité notre recherche, parce que les femmes n'ont pas eu à trouver une gardienne pour leurs jeunes enfants et nourrissons et qu'elles connaissaient bien le milieu dans lequel serait menée l'entrevue. Donc, malgré les difficultés mentionnées précédemment concernant la qualité de l'enregistrement sonore et la tâche de l'animatrice, les aires de jeu sécuritaires pour les enfants ont permis aux participantes de se concentrer sur l'entrevue, car elles n'étaient pas inquiètes de savoir où étaient leurs enfants et ce qu'ils faisaient. Ces lieux disposaient également de petites cuisines, ce qui a facilité la préparation de goûters nutritifs et de boissons convenant aux participantes et à leurs enfants.

Même si l'équipe de recherche reconnaît que ces locaux ont facilité la participation des femmes, leur caractère polyvalent n'était pas pour autant idéal pour la conduite d'entrevues. En effet, l'aire de jeu pour les enfants a rendu les lieux très bruyants, et ceci a parfois nui à la qualité sonore de nos enregistrements. De même, l'acoustique des lieux faisait en sorte qu'il était parfois difficile d'entendre les participantes, en particulier lorsque les participantes étaient nombreuses. Il y avait enfin peu d'endroits où pouvaient être installés des enregistreurs sonores pour saisir les opinions et les récits des participantes.

Les entrevues individuelles se sont déroulées dans des lieux choisis par les participantes, incluant le domicile des participantes, la bibliothèque locale, un café, un restaurant local, les bureaux de l'infirmière de santé publique, les centres de santé, les centres pour femmes, des maisons de transition pour femmes, les centres familiaux du programme Bon départ, des centres de rencontre autochtones et des maisons de la famille. Les participantes ayant elles-mêmes choisi un lieu où elles étaient à l'aise pour mener l'entrevue, le caractère public de bon nombre de ces lieux ne les a pas dérangées. Par ailleurs, notre équipe de recherche était bien au fait du caractère délicat de mener des entrevues confidentielles dans un lieu public, en particulier dans une collectivité rurale, et tout a été fait pour que le lieu choisi par la femme lui permette d'être à l'aise pour raconter son expérience ouvertement. Enfin, comme au moins deux membres de notre équipe de recherche ont participé aux travaux sur le

terrain, la sécurité n'a pas été un problème pour la conduite des entrevues au domicile des participantes.

Collecte de données : Dispensateurs de soins, dirigeants locaux et administrateurs

Trois entrevues de groupe ont été réalisées avec les dispensateurs de soins (voir le tableau 1). Ces entrevues se sont déroulées dans un restaurant, conformément à la décision des participants. Cependant, compte tenu du caractère délicat de nos questions d'entrevue, de nombreux efforts ont été faits pour s'assurer que les participants étaient à l'aise de raconter leurs expériences dans un lieu public. La conduite des entrevues dans un restaurant nous a également permis d'offrir un repas aux participants, en guise de remerciement pour leur participation, et aussi de pouvoir compter sur la présence de dispensateurs qui, autrement, auraient été forcés de refuser de participer en raison de leur horaire très chargé. Enfin, bien que les entrevues se soient déroulées dans un lieu public, les clients étaient peu nombreux dans le restaurant et les participants n'ont pas semblé mal à l'aise d'exprimer leurs vues en public.

Le reste des entrevues avec les dispensateurs de soins, les dirigeants locaux et les administrateurs ont été des entrevues individuelles réalisées au domicile des répondants, dans un bureau, ou un café ou un restaurant, selon le choix du répondant. Là encore, comme notre équipe était composée d'au moins deux membres, la sécurité ne fut pas un problème. Les lieux publics choisis par les participants se sont avérés en fait privés, car il n'y avait pas d'autres clients au moment de l'entrevue. Pour la plupart de ces entrevues, il a été possible d'obtenir un enregistrement sonore de bonne qualité.

Analyse des données : Exposé des faits et cohérence

L'analyse et l'interprétation des données recueillies durant les entrevues individuelles et de groupe ont été faites en partant du principe que les réponses représentaient une narration ou un récit. Cette prémisse s'appuie sur l'hypothèse voulant que raconter une histoire est un important moyen pour une personne de construire et d'exprimer une opinion (Mishler, 1986: 66). Selon Rayfield (1972), un anthropologue, les récits sont inhérents au fonctionnement de l'esprit humain et il va même jusqu'à décrire le récit comme une « unité psychologique naturelle ». Les théories de la cohérence¹¹ ont aussi été utilisées pour guider l'analyse détaillée. Enfin, un logiciel d'analyse des données qualitatives, QSR NU*DIST, a été utilisé pour faciliter l'analyse des données, et plus particulièrement pour le codage (attribution de mots-clés ou d'étiquettes à des segments de texte pour permettre l'extraction et le stockage des données, établir des liens entre les données et inclure des commentaires écrits sur le processus de collecte et d'analyse)¹².

Sommaire

La méthode exploratoire et qualitative qui a été utilisée pour cette recherche a donné des résultats à la fois descriptifs et pertinents sur le plan contextuel, ayant pour but de « maximiser la découverte et la description ». À partir de la description riche et détaillée des récits des femmes, des dispensateurs de soins et des administrateurs, il nous a été possible de dégager des thèmes communs, sans perdre les nuances uniques à chaque

participant et participante, dans chaque collectivité. Les descriptions utilisées par les participants durant les entrevues ont été fort révélatrices, et les récits ont souvent donné lieu à ce que Morse (1992) a désigné comme une « reconstitution émotionnelle » des événements. Tous ces processus ont été particulièrement bénéfiques à la réalisation de notre objectif, qui était de saisir l'expérience des soins de maternité en milieu rural.

6. EXPÉRIENCES DES SOINS D'OBSTÉTRIQUE DES DISPENSATEURS DE SOINS, DES DIRIGEANTS LOCAUX ET DES ADMINISTRATEURS

Les médecins, infirmières, dispensateurs de soins informels, administrateurs et dirigeants locaux avec lesquels nous nous sommes entretenus ont brossé un portrait des soins de maternité offerts dans leur collectivité respective, en commençant par définir le contexte dans lequel se fait la prestation de ces soins en milieu rural. Un des éléments soulevés est la difficulté qu'ont les praticiens à maintenir leurs compétences et leurs aptitudes, en raison du faible volume d'accouchements qui sont pratiqués dans la plupart des petites collectivités, et cette difficulté se répercute sur la viabilité des services. Cependant, malgré ces difficultés, les participants ont reconnu qu'il continuera d'y avoir des naissances tant que des familles continueront de vivre dans les collectivités rurales. Ils ont aussi exprimé leurs vues sur la sécurité des soins de maternité en l'absence de services pratiquant des césariennes et ont précisé dans quelle mesure cette lacune, et d'autres facteurs, influençaient la viabilité des services de maternité locaux. Un grand nombre de participants ont également défini clairement les mesures requises pour maintenir les services locaux de maternité et, même si les critères précis variaient d'un praticien à un autre, tous s'entendaient sur l'importance d'un processus décisionnel concerté dans le domaine des services communautaires de maternité. Ils ont également souligné la difficulté de dispenser des soins dans des collectivités privées d'un accès immédiat à des établissements pratiquant des césariennes, mais étaient cependant conscients de la nécessité de bien soupeser l'ensemble des avantages et des risques associés au fait de quitter la collectivité ou d'y rester. Enfin, bon nombre ont exprimé leurs vues sur ce qu'ils jugeaient nécessaire pour améliorer le cadre de prestation des soins de maternité dans les petites collectivités rurales.

Le contexte de l'exercice en milieu rural

Par leurs récits, les dispensateurs de soins ont brossé un tableau complet des réalités de leur pratique en milieu rural, qu'ils offraient ou non des services de maternité. Ils ont soulevé divers problèmes, notamment la nécessité pour ces praticiens de maintenir leurs compétences en obstétrique – qu'ils offrent ou non de tels services en temps ordinaire, étant donné la possibilité toujours présente d'avoir à pratiquer un accouchement d'urgence. Les praticiens qui offraient des services d'obstétrique ont par ailleurs souligné les répercussions du faible volume d'accouchements. Les administrateurs, pour leur part, ont souligné la difficulté de recruter des praticiens et de les maintenir en poste, en rappelant toutefois qu'il continuera d'y avoir des naissances tant qu'il y aura des femmes enceintes vivant en milieu rural.

Le maintien et le perfectionnement des compétences, malgré le faible volume

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le taux de natalité est en baisse dans bon nombre de collectivités rurales de la Colombie-Britannique, et le fait que bon nombre de femmes de ces petites localités vont accoucher ailleurs, dans des centres plus spécialisés, ne fait qu'exacerber le problème causé par le faible volume d'accouchements pratiqués localement. Or ce faible volume a d'importantes répercussions sur les dispensateurs de soins qui doivent maintenir leurs compétences, leurs habiletés et leur niveau de confiance par la

pratique. Il se répercute également sur la formation des nouveaux professionnels — autant médecins, infirmières et infirmiers et autres — dans la prestation de soins d'obstétrique en milieu rural. Cette difficulté d'assurer le maintien des compétences en raison du faible volume est une source de tension pour bon nombre de dispensateurs de soins avec lesquels nous nous sommes entretenus, qui a lourdement influencé la décision de certains de cesser d'offrir des soins d'obstétrique. Voici les propos recueillis d'une infirmière :

Il en va de même pour toute infirmière ou tout infirmier qui travaille en milieu rural depuis un certain temps : il est difficile de maintenir ses compétences, car nous ne traitons pas ces cas de façon continue; nous devons néanmoins être capable de le faire. Au moins, ici, nous n'avons pas à nous préoccuper des soins de maternité, alors qu'à [ville voisine], les infirmières doivent pouvoir dispenser des soins de maternité, traiter des traumatismes et des urgences et elles ont même eu à s'occuper d'un patient qui a subi un infarctus du myocarde, sans parler des patients gériatriques qui peuvent avoir besoin de soins aigus... Oui, on peut dire que cela ajoute vraiment au stress (ville 1- 002 : 306 -- 319).

Certains dispensateurs de soins, pour la plupart des médecins, peuvent se libérer pendant quelque temps de leur travail dans leur collectivité pour aller travailler dans des centres de maternité à volume élevé, afin de compenser pour le nombre peu élevé de cas de maternité traités localement. En général, toutefois, cette option n'est pas offerte aux infirmières et infirmiers qui ne disposent pas des ressources financières ou professionnelles nécessaires pour quitter la collectivité sur une base régulière afin d'aller suivre une formation.

Le faible volume a aussi une incidence sur les autres dispensateurs de soins, et plus particulièrement sur les sages-femmes, qui doivent respecter des normes minimales pour conserver leur droit d'exercice (assister à un nombre de 10 à 20 naissances par année, selon leur nombre d'années d'accréditation en qualité de sage-femme)¹³ (*College of Midwives of British Columbia*, 2003). Cette situation rend difficile la collaboration entre professionnels dans les collectivités où le nombre d'habitants est insuffisant pour justifier la présence de plus d'un praticien.

Le problème vient du nombre peu élevé de naissances sur l'île. Même si toutes les naissances avaient lieu dans les hôpitaux, cela ne représenterait qu'environ 60 naissances par année. ... Or certaines d'entre elles sont des grossesses à risque ou requièrent des césariennes – des cas qui ne peuvent donc pas être traités sur l'île. Donc, nous parlons au total d'environ 60 à 70 naissances au total – dont certaines seraient évacuées par Medivac. Même s'il y avait 100 naissances sur l'île chaque année, il y a ici environ six médecins, car il y a trois équivalents temps plein dans la collectivité A et trois autres dans la collectivité B. Donc, même cent naissances représentent un faible volume lorsqu'elles sont réparties entre six praticiens. Le College of Midwifery exige — du moins exigeait au départ — qu'une sage-femme soit l'intervenante principale – c.-à-d. la personne qui reçoit le bébé – dans au moins 20 accouchements par année pour conserver son droit d'exercer... Je

crois que cette exigence a été abaissée depuis et peut-être qu'un compromis pourrait être fait (ville 2- 023 : 352 -- 374).

Comme nous le verrons ultérieurement, les femmes des collectivités rurales ont clairement exprimé le désir de pouvoir choisir leur dispensateur de soins, y compris de faire appel à une sage-femme. Dans bon nombre de collectivités, des dispensateurs de soins non officiels (p. ex. des doulas et des membres de la ligue La Leche), ainsi que des membres de la collectivité et des dispensateurs officiels de soins (notamment des infirmières en obstétrique et des coordonnatrices du programme Bon départ), ont manifesté un intérêt pour la profession de sage-femme. Pour la plupart, toutefois, quitter son milieu pendant quatre ans pour aller suivre la formation requise¹⁴ – à la condition bien sûr que leur candidature soit retenue car ce programme est très contingenté – représente un obstacle insurmontable qui, ajouté au faible volume de soins dispensés dans la collectivité, fait en sorte que cette option perd tout attrait. Une participante a décrit en ces termes la frustration qu'elle ressentait de ne pouvoir suivre une formation de sage-femme, malgré son engagement envers la collectivité et la profession.

Oh, j'y ai songé, mais il aurait fallu que ma famille déménage pendant une longue période. Jusqu'à tout récemment, tout le monde me disait qu'il était tout simplement impossible d'exercer ce métier ici, et je ne voulais pas partir. Alors, pourquoi aurais-je déménagé ma famille pendant la période requise pour obtenir mon accréditation, s'il était impossible pour moi de revenir ici par la suite car le volume est insuffisant et qu'une sage-femme n'est pas censée exercer sans partenaire – il n'y a certainement pas assez de travail ici pour deux sages-femmes. Il aurait fallu que chacune d'entre nous exerce à temps « partiel »; il nous aurait donc fallu exercer en plus un autre métier, ce qui est très difficile dans cette profession. Alors cela semblait toujours irréalisable et je ne voulais vraiment pas quitter la place. Nous avons travaillé très fort pour faire de cette collectivité ce qu'elle est devenue aujourd'hui et il est important pour moi d'élever mes enfants ici (ville 2 – 018 : 423 -- 443).

Le faible volume d'accouchements locaux a aussi eu une incidence sur d'autres professions qui apportent un appui durant la maternité. Comme l'a souligné cette participante, l'impression de ne pouvoir acquérir localement l'expérience requise a freiné ses aspirations de devenir monitrice de soins prénatals¹⁵

Je voulais devenir monitrice de soins prénatals, mais c'était difficile car il aurait fallu que j'aille à l'extérieur pour acquérir l'expérience requise, étant donné le peu d'accouchements ici (ville 2 - 017 : 372 -- 376).

Plusieurs collectivités ont aussi observé un intérêt croissant manifesté par les femmes souhaitant devenir doulas, ces professionnelles qualifiées qui apportent un soutien émotionnel et physique aux femmes, et qui les informent durant leur grossesse, le travail et peu après la naissance. Le rôle de la doula est d'aider la femme à vivre une naissance qui soit une expérience sécuritaire, mémorable et enrichissante » (American Pregnancy Association, 2004). Dans une collectivité, un atelier de certification a attiré plus de

20 participantes dont un grand nombre voulaient maintenir des services locaux de maternité et voulaient accompagner les femmes durant le travail et l'accouchement. Cependant, là encore, le faible volume faisait en sorte qu'il était difficile pour ces femmes de satisfaire aux normes d'accréditation.

Répercussions du faible volume sur la prestation des soins

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la réduction du nombre de naissances dans les collectivités locales entraîne une diminution des services offerts localement, de sorte qu'un plus grand nombre de femmes doivent aller accoucher ailleurs, ce qui contribue en retour à diminuer l'expérience acquise et les services offerts localement. Par ailleurs, d'autres politiques qui définissent les critères relatifs à la prestation de soins localement, par exemple la politique relative aux primipares¹⁶, ne fait que réduire encore plus le nombre d'accouchements locaux et fait en sorte que les praticiens se sentent moins à l'aise et moins compétents pour dispenser des soins de maternité.

Cette politique relative aux primipares a été introduite à [nom de la collectivité] il y a environ douze ans, et a entraîné une réelle diminution du taux de natalité... ce qui a nui au maintien des compétences et à la confiance de pratiquer des accouchements. Car, en bout de ligne, les soins de la mère et du bébé incombent au personnel médical, n'est-ce-pas?. Alors, s'ils ne sont pas à l'aise parce qu'ils ne font pas tous les accouchements ou parce qu'il n'y a tout simplement pas assez de naissances ici, il est certain que leurs compétences diminuent... et donc que les médecins hésitent à offrir ces services (ville 4 - 001 : 604 -- 622).

Le défi du maintien des ressources

Comme l'ont souligné d'autres études (Larimore et Davis, 1995; Rourke, 1998; Wieggers, 2003), l'exercice en milieu rural pose des problèmes particuliers, qui ont trait au maintien en poste des médecins. La difficulté de s'intégrer socialement à une petite collectivité, les différends politiques locaux au sujet des services de santé et les longues heures de travail du fait d'être un des quelques médecins disponibles (sur appel) sont quelques-uns des problèmes qui expliquent le taux de roulement élevé parmi les médecins exerçant en milieu rural. Ce roulement a également eu une incidence sur les autres médecins, infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé dans les lieux de notre étude, incidence que les participants ne pouvaient expliquer :

Les médecins nous ont quittés. Ces médecins que nous connaissions et que nous aimions tant. Cette époque fut marquée également par l'exode de diverses autres personnes, sans doute à cause des conditions. La structure du système de santé subissait elle aussi des changements et je crois que les conditions dans lesquelles ils travaillaient étaient devenues insoutenables. Il suffit de penser au traitement qui leur était réservé et du temps qu'ils consacraient à leur travail. Je n'en sais pas beaucoup à ce sujet Il est probable que vous avez entendu parler des conditions invivables qui expliquent le roulement chez les médecins ici. Nous nous retrouvons avec

des médecins qui s'investissent peu ici et qui viennent et repartent – il n'y a aucune continuité. Voilà ce qui me préoccupe le plus (ville 2 - 018 : 180 -- 193).

Parfois, ce stress et cette incertitude mènent à une retraite anticipée.

J'ai établi mon RÉER [régime enregistré d'épargne-retraite] en prévision d'une retraite à 60 ans. Je me demande toutefois si je ne la prendrai pas plus tôt, compte tenu du climat politique actuel et de tous les tracas (ville 1 - 005 : 1018 -- 1021).

Il y aura toujours des naissances

Les dispensateurs de soins que nous avons rencontrés ont tous souligné qu'il restera toujours essentiel d'assurer le maintien des compétences car, même si les services d'obstétrique ne sont pas offerts officiellement, des naissances continueront de survenir. Ce constat a amené plusieurs participants à se sentir face à une double incertitude : d'une part, bon nombre ne veulent pas offrir de soins d'obstétrique, car ils estiment que cela n'est pas sécuritaire; d'autre part, s'ils n'offrent pas ces soins, il est certain que leurs compétences et expérience diminueront, ce qui ne fera qu'accroître leur anxiété lorsqu'ils auront à dispenser des soins d'urgence. Voici ce qu'a dit un dispensateur :

Mes sentiments sont partagés, car il est difficile de convaincre les femmes d'aller à l'extérieur. Malgré les risques, il y en a toujours qui restent; si je n'offre pas de services [d'obstétrique] ici, je sais que davantage de femmes choisiront délibérément de rester en ville jusqu'à ce que le travail commence... Comme l'infirmière ne participe pas régulièrement à des accouchements, si une femme se présente à l'improviste, sans qu'on s'y attende, notre degré de préparation sera moindre (ville 4 - 003 : 416 -- 423).

Comme le laisse entendre ce qui précède et le décrit plus en détail la section qui suit, il continuera d'y avoir des naissances, car il y aura toujours des femmes qui se présenteront à un stade avancé du travail, soit volontairement, soit accidentellement, ne laissant à l'équipe de soins d'autre choix que de pratiquer l'accouchement. Un participant a déclaré ce qui suit :

Parce qu'il y a des femmes qui ne se présentent que lorsqu'elles sont en travail. Et il y a même des femmes à risques élevés [et] qui sont censées quitter l'île, mais qui se présentent malgré tout à l'hôpital en travail (ville 4 - 003 : 429 -- 432).

Même dans les cas où une femme ne suit pas la recommandation qui lui a été faite d'aller accoucher à l'extérieur, il y a très peu de recours qui s'offre à l'équipe de soins, outre les recours judiciaires extrêmes. Voici les propos d'un participant :

Tant qu'il y aura des femmes en âge de procréer [ici], il est possible que certaines accouchent ici... Je ne sais pas combien de médecins seraient

disposés à obtenir une ordonnance du tribunal pour forcer une femme à quitter l'île contre son gré pour aller accoucher (ville 2 - 023 : 507 -- 514).

Dans certains cas, les dispensateurs de soins ont été en mesure d'anticiper la possibilité d'une naissance locale « imprévue »; dans d'autres cas, les femmes ont caché non seulement leur intention d'accoucher dans la communauté (lorsque cela était prévu), mais le fait même d'être enceintes.

Il y aura toujours une femme déterminée à accoucher ici et qui se présentera au dernier moment... parfois, le médecin ne sait même pas que la femme est enceinte (ville 3 - 002 : 296 -- 301).

De même, la possibilité d'une naissance prématurée, avant la date d'évacuation recommandée (habituellement 36 semaines de gestation), continuera d'exister tant qu'il y aura des femmes enceintes dans les collectivités rurales. Le principe voulant qu'il y aura toujours des naissances est admis au sein des dispensateurs de soins en milieu rural.

Perceptions des dispensateurs de soins quant à la sécurité des soins locaux de maternité

Dans l'ensemble, les dispensateurs locaux de soins, qui ont été consultés pour notre étude, étaient largement conscients du stress qu'une femme peut éprouver lorsqu'elle doit aller accoucher dans une autre localité. Cependant, les anxiétés ressenties par les dispensateurs de soins, à l'idée d'avoir à faire face à une situation pour laquelle ils ne sont pas, ou sont mal, préparés l'emportent souvent sur la sympathie à l'égard de leurs patientes. Comme l'a souligné un médecin, l'isolement géographique et le caractère peu fiable des systèmes de transport d'urgence laissent peu de marge de manoeuvre au médecin appelé à prendre une décision.

Mes sentiments sont partagés. Je suis triste pour ces femmes qui doivent quitter leur famille et leurs jeunes enfants pendant deux semaines, en attendant la naissance du bébé. Je suis conscient également du stress qu'elles ressentent pendant l'attente et, très souvent, ce stress est inutile, car tout ce qu'elles veulent, c'est d'accoucher et revenir à la maison. Cependant, nous sommes tellement isolés et nos moyens de transport sont à ce point déficients que, si un problème devait survenir à la mère ou à son bébé, nous n'aurions peut-être pas assez de temps pour les transporter ailleurs. C'est donc un risque qu'elles doivent prendre. Je choisis mes patientes avec soin, mais il y a toujours des imprévus et donc un risque (ville 4 - 003 : 244 -- 257).

Un autre médecin a exprimé de sérieuses réserves au sujet de la sécurité des soins d'obstétrique dispensés là où ne se pratiquent pas de césariennes et a expliqué comment ceci détermine sa stratégie d'aiguillage des patientes.

Je n'aime pas me retrouver dans une situation où il n'est pas sécuritaire de dispenser des soins, et c'est justement ce que je ressens vivement ici, au sujet de l'obstétrique. Est-il sécuritaire d'offrir ces soins? Il n'y a pas de problème [si] tout va bien... Mais lorsqu'une femme est en travail... il est impossible

de pratiquer des césariennes ici... Je considère que c'est une folie d'insister d'accoucher ici. Je sais que c'est difficile d'aller à l'extérieur et d'attendre... mais ce qui importe avant tout n'est-il pas que l'accouchement se déroule bien et que le bébé naisse en santé... Je ne veux pas me retrouver dans cette situation et je veux éviter que cela se produise (ville 3 - 003: 14 -- 47).

Les dispensateurs de soins peu expérimentés dans la prestation de soins de maternité, en particulier en milieu rural, et celles et ceux ayant été témoin d'un collègue qui avait vécu une mauvaise expérience en obstétrique en milieu rural, ont été plus enclins à qualifier de non sécuritaires les soins de maternité en milieu rural. À ce questionnement au sujet de la sécurité relative des soins d'obstétrique locaux s'ajoute une prise de conscience quant aux répercussions juridiques et professionnelles auxquelles peuvent s'exposer les dispensateurs qui offrent des soins d'obstétrique en milieu rural. Cette crainte de faire l'objet de poursuites pour faute professionnelle a été soulevée par un groupe de discussion formé de médecins de régions rurales.

Il arrive que des complications surviennent et les poursuites sont de plus en plus fréquentes (ville 2 – groupe de discussion de médecins : 375 -- 376).

En plus des risques de poursuite en justice, les dispensateurs de soins ont dit craindre les effets sur leur réputation professionnelle et leur droit d'exercice. Faisant référence à un accouchement particulièrement difficile, une infirmière a parlé de sa crainte de perdre son droit d'exercice :

Intervieweur (I) : Comment vous sentiez-vous durant les dernières phases du travail de cette femme?

Participante (P) : J'étais affolée. J'avais tellement peur....

I : À quoi pensiez-vous?

P : Et bien je me disais que si quelque chose allait mal, je perdrais mon droit d'exercer (ville 3 - 001 : 64 -- 72).

Facteurs influençant l'offre de services locaux

Les dispensateurs de soins que nous avons rencontrés étaient bien au fait des multiples facteurs qui déterminent si les services de maternité sont offerts à un niveau communautaire ou individuel. Au nombre de ces facteurs, mentionnons l'influence des personnes au sein de la collectivité, le critère *de facto* en faveur de l'accouchement local et le degré de collaboration entre la femme et son dispensateur de soins dans la prise de décisions concernant le choix du lieu de la naissance. L'utilisation des formulaires de consentement est un autre facteur qui influe sur la prestation des services dans certaines collectivités. Les services communautaires de maternité dépendent, en grande partie, de la volonté de chaque dispensateur de défendre la prestation des soins. L'absence d'une politique globale en matière de soins de maternité fait en sorte que bon nombre de services locaux se retrouvent tributaires des personnes et qu'ils risquent donc d'être offerts de façon intermittente ou de disparaître complètement, si la personne quitte la collectivité pour une courte période ou de façon permanente. Dans une collectivité, l'approche concertée des dispensateurs de soins à

l'égard de la prestation locale de soins a profondément influencé leur décision d'intervenir lorsqu'ils ont estimé que les soins locaux n'étaient plus sécuritaires. Dans cette collectivité, les dispensateurs de soins ont ainsi décidé, de leur propre chef, d'informer la collectivité qu'ils n'offriraient plus de services locaux, en raison de leurs craintes quant à la sécurité de ces services. Le participant qui a relaté ces faits a précisé que, même si la mise en garde n'avait pas été officiellement annulée, les médecins locaux ont décidé quelques années plus tard d'offrir à nouveau des services d'obstétrique.

Certains médecins sont allés jusqu'à faire publier une annonce d'une page complète dans le journal, dans laquelle ils recommandaient aux femmes de ne pas accoucher dans la localité, car ce n'était pas sécuritaire et qu'ils n'étaient pas préparés pour offrir ce service. Aucune révocation de cette annonce n'a été faite par la suite (ville 2 - 023 : 94 -- 99).

Cette dépendance envers des personnes ou des petits groupes de dispensateurs va à l'encontre du principe de la viabilité et déstabilise l'ensemble du système, car il est impossible de planifier à long terme. Comme l'a fait remarquer un participant :

Je crois que ce sera toujours un endroit où l'on observera un grand roulement parmi les médecins et les infirmières... Donc, même si vous avez aujourd'hui un groupe dynamique de médecins prêts à offrir le service, à suivre la formation nécessaire et à se tenir à jour, je ne crois pas que cela pourra nécessairement continuer pendant cinq ou dix ans (ville 2 - 021 : 652 -- 661).

Critères en faveur des accouchements locaux

En plus de décider si des services d'obstétrique seraient offerts dans leur collectivité, les dispensateurs de soins doivent aussi déterminer qui auraient accès à ces services, le cas échéant. Les dispensateurs de soins plus expérimentés et ayant une expérience plus récente ont été plus enclins à faire une évaluation précise de la sécurité et du risque, en indiquant leurs préférences particulières ou leurs critères quant au type d'accouchements qu'ils étaient à l'aise de pratiquer et les conditions à réunir pour la prestation de ces services. La plupart des médecins ayant participé à cette étude ont pu déterminer d'une manière précise les critères utilisés pour déterminer si une femme peut être admissible aux soins de maternité lorsqu'ils sont offerts dans la collectivité. Ces critères incluent entre autres la parité (c. -à-d. le nombre d'enfants que la femme a eus, le cas échéant), si la femme a déjà subi une césarienne et si d'autres facteurs médicaux ou obstétricaux constituent une contre-indication à un accouchement local.

Cependant, le processus décisionnel réel, qui consiste à déterminer quelles femmes doivent être dirigées vers un centre situé en dehors de la collectivité avant le début du travail dépend, dans une large mesure, du degré d'incertitude que le dispensateur de soins local est prêt à tolérer et de la détermination de la femme à accoucher dans sa localité. Il n'existe pas de directives précises, dans le cas des grossesses sans complications. Cependant, les femmes qui en sont à leur premier accouchement (primipares) sont plus susceptibles d'être transférées durant le travail que les femmes ayant déjà accouché par voie vaginale. Certains

praticiens et certaines collectivités recommandent même que toutes les femmes primipares accouchent dans des hôpitaux pouvant pratiquer des césariennes. Un participant a souligné le fait que les praticiens sont plus confiants de pratiquer un accouchement chez des multipares que des primipares.

Si je ne pouvais compter sur du personnel chirurgical à une distance de moins de 30 minutes, je n'hésiterais même pas, car il n'y a pas de raison de se créer un stress inutilement, de peur qu'un problème survienne. Bien sûr, des complications peuvent aussi survenir avec des multipares, mais les praticiens semblent être plus en confiance que dans le cas de primipares (ville 1 - 005 : 1212 - 1217).

Un autre praticien, par contre, a dit noter peu de différences quant aux risques de complications basés sur la parité, reconnaissant toutefois des différences entre le type de problèmes susceptibles de survenir dans chaque cas.

Notre expérience acquise au fil des ans montre que nous avons eu plus de problèmes avec les multipares qu'avec les primipares. En effet, même si la durée du travail peut être plus longue chez les primipares, c'est tout et l'accouchement se fait habituellement sans autre problème. Dans le cas par contre des multipares, les complications sont plus fréquentes, que l'on pense aux présentations transverses où vous devez retourner le bébé. Il y a certains cas où des primipares doivent aussi être transférées vers un autre centre, car le travail est trop long, mais ces transferts sont moins fréquents que chez les multipares. Enfin, les risques de rupture et autres problèmes sont plus grands chez les multipares que chez les primipares. Si des échographies de routine étaient faites pour parer aux éventualités, je crois qu'il n'y aurait pas de raison de ne pas traiter tous les cas ici (ville 3 - 004 :311 -- 326).

Certains dispensateurs de soins ont établi d'autres paramètres, outre la parité, pour déterminer les accouchements qui pourraient être faits localement et les femmes qui seraient dirigées vers un plus grand centre. L'un d'entre eux a énuméré la liste qui suit.

Au départ, je ne fais pas d'accouchements chez des primipares, car on ne sait jamais quelles complications pourraient survenir. Je ne fais pas non plus d'accouchements après une césarienne, ni si la femme a eu plus de sept enfants, à cause des risques d'hémorragie... Il y a également d'autres cas que je refuse, selon les problèmes [médicaux] présents. Enfin, j'informe les femmes dès le départ que, si un problème survient durant la grossesse, je peux décider que l'accouchement devra se faire dans un autre centre (ville 4 - 003 : 62 -- 71).

La situation socio-économique est un autre facteur important dont les dispensateurs de soins tiennent compte au moment de recommander un lieu d'accouchement.

Certaines femmes choisissent elles-mêmes d'aller accoucher ailleurs. Elles essaient habituellement de consulter le médecin qui les accouchera quelques fois avant, pour se familiariser avec le médecin et les lieux. Cependant, la plupart de mes patientes éprouvent des difficultés financières et n'ont pas les moyens d'y aller très souvent (ville 4 - 003 : 100 -- 106).

Approche concertée en faveur des naissances locales

Les dispensateurs de soins, que nous avons consultés pour cette étude et qui sont déterminés à soutenir les accouchements locaux, font participer les femmes au processus décisionnel et envisagent avec elles divers scénarios possibles pour l'accouchement. Le fait de communiquer ainsi et de planifier ensemble les mesures à prendre, en cas d'imprévus susceptibles de nécessiter un transfert vers un autre centre, a été perçu comme un volet important de la prestation des soins. Cette approche collaborative permet en outre de tenir compte d'autres éléments importants, notamment du centre vers lequel il serait préférable d'orienter la femme (p. ex. un lieu où la femme peut déjà compter sur un endroit pour habiter et un réseau de soutien) et des facteurs psychologiques pertinents. Un participant nous a fait part de ce qui, à son avis, constituait un processus adéquat pour la prise de décisions avec les patientes.

Non, elles ne devraient pas être dirigées vers [autre localité]. Les femmes ne devraient s'y rendre que lorsque le moment est venu, mais elles devraient cependant y être préparées dès la première visite prénatale. Informez-les dès le départ de la possibilité qu'elles doivent aller accoucher ailleurs et demandez-leur quel effet cela aura. Commencez à envisager cette possibilité bien avant qu'elle ne survienne. Demandez-leur d'y réfléchir et de planifier à l'avance – et tant mieux si, finalement, ce n'est pas nécessaire. Il n'en coûte rien de planifier et vous ne serez pas prise au dépourvu, sans avoir pris aucune disposition, au moment où vous dira que vous devez être transférée vers un autre centre. Parlez-leur davantage de ce qu'elles ressentent lorsqu'elles sont enceintes et de leur sentiments face à la naissance (ville 2 - 022 : 180 - 208).

Plusieurs dispensateurs de soins ont mentionné les visites prénatales comme une bonne occasion de communiquer et de planifier ensemble; certains médecins ont toutefois déploré le peu de temps dont ils disposent pour offrir un counseling et un soutien émotionnel. Ces médecins ont suggéré de faire appel à d'autres membres de l'équipe de soins, par exemple aux doulas, pour conseiller les femmes et les informer.

[Il y a] très peu d'écoute et de soutien psychologique — et ce n'est pas parce que les médecins n'en sont pas capables — ils n'ont tout simplement pas le temps. En général, le médecin dispose au plus de 15 minutes pour une visite prénatale. Et bien, vous n'avez pas le temps, en 15 minutes, d'évaluer les aspects techniques et les risques liés à la grossesse, et d'aborder également les aspects psychologiques. Le médecin doit utiliser ces 15 minutes à bon escient et trouver quelqu'un d'autre pour s'occuper des autres questions. Bien sûr, il s'agirait d'une situation idéale (ville 2 - 022 : 180 -- 208).

Formulaires de consentement

Dans certaines collectivités, les dispensateurs de soins utilisent des formulaires de consentement écrits comme moyen de s'assurer que la femme comprend et accepte les risques liés à l'accouchement local. Un grand nombre de participants ont toutefois remis en question l'objet même de ces formulaires. Certains médecins considèrent le formulaire comme une renonciation explicite signée par les femmes, qui reconnaissent ainsi comprendre que l'accouchement en milieu rural est dangereux mais qui acceptent néanmoins de prendre ce risque. Dans cette optique, certains dispensateurs de soins considèrent que la signature du formulaire les dégage de toute responsabilité en cas de complications imprévues, une opinion qui a été corroborée par ce participant :

Au moins, les femmes sont informées du risque qu'elles prennent et je crois que la lecture du formulaire de consentement... aide certaines personnes à mieux comprendre le risque (ville 4 - 003 : 794 -- 809).

D'autres médecins, par contre, estiment qu'un processus officiel de consentement est inadéquat et qu'il mine la relation entre le médecin et la femme qui se prépare à donner naissance, une opinion particulièrement ressentie à l'égard de certaines patientes autochtones, comme en font foi les propos suivants :

J'utiliserais [un formulaire de consentement] si je croyais que cela serait plus efficace qu'une discussion pour bien faire comprendre ce qui en est... en particulier avec certaines patientes autochtones ici. Je doute toutefois que cela soit vraiment plus efficace qu'une discussion raisonnable et... je crois même qu'un bout de papier n'aura guère plus de poids qu'une discussion verbale sur le plan de la protection juridique... À mon avis, il n'y a qu'un pas entre l'information éclairée et l'information fondée sur la peur et la surestimation du risque. Je suppose que cela dépend d'une variété de facteurs (ville 2 - 021 : 215 -- 226).

Les défis d'exercer dans une région où les services d'obstétrique sont limités

Au-delà des questions liées à la sécurité et à la disponibilité des services, les praticiens ont parlé des difficultés qu'elles et ils ont à surmonter quotidiennement dans le cadre de leur travail. Ces difficultés appartiennent à diverses catégories, certaines étant reliées aux patientes, alors que d'autres ont trait au besoin constant de concilier risques et avantages dans l'examen des multiples options. Enfin, la plupart ont dit être conscients des répercussions pour les femmes qui doivent aller accoucher en dehors de leur milieu.

Difficultés liées aux patientes

Complications durant la grossesse

Pour les dispensateurs de soins d'obstétrique en milieu rural, la prestation en régions éloignées crée beaucoup de stress, lequel ne fait qu'augmenter lorsque des complications surviennent, par exemple lorsqu'on soupçonne un retard de croissance du fœtus. Le cas échéant, une échographie est indiquée, mais cet examen doit habituellement être passé dans

un centre plus spécialisé. Or ces déplacements peuvent être coûteux et risquent d'ajouter au fardeau du médecin ou de la sage-femme qui doivent justifier cet examen.

Caractère inadéquat des soins prénatals

Selon les dispensateurs de soins, le type de femmes qui assistent aux soins prénatals varie considérablement et il arrive parfois que certaines s'y présentent pour la première alors que le travail est bien amorcé et qu'elles sont sur le point d'accoucher. Ces cas d'obstétrique imprévus peuvent être particulièrement éprouvants, car même les analyses de routine, comme l'échographie et les analyses de laboratoire de base, n'ont peut-être pas été faites.

Dans ces régions éloignées, je crois qu'il serait sans doute préférable qu'une échographie soit faite de routine — pour parer à toute éventualité, car des imprévus sont toujours possibles. En fait, il y a beaucoup de femmes... il y en a eu une qui a accouché, je ne me rappelle plus à combien de semaines Ah oui, cinq mois, 20 semaines... ceci s'est passé un peu plus tôt cette année, il y a quelques mois; le bébé était trop petit mais la femme n'avait pas eu de soins prénatals. Personne ne savait qu'elle était enceinte, ce qui n'est pas inhabituel dans ces régions. Ce genre de cas est un peu plus fréquent ici; ces femmes qui arrivent sans avoir consulté de médecin depuis trois mois, qui se présentent quand le temps est venu d'accoucher. C'est sans doute le plus grave problème ici... Et celui qui préoccupe le plus les médecins, car un grand nombre de femmes ne consultent pas régulièrement (ville 3 - 004 : 129 - 141).

Savoir équilibrer les risques

Les praticiens de cette étude, qu'elles ou ils dispensent ou non des soins d'obstétrique, sont bien conscients de la nécessité de soupeser les risques et les avantages liés à la prestation de soins locaux. Et bien que de nombreux facteurs entrent en jeu, les risques liés au transfert des patientes – lorsque cela s'avère nécessaire – a été soulevé par la plupart des praticiens.

Un grand nombre ont parlé de l'incertitude qui entoure la naissance et du risque constant d'une complication pour laquelle les ressources du médecin et du petit hôpital pourraient ne pas suffire. Cette personne, qui a parlé du « noeud » dans l'estomac qu'elle ressent la semaine précédant un accouchement prévu, a exprimé cette anticipation qui, chez bon nombre de médecins avec lesquelles nous nous sommes entretenus, frise l'anxiété. Le transfert ou l'aiguillage vers un plus grand centre a été perçu par certains comme une source de soulagement, à laquelle certains ont recours, même pour des complications relativement mineures de la grossesse.

Si un problème survient... durant le travail... car il n'y a pas de garantie; alors pourquoi compromettre la sécurité du bébé à naître et votre propre sécurité... Bien sûr, cela occasionne des coûts... mais vous savez c'est un des inconvénients de vivre en milieu rural; vous devez vous y attendre... devoir inévitablement aller à l'extérieur pour subir certains tests (ville 3 - 003 : 72 -- 80).

Cependant, l'anxiété persiste même lorsque le transfert est amorcé, car les habitants des régions rurales connaissent bien les risques inhérents aux déplacements dans ces régions souvent sauvages. Les déplacements sur les routes rurales ou par les services de transport d'urgence durant le travail comportent des risques, lesquels doivent être soupesés en regard des risques d'accoucher dans un petit hôpital qui dispose de ressources limitées pour traiter les complications obstétricales. Les praticiens et les femmes enceintes en milieu rural sont pleinement conscients de cette nécessité d'équilibrer les risques.

La conduite durant l'hiver à [autre localité] peut être difficile et il ne fait pas de doute que cela comporte des risques. Cependant pour moi, soupeser les risques signifie également tenir compte des risques que comporte la solution de rechange, c. -à-d. accoucher dans une région éloignée dépourvue de systèmes de support adéquats. Alors j'imagine qu'il faut examiner tous les risques (ville 4: 335-340).

Les facteurs économiques sont – les dispensateurs de soins le savent bien – un autre élément susceptible d'influencer les décisions. Le même participant a poursuivi en ces termes :

Il y a bien sûr la question de la sécurité, mais il faut aussi tenir compte des coûts. Les patientes qui viennent ici n'ont parfois que cinq minutes à faire; ceci cause donc peu d'inconvénients. Par contre, le trajet en provenance de [collectivité rurale] nécessite toute une journée; cela signifie que le partenaire de la femme doit souvent prendre une journée de congé pour l'accompagner; il y a aussi d'autres questions, comme la sécurité sur l'autoroute. Alors on ne peut certainement pas dire que c'est sécuritaire, mais il faut se demander si les autres solutions valent beaucoup mieux (ville 4 : 335-340).

Des craintes particulières ont été exprimées au sujet du transport d'urgence sur les routes rurales, ainsi que du risque réel d'accidents d'automobile, en particulier lors de transfert d'urgence durant le travail :

Vous voulez dire accoucher ici, à [localité]? Je crois que ce serait dangereux, car il y a toujours les risques de complications et d'hémorragies et qu'il faut une heure et même plus, durant l'hiver pour se rendre (ville 01 - 002 : 409-417).

De nombreux dispensateurs de soins ont parlé des risques pour la patiente qui était transférée, mais aussi pour le personnel ambulancier et autre personnel affecté au transport d'urgence.

C'est frustrant parfois, en particulier pour les médecins qui font de leur mieux, mais cela prend tellement de temps; de plus, l'état des routes durant l'hiver rend le transport dangereux, non seulement pour la patiente, mais aussi pour le personnel ambulancier et tous les autres intervenantes et intervenants (ville 01 - 001 : 889 -- 895).

Le personnel affecté au transport d'urgence joue un rôle crucial dans le maintien des services d'obstétrique locaux. En effet, si un problème survient lors de l'accouchement, la possibilité de transport offre un moyen d'avoir accès au support nécessaire. Dans les petites collectivités, le personnel ambulancier est formé de bénévoles dont l'expérience et les compétences sont très variées. Certains praticiens ont exprimé des préoccupations au sujet des compétences limitées du personnel ambulancier local, qui s'ajoutent aux facteurs à considérer dans la recommandation qui est faite aux femmes concernant l'accouchement local.

Un autre facteur est que le personnel ambulancier d'ici n'a qu'une formation de base. Il n'a pas l'expérience des accouchements... si je me rappelle bien, le dernier accouchement auquel ils ont participé remonte, je crois, à au moins huit ans (ville 01 - 001 : 889 -- 895).

Un membre d'une collectivité ayant une formation médicale était à ce point préoccupé par les qualifications du personnel ambulancier qu'il a offert ses services, dans l'espoir que ceci réduise les risques d'issue négative durant le transfert vers un autre établissement.

Je me suis joint au personnel ambulancier, pour mettre à profit mes connaissances et mon expérience... car il arrive souvent qu'une femme en travail soit transportée par ambulance à l'hôpital situé de l'autre côté, mais aucun ambulancier n'a suivi de formation et tous sont terrifiées à l'idée que le bébé naisse sans qu'ils sachent quoi faire. C'est essentiellement pour cette raison que j'ai accepté de faire partie pendant quelques années du personnel ambulancier et, durant ce temps, j'ai assisté à quelques accouchements (ville 2 - 018 : 289 -- 300).

Pour bien des praticiens qui offrent toujours des soins d'obstétrique, il y a d'une part l'anticipation d'offrir des soins à une femme qui accouchera localement sans problème et la joie et l'euphorie qui accompagnent cet événement et, d'autre part, l'anxiété liée aux risques inhérents à leur seule bouée de secours — le transfert vers un autre hôpital.

Quitter la collectivité pour obtenir des soins

Les dispensateurs de soins dans cette étude étaient bien conscients des difficultés qu'éprouvent les femmes des milieux ruraux qui doivent quitter leur collectivité pour aller accoucher ailleurs, soulevant notamment les répercussions sur la famille et les problèmes d'ordre financier, problèmes d'autant plus importants lorsque la femme a d'autres jeunes enfants à la maison.

Vous devez tenter de respecter le choix des gens et reconnaître que, pour certaines personnes, quitter la collectivité n'est tout simplement pas une option envisageable, pour des raisons financières ou autres. Il y a les autres enfants et d'autres facteurs et nous devons essayer de satisfaire à leurs désirs et de veiller à leur sécurité (ville 2 - 021 : 178 -- 194).

Les participants ont formulé quelques idées sur les moyens qui pourraient être pris pour pallier certaines difficultés qu'éprouvent les femmes et les familles des régions rurales, lorsque la femme doit aller accoucher à l'extérieur.

Je crois qu'il faudrait prévoir des chambres, en dehors de l'hôpital, où la femme pourrait aller, un endroit offrant par exemple un salon, un petit téléviseur ou une petite cuisine, où le couple pourrait se rendre pour éviter d'avoir à revenir à [leur ville]... Les deux femmes à qui j'ai parlé étaient en travail et ne devaient attendre que huit heures environ avant d'être admises. Allez-vous retourner chez vous pour seulement six ou huit heures? (ville 1 - 008-009 : 587 -- 598)?

Dans certains cas, des moyens novateurs ont été mis en place pour aider des femmes à faire face au coût élevé des soins en dehors de leur collectivité. Un participant a raconté les efforts faits par un dispensateur pour s'assurer que sa patiente puisse se rendre à l'hôpital.

Dans ce cas particulier, les membres du bureau de médecin ont réuni l'argent nécessaire pour lui permettre de se rendre à [l'hôpital spécialisé]... Le médecin a été en mesure de la transférer, de lui trouver un endroit où rester (ville 4 - 001 : 90 -- 115).

Amélioration du contexte de prestation des soins de maternité locaux

La pénurie de dispensateurs de soins de maternité dans les collectivités rurales a un effet déterminant sur la disparition des services locaux d'obstétrique. Les dispensateurs de soins qui ont participé à notre étude ont proposé de nombreuses solutions novatrices, incluant le recrutement de sages-femmes et l'organisation de services de soutien par des doulas pour atténuer les problèmes créés par la pénurie d'infirmières et d'infirmiers; ils ont aussi proposé la mise en place de programmes de partage d'emploi entre médecins. Le recrutement des sages-femmes au sein de l'équipe de soins a été perçu comme une solution positive par certains.

Nous avons eu une sage-femme ici pendant quelque temps qui a tenté de s'établir une clientèle à [région rurale]; je n'y voyais aucune objection parce que nous avons une pénurie de personnel en obstétrique et que la présence d'une sage-femme apporte un grand appui et réduit votre tâche (ville 3 - 004 : 641 -- 646).

D'autres médecins ruraux, par contre, ont dit être anxieux à l'idée que des sages-femmes exercent dans les collectivités locales, indépendamment des dispensateurs de soins dans les hôpitaux.

Nous n'avons pas de sage-femme ici à [ville], car lorsqu'une complication survient, la sage-femme doit de toute façon faire appel à nous; je ne crois pas qu'il soit prudent que des sages-femmes exercent ici, alors qu'il est impossible de pratiquer des césariennes... Nous avons décidé que nous ne pourrions avoir

de sage-femme dans la collectivité qui ne collabore pas avec nous, car elles ont une manière différente, et un seuil différent, pour évaluer le risque (ville 4 - 003 : 481 -- 493).

Une des quatre collectivités à l'étude avaient mis en place un service de doulas pour accompagner les femmes enceintes. Une doula a décrit comme suit sa contribution au sein de l'équipe locale de soins.

Nous enseignons aux femmes comment bien manger, quel régime alimentaire suivre durant la grossesse, comment nourrir leurs enfants, en leur expliquant les effets d'une bonne alimentation sur le développement du cerveau et des dents et en leur disant les bienfaits de la prévention (ville 2 - 017 : 222 -- 231).

La création de modèles viables a amené un certain nombre de médecins ruraux à établir un programme de partage d'emploi. Bien que cette formule brise la continuité des soins à court terme, elle assure – après quelques cycles – une continuité à plus long terme, et les chances de viabilité du service augmentent.

Nous avons ici trois médecins à temps plein, mais il n'y a en fait qu'un seul qui travaille à temps plein; les deux autres alternent à tour de rôle par tranche de trois mois; de plus, tous les trois sont des hommes, ce qui est bien, même si souvent les femmes se sentent plus à l'aise en présence d'une autre femme (ville 2 - 008 : 234 -- 242).

Importance des naissances locales pour l'intégrité d'une collectivité

Il est apparu clairement, tout au long de notre recherche, que les naissances locales constituent un élément important de la philosophie d'une collectivité. Ce volet est ressorti tout particulièrement dans l'une des quatre collectivités que nous avons visitées, où tous les membres — depuis les médecins et infirmières jusqu'aux femmes enceintes et leur famille élargie — travaillent ensemble pour créer un milieu propice aux naissances locales. Une relation d'entraide s'est établie entre les dispensateurs de soins locaux et la collectivité.

Les chambres sont pleines... les membres de la famille attendent dans le corridor. Tout le monde attend la venue du bébé. Et que dire des infirmières... Je sais qu'elles adorent leur travail; elles ne se plaignent jamais et la plupart des médecins avec qui j'ai parlé m'ont dit que c'était assez extraordinaire. Voilà une situation où la collectivité locale a eu une très bonne influence sur le milieu médical. La collectivité a déterminé ce qu'elle voulait et le personnel médical a accepté. C'est bien (ville 2 - 018 : 953 -- 969).

Un autre dispensateur de soins de la même collectivité a décrit en ces termes l'expérience des naissances locales :

La naissance est un de ces événements vraiment rassembleurs. L'atmosphère ici est celle d'une famille, car c'est une petite ville. De plus, comme nous sommes une région isolée, les options qui s'offrent sont peu nombreuses. Nous devons être souples et avoir de fortes convictions. L'accouchement est un service vital et indispensable que nous devons maintenir ici. C'est avec beaucoup d'angoisse que nous avons fait paraître la première fois cet article dans le journal [au sujet de la politique mettant un terme aux naissances locales]. Nous éprouvions une grande tristesse d'avoir à le faire et nous espérons que ce n'était pas le début de la fin (ville 2 - 005 :85 - 95).

Conclusions d'un dispensateur de soins

Pour certains dispensateurs de soins, l'abandon des services de maternité fut un véritable crève-cœur, car les soins de maternité n'étaient pas seulement un des faits saillants de leur exercice, mais aussi un facteur important du lien étroit qui les unissait à la collectivité. Comme l'a exprimé un médecin, sa satisfaction au travail était intimement liée à cette possibilité d'accoucher les femmes dans leur milieu.

Ce fut pour moi une grande déception, car c'était un aspect de mon travail que j'aimais beaucoup... [cette] continuité des soins prénatals jusqu'au moment de l'accouchement. Et ceci a certainement modifié nos rapports... La naissance d'un enfant... cet aspect de mon travail, qui procure une joie que peu d'autres volets de notre travail peuvent égaler, me manque vraiment. Je considère également que cela constitue une lacune professionnelle et je crains de perdre certaines compétences, du fait de ne pas les mettre en pratique; je crois que ceci a contribué à l'insatisfaction que je retire de mon travail ici, car pour moi l'obstétrique est là où tout commence. Cette lacune témoigne d'un manque d'engagement à fournir des soins fondamentaux (ville 2 - 021 : 278 -- 294).

Sommaire

Les résultats des interviews et des groupes de discussion menés avec les dispensateurs de soins, les administrateurs et les dirigeants locaux ont fait ressortir les difficultés qu'ont les praticiennes et les praticiens à maintenir leurs compétences, en raison du faible volume d'accouchements. Les dispensateurs de soins, les administrateurs et les dirigeants locaux ont dit également craindre la non-viabilité des soins de maternité, si le faible volume mine la confiance des praticiennes et praticiens locaux. En dépit de ces préoccupations et des difficultés associées à la prestation des soins d'obstétrique en milieu rural, les dispensateurs de soins, les administrateurs et les dirigeants locaux ont reconnu qu'il continuera d'y avoir des naissances tant que des familles habiteront dans ces collectivités. Les participantes et participants ont aussi parlé ouvertement de leurs perceptions de la sécurité des soins de maternité, en l'absence de services pratiquant des césariennes, et de l'influence de ce facteur, ainsi que t d'autres facteurs, sur la viabilité des services locaux de maternité. Enfin, un grand nombre ont proposé des moyens précis pour maintenir les services locaux d'obstétrique et ont

souligné l'importance d'un processus concerté pour la prise de décisions concernant les services d'obstétrique communautaires.

7. EXPÉRIENCES DES FEMMES QUI ACCOUCHEMENT EN MILIEU RURAL

Les témoignages des femmes vivant en milieu rural étaient riches en émotions et traduisaient bien les réalités des soins d'obstétrique dispensés en milieu rural, dans cette période marquée par une diminution des ressources. Ces réalités incluent notamment le stress que ressentent la plupart des femmes qui accouchent en milieu rural, que ce soit à l'hôpital de leur région ou ailleurs. Ces stress sont reliés aux incertitudes quant au type de soins qui seront disponibles, à la difficulté d'avoir le même dispensateur de soins sur une base continue ainsi qu'aux problèmes financiers créés par la nécessité d'aller à l'extérieur pour obtenir des soins. Parmi les autres thèmes qui ressortent des récits de ces femmes, mentionnons l'importance des naissances pour une collectivité, leur désir d'accoucher dans leur milieu, leur sensibilisation au risque et à l'évaluation des risques, ainsi que les difficultés créées par la géographie de la région et les conséquences qui en résultent sur l'accès aux soins. Bien des femmes ont aussi exprimé le souhait d'avoir accès aux soins d'une sage-femme et les femmes autochtones ont soulevé des problèmes différents liés aux répercussions de l'absence d'accès local aux soins. Ce chapitre présente les résultats des entrevues et des groupes de discussion qui ont été réalisés, dans le but de préciser les expériences que vivent les femmes qui accouchent dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, et commence par la présentation de leurs commentaires sur l'importance d'accoucher dans leur collectivité.

Le stress d'accoucher en milieu rural

Bien des participantes ont souligné la différence qu'il y a entre vivre en milieu rural et y recevoir des soins et précisé que leur expérience aurait pu être différente si elles avaient vécu en milieu urbain. Cependant, cette différence ne tient pas uniquement à des questions d'accès, mais englobe également les déterminants sociaux qui sont inhérents à la vie en milieu rural, y compris les réalités économiques. Pour bien des femmes, les réalités de la vie en milieu rural contribuent au stress suscité par la naissance. Voici les propos recueillis d'une participante :

Les familles qui vivent en milieu urbain n'ont pas à se préoccuper de ces choses; en milieu rural, par contre, et plus particulièrement ici, les fermetures et autres obstacles financiers ne font qu'ajouter au stress suscité par tout le processus de la naissance (ville 4 -- 012).

Le fait d'être séparées de leur famille et de leur réseau communautaire est une source particulière de stress qui fut mentionnée par presque toutes les participantes.

Je crois que le plus difficile pour moi a été de ne pas avoir ma famille avec moi. C'est sans doute un des plus grands sacrifices que nous avons à faire. Ne pas avoir ses amis avec soi. Même si j'avais beaucoup d'amis à [autre localité] ... Les infirmières ont été extraordinaires et les soins reçus des médecins furent vraiment très, très... bons, mais ce n'était tout simplement pas pareil (ville 2 -- 016).

Dans bien des cas, la mère ou d'autres membres de la famille accompagnent la femme qui va accoucher ailleurs. Et bien que les participantes apprécient le soutien social et l'accompagnement, la présence d'une autre personne crée aussi souvent une tension sociale dans l'attente de la naissance. Plusieurs participantes ont même établi un lien entre cette tension et l'issue défavorable de la grossesse.

Je ne sais pas si vous pouvez vous imaginer ce que c'est que de passer 17 jours avec son mari et sa mère... [rires] dans la même chambre d'hôtel... J'ai une amie qui a dû subir une césarienne et elle croit vraiment... qu'elle a eu une césarienne parce qu'elle n'était pas dans son milieu; cela fut vraiment très difficile pour elle qui a dû rester avec sa belle-mère... sa tension artérielle s'est mise à monter et elle a dû avoir une césarienne. Alors même si j'utilise un ton joyeux, la réalité n'est pas toujours rose (ville 4 -- 002).

L'importance des naissances pour une collectivité

Bien des femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenus ont souligné l'importance des naissances pour la vie de leur collectivité, ces naissances contribuant à la cohésion et au sentiment de continuité historique. Nous avons été témoins de nombreux récits bouleversants évoquant les bienfaits de la naissance face à des événements tragiques et à la mort, et la manière dont la naissance d'un enfant contribue à rétablir le cycle de la vie et l'équilibre.

L'hôpital m'a envoyée une carte pour me remercier, car ils avaient vécu peu avant des événements tragiques qui avaient plongé la collectivité dans une profonde tristesse, et qu'ils avaient été heureux de pouvoir vivre un événement réjouissant (ville 4 -- 010).

Partager avec quelqu'un l'expérience d'une naissance confère à une relation une authenticité qu'il est impossible d'obtenir autrement, et qui est sans doute encore plus intense lorsque la collectivité est petite et que les autres ressources sont limitées. Les liens d'amitié qui se tissent contribuent à l'établissement de réseaux de soutien social qui persistent bien au-delà de l'expérience de la naissance. Dans une collectivité, ces échanges ont mené à l'établissement d'un vaste groupe d'amies qui se sont soutenues mutuellement durant chacun de leur accouchement.

Ici, toutes les femmes assistent aux accouchements; il y a beaucoup de bébés ici; nous avons assisté à beaucoup d'accouchements et chacun a semblé consolider encore plus les liens qui nous unissent... Nous formons un cercle étroitement lié; nous nous connaissons toutes sans avoir à parler beaucoup (ville 4 – 010).

Outre le fait d'avoir assisté à l'accouchement, ces femmes se sentaient également unies aux autres membres du groupe ainsi qu'avec toutes les femmes qui avaient accouché dans la collectivité, car elles avaient vécu la même expérience.

J'ai parlé à des femmes qui ont des enfants de mon âge et qui ont accouché dans la chambre où moi aussi j'ai accouché; ce sont vraiment des liens très spéciaux qui nous unissent (ville 4 -- 010).

Pour bien des femmes, l'importance de la naissance pour leur collectivité augmentait leur désir d'accoucher localement, désir qui était également alimenté par d'autres facteurs.

Les compromis qu'exige la naissance locale

Dans l'ensemble, le désir des femmes d'accoucher dans leur collectivité était alimenté à la fois par les valeurs et les croyances des participantes, y compris par leur sentiment d'appartenance à leur collectivité et les liens sociaux qui les y unissaient. Comme l'a souligné une participante :

Je crois que le facteur le plus important était que j'étais près de ma maison, près de ma famille. À mon avis, la présence réconfortante d'autres femmes est ce qui, en définitive, importe le plus dans l'entourage d'une femme enceinte; et si cette présence est vraiment forte, les choses n'en seront que plus faciles (ville 2 -- 010).

Les femmes ont aussi parlé de la géographie physique de leur milieu, et des bienfaits qui en résultaient sur leur vie — et celle de leurs enfants — et aussi de la richesse de l'histoire de leur collectivité. Tous ces facteurs contribuent à faire naître un sentiment en quelque sorte familial entre la femme et son milieu géographique et social et alimentent son désir de donner naissance à un enfant dans un milieu aussi riche.

Le seul fait qu'elle ait été conçue et qu'elle soit née ici a une valeur particulière. Je ne sais pas comment l'expliquer... comment dire... Cette ville et cet endroit sont uniques; c'est vraiment bien de pouvoir dire que l'on est né à [nom de la collectivité]; voilà pourquoi je voulais que mon enfant naisse ici. J'ai passé toute ma vie ici, mais je n'y suis pas née et j'aurais aimé y naître (ville 2 -- 002).

Ce désir d'accoucher localement amène souvent la personne à reconnaître rapidement qu'il lui faut faire des compromis sur le plan des soins. Prenons l'exemple de cette participante qui a accepté de passer une échographie pour rassurer ses dispensateurs de soins, même si elle estimait ne pas en avoir besoin.

Alors, cet homme est venu faire une rapide échographie. ... J'avais dit au médecin que je ne voulais pas vraiment avoir d'échographie, mais il m'a dit que cela se ferait très rapidement. « Ok, j'accepte, mais seulement si cela peut se faire très rapidement » ... Je l'admire tellement d'offrir des services d'obstétrique ici. Alors je me suis dit : bon, si cela peut le rassurer, je vais le faire; sinon, il aurait pu refuser de m'accoucher ici et il m'aurait fallu trouver un autre médecin. J'avais à faire ce compromis (ville 2 -- 010).

Bien des participantes voulaient tellement accoucher dans leur milieu que, lorsque cela fut impossible, elles ont ressenti beaucoup de stress et d'anxiété.

Ce fut tellement stressant. Je ne peux expliquer toute l'anxiété que j'ai ressentie. Vous savez, tout mon réseau de soutien était ici. Toutes les personnes que je connaissais et qui me supportaient dans mes autres épreuves étaient ici (ville 4 -- 006).

Comme l'indique l'extrait qui précède, d'autres facteurs complexes s'ajoutaient à la grossesse de cette femme. Pour cette femme, quitter son milieu a eu des incidences non seulement sur sa grossesse, mais aussi sur sa vie en général.

La réalité des soins pour les femmes enceintes en milieu rural

Malgré le désir exprimé par la plupart des femmes d'accoucher dans leur milieu, les obstacles sont considérables et bon nombre sont liés au contexte plus large de la prestation des soins de santé en milieu rural. Toutes les femmes en âge de procréer ont exprimé des difficultés similaires en ce qui a trait à l'accès aux soins, notamment la difficulté de trouver un dispensateur de soins, que ce soit dans leur collectivité ou ailleurs, et la difficulté de composer avec les obstacles créés par la géographie physique.

La difficulté d'obtenir des soins

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre qui précède, des difficultés systémiques nuisent au recrutement et au maintien en poste des médecins en régions rurales. Ces difficultés sont dues au stress causé du fait que le médecin doit être de garde pendant des périodes continues ou prolongées, aux rares possibilités de formation médicale continue qui sont offertes, et au manque d'accès à d'autres ressources professionnelles. C'est ce qui explique que la prestation des soins de santé dans bien des collectivités rurales du Canada dépend, en tout ou en partie, de personnel suppléant. Même si la continuité des soins est habituellement assurée pour les habitants de la région, on ne peut en dire autant de la continuité du dispensateur de soins et parfois aussi, de la philosophie des soins, qui sont souvent perturbées. Or ceci a des incidences particulières durant la période de procréation, lorsque la fréquence des consultations est élevée, que la prise de décisions est limitée dans le temps et que les variables psychosociales ont une grande influence sur le processus et le résultat.

Ainsi, la plupart des participantes ont déclaré que l'absence de continuité des soins avait eu un effet prépondérant sur leur expérience de la naissance. Les participantes ont notamment parlé des difficultés à se confier à un nouveau dispensateur de soins et à créer une relation basée sur la confiance lorsque les consultations sont peu fréquentes ou limitées; elles ont aussi parlé des conséquences négatives résultant de l'utilisation d'approches multiples, et parfois contradictoires, en matière de soins. Voici les observations d'une des participantes :

Les soins que j'ai reçus du premier médecin étaient très bons. Malheureusement, ici, les médecins quittent sans préavis. C'est ainsi que mon médecin est parti quand j'étais environ à mon septième mois de

grossesse; il a été remplacé par un autre, avec qui il fut plus difficile de créer des liens, car je ne le connaissais pas aussi bien et que je connaissais pas son histoire (ville 3 -- 004).

Pour bien des participantes, l'absence de continuité des soins est liée à la pénurie de dispensateurs, ainsi qu'à la difficulté d'obtenir *tous* soins sur une base régulière. C'est un problème pour bien des femmes qui préféreraient être traitées par une femme, comme en fait foi le témoignage suivant :

Non, ils ne restent pas ici – ils restent au plus six mois. J'ai commencé à consulter un premier médecin, mais celui-ci achevait sa période de six mois et il est reparti., Il a été remplacé par un autre médecin, que j'ai vu deux fois, je crois. et qui a été remplacé lui aussi, cette fois-ci par une femme. Vous êtes vue par toutes sortes de médecin, et ce n'est jamais le même. Il y a très peu de femmes médecins ici et, lorsqu'il y en a une, vous devez attendre trois, quatre ou cinq semaines avant d'avoir un rendez-vous, car elle est tellement occupée – toutes les femmes veulent une femme médecin (ville 2 -- 002).

Le désir d'être traitée par une femme, et le manque d'accès à des dispensateurs de soins de sexe féminin dans bon nombre de petites collectivités, ont amené plusieurs femmes de cette étude à décider d'aller à l'extérieur pour obtenir ces soins, non seulement durant l'accouchement mais aussi pour la période prénatale.

Je voulais vraiment une femme médecin plus jeune qui avait des enfants, car je trouve que les médecins qui ont des enfants sont plus au fait des maladies et autres problèmes des enfants. Et elles ne vous proposent pas, vous savez, ces remèdes qui étaient bons il y a 50 ans! J'ai donc décidé de consulter un médecin à [collectivité à l'extérieur] (ville 1 -- 007).

Même lorsqu'il y a un dispensateur local pour suivre régulièrement la femme durant la grossesse, le travail et l'accouchement, et que les naissances locales sont possibles, d'autres difficultés se présentent, parce que les femmes doivent convaincre leur dispensateur de soins de les accoucher dans la région. De fait, plusieurs participantes ont dit avoir eu l'impression d'avoir à « convaincre » leurs praticiens, même ceux en faveur des naissances locales, et à les rassurer qu'elles comprenaient parfaitement les risques et qu'elles étaient déterminées à le faire. Une femme a raconté la réaction de son dispensateur de soins lorsqu'elle lui a dit qu'elle souhaitait accoucher dans son milieu et la stratégie qu'elle a utilisée pour apaiser ses craintes.

Lorsque je lui ai dit que je voulais accoucher ici, mon médecin s'est presque mis à pleurer; il était vraiment troublé... il ne voulait pas me laisser faire. Un autre médecin a déclaré qu'il s'en lavait les mains et je lui ai dit que c'était parfait. L'autre par contre, est si gentil ... je voulais le rassurer, alors je lui ai dit que tout se passerait bien. Je crois que cela l'a aidé. Alors il m'a dit, mais si tu dépasses 41 semaines, tu devras aller à l'extérieur – j'ai acquiescé, même si je n'avais nullement l'intention de partir (ville 2 -- 001).

Les dispensateurs de soins reconnaissent et respectent les choix de certaines participantes, en les informant des risques.

Non, elle ne m'a jamais recommandé d'aller à l'extérieur. C'est une femme très pragmatique qui voulait vraiment respecter mes choix, mais qui m'a bien sûr informé des risques. Elle est obligée de le faire (ville 2 -- 010).

Réalités géographiques

Le cadre de prestation des soins en milieu rural est défini entre autres par la géographie physique de la région (et l'accès au centre spécialisé), les mécanismes réguliers de transport mis en place et les conditions climatiques, tous ces facteurs ayant une incidence sur la planification et l'exécution des déplacements. La possibilité de conditions météorologiques défavorables est une préoccupation constante. *Cet hiver a été assez doux et le temps n'a pas été trop mauvais. Nous étions un peu inquiets à cause de toute la neige... nous craignons que l'accouchement survienne sur la route mais... cela ne s'est pas passé ainsi. Tout s'est bien déroulé (ville 1 -- 010).*

L'accès au transport – terrestre, maritime ou aérien – est une autre préoccupation qui est liée aux conditions climatiques.

Oui, je veux parler du traversier. Aucune femme n'aime prendre le traversier lorsqu'elle est enceinte, mais il n'y a pas eu de problème. Parfois, les conditions sont assez difficiles, vous savez. Ma fille est née en janvier; nous avons été pris au milieu d'une tempête, mais on s'habitue. Ce n'est pas si terrible (ville 2 – 016).

Les arguments en faveur de la naissance locale

Les femmes que nous avons interviewées étaient bien au fait des ressources locales auxquelles elles avaient accès, y compris les infrastructures et les ressources institutionnelles, technologiques et humaines. Elles avaient également une certaine connaissance, quoique limitée, des ressources disponibles ailleurs (comme les listes de logements), au cas où elles aient à accoucher dans un centre plus spécialisé. Les ressources offertes ne se limitent pas à celles requises durant le travail et l'accouchement, mais englobent également la période périnatale.

Ressources locales

Plusieurs participantes ont reconnu que la possibilité d'accoucher à l'hôpital local offrait des avantages qu'elles ne retrouvaient pas dans les plus grands établissements. Ces avantages avaient trait notamment à la plus grande souplesse des petits établissements, laquelle permet aux femmes d'obtenir des soins mieux adaptés à leurs besoins. À titre d'exemple, une participante a déclaré qu'au moment de la naissance de son enfant, à l'hôpital local, son mari et son bébé ont pu dormir avec elle dans sa chambre, après la naissance, ce qui, à son avis, aurait été impossible dans un plus grand hôpital.

Un autre avantage fut que mon mari a pu dormir dans la chambre avec nous, et participer ainsi pleinement à l'expérience de la naissance... Vous savez, beaucoup de gros hôpitaux n'autorisent pas cette pratique. En fait, j'ai entendu dire que les grands hôpitaux ne permettent même pas que votre bébé dorme avec vous; il doit dormir dans un petit lit à vos côtés, Ici, dans cet hôpital, le bébé dormait avec moi, dans mon lit (ville 2 -- 010).

Un grand nombre de participantes, qui avaient eu la possibilité d'accoucher dans leur milieu, ont commenté de façon positive le lieu de naissance, en insistant sur les avantages et sur l'atmosphère apaisante qui y régnait.

Le service de maternité ici est vraiment incroyable lorsqu'on le compare à celui de [localité voisine] où... Il y a un service de maternité, mais celui-ci n'est pas vraiment séparé du reste de l'hôpital, tandis qu'ici il est séparé par des portes doubles. Il y a aussi une chambre de naissance et quelques salles de récupération; de plus, le décor est plus familier et vous êtes habituellement seule dans la chambre ... La chose dont je me rappelle, c'est que cet endroit était un lieu vraiment, vraiment confortable pour accoucher (ville 2 -- 010).

Dans les localités privées de services d'obstétrique, bon nombre de participantes ont déploré l'irrationalité de l'organisation des services de maternité, ainsi que des installations et des ressources disponibles. Dans une collectivité, plusieurs participantes ont mentionné que la chambre de naissance dans le centre de santé local avait été transformée en salle de physiothérapie. Ces observations de cette participante résument celles soulevées par bon nombre.

Parce que notre hôpital dispose des installations nécessaires; il offre une chambre de naissance toute neuve avec bain tourbillon... qui n'est pas utilisée. L'hôpital de [localité voisine] dispose aussi d'une chambre de naissance qui n'est pas utilisée, ainsi que d'une infirmière sage-femme dont les compétences ne sont pas exploitées (ville 4 -- 012).

Bien que les participantes estimaient que les installations de naissance — qu'elles soient ou non utilisées — dans bon nombre d'hôpitaux locaux pouvaient créer un lieu de naissance positif, elles ont aussi souligné le manque de compétences et de ressources technologiques nécessaires en cas d'urgence. L'absence de services pouvant pratiquer des césariennes et l'impossibilité d'obtenir un soulagement pharmacologique de la douleur ont été relevés par plusieurs comme la principale lacune des services locaux pour femmes en travail et devant accoucher. Bon nombre ont aussi déploré la non-disponibilité des services d'échographie durant la période prénatale et exprimé du même souffle le désir d'y avoir accès.

Je crois qu'il serait bon d'avoir ici du personnel qualifié pour faire des échographies. Les femmes n'auraient donc pas à aller à l'extérieur. Dans le cas par exemple de grossesse prolongée, il faut vérifier, n'est-ce-pas? Mais quelle femme veut se rendre à [autre localité] pour passer une échographie,

lorsqu'elle est en retard? Quels sont les risques d'accoucher en route ou qu'un autre problème survienne (ville 2 -- 010).

Pour d'autres participantes, au contraire, l'accès réduit à la technologie est en grande partie la raison qui les incite à accoucher dans leur milieu. De fait, l'impossibilité de pratiquer localement certaines interventions, comme les anesthésies péridurales, a été perçue par certaines comme un avantage, et non comme une raison d'aller accoucher ailleurs.

Et vous savez, j'ai accouché sans aucun anesthésique et je n'ai pas senti la différence. Quand on n'a pas d'autre choix, on ne se pose pas la question. La douleur est reléguée au second plan (ville 1 – groupe de discussion).

Cette prise de conscience face à la pénurie de ressources locales a amené les participantes à parler des ressources humaines, ainsi que des défis que pose la prestation des soins d'obstétrique locaux. De nombreuses participantes ont fait remarquer que cet exode des femmes qui vont accoucher ailleurs se répercute également sur le niveau de confiance des médecins et des infirmières au sujet de leurs compétences en obstétrique, ce qui ajoute à la difficulté d'élaborer un scénario en vue du rétablissement des naissances locales. Une femme a déclaré ce qui suit :

Je crois que si les médecins et les infirmières avaient l'expérience du travail et de l'accouchement, même sans pratiquer de césariennes, la sécurité augmenterait... Je crois en effet qu'une des préoccupations a trait au manque d'expérience des médecins et des infirmières, car peu de bébés naissent ici à l'exception des cas difficiles qu'ils auraient préféré ne pas avoir à accoucher, comme [fille] qui est née prématurément - les médecins appréhendent les naissances prématurées et imprévues (ville 4 -- 005).

Cette absence de soins d'obstétrique locaux amène les femmes à se familiariser avec le soutien auquel elles peuvent avoir accès ailleurs. Les femmes étaient ainsi bien au fait des diverses initiatives, comme les listes de logements et les listes centrales de ressources, mises en place dans les autres localités. Voici un des commentaires relevés :

Vous savez, [nom] participe actuellement à un projet qui vise à mieux coordonner l'ensemble de l'information afin de remplacer la pratique actuelle du « bouche à oreille » par une banque centrale d'information... c'est elle qui m'a donné une liste de doulas que je peux appeler quand je viens ici (ville 4 -- 012).

Ressources périnatales dans les collectivités privées de services de maternité

Les participantes ont noté des changements dans les services prénatals et post-partum qui sont offerts, mentionnant entre autres les cours prénatals. Lorsque ces cours ne sont pas offerts localement, les stratégies de rechange consistent à recevoir des cours individuels par l'infirmière de santé publique locale ou à tenter d'avoir accès à des services ailleurs.

Participante : Je ne pouvais jamais m'inscrire, car il n'y avait jamais de cours qui était offert. Puis il y a eu un cours à [autre localité], mais la fin de semaine où ce cours a eu lieu... il y a eu une tempête de neige... C'est difficile de suivre des cours prénatals.

Intervieweur : Alors vous devez presque vous inscrire dès le moment où vous savez que vous êtes enceinte?

Participante : Ou même un an avant (ville 1 -- groupe de discussion).

Les femmes qui ont eu accès à un soutien prénatal et postnatal dans leur collectivité ont reconnu la valeur des soins communautaires offerts par exemple par la Ligue La Leche (une organisation vouée à la promotion et à l'enseignement de l'allaitement maternel).

Le fait d'avoir la Ligue La Leche apporte un soutien incroyable lorsque c'est le premier, mais aussi pour les autres... Nous pouvons assister aux cours prénatals. Ceci m'a permis de rester chez moi, bien confortable, à une période où vous n'aimez pas vraiment quitter votre milieu et vous retrouver dans un endroit inconnu (ville 4 – 012).

Un éventail de commentaires ont été exprimés au sujet des soins post-partum disponibles, la principale difficulté étant le manque d'infirmières en santé publique et l'accès difficile à ces ressources. Certaines femmes n'ont pas eu accès à des soins durant la période postnatale immédiate, et celles qui y ont eu accès ont jugé que ce soutien avait été important.

L'infirmière de santé publique est venue une semaine après mon retour à la maison. C'était la même infirmière qui était venue à la naissance de mon premier enfant, il y a 18 ans. Elle savait donc dès le départ que c'était mon quatrième enfant, mais elle a été très gentille. Comme toujours. Et elle m'a dit de ne pas hésiter à l'appeler pour vérifier le poids du bébé ou pour toute autre question... Je ne crois pas que cela s'était passé tout à fait comme cela la première fois, car à l'époque d'autres services étaient offerts ici; j'ai l'impression qu'aujourd'hui ils cherchent des moyens de compenser pour le manque de services, car l'infirmière m'a répété de ne pas hésiter à venir au centre de santé pour faire peser le bébé, pour lui parler ou si j'avais quelque autre inquiétude (ville 1 -- 007).

Où accoucher?

Les femmes qui vivent dans de petites villes isolées doivent décider de l'endroit où elles iront accoucher, en tenant compte des facteurs psychosociaux qui les incitent à vouloir accoucher dans leur milieu, de la difficulté à obtenir des soins adéquats et continus et des limitations connues des soins dispensés localement faute de ressources (y compris l'impossibilité de pratiquer des césariennes, en cas d'urgence). Dans un nombre croissant de collectivités, accoucher localement n'est même plus une possibilité, si la femme veut être prise en charge par le système de santé. Dans d'autres cas, accoucher localement demeure possible s'il n'y a pas complications durant la grossesse. Les femmes de cette étude ont tenu compte des variables précitées (désir, difficultés et conscience des ressources limitées) pour

guider leurs décisions en fonction de leur tempérament, de leurs besoins et de leur contexte familial, et en tenant compte aussi de l'interprétation du risque.

Examen du risque

La plupart des participantes font leur propre analyse des risques et des avantages liés au fait d'accoucher localement et, lorsque leur évaluation des risques l'emporte sur les avantages, elles décident d'aller accoucher ailleurs. Une participante a résumé ainsi les éléments qui ont été déterminants dans sa décision :

Il n'y a pas de service de soins intensifs ici... en fait, il n'y a ici aucun des services qui sont nécessaires lorsqu'un problème survient; il faut alors évacuer la patiente par Medivac, mais ceci prend trop de temps... le bébé peut mourir avant d'arriver au centre spécialisé (ville 2 -- 002).

Cette autre participante a déclaré ce qui suit :

Et s'il y avait eu un problème; mon bébé aurait pu mourir. Je ne voulais pas que cela se produise : que se serait-il passé si ses poumons n'avaient pas été suffisamment développés ou s'il y avait eu une autre complication. C'est pourquoi j'ai décidé d'aller accoucher à [autre localité] (ville 2 -- 002).

Pour bien des participantes, le risque de devoir être transférées durant le travail en était un qu'elles n'étaient pas disposées à prendre, les craintes liées au transfert étant à la fois d'ordre physique et social. Cette participante estimait par exemple que le temps de transfert entre les deux collectivités était trop long :

Il était hors de question pour moi que je sois transférée à l'hôpital par ambulance ou par hélicoptère. Je ne voulais donc pas accoucher ici à [ma localité], même si cela avait été possible, car je ne voulais pas du tout être transférée. Je n'ai pas du tout confiance au processus de transfert; il a fallu trois heures pour qu'une personne que je connais soit transférée de l'hôpital de [ma localité] à l'hôpital de [autre localité], alors qu'en temps normal ce trajet prend deux heures et demie. Je trouve que le temps de transfert est trop long (ville 4 – 002).

Considération des risques sur le plan social

Une autre participante a insisté sur la perturbation des liens sociaux qui se produirait, si elle devait être transférée durant le travail, invoquant plus précisément la rupture du réseau de soutien que se serait créé durant le travail.

J'avais toujours à l'esprit cette possibilité que je sois transférée à [autre localité] et c'est un risque que je voulais éviter à tout prix J'ai pensé à la sécurité... ce qui se produirait si soudainement, durant le travail, je devais être transférée dans un autre centre où tout serait nouveau. Où vous ne connaissez pas les infirmières, même si elles ont passé les quelque six à huit

dernières heures avec vous. C'est bien d'avoir à ses côtés des figures familières (ville 1 -- 011).

En définitive, toutefois, ce que craignaient la plupart des participantes – advenant un transfert durant le travail – c'était d'accoucher ailleurs — seule.

J'ai un couple d'amis dont la femme a tenté d'accoucher ici, mais elle a dû être transférée par hélicoptère... alors qu'elle était dilatée à 10 cm et qu'on lui disait de ne pas pousser, et son partenaire n'a même pas pu l'accompagner. Elle est partie seule avec une équipe médicale qu'elle ne connaissait pas et a accouché par césarienne seule – je crois que c'est une expérience épouvantable (ville 2 -- 010).

Formulaire de consentement

Certaines collectivités visées par notre étude ont élaboré un formulaire de consentement que doivent signer les femmes qui envisagent d'accoucher localement et qui les informe des risques potentiels connus associés à l'accouchement dans un lieu où ne se pratiquent pas de césariennes. Bien que conçu comme moyen d'obtenir un consentement éclairé, ce formulaire a été vu, par bien des participantes, comme l'élément catalyseur de leur décision d'aller accoucher ailleurs. Et cet effet a été attribué à la forme utilisée pour communiquer l'information ainsi qu'à son contenu. En effet, un grand nombre de participantes ont interprété cette obligation de signer un formulaire, comme une indication que ce qu'elles voulaient faire — c. -à-d. accoucher dans leur milieu — était contraire à la pratique courante et exigeait une autorisation particulière. Pour un grand nombre, cela laissait même croire qu'accoucher localement était en soi une proposition risquée. Les femmes consultées lors de notre étude ont trouvé que le contenu du formulaire était accablant et qu'il n'offrait pas une analyse pondérée des risques et des avantages que bon nombre d'entre elles auraient souhaité obtenir. Une participante a décrit ainsi le lien entre le formulaire de consentement et sa décision de quitter la collectivité.

Je crois que ma décision [de quitter la collectivité] est venue en grande partie du fait qu'ils m'ont demandé de signer un formulaire parce que j'avais l'intention d'accoucher ici; or ce formulaire contenait tellement d'information, précisant par exemple le risque de ne pas pouvoir être transférée assez vite s'il y avait une complication, car il faut une heure avant que les services d'évacuation médicale arrivent. J'étais inquiète pour mon bébé. Ce n'était pas en raison des coûts, ou parce que je souhaitais avoir une anesthésie péridurale. Je voulais tout simplement éviter que la vie de mon bébé soit en danger, car il est vrai que le transfert prend du temps... si vous devez subir une césarienne sans tarder mais que vous devez attendre une heure, deux heures ou même plus. Je voulais éviter cela à tout prix, au cas où il y aurait des séquelles pour mon bébé (ville 2 -- 002).

Influence des dispensateurs de soins

Presque toutes les participantes ont reconnu l'influence qu'avaient eue les dispensateurs

de soins dans leur décision concernant le lieu et la manière d'accoucher. Les femmes ont également reconnu que cette influence avait été basée sur la nécessité d'obtenir de leur part un choix et un consentement éclairés, à la lumière des renseignements disponibles. Cependant, comme dans le cas du formulaire de consentement, les femmes ont eu l'impression que la présentation des risques associés à l'accouchement local avait empêché un examen des avantages. Or cette présentation obligatoire des risques connus, sans parler des avantages, engendre la peur, comme l'a exprimé cette participante :

Les médecins alimentent la peur, en particulier si c'est votre premier bébé – ils vous parlent de toutes les complications qui pourraient survenir (ville 2 – 010).

Parfois, la crainte ressentie par les participantes était une conséquence directe des statistiques qui leur étaient présentées sur les issues défavorables possibles et un grand nombre ont vu un lien entre cet exposé de données et la contrainte de choisir un type de soins particuliers (p. ex. quitter la collectivité). Une participante a ainsi déclaré ce qui suit :

Il y a dix-huit ans, j'ai subi ma première césarienne ici. Mon deuxième accouchement devait se faire par voie naturelle, mais lorsque je suis allée voir le spécialiste, il m'a dit que la probabilité de rupture de l'utérus était de un sur 200. Un sur 200, me suis-je dit! Non, je ne veux prendre aucun risque. J'ai donc demandé une césarienne (ville 1 -- 007).

D'autres ont souligné la vulnérabilité de certaines femmes, et parfois même la leur, face à ce qu'elles qualifient de tactiques utilisées par les dispensateurs de soins pour amener les femmes à opter pour des traitements particuliers en leur exposant les risques.

Et quand je pense aux jeunes femmes. . . moi, j'ai beaucoup d'expérience. J'ai appris beaucoup de choses au fil des ans, des stratégies d'adaptation qui m'ont aidé à me rendre où je suis aujourd'hui. Quand je pense aux effets qu'aurait sur moi, si j'avais 15 ou 17 ans, cette attitude antagoniste... on pourrait même dire tyrannique... des médecins. Insister de la sorte en invoquant leurs connaissances professionnelles – ils ont presque réussi à me faire changer d'avis et, pourtant, j'ai une grande force de caractère. J'étais bien déterminée et j'ai presque changé d'avis (ville 4 -- 006).

Décision d'aller accoucher ailleurs

Les participantes qui décident d'accoucher ailleurs doivent alors choisir où elles iront accoucher. Pour la plupart d'entre elles, cette décision a été fondée sur les critères suivants :

- présence de membres de la famille élargie ou d'ami(e)s;
- possibilité d'obtenir un hébergement adéquat et abordable;
- technologies disponibles;
- réputation de l'établissement et du personnel y travaillant, et

- possibilité d'établir un lien continu avec un dispensateur de soins, durant les années de procréation.

Lorsque la participante pouvait compter sur des ressources familiales et communautaires dans l'autre localité, la transition était alors plus facile que lorsqu'elle était isolée de tout réseau de soutien :

J'ai vécu à [autre localité] pendant plusieurs années; j'y ai donc beaucoup d'amies... De plus, je connais cette localité très bien, alors je ne me suis pas vraiment ennuyée. Je ne sais pas si cela se serait passé aussi bien, si je n'y avais pas déjà habité. J'ai de la compassion pour toutes ces femmes qui partent, sans connaître personne et sans avoir aucun endroit où aller. Dans mon cas, ce fut facile (ville 2 -- 016).

Après avoir examiné les ressources sociales, la plupart des femmes appuient principalement leurs décisions sur leur connaissance ou la réputation des dispensateurs de soins.

J'ai décidé d'accoucher à [nom de la localité], parce qu'on... m'a dit qu'il y avait de bons médecins (ville 2 – 002).

Implicitement liée à la réputation du dispensateur de soins est sa capacité de pouvoir suivre la femme pendant sa grossesse et au moment de l'accouchement. Faisant référence à ce critère, une femme a parlé de la « stabilité », classant ce critère parmi les principaux facteurs influençant sa décision.

Au début, environ trois médecins différents m'ont suivie pendant ma grossesse, puis j'ai décidé de consulter un médecin qui m'avait été recommandé à [localité voisine], car la situation des médecins ici est telle qu'on se demande toujours qui sera présent et ce qui se passera au moment de l'accouchement. C'est pourquoi j'ai décidé d'aller à [localité voisine], car la situation semblait plus stable (ville 2 -- 010).

Un autre facteur important pour les femmes de l'étude est la réputation de l'hôpital, cette information leur étant souvent communiquée par le réseau local de femmes ayant déjà accouché à cet endroit. La disponibilité et le soutien apporté par le personnel infirmier, de même que la propreté de l'hôpital, figurent parmi les principaux critères de choix. Certaines tiennent compte également des politiques et des pratiques de l'hôpital en fonction de leurs attentes et de leurs besoins au moment de la naissance.

Je voulais accoucher à [autre localité]. J'ai choisi cet endroit, parce qu'une de mes amies, qui avait fait des recherches pour trouver un hôpital dont les politiques lui permettraient de se déplacer aussi librement que possible durant le travail, avait choisi cet hôpital. J'ai donc décidé moi aussi d'aller y accoucher (ville 4 -- 002).

Recevoir des soins dans une autre localité

Un grand nombre de participantes ont reçu des soins en dehors de la collectivité, que ce soit à cause de l'absence de services de maternité locaux, de l'impossibilité d'avoir accès à des soins ou de leur préférence d'accoucher dans un endroit disposant des ressources nécessaires en cas d'urgence. Quelle que fut la raison, le résultat fut le même : bien des femmes ont dû recevoir des soins en dehors de leur milieu. Les paragraphes qui suivent traitent des différents aspects des soins, de la logistique que requiert l'organisation des soins (en particulier en regard des enfants et des partenaires) et des répercussions financières d'un accouchement à l'extérieur de sa collectivité.

Expériences des soins médicaux

L'expérience de l'accouchement en dehors de son milieu n'a pas été vécue de la même façon par toutes les participantes. De façon générale, les expériences positives ont davantage été associées aux naissances survenant dans des localités situées non loin du lieu de résidence de la femme, alors que les expériences négatives se sont produites surtout lorsqu'une grande distance séparait les deux localités. L'accès aux dispensateurs de soins est un autre facteur qui a contribué au caractère positif de l'expérience vécue :

Je suis vraiment satisfaite de la manière dont les choses se sont déroulées. Au début, je craignais la distance à parcourir, mais finalement ce ne fut pas si difficile de faire la navette. De plus, chaque fois que j'avais besoin de voir le médecin, elle réussissait toujours à me passer entre d'autres patients. Elle est vraiment extraordinaire pour cela (ville 1 -- 010).

La qualité de l'expérience a aussi été associée au temps passé loin de la maison : plus le séjour est court, plus l'expérience a des chances d'être positive. Une telle corrélation risque toutefois de donner lieu à des stratégies visant à réduire au minimum le temps passé en dehors de son milieu, par exemple en planifiant la date et l'heure de la naissance, par le déclenchement volontaire du travail et le choix d'un accouchement par césarienne. De fait, une participante a eu recours à cette stratégie pour apaiser son anxiété à l'idée de quitter sa famille et son milieu pendant une période prolongée.

Lorsque j'ai consulté le médecin, il m'a demandée : « Et bien, que puis-je faire pour vous aider? » Comme j'étais vraiment très bouleversée à ce moment là, je lui ai répondu : « J'aimerais que vous me fixiez une date pour déclencher le travail, afin que je puisse venir ici pour accoucher puis retourner rapidement chez moi » (ville 4 -- 011).

Plusieurs autres ont dit avoir envisagé une césarienne, même en l'absence d'indications médicales :

Nous avons même envisagé de demander une césarienne, afin de connaître la date de l'accouchement; je n'aurais eu qu'à me rendre la veille, passer trois à quatre jours à l'hôpital, puis à revenir à la maison, et ainsi échapper à toute cette attente et incertitude. Mais cela signifiait également devoir subir

une intervention majeure, puis avoir à se rétablir avec un nouveau-né... et un enfant de trois ans. Je ne voulais pas aller là-bas, alors ils vont essayer de cette façon-là (ville 4 -- 012).

Pour une autre participante, la décision d'avoir une césarienne volontaire plutôt que de tenter un accouchement par voie vaginale après une césarienne, a été motivée par le côté pratique de la césarienne :

*Intervieweur : Vous avez eu une césarienne, et à votre deuxième grossesse ...
Participante : J'avais décidé d'avoir une césarienne, à cause du transport, de l'attente, de l'hôtel. Cette fois-ci, mon bébé devait naître à [autre localité] et il était plus pratique de savoir à l'avance à quel moment je devais venir en ville (ville 4 -- 004).*

Une autre participante a commenté de façon positive le fait d'avoir une césarienne, ceci ayant facilité les déplacements :

J'ai travaillé jusqu'au jour précédant la date prévue, puis je me suis rendue là-bas... c'était comme une progression naturelle; partir, avoir le bébé puis revenir à la maison. Je suis revenue à la maison trois jours après... c'était ma troisième césarienne. Je savais donc à quoi m'attendre (ville 4 -- 004).

Pour certaines participantes, toutefois, même l'accès aux soins, la possibilité de prévoir la date et la continuité des soins n'ont pu compenser pour les inconvénients majeurs d'avoir à se déplacer pour obtenir les soins nécessaires.

*J'ai dû aller à [autre localité] pour toutes mes consultations prénatales. . .
Quel ennui!. . . Le seul moyen pour moi d'y arriver est de vivre ici avec mes parents. J'ai une voiture mais je ne l'utilise pas; je prends la voiture de mes parents pour me rendre (ville 1 -- 007).*

Expérience des soins non médicaux

Bien des participantes ont souligné le fait que, pour les femmes disposant de peu de ressources financières et autres, les choix quant à l'endroit où aller et au type de soins sont limités et ils l'ont été vraiment, pour les participantes de notre étude disposant de peu de moyens, comme en témoigne le commentaire suivant :

Ce sont les femmes plus pauvres qui sont les plus pénalisées. Car... elles doivent choisir de rester ici. En fait, elles n'ont pas le choix. Elles doivent rester ici et risquer d'avoir à partir en toute hâte, car elles n'ont tout simplement pas les moyens d'aller séjourner quelque temps là-bas. Et elles se retrouvent alors privées de tout soutien (ville 4 -- 012).

Trouver un logement adéquat dans une autre localité fut un problème pour la plupart des participantes, mais plus particulièrement pour celles ayant d'autres enfants. Un grand nombre ont déploré le caractère inadéquat des logements, qui ajoute au stress et à l'anxiété

ressentis vers la fin de la grossesse, et bon nombre ont exprimé le souhait — et le besoin — d’avoir accès à des hébergements communautaires dans les collectivités vers lesquelles elles sont dirigées.

Je crois qu’il serait vraiment bien... et c’est probablement un de mes plus grands souhaits, que des endroits soient aménagés pour les femmes... car lorsque vous en êtes rendue à votre neuvième mois de grossesse... Moi, j’ai accouché en août; il faisait chaud, j’étais grosse et j’avais deux adolescents... en plus d’un bébé d’un an et demi coincés dans une chambre d’hôtel — J’étais sur le point de craquer. Vraiment. Il serait bon d’avoir un endroit pour relaxer, pour préparer les repas, un endroit où les enfants pourraient regarder la télévision... même s’il n’y avait que quelques endroits de ce genre, car finalement il n’y a pas tant de femmes qui accouchent en même temps. Ce serait très agréable (ville 2 -- 016).

Problèmes familiaux

La parité, ou le nombre d’enfants, est un autre facteur qui influe sur le stress ressenti par la femme qui doit aller accoucher ailleurs. Voilà un sentiment qui a été ressenti par bien des participantes, à la naissance de leur premier enfant dans une autre localité :

Avec un deuxième bébé, je crois que cela serait un peu plus difficile de partir, car il faudrait alors trouver quelqu’un pour s’occuper de [fille] et qu’il serait difficile de quitter de la maison (ville 4 -- 005).

Les femmes qui ont vécu l’expérience de la naissance d’un autre enfant ont vraiment senti la différence pour elles et leur partenaire et pour la création des liens avec le bébé :

Et...ce fut pour lui une expérience tellement différente de celle vécue lors de la naissance de [fille]. Lorsque [fille] est née, il laissait les enfants plus vieux à mes parents ou à ses parents puis il venait passer deux heures à l’hôpital, en regardant un film, en tenant le bébé dans les bras. Cette fois-ci, les liens affectifs ont été un peu plus longs à se créer (ville 4 – 011).

Les participantes qui avaient d’autres enfants devaient aussi prévoir qui s’en occuperaient durant leur absence. Lorsque les enfants doivent rester sur place (habituellement, pour aller à l’école ou à cause d’autres obligations sociales), la mère doit prendre des dispositions pour la garde des enfants. Même lorsque tout avait été organisé, le fait de laisser son enfant a eu un effet profond sur la plupart des participantes.

Intervieweur : Comment cela s’est-il passé lorsque vous avez dû laisser [fils] ici?

Participante : Ce fut la nuit la plus troublante de ma vie. ... C’est pourquoi j’ai voulu revenir chez moi rapidement (ville 1 -- 010).

Lorsque les enfants accompagnent leur mère ou leurs parents pour la naissance, d'autres problèmes se posent également, pour ce qui est de satisfaire à leurs besoins physiques et sociaux.

Lorsque vous êtes ailleurs, vous finissez pas manger chez McDonald's ou un autre endroit du genre, car qui peut cuisiner dans une chambre d'hôtel... vous avez les moyens de louer seulement une chambre... avec deux lits et un petit réfrigérateur. Il n'y avait pas de cuisinette ni autre commodité du genre... alors lorsque les enfants sont ici, ils se nourrissent mal, ils restent éveillés une partie de la nuit; ils dorment tous dans le même lit... De plus, il n'y a rien à faire dans une chambre d'hôtel; vous devez vous en occuper toute la journée, ce qui est épuisant. Quand je pense à mon pauvre mari qui était seul, dans une chambre d'hôtel, avec quatre enfants (ville 4 -- 011).

Dans bien des cas, les partenaires ne peuvent aller rejoindre leur femme que lorsque la naissance est imminente, à cause de leur travail, et ceci a habituellement des conséquences négatives, à la fois pour la femme qui accouche et ses autres enfants. Une femme a raconté la difficulté qu'elle avait eu à expliquer à son jeune enfant pourquoi son papa ne les avait pas accompagnés.

Pourquoi papa n'est pas ici? Pourquoi il ne peut pas venir coucher ici le soir. Chaque jour, c'était la même histoire; il commençait à me demander l'heure à partir de midi environ et il me demandait à quelle heure son papa allait arriver. Son absence était difficile pour moi aussi, car son père a l'habitude de s'occuper de lui après le souper. Ils vont s'amuser dehors ou font autre chose pendant une heure ou deux. C'est pour eux un moment spécial... et aussi pour moi, car j'ai alors une heure ou deux. Ces moments sont très précieux. Mais je dois m'en passer maintenant, durant les deux dernières semaines, alors que cette aide vous serait tellement utile (ville 4 -- 012).

Cependant, lorsque les partenaires sont en mesure d'accompagner leurs femmes, il y a alors d'autres problèmes — habituellement d'ordre financier — qui se posent et qui se répercutent directement sur l'expérience de la naissance.

Vous savez, cela occasionne des coûts de venir ici. Mon mari ne travaille pas pendant ce temps et les enfants ne vont pas à l'école. De plus, ma mère a d'autres choses à faire que de s'occuper de moi. Il y a donc tout ce stress qui s'ajoute, et qui ne fait qu'augmenter si votre grossesse se poursuit jusqu'à 41 ou 42 semaines et que vous n'êtes pas chez vous (ville 4 -- 002).

La plupart des participantes ont souligné la situation difficile de leur partenaire, qui tentait à la fois de satisfaire aux besoins de l'enfant ou des autres enfants plus vieux, de créer des liens avec le nouveau bébé et d'aider sa femme qui vient d'accoucher.

Il y avait tout ce stress créé par l'attente et l'anticipation, combiné au fait d'avoir à s'occuper des enfants, à les amener à l'hôpital, à leur trouver quelque chose à faire, à les faire lever à 6 h le matin et les mettre au lit à 23 h, à endurer leurs sautes d'humeur et leur fatigue – tout cela alors que ce qu'il aurait vraiment aimé faire, c'aurait été de venir à l'hôpital et de prendre le bébé dans ses bras. Mais ce n'était pas possible (ville 4 -- 011).

Ressentiment d'avoir à quitter son milieu

Outre les dispositions à prendre et la logistique, bien des participantes ont indiqué que, pour elles, aller accoucher ailleurs est fondamentalement mauvais.

Nous ne devrions pas avoir à quitter notre milieu pour nous rendre à l'autre bout de l'île à 40 semaines de grossesse, pour aller accoucher. Le trajet pour ce rendre à [autre localité] est long – en particulier pour une femme enceinte (ville 4 -- 011).

Répercussions financières

Toutes les participantes qui avaient eu à accoucher en dehors de leur milieu ont parlé les problèmes financiers que cela causait. Qui plus est, les coûts ne se limitent pas aux frais de transport, de nourriture et d'hébergement, mais englobent aussi les frais connexes comme les appels téléphoniques à la maison et le désir de profiter des ressources qu'offre la ville — et qui souvent ne sont pas disponibles dans leur milieu. Une participante a parlé des coûts qu'elle avait eu à assumer pour tenir son partenaire et sa famille informés de son état, en attendant la naissance.

Bien sûr, j'ai appelé mon conjoint tous les jours pour lui dire comment ça allait, et aussi ma famille, et ça nous a coûté plus de 200 \$ en frais de téléphone, uniquement pour les informer et annoncer la naissance du bébé. Et les coûts auraient été encore plus élevés si j'avais eu à payer une chambre d'hôtel. Car, vous savez, deux semaines à l'hôtel (ville 2 -- 002).

Une participante, qui avait eu accès à des ressources financières, a indiqué que, même pour elle et sa famille, les coûts avaient été presque prohibitifs.

Je suis bien placée pour en parler, car j'avais les moyens de m'y rendre. Mais personne en fait n'a les moyens d'y aller; on vous demande d'arriver deux semaines avant la date prévue de l'accouchement et le séjour peut se prolonger, si vous n'accouchez pas à la date prévue – tout ceci représente une grosse dépense. Donc même si vous en avez les moyens, cela fera un trou dans votre budget. À mon avis, personne n'a les moyens de partir pendant deux à quatre semaines (ville 4 -- 002).

Diminution des soins d'obstétrique locaux

Bien des femmes interrogées ont déclaré que la prestation des soins d'obstétrique ne répondait pas à leurs besoins. Cette carence s'est répercutée bien sûr sur les femmes et les soins auxquels elles ont eu accès, mais aussi sur leurs décisions concernant les grossesses futures et sur l'ensemble de la collectivité. Une des conséquences a été la propension de certaines femmes à vouloir déterminer la date de l'accouchement, en optant pour le déclenchement volontaire du travail et pour une césarienne, afin de limiter le plus possible le temps passé à l'extérieur. Parmi les autres conséquences, mentionnons les naissances à domicile sans assistance, le report de la grossesse ou encore le déménagement pur et simple, afin d'avoir accès à de meilleurs soins. Cette dernière option a été envisagée par cette participante :

Il est possible que je déménage... Ce qui serait vraiment triste. Mais je ne voudrais avoir à revivre cette expérience... À cause de l'absence de soins prénatals... Je crois que je déménagerais... J'ai peu confiance au système médical, surtout lorsqu'on constate certaines décisions qui ont été prises ici (ville 4 -- 006).

Une autre a déclaré qu'elle et son partenaire n'auraient pas eu d'enfant s'ils avaient su qu'il était impossible d'avoir accès à des soins de maternité ici.

Si nous avions su que je devais aller accoucher dans une autre localité... il est certain que nous aurions attendu qu'ils ramènent les soins de maternité ici, avant d'avoir un autre enfant (ville 4 -- 011).

Une faible minorité de participantes ont dit avoir entendu parler de femmes qui avaient accouché chez elles ou qu'elles-mêmes y songeaient ou l'avaient fait. Or contrairement aux femmes qui accouchent chez elles sans aide, pour des raisons politiques ou idéologiques alors que d'autres options leur étaient offertes, les femmes de cette étude qui ont eu recours à cette option l'ont fait, faute d'autre choix. Une participante a raconté l'expérience d'une de ses amies.

Une de mes amies attendait son deuxième enfant; le premier accouchement s'était passé sans problème, alors elle a décidé d'accoucher à la maison, pour son deuxième enfant. Son médecin a refusé de continuer de la voir lorsqu'elle l'a informé de ses intentions; elle s'est donc retrouvée encore plus seule. Elle a manqué de soins de maternité, uniquement parce que les médecins n'étaient pas d'accord ... avec son choix (ville 4 -- 012).

Les participantes ont admis que l'absence de soins dans la région aurait des conséquences à long terme sur l'ensemble du système. Ainsi, certaines ont indiqué comment l'absence de soins dans la région les avait incitées à trouver un dispensateur de soins à l'extérieur, qu'elles avaient l'intention de continuer à voir, même si la situation locale changeait. C'est le cas notamment de cette participante qui a consulté une sage-femme agréée d'une autre

localité et qui a déclaré qu'elle continuerait de la consulter lors des grossesses futures, car il s'était créé entre elles des liens très forts.

Je crois que s'il y avait une sage-femme ici... le choix serait difficile, car j'ai établi de bons liens avec ma sage-femme... J'aime vraiment mes visites chez elle... et j'aime l'idée que la même personne m'assiste pour tous mes accouchements... Donc, s'il y avait une sage-femme ici, le choix serait vraiment difficile. Je ne sais pas ce que je ferais. (ville 2 -- 012).

Cette impression fut partagée par d'autres participantes qui, elles, avaient établi des liens avec des médecins d'autres localités.

À dire vrai, je garderais le... médecin de [autre localité], car je l'aime bien. Quant aux médecins ici... je ne crois pas que je voudrais être traitée ici à l'hôpital, par ces médecins. Mais si mon médecin venait ici, alors ça changerait tout (ville 1 -- 010).

Intégration des soins

Les femmes consultées pour cette étude ont exprimé des opinions bien arrêtées, à la fois sur la capacité limitée du système actuel de soins de répondre à leurs besoins en obstétrique et sur les changements nécessaires pour y satisfaire. Un autre élément qui est clairement ressorti de ces discussions est la volonté des femmes d'avoir le choix en matière de soins, et plus particulièrement d'avoir accès à des sages-femmes. Bien qu'aucune des localités que nous avons visitées n'offrait les services de sages-femmes agréées, de nombreuses participantes ont déclaré avoir eu recours aux soins de sages-femmes dans d'autres localités, parfois même dès les visites prénatales en début de grossesse. D'autres participantes, qui pouvaient difficilement quitter leur milieu pour obtenir des soins ailleurs, ont trouvé des solutions de rechange qui témoignent de leur intérêt pour des soins par des sages-femmes. Cette participante, par exemple, a tenté de recruter une sage-femme pour sa collectivité.

J'étais déterminée à accoucher chez moi; j'ai donc contacté une sage-femme. En fait, j'ai commencé par contacter la B. C. Midwifery Association pour savoir si un de leurs membres serait disposée à venir à [nom de la localité] autour du [date]; j'étais prête à ramasser les sommes nécessaires pour défrayer le voyage afin qu'une sage-femme puisse venir ici pour m'assister durant la naissance (ville 4 -- 006).

Les femmes qui ont établi un lien avec une sage-femme agréée d'une autre localité ont eu recours à plusieurs stratégies pour tenter de réduire les problèmes causés par les déplacements nécessaires pour les soins prénatals, par exemple en faisant des consultations par téléphone, en prolongeant l'intervalle entre chaque visite prénatale à cinq semaines, plutôt que quatre, et en fixant les rendez-vous à des périodes plus propices aux déplacements, p. ex. la fin de semaine. De plus, les femmes qui obtenaient leurs soins prénatals dans leur localité transmettaient souvent à leur sage-femme une copie de leur dossier par télécopieur. Une participante a résumé comme suit les stratégies utilisées :

Les consultations peuvent se faire par téléphone ou vous pouvez espacer les visites tous les dix jours, au lieu d'une fois par semaine. Je tentais de faire coïncider les visites avec d'autres déplacements prévus à cet endroit. Je me compte chanceuse, car je n'ai pas eu de problème à me rendre de l'autre côté de l'île. Dans mon cas, donc, ce ne fut pas trop difficile et j'ai tenté de faire coïncider mes déplacements. Nous nous rendions à [autre localité] les jours de congé, et elle nous recevait. C'était vraiment bien car elle acceptait de nous recevoir le soir ou la fin de semaine, de sorte que mon mari a pu lui aussi participer. Il travaille dans un camp de bûcherons et il ne revient que la fin de semaine. . Il part très tôt le lundi matin (4 h 30) et il ne revient que le vendredi soir, vers 19 h; il lui serait donc impossible de participer à ma grossesse si j'étais suivie par un médecin de famille (ville 4 -- 002).

Les participantes qui ont fait appel aux services d'une sage-femme d'une autre localité ont eu droit à des réactions mixtes de la part de leurs praticiens locaux; certains sont demeurés disponibles, mais d'autres ont cessé de voir la patiente. Une participante a parlé de la collaboration qui s'est créée entre son médecin et la sage-femme de l'autre localité.

[Mon médecin] a appuyé mon choix [de consulter une sage-femme]... Il est originaire d'Afrique du Sud et c'est ainsi qu'il a obtenu sa formation... par l'entremise des sages-femmes... Les deux se sont entendus que, s'il y avait un problème et que je devais être vue par quelqu'un dans la région, ils se consulteraient. Il n'a pas semblé y avoir de problème à ce que les deux collaborent ensemble... C'est ce que j'ai fait jusqu'au cinquième mois, puis à partir de ce moment-là j'ai décidé de voir uniquement la sage-femme pour toutes mes visites prénatales; cependant, je pouvais continuer de le consulter s'il y avait un problème, car c'est notre médecin de famille (ville 4 -- 002).

D'autres dispensateurs locaux ont montré plus de réticence à rester disponibles pour les soins prénatals car, en vertu des modalités provinciales de financement, une femme doit consulter, soit une sage-femme, soit un médecin, mais non les deux pour les soins prénatals de routine.

Je lui ai demandé si je pouvais le consulter pour un examen de routine, mais il m'a dit que je ne pouvais pas, parce que quand une femme commence à consulter une sage-femme, c'est elle qui touche la rémunération jusqu'au moment de l'accouchement... Alors je lui ai dit, mais qu'est-ce que c'est que ce système? Cela signifie que si je n'ai pas les moyens de me rendre chez la sage-femme, vous n'accepterez même pas de me recevoir pour être certain que tout va bien? ... C'est vraiment un problème... pour les femmes qui souhaitent être suivies par une sage-femme... ils ne veulent pas de sage-femme ici. J'étais vraiment en colère; de plus, vous êtes pénalisées si vous choisissez une sage-femme mais que vous n'avez pas les moyens de faire continuellement la navette. La situation est vraiment déplorable (ville 4 -- 006).

Lorsqu'il n'y a pu y avoir de collaboration entre le médecin et la sage-femme de l'autre localité, certaines participantes ont souffert d'un manque de soins prénatals, car des problèmes financiers ou d'ordre logistique les empêchaient de quitter leur localité, en particulier vers la fin de la grossesse alors que la fréquence des consultations augmente. Voici les propos d'une participante :

Ma grossesse arrivait à terme et j'aurais dû me rendre toutes les deux semaines. Je n'étais pas encore rendue à des visites hebdomadaires mais, cela approchait; je n'avais pas consulté le médecin et je n'étais pas allée chez la sage-femme depuis quelque temps, car je n'avais pas d'argent (ville 4 -- 006).

Doulas

En plus des sages-femmes, plusieurs femmes ont indiqué qu'elles aimeraient obtenir les services de doulas pour les accompagner à la naissance, que ce soit dans leur milieu ou dans une autre localité. Dans le premier cas, les participantes ont déclaré que ce soutien additionnel durant le travail viendrait compléter le support obtenu des infirmières, sur une base continue ou intermittente, selon le nombre de patients. Dans le deuxième cas, les participantes ont vu l'avantage suivant d'être accompagnées d'une doula.

Nous cherchons à obtenir les services d'une doula, afin que je ne sois pas toute seule, car selon la période où je serai en travail et suivant l'endroit où se trouvera alors mon mari – il lui faut parfois huit heures avant d'arriver ici -- il pourrait donc ne pas être en mesure d'arriver assez vite (ville 4 -- 012).

Questions soulevées par les femmes autochtones et des Premières Nations

Un grand nombre de femmes autochtones et des Premières Nations ont participé à cette étude, dans le cadre des entrevues et des groupes de discussion. Leurs récits ont témoigné d'une manière éloquente, et d'une manière différente des participantes non autochtones, de l'importance qu'elles accordent à la naissance locale. Les différences entre les expériences vécues par ces deux groupes tiennent essentiellement à l'importance que les Autochtones accordent aux liens familiaux et communautaires. En effet, même si un grand nombre de femmes non autochtones ont manifesté elles aussi une grande appartenance à leur collectivité, et que certaines entretiennent des liens qui remontent à plusieurs générations, les événements de la vie créent, entre les femmes autochtones et des Premières nations et les membres de leur famille immédiate et élargie, des liens d'une force particulière.

Il suffit de penser aux liens qui se créent ici et non à [autre localité] et bien sûr au soutien de la collectivité. Cet aspect est celui qui a le plus influencé ma décision. Il y a tellement de gens ici qui partagent cet esprit communautaire. L'essence même de notre culture, la culture des Premières Nations, repose sur la collectivité et les réseaux de soutien (ville 4 -- 006).

Lié à cette importance de la naissance dans la collectivité était le désir manifesté par bon nombre de femmes autochtones et des Premières Nations que leur enfant naisse sur les terres traditionnelles de leur peuple.

Oui, parce que son patrimoine est ici. [Nom] est d'origine à la fois Tsimshian et Haïda et il était très important qu'il naisse ici sur l'île, là où se trouve sa famille (ville 2 -- 007).

Les autres différences notées entre les expériences vécues par les femmes autochtones et non autochtones sont imputables à la combinaison des déterminants sociaux qui ont une incidence sur l'expérience de la naissance, notamment les ressources financières moindres et les situations sociales complexes. Même si les femmes autochtones et des Premières Nations des régions rurales reçoivent une aide financière sous forme d'indemnités de voyage, lorsqu'elles doivent obtenir des soins médicaux – y compris des soins prénatals – en dehors de leur localité, cette aide est pour la femme seulement et elle ne tient pas compte des coûts occasionnés par la nécessité d'amener — ou de laisser derrière — d'autres membres de la famille, comme les autres enfants ou les parents. Dans certains cas, la femme avait l'impression d'avoir à choisir entre deux maux, soit quitter la collectivité à 36 semaines mais revenir avant la naissance soit ignorer complètement la recommandation de partir. Cette dernière option est celle qu'ont choisie deux participantes à cette étude, dont l'une avait l'intention d'accoucher à la maison sans aide (professionnelle). Elle a demandé à des amies de l'accompagner à la naissance et de lui apporter un soutien, et l'une d'entre elles a demandé conseil aux aînées de la communauté. Les aînées l'ont renseignée sur des pratiques traditionnelles et cela a apaisé les craintes du groupe de soutien.

Deux personnes étaient vraiment nerveuses. L'une d'elles était tellement nerveuse qu'elle ne voulait pas prendre le risque, et c'est ce qu'elle a fait. L'autre était aussi très nerveuse, mais elle est allée parler avec...des aînées qu'elle connaissait, des enseignantes et des aînées qui lui ont parlé de certaines pratiques traditionnelles des sages-femmes, avant l'arrivée des médecins. Alors elle a accepté d'assister, mais seulement si je lui donnais l'assurance que je me sentais vraiment en bonne santé. Alors c'est ce que nous avons fait (ville 4 -- 006).

La participante a accouché chez elle, sans complications.

Sommaire

Les participantes à cette étude, qui nous ont fait part de leurs expériences à la naissance, ont décrit la réalité des soins d'obstétrique dispensés en milieu rural, dans cette période marquée par une diminution des ressources. Cette réalité se distingue entre autres par le stress ressenti par les femmes face à l'incertitude quant au type de soins disponibles, la difficulté de maintenir un dispensateur de soins sur une base continue, ainsi que les problèmes financiers pour les femmes obligées d'obtenir des soins dans une autre localité. Les participantes ont également souligné l'importance des naissances pour une collectivité et parlé de leur désir d'accoucher dans leur milieu, tout en étant conscientes des risques et de la place qui est

accordée à l'évaluation des risques, ainsi que des répercussions de l'emplacement géographique sur l'accès aux soins. Bien des femmes ont également exprimé le souhait d'obtenir les soins d'une sage-femme. Enfin, les participantes autochtones ont fait mention de problèmes particuliers en matière d'accès aux soins et des répercussions de l'absence d'accès local.

La disparition des naissances dans une collectivité a d'importantes conséquences psychosociales que l'on commence à peine à comprendre, mais qui ont probablement des répercussions physiologiques chez les femmes à faible risque, leur bébé et leur famille. D'autres recherches sur les soins de maternité en milieu rural devront être réalisées dans différentes régions géographiques et auprès de groupes culturels, religieux et sociaux divers, afin d'approfondir notre connaissance des besoins des femmes en milieu rural. Des études devront aussi examiner des aspects précis des soins, comme le lien entre les issues défavorables de la grossesse (p. ex. la prématurité) et le stress ressenti par les femmes des régions rurales à cause de l'incertitude quant au lieu et aux circonstances de la naissance.

8. DISCUSSION

Pour bien des femmes enceintes et leur famille qui vivent dans les régions rurales de la Colombie-Britannique et de l'ensemble du Canada, donner naissance d'une manière qui respecte leurs besoins (physiologiques et sociaux), leurs valeurs et leurs attentes face à cette expérience, représente un défi de taille. En effet, dans un nombre croissant de localités, la combinaison d'impératifs structurels (services de santé) et sociaux (population restreinte) a fait en sorte que l'accouchement local n'y est plus possible. D'autres collectivités, où les naissances locales étaient à une époque le reflet d'une culture vibrante, luttent aujourd'hui pour soutenir les femmes et les familles qui souhaitent demeurer dans leur milieu, malgré l'abandon systémique manifeste des services de maternité et l'omission plus générale de l'importance des naissances pour l'intégrité d'une collectivité rurale.

À première vue, les chercheuses et les chercheurs étudiant les services de santé se trouvent dans une position qui paraît discutable et qui laisse entendre que la prestation des soins de maternité en milieu rural pose véritablement problème. Or cette allégation est souvent contestée par les autorités sanitaires et les responsables de la planification centralisée, qui invoquent au contraire l'efficacité des protocoles de transfert vers des hôpitaux secondaires, mieux outillés sur les plans chirurgical et professionnel pour répondre aux exigences des situations d'urgence susceptibles de survenir chez la mère ou le bébé. Combiné à la diminution du taux de natalité dans les collectivités rurales et à l'amélioration de l'accès par route, le système actuel d'émigration est proposé comme une solution à la fois logique, cohérent et efficace.

Cependant, il suffit de pousser l'analyse un peu plus loin pour observer les lacunes du modèle actuel de prestation de soins de maternité en régions rurales et constater les conséquences qui résultent du peu d'attention qui a été portée aux besoins des femmes et de leurs familles, ainsi qu'à ceux des dispensateurs de soins et des administrateurs qui tentent de supporter les femmes durant la période de procréation. Ces lacunes sont ainsi mises en lumière par les données témoignant d'issues périnatales défavorables dans les collectivités privées de soins de maternité, et ce quel que soit l'endroit où la femme accouche (Nesbitt *et al.*, 1990; Larimore et Davis, 1995). Elles se constatent également au taux croissant de dispensateurs de soins en milieu rural qui renoncent à offrir des services de maternité, un phénomène qui même examiné sommairement témoigne du peu d'attention qui est porté au fondement de l'ensemble du système de prestation de soins de maternité (Rourke, 1998; Hutten-Czapski, 1999, 2002). Enfin, ces lacunes se remarquent aussi, sans doute, à la baisse du taux de natalité en milieu rural qui pourrait témoigner d'un manque de confiance de la part des résidentes et de leur décision de retarder la maternité, voire d'y renoncer complètement.

Ce sont toutes ces questions qui nous ont incité à réaliser une étude sur l'expérience des soins de maternité en milieu rural, en regard des forces structurelles qui portent atteinte à la prestation des services locaux, dans le but de recueillir des données permettant de mieux comprendre ce système en crise. Cette étude a révélé un ensemble complexe d'interactions entre les initiatives stratégiques (ou, plus exactement, les lacunes dans la planification des politiques) et mis en lumière les expériences et les difficultés des dispensateurs de soins ainsi que les expériences vécues par les femmes qui accouchent et leur famille. Il apparaît qu'une

vision cohérente de ces expériences doit constituer le point de départ des correctifs qui s'imposent.

La présentation de nos conclusions dans ce chapitre vient dissiper tout doute quant à l'état véritable de crise dans lequel se trouve notre système de soins de maternité. Nous décrivons ici les principaux éléments de cette crise, qui sont : les interprétations du risque et le besoin afférent de passer à une analyse des risques et des avantages, la difficulté de dispenser et de recevoir des soins en milieu rural, la nécessité d'opter pour un modèle interdisciplinaire de soins et enfin les conséquences de l'absence de naissances locales.

Difficulté de dispenser et de recevoir des soins en milieu rural

Les difficultés qui ont été soulevées relativement à la prestation des soins d'obstétrique en milieu rural – que l'on pense au recrutement des médecins, au maintien des compétences malgré le faible volume et à l'établissement d'horaires de travail viables – ont toutes été examinées dans divers énoncés de politique de la Colombie-Britannique. Ainsi, le Rapport Dobbin (Dobbin, 1998), qui avait été commandé par le gouvernement néo-démocrate, a soulevé la contradiction entre la nécessité d'offrir des services sur appel en tout temps et celle d'avoir un service viable dans les petites collectivités. Puis le document *Standards of Accessibility* (B. C. Ministry of Health Services and Health Planning, 2002) a utilisé la théorie de la masse critique pour démontrer qu'une collectivité a besoin de plus d'un médecin pour offrir les services qui doivent l'être sur une base continue, y compris les soins de maternité. Il ressort des études sur les services de santé que les besoins en ressources humaines sont l'un des principaux problèmes pour assurer la viabilité des soins en milieu rural (Kirby, 2002; Klein *et al.*, 2002a). Dans bien des endroits que nous avons visités, la difficulté de recruter du personnel médical permanent oblige les collectivités à dépendre de médecins suppléants; or il s'agit là d'une solution partielle à la viabilité des soins, qui a cependant d'importantes répercussions sur les soins de maternité. En effet, la plupart des médecins suppléants, en particulier ceux nommés pour de courtes affectations, refusent d'inclure les soins de maternité dans leurs champs d'activité ou sont réticents à le faire, en raison de l'absence de liens continus avec les femmes, leur famille, la collectivité et les spécialistes des centres vers lesquels sont dirigées les patientes. Cette absence de continuité est l'élément qui a été le plus clairement identifié par les participantes à l'étude, lesquelles ont du même coup clairement exprimé leur désir d'obtenir cette continuité. Dans certains cas, ce désir de continuité a amené des femmes à obtenir des soins à l'extérieur de leur collectivité et à continuer même même après leur période de procréation, ce qui vient faire échec à l'objectif même du recours à des médecins suppléants pour assurer l'accès aux soins.

L'importance des modèles interdisciplinaires des soins

Le Rapport Dobbin posait comme postulat que la collaboration entre collègues a une incidence positive sur les expériences vécues par les médecins, lesquels ont ainsi accès à un meilleur soutien, profitent d'une atmosphère collégiale et réduisent leur temps de travail sur appel. Les médecins avec lesquels nous nous sommes entretenus, qui exerçaient dans des collectivités offrant des services de maternité, faisaient tous partie d'une équipe qui se

partageait le travail. Un grand nombre, toutefois, ont exprimé le souhait de travailler également avec des sages-femmes, afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes qui accouchent. Ces dispensateurs ont reconnu l'apport potentiel des sages-femmes à l'intérieur d'un système intégré de soins locaux et reconnu également que la formation des sages-femmes, et leur expérience des accouchements à domicile, leur donnaient des compétences particulières dans les milieux à faible apport technologique. Comme nous l'avons mentionné précédemment, aucune sage-femme n'exerce dans les collectivités que nous avons visitées, et cette situation témoigne de l'absence plus générale de sages-femmes dans les collectivités rurales de la Colombie-Britannique. Cette situation est attribuable à de nombreux facteurs, notamment à la pénurie globale dans l'ensemble de la profession, à l'absence d'infrastructures adéquates pour appuyer la pratique, ainsi qu'à la difficulté d'obtenir une rémunération adéquate dans un système fondé sur une rémunération à l'acte, étant donné le faible volume d'accouchements. Nonobstant ces difficultés, les praticiens et les planificateurs des services de santé doivent tenir compte du désir constant exprimé par les femmes enceintes des milieux ruraux d'avoir accès aux soins de sages-femmes.

Conséquences de l'absence de naissances locales

Les participantes à cette étude ont brossé un tableau convaincant d'un sujet qui ne fait habituellement l'objet que de notes en bas de page, dans la documentation scientifique et politique, parlant des conséquences de l'absence de services locaux de maternité. Nous avons discuté précédemment des conséquences pour le système de soins de santé, par exemple les femmes qui créent et maintiennent des liens avec des dispensateurs de soins d'une autre localité. Cependant, d'autres conséquences ont des répercussions plus graves pour les femmes en âge de procréer — et le système de santé. Ainsi, plusieurs femmes dans chaque collectivité ont parlé de la nécessité d'avoir tout au moins un semblant de prévisibilité, au sujet des circonstances de la naissance. Ces femmes doivent en effet intégrer le travail et l'accouchement dans l'horaire plus large de la famille, y compris les horaires de classe des enfants et les périodes de vacances du conjoint, et ceci a amené certaines participantes à demander un déclenchement du travail et une césarienne volontaire.

Les récits des participantes laissent croire que les femmes en milieu rural envisagent la césarienne sur demande, comme une solution leur permettant de réduire le temps passé à l'extérieur et de mieux planifier. Une telle pratique a toutefois d'importantes répercussions physiologiques et d'incidences sur le système de santé, y compris sur les coûts de ce système. Bien que le sujet n'ait pas fait l'objet de recherches poussées, les données actuelles semblent indiquer qu'il y aurait des avantages financiers à centraliser les soins de maternité (Chaska *et al.*, 1988). Plusieurs chercheurs ayant fait des études sur les services de santé ont toutefois commencé à relever des lacunes dans les analyses des coûts actuelles, lesquelles ne tiennent pas compte du transfert des coûts aux patients et aux collectivités. « Les analyses économiques doivent inclure, non seulement les coûts directs des soins, mais aussi les dépenses (monétaires et autres) pour les familles », (Viisainen *et al.*, 1994: 404) et le transfert de coûts, d'une région et d'un système à un autre. Les coûts financiers ne tiennent pas compte non plus des coûts psychologiques et physiologiques importants pour les femmes.

Parmi les autres conséquences, mentionnons la décision des femmes de reporter la grossesse jusqu'à ce que des services de maternité stables soient offerts dans leur collectivité, ou encore de déménager ou d'accoucher sans aide à la maison. Or cette dernière option peut manifestement avoir de grandes conséquences sur la santé de la femme qui accouche et celle de son bébé. Les participantes qui ont dit avoir vécu des accouchements à domicile sans aide, ou en avoir entendu parler, voyaient peu d'autres options.

Expériences des femmes autochtones et des femmes des Premières Nations

Les femmes autochtones des milieux ruraux n'étaient pas particulièrement visées par cette étude, car nous avons décidé d'utiliser la collectivité comme unité de l'étude. Cependant, comme une forte proportion des femmes vivant en milieu rural sont des Autochtones ou des membres des Premières Nations, et qu'un grand nombre d'entre elles vivent hors-réserve, nous nous attendions à ce que cette composante démographique soit englobée dans notre processus de recrutement ouvert, ce qui fut le cas, et nous n'avons pas ventilé les données recueillies durant les entrevues, entre femmes autochtones et non autochtones. Nous avons reconnu dès le début du processus de collecte de données qu'il pourrait y avoir des différences entre les expériences des femmes autochtones et des Premières Nations et celles des femmes non autochtones, en raison notamment de l'importance plus grande des liens unissant les femmes et les autres membres de la collectivité (en particulier lors d'un événement comme la naissance d'un enfant), de la vie socialement complexe des femmes autochtones et des Premières Nations, qui augmente leurs risques d'effets indésirables sur la santé et d'issues défavorables de la grossesse, ainsi que du soutien financier qui est offert aux femmes des Premières Nations pour compenser certains coûts de transport et de subsistance dans les collectivités vers lesquelles elles sont dirigées (CRPA, 1996). L'analyse des données préliminaires de cette étude nous a amené à reconnaître que les expériences des femmes autochtones et des Premières Nations devaient faire l'objet d'une étude distincte, qui ferait appel à une méthode active et à une approche communautaire. Nous avons donc présenté une demande de financement et obtenu une subvention dans le cadre des projets de recherche communautaires en santé autochtone financés par les Instituts de recherche en santé du Canada; cette étude est actuellement en cours.

Risque lié aux services d'obstétrique en milieu rural

Le risque est un concept fondamental en obstétrique qui a pris des connotations culturelles qui influencent les attitudes et la pensée des femmes enceintes, des dispensateurs de soins et des décisionnaires. Comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, les systèmes de prestation de soins de maternité en milieu rural dépendent de l'aptitude des médecins locaux à identifier et à sélectionner les grossesses sans complications en vue d'un accouchement local, et à diriger les cas compliqués ou à plus haut risque vers des centres plus spécialisés. La sécurité, l'efficacité et la *logique* d'un système régionalisé de soins de maternité reposent sur l'hypothèse voulant que ces critères soient en fait réalisables.

De solides données appuient le recours à l'évaluation des risques dans le cas de grossesses à risque, comme les gestations multiples ou l'accouchement prématuré. Cette évaluation perd toutefois sa valeur prédictive, lorsque les particularités biomédicales de la grossesse ne

laissent supposer aucune complication, comme c'est le cas pour la majorité des grossesses dans la population. Ce point a été soulevé par bon nombre de dispensateurs de soins qui offrent toujours des soins de maternité. Ils ont en effet été nombreux à préciser que, même s'ils tiennent compte des facteurs biomédicaux dans l'évaluation du bien-fondé d'une naissance locale, ils incluent aussi des facteurs moins quantifiables, comme la détermination de la femme à accoucher localement, sa compréhension des risques et des avantages, sa souplesse à réagir à l'évolution de sa situation ainsi que le réseau de soutien auquel elle a accès. Ces facteurs, combinés à des critères moins tangibles de la situation, ont souvent donné lieu à une approche globale en matière de soins influencée par une analyse intuitive.

Cette approche reconnaît les grandes lacunes de notre méthode traditionnelle d'évaluation des risques, qui s'appuie essentiellement sur des critères biomédicaux : à savoir l'omission des dimensions psychosociales, culturelles et affectives de la vie d'une femme qui ont une incidence sur l'expérience vécue durant le travail et l'accouchement. Bien que l'on commence à observer une prise de conscience quant à l'importance de tenir compte de la dynamique sociale et du contexte dans lesquels survient la naissance, il importe de poursuivre les études en vue de mieux conceptualiser les variables susceptibles de réduire ou d'augmenter le risque, comme l'engagement spirituel ou l'importance du soutien communautaire dans la vie d'une femme. LeFevre *et al.* (1989:692), ayant constaté que les indices du risque obstétrique sont habituellement élaborés dans des centres de soins tertiaires, ont émis l'hypothèse suivante : « Comme les facteurs de risque biomédicaux traditionnels sont moins fréquents dans un centre de soins primaires, les facteurs socio-économiques et psychosociaux prennent peut-être plus d'importance en milieu rural ». De toute évidence, les répercussions sociales de l'évaluation du risque diffèrent sensiblement entre les femmes des milieux urbains et ruraux, en raison de l'accès limité en milieu rural, s'il faut avoir recours à des techniques de suivi diagnostic ou à des interventions plus avancées.

Les dispensateurs de soins consultés ont exprimé des vues précises au sujet des difficultés et de l'importance de l'évaluation du risque en milieu rural. Celles et ceux, qui estimaient qu'il y avait des dangers à accoucher localement et qui ont donc cessé d'offrir des services de maternité locaux afin de réduire les risques, ont reconnu par contre être encore plus vulnérables lorsqu'ils doivent pratiquer des accouchements imprévus inévitables, en raison du peu d'expertise locale. La seule solution à ce dilemme est de s'assurer que tous les praticiens de milieux ruraux maintiennent des compétences de base en obstétrique et reconnaissent que les soins de maternité font partie intégrante de l'exercice en milieu rural, même dans les collectivités qui n'offrent pas de soins localement.

Vers un nouvel équilibre

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les caractéristiques de la grossesse qui sont actuellement prises en compte dans l'évaluation du risque se limitent essentiellement aux déterminants biomédicaux, au détriment des facteurs sociaux, psychologiques et spirituels. Cette perspective restreinte résulte en partie de notre propension culturelle envers les choses facilement quantifiables qui nous amène à négliger l'aspect psycho-social global. Cependant, elle compromet sérieusement la question du choix et du consentement éclairés, au sujet du

lieu prévu de la naissance. Le risque lié au fait d'accoucher en dehors de son milieu a été peu étudié. Nous présumons tout naturellement que le danger est moindre, en raison du meilleur accès à la technologie et aux spécialistes dans les collectivités vers lesquelles sont dirigées les patientes. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Les femmes qui ont participé à l'étude ont en effet mentionné des risques réels associés aux déplacements et au transport, et elles veulent que l'on en tienne compte dans la prise de décisions. Une démarche plus utile consisterait peut-être à inclure, non seulement les risques, mais aussi les caractéristiques et les valeurs positives de l'accouchement local et à utiliser une analyse aussi équilibrée pour évaluer la naissance dans une autre localité.

Les participantes à cette étude ont brossé un portrait vivant et riche de l'importance de la collectivité. Un grand nombre ont dit avoir quitté les milieux urbains pour mettre en pratique leur idéal de la famille, de la collectivité et de l'engagement, en adoptant un style de vie fondé sur la cohésion sociale et la réciprocité. Un grand nombre ont aussi souligné l'importance du contexte social local pour la naissance, ainsi que les avantages que retire la collectivité de ces naissances. Par ailleurs, les femmes forcées d'aller accoucher ailleurs ont tenu à souligner l'importance de la collectivité. La perturbation du soutien social, que précipite l'évacuation durant ou avant la naissance, vient corroborer les notions soutenues dans la nouvelle documentation biosociale sur l'importance de ce soutien pour l'issue de la grossesse (Tarkka et Paunonen, 1996; Dahlberg *et al.*, 1999; Melender et Lauri, 2002).

On ne peut minimiser l'importance des naissances pour les collectivités rurales, tant d'un point de vue pratique que philosophique. Selon Klein *et al.* (2002a :120), lorsque la centralisation des soins de maternité se produit « sans pleinement évaluer les conséquences sur la vie des collectivités rurales et des petites collectivités urbaines, il peut en résulter de graves résultats imprévus ». Ces auteurs parlent même d'une cascade de conséquences négatives pour les mères et leurs bébés, et pour l'ensemble de la collectivité, lorsque l'accouchement local n'est plus une option, invoquant tout d'abord l'exode des femmes qui vont accoucher et les conséquences qui en résultent (fréquence accrue de petits bébés prématurés et complications pour la mère et le bébé) et qui, en bout de ligne, entraînent une hausse des coûts de santé. L'infrastructure des ressources humaines en santé commence à s'effriter, ce qui se répercute sur l'accès à d'autres services, comme les soins gynécologiques de dépistage. Les médecins qui restent s'effondrent sous le poids du stress causé par le nombre excessif d'heures de travail, et ils prennent leur retraite ou déménagent, laissant à la collectivité la tâche difficile de trouver des remplaçants. Puis, c'est au tour des services d'urgence et de chirurgie de s'effondrer, faute de dispensateurs de soins disponibles, et ceci se répercute sur les entreprises locales qui ont aussi de la difficulté à recruter du personnel. Nombreux sont les résidents qui doutent de la vitalité et de la viabilité de la collectivité et qui choisissent de déménager, lorsque cela est possible. Klein et al. (2002a: 121) conclut en ces termes :

La collectivité elle-même devient dysfonctionnelle et instable. On réalise trop tard que les soins à la mère et au nouveau-né sont des éléments essentiels au maintien de collectivités médicalement, socialement et économiquement viables.

De nombreuses étapes de cette trajectoire hypothétique ont été vécues par les collectivités visées par la présente étude. Mais si nous essayions, à la lumière des besoins et des expériences des dispensateurs de soins et des femmes avec qui nous avons parlé, de refaire cette trajectoire hypothétique pour tenter de déterminer quelles seraient les conséquences d'un effort concerté de la part des décisionnaires en faveur des soins de maternité en milieu rural?

- Les autorités sanitaires régionales, avec l'appui des organismes de planification centralisée, mettent en place une politique multilatérale cohérente globale, pour appuyer les dispensateurs de soins et les femmes des milieux ruraux (en tenant compte également des besoins des équipes interdisciplinaires sur le plan professionnel et salarial).
- Un nombre croissant de dispensateurs de soins décident de réintroduire les soins de maternité dans l'exercice de la médecine en milieu rural.
- Un nombre croissant de femmes, motivées par l'appui de leurs dispensateurs de soins, décident d'accoucher dans leur milieu.
- Les compétences et la confiance des dispensateurs de soins (médecins, infirmières et sages-femmes) augmentent, ce qui se traduit par des issues positives.
- Conscients de ces effets positifs, les obstétriciens des centres spécialisés régionaux appuient de plus en plus les médecins des collectivités rurales et sont de plus en plus disponibles, ce qui améliore encore davantage les résultats positifs.
- Prenant conscience de la vitalité et de la pertinence des systèmes ruraux de soins de maternité, les autorités sanitaires, les responsables de la planification centralisée et les associations professionnelles décident d'appuyer davantage la prestation des soins de maternité en milieu rural, en offrant aux omnipraticiens une formation sur la pratique des césariennes, en offrant des services d'anesthésiologie et en élargissant le champ d'activités des sages-femmes pour y inclure des activités comme l'extraction à l'aide de ventouses.
- Les services locaux de maternité deviennent l'élément moteur de services de santé locaux florissants qui répondent aux besoins des membres de la collectivité et font de cette dernière un endroit où l'on souhaite vivement habiter.

Lorsque les services locaux de maternité sont reconnus pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire l'élément déterminant de la santé physique et sociale des familles et de la collectivité, la réaffectation des ressources et des énergies à l'appui de ces services devient non seulement une suite logique et censée, mais un impératif moral.

Établissement de services de maternité viables en milieu rural

L'examen de l'expérience des soins de maternité en milieu rural, en regard des politiques en matière de santé qui ont été adoptées par la Colombie-Britannique, fait ressortir une concordance entre les difficultés soulevées par les décisionnaires et celles auxquelles font face les dispensateurs de soins et les femmes. Ces difficultés ont trait notamment au recrutement et au maintien en fonction des praticiens, au maintien des compétences et de la confiance des dispensateurs de soins en dépit du faible volume d'accouchements, et à la nécessité pour les systèmes régionalisés de soins de maternité d'appuyer les naissances locales, pour être efficaces. Les énoncés de politique, comme le rapport Seaton, laissent entendre que la pénurie de soins en régions pourrait contribuer au stress émotionnel et financier, à l'instabilité des familles et à l'instabilité conjugale durant la grossesse, ce qui en retour pourrait accroître le risque de bébés prématurés de faible poids à la naissance. Ces hypothèses sont compatibles avec celles relevées dans la documentation sur des études en régions rurales, menées aux États-Unis (Larimore et Davis, 1995; Nesbitt *et al.*, 1997). Le transport et les soins des bébés prématurés dans les unités de soins intensifs néonataux sont coûteux et, si l'on s'inspire de l'expérience précédente dans le milieu rural moderne du Canada, il est probable qu'il y aura de solides impératifs, dictés à la fois par des critères de qualité des soins et des critères financiers, en faveur du rétablissement et du maintien des services de maternité en régions rurales, dans un avenir rapproché. Il sera sans doute moins difficile de maintenir les services déjà en place que de réinstaurer ou renouveler les services au cours des années à venir.

Selon des dirigeants de la Société de la médecine rurale du Canada, le problème ne vient pas d'une détermination à démanteler les systèmes de soins ruraux, mais plutôt de l'absence de soutien nécessaire pour maintenir ces services. Il faut établir un plan et une politique stratégiques globales pour régir les soins de maternité en milieu rural et éviter les processus décisionnels fragmentaires qui ne consistent qu'à réagir aux incidents critiques ou à des impératifs administratifs ou financiers ponctuels.

Diriger les femmes des régions rurales vers des centres régionaux plus spécialisés pour y accoucher ne constitue au mieux qu'une solution à court terme, car les facteurs qui ont contribué à la déstabilisation des soins locaux de maternité finiront par causer une déstabilisation des petits établissements régionaux. En Colombie-Britannique, nous observons déjà des cas où de grands centres régionaux sont incapables d'offrir des services d'obstétrique pendant de courtes périodes, à cause de la pénurie de personnel.

Il faut également revoir les normes d'accès aux services, qui ont été établies pour les régions rurales de la Colombie-Britannique. L'application rigoureuse d'une norme de deux heures (basée sur un transport aérien), pour l'accès aux services de maternité, entraînerait la fermeture de la plupart des petits services de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique. Cependant, les femmes enceintes des régions rurales ne prendront pas de petits avions pour se rendre à l'hôpital le plus près. Elles devront emprunter des routes difficiles en régions montagneuses, parfois dans des conditions météorologiques très rigoureuses, alors qu'elles sont en travail.

Enfin, un système viable de soins de maternité en milieu rural exige une acceptation culturelle du risque, perçu comme un phénomène multidimensionnel global qui, d'une part, s'applique à l'ensemble des cultures, des classes et des milieux géographiques, mais, d'autre part, est propre à chaque personne. La compréhension du risque doit s'appuyer sur une évaluation basée sur les faits de la probabilité de survenue d'une multitude d'effets biomédicaux, physiologiques, sociaux, psychologiques et spirituels *et* aussi sur la reconnaissance de l'incertitude inhérente à la naissance et à la vie, y compris de l'ambiguïté qu'elles créent. Tant que nous ne modifierons pas notre approche qui vise à maîtriser chaque éventualité biomédicale possible, que nous n'admettrons pas la complexité des éléments qui influent sur l'issue de la grossesse et que ne reconnâtrons pas le hasard comme faisant partie du mystère de la vie, nous serons astreints à créer des systèmes de soins qui tiennent compte des besoins physiologiques, mais qui font abstraction des besoins psychosociaux et spirituels.

9. RECOMMANDATIONS

Les recommandations de travail énoncées ci-après s'appuient sur les conclusions de la présente recherche, ainsi que sur l'examen des études épidémiologiques et des documents de politique présenté aux chapitres 2, 3 et 4. Une première série de recommandations formulées à partir de cet examen exhaustif a été présentée aux participantes et participants de trois des quatre collectivités de l'étude et les commentaires ont ensuite été intégrés à la liste des recommandations qui suivent. Ce processus de vérification auprès des membres¹⁷ s'est avéré d'une valeur inestimable pour vérifier, améliorer et compléter les idées découlant de notre analyse des données. Comme nous l'avons mentionné aux chapitres 3 et 4, même si la présente étude porte sur un lieu géographique bien précis, ses conclusions et ses recommandations sont néanmoins pertinentes pour d'autres régions du Canada qui éprouvent des difficultés similaires, dans la prestation de services de maternité en milieu rural.

Les résultats de cet examen exhaustif font clairement ressortir la nécessité de mettre en place un programme de recherche transdisciplinaire, systématique et structuré, sur les soins de maternité en régions rurales, afin de recueillir les données nécessaires à l'examen des questions clés qui guideront les nouvelles initiatives ou les modifications aux orientations stratégiques actuelles. Ces questions sont énoncées ci-après :

- Quels sont les obstacles à la mise en place de soins de maternité viables en milieu rural?
- Quels moyens, liés aux politiques ou au mode d'exercice, pourrait-on prendre pour aplanir ces obstacles?

Ces questions déterminent également l'orientation des recommandations précises visant à résoudre les questions liées au système de santé et aux dispensateurs de soins. Les recommandations formulées ci-après sont basées sur les six principes directeurs suivants devant guider la prestation de soins de maternité en milieu rural.

Principes directeurs

Les services de maternité doivent :

- répondre aux besoins des femmes et des familles vivant en milieu rural;
- répondre aux besoins des dispensateurs de soins de maternité, en leur offrant des mesures incitatives et un soutien qui soient compatibles avec les responsabilités qu'ils ont à assumer et les compétences que leur travail exige;
- être structurés en fonction du nombre de femmes enceintes, du temps de déplacement et de la parité au sein d'une collectivité ou d'un bassin de population;
- adopter et évaluer de nouveaux modèles de soins favorisant la collaboration entre professionnels;
- encourager la conduite d'un plus grand nombre de recherches multidisciplinaires, sur la sécurité et l'efficacité des soins de maternité en milieu rural, et

- être reconnu comme un service repère au sein de la collectivité, ayant une incidence sur l'offre d'autres services de santé (p. ex. les soins gynécologiques de dépistage).

Recommandations

Partenariat communautaire

1. Instaurer et maintenir un processus participatif visant à trouver des solutions en collaboration avec les collectivités rurales, y compris les dispensateurs de soins, les administrateurs, les femmes, les familles et autres membres de la collectivité.
 - Intégrer la participation des femmes et d'autres membres de la collectivité à celle des dispensateurs de soins et des planificateurs, par la tenue de tribunes communautaires.
2. Faciliter la mise en place d'un processus communautaire qui reconnaisse et accepte les risques associés à la naissance en milieu rural.

Questions liées au système de soins de santé

3. Instaurer et maintenir des services de maternité dans les collectivités rurales, en fonction du nombre de femmes enceintes et de leur parité, et sur la base des données permettant d'entrevoir des résultats optimaux pour la population.
 - Tenir compte du degré d'isolement, des difficultés de transport et du contexte social de la collectivité, ainsi que de la rentabilité économique.
4. Instaurer des mécanismes de soutien pour les femmes qui doivent aller accoucher à l'extérieur :
 - Trouver des logements adéquats pour les femmes et leur réseau de soutien dans les collectivités vers lesquelles sont dirigées les femmes;
 - Reconnaître l'importance du soutien social pour les femmes qui doivent quitter leur milieu (affectation de fonds pour répondre à des besoins d'accompagnement variés, p. ex. pour les nullipares);
 - Prévoir des fonds pour venir en aide aux femmes non autochtones qui doivent aller accoucher ailleurs, à cause de complications durant la grossesse ou de l'absence de soins locaux, et
 - Veiller à ce qu'il y ait des travailleuses de liaison autochtones dans les hôpitaux vers lesquels sont dirigées les patientes.
5. Modèles de rémunération :
 - Reconnaître les responsabilités accrues liées à l'exercice de la médecine en milieu rural (absence de consultants, en cas d'urgence).
 - Revoir le système de rémunération pour instaurer une parité entre les omnipraticiens et les sages-femmes.
 - Établir une distinction dans le mode de rémunération basé sur la parité (prévoir une rémunération plus élevée pour les nullipares et les accouchements vaginaux après césarienne) *ou* sur la durée du travail.

6. Mettre en place un processus continu et transparent de suivi des résultats, par l'établissement et à la mise à jour d'un processus de rétroaction ouvert sur les résultats obtenus par hôpital et bassin de population, ainsi qu'à l'échelle régionale et provinciale.
7. Optimiser l'utilisation des technologies disponibles en milieu rural, en définissant les critères pour l'évaluation et l'application de la technologie en milieu rural (p. ex. échographie et téléradiologie ou envoi des femmes vers un hôpital spécialisé pour les échographies de routine).

Questions liées à la prestation des services

8. Établir de nouveaux modèles d'exercice en collaboration.
 - Déterminer les obstacles à une collaboration clinique interprofessionnelle (p. ex. sages-femmes et omnipraticiens pour les naissances à domicile), en reconnaissant que l'exercice de la profession de sage-femme en Colombie-Britannique repose sur le principe de l'autonomie.
 - Procéder à des essais-pilotes des nouveaux modèles de collaboration.
9. Veiller à ce que les femmes des milieux ruraux aient accès à des soins prénatals.
 - Éliminer les obstacles à la prestation de soins prénatals interdisciplinaires concertés (p. ex. les restrictions concernant le partage des soins entre sages-femmes et omnipraticiens).
 - Explorer des modèles novateurs pour la prestation des soins prénatals et l'enseignement prénatal (p. ex. visites de groupe).
10. Veiller à ce que les femmes des milieux ruraux aient accès à des cours prénatals, en reconnaissant l'importance de cet enseignement dans le processus de planification des accouchements en milieu rural ainsi que les difficultés d'offrir ces cours en milieu rural.

Questions liées aux dispensateurs de soins

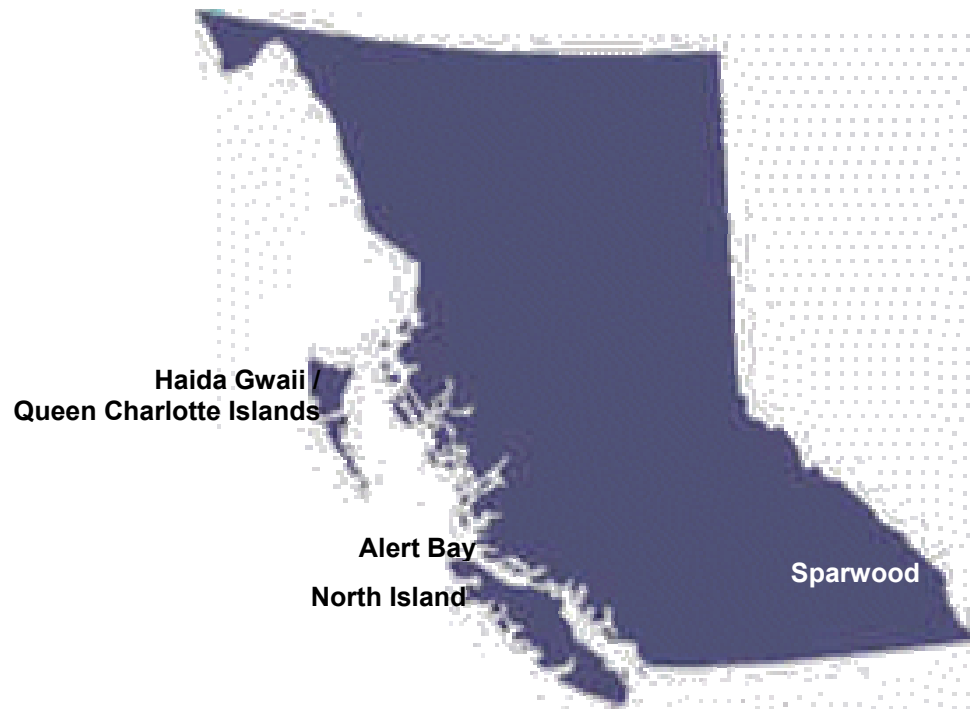
11. Mettre en place des initiatives stratégiques qui appuient les chirurgiens généralistes et les anesthésistes et qui reconnaissent leur valeur et leur contribution pour les collectivités rurales, par l'instauration d'un système de formation, de maintien des compétences, d'agrément et de réglementation et par le soutien des infrastructures.
12. Offrir des programmes de perfectionnement professionnel continu à l'intention des dispensateurs de soins locaux (sur place) — ateliers multidisciplinaires.
 - Établir une formule visant à favoriser le maintien des compétences des dispensateurs locaux dans la prestation des soins de maternité (p. ex. déterminer les cours de recyclage requis en fonction du nombre de jours écoulés depuis le dernier accouchement pratiqué)¹⁸
13. Reconnaître la contribution des réseaux de soutien informels et l'importance du soutien communautaire pour les femmes qui accouchent, par la mise en place de programmes de formation de doulas.

14. Travailler de concert avec les organismes de réglementation et de formation (Société canadienne de pédiatrie, College of Midwives of British Columbia et Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada), en vue de faire reconnaître la contribution des sages-femmes aux soins de maternité en milieu rural.

Poursuite de la recherche

15. Faire participer des représentants de tous les groupes communautaires (administrateurs, dispensateurs de soins, consommateurs et autres) aux recherches sur la prestation des services locaux, par la mise en place d'un processus participatif véritable.
 - Parmi les thèmes précis qui méritent d'être étudiés plus à fond, mentionnons l'efficacité et la sécurité des césariennes pratiquées par des chirurgiens généralistes et des autres modèles de prestation des soins.
 - Mettre en place des méthodes plus efficaces pour communiquer aux collectivités rurales les résultats des recherches, ainsi que l'état actuel des connaissances sur les pratiques optimales.
16. Réévaluer l'efficacité de l'évaluation du risque en milieu rural, en tenant compte des caractéristiques psychosociales qui contribuent au risque évalué ou qui l'atténuent, et examiner les autres variables qu'il y aurait lieu d'inclure dans l'analyse des risques et des avantages.

ANNEXE A : CARTE DES QUATRE LIEUX DE L'ÉTUDE



ANNEXE B : PROFILS DES COLLECTIVITÉS

Alert Bay (Colombie-Britannique)

Renseignements sur la collectivité

L'histoire d'Alert Bay remonte à près de deux cents ans. Dès la découverte de cette petite île, une industrie florissante de la pêche s'y est développée. L'accès à la mer était facile et la baie procurait une aire protégée pour les pêcheurs et leurs familles. Une industrie de mise en conserve, elle aussi florissante, a suivi peu après. Alert Bay s'est développé rapidement, et une école et d'autres infrastructures ont été aménagées pour répondre aux besoins des nombreuses familles liées à l'industrie de la pêche, dont un grand nombre appartenaient aux Premières Nations. Au milieu des années 1880, une scierie qui embauchait principalement des Autochtones a été construite. Vers la fin de la même décennie, on y ouvrit un pensionnat qui se consacrait principalement à l'enseignement de la menuiserie, de la fabrication de meubles, de la construction de bateaux et de l'élevage animal, en plus des cours réguliers, aux garçons autochtones. Au début des années 1990, la pêche et la foresterie étaient les deux industries dominantes sur l'île Cormorant. Alert Bay était également devenue une collectivité florissante, le point central entre Campbell River et la pointe de l'île Vancouver, de même que le lieu du seul hôpital pour l'ensemble de North Island.

Aujourd'hui, Alert Bay est un endroit bien différent, où habitent 583 personnes (Statistique Canada, 2001). C'est une petite communauté de pêcheurs, accessible uniquement par traversier (trajet de 45 min) à partir de Port McNeill. Alert Bay est le lieu de résidence de la Première Nation Namgis (ou Nimpkish) qui utilisait l'île auparavant comme cimetière et lieu de résidence saisonnier. Même si les habitants pratiquent toujours la pêche, cette industrie a radicalement changé depuis sa période florissante des années 1880. La conserverie a fermé ses portes et les pêcheurs approvisionnent aujourd'hui de petites entreprises familiales. L'industrie forestière a elle aussi cessé ses activités et la situation économique d'Alert Bay n'est guère reluisante, cette collectivité dépendant d'une industrie touristique naissante.

Malgré ces difficultés économiques, la Première Nation Namgis est organisée et prospère. Elle y a construit un magnifique centre culturel qui présente une large collection d'artéfacts, ainsi qu'une description détaillée de l'histoire de la région et de la bande. L'ancien pensionnat a été transformé et il sert aujourd'hui de lieu de rencontre pour la tenue d'activités sociales et récréatives. Tous les habitants d'Alert Bay éprouvent un fort sentiment d'appartenance et témoignent un engagement marqué envers leur collectivité. Aucun service de maternité n'est offert aujourd'hui sur l'île, et ceci a un impact négatif sur bon nombre de résidentes qui ne peuvent plus accoucher chez elles. Et même si le trajet pour se rendre à la ville voisine de Port McNeill ne pose pas de difficultés économiques pour certaines femmes enceintes et leur famille, car le trajet est payé par la bande Namgis, les conséquences sociales de cette incapacité d'accoucher à Alert Bay sont très importantes pour certaines mères. Enfin, bien que l'isolement relatif de l'île Cormorant empêche plusieurs médecins et infirmières de la région d'être à l'aise d'offrir des services de maternité, la plupart des professionnels s'opposent au retrait total des soins de maternité de l'île, étant donné l'importance des naissances locales pour les femmes des Premières Nations.

Santé et soins de santé

Alert Bay fait partie de la circonscription sanitaire 85 (nord de l'île de Vancouver), à l'intérieur de l'autorité sanitaire de l'île de Vancouver (VIHA). En 1909, l'hôpital St. George fut le premier hôpital construit sur North Island et il fut remplacé, en 2002, par le centre de santé communautaire de l'île Cormorant. Ce nouvel établissement de 14 lits (quatre lits de soins aigus et dix lits de soins multiniveaux) ne disposait toutefois d'aucune salle de travail, ni salle d'accouchement. Un médecin de la région s'est battu pour qu'on installe de l'oxygène dans la salle de physiothérapie et que cette salle puisse également servir de salle de travail et d'accouchement. Le centre de santé communautaire dessert la population de l'île Cormorant, de l'île Malcolm et de quelques petites villes sur le continent. Il y a également un centre de santé sur l'île ('Namgis Health Centre). Au moment où ces données ont été recueillies (juillet 2003), la collectivité comptait trois médecins, mais l'un d'eux devait partir à la fin d'août 2003, ne laissant plus que deux médecins à temps plein.

Travail et accouchement

En mai 2003, la VIHA a suspendu les services de maternité (travail et accouchement) dans l'ensemble de la région de Mount Waddington (y compris dans les collectivités d'AlertBay, Port McNeill et Port Alice).

Tableau 2 : Lieu de naissance des habitants d'AlertBay

Année	Accouchement local	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997			
1997-1998	5 (+1 à Port McNeill)	0	7
1998-1999	3	2	5
1999-2000	6	10	16
2000-2001	3 (+1 à Port McNeill)	19	23
2001-2002	5	11	16

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les années précédant l'exercice 2000-2001 n'incluent pas tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Sparwood/Elkford (Colombie-Britannique)

Renseignements sur la collectivité

Sparwood est une localité située dans la vallée de l'Elk, à l'extrémité sud-est de la Colombie-Britannique, à 18 km de la frontière de l'Alberta. Le district de Sparwood a été incorporé en vertu de la *Instant Town Legislation* de la Colombie-Britannique le 6 octobre 1964. Au coeur de cette vallée, la ville actuelle de Sparwood est née de la fusion des trois localités suivantes : Michel, Natal et Sparwood. Ces trois villes étaient entourées de mines de charbon, mais Sparwood, étant la plus retirée, fut la moins exposée à la pollution atmosphérique causée par la poussière de charbon. À la fin de 1966, les localités de Michel et Natal, dévastées par la poussière de charbon, ont été fermées et ceci contribua à l'expansion subséquente de Sparwood. En 2001, Sparwood comptait 3 812 habitants et Elkford, située trente kilomètres plus à l'est, en comptait 2 589 (Statistique Canada, 2001).

Les activités d'exploitation des ressources naturelles ont toujours été l'industrie dominante à Sparwood et dans sa périphérie. Le bassin de Sparwood abrite les plus vastes réserves de charbon de qualité de la Colombie-Britannique, et plus de 80 % de la population travaille dans le secteur minier, qui y est l'industrie dominante. Malgré les pressions qu'exerce la mondialisation sur les entreprises canadiennes d'extraction du charbon, Sparwood s'en tire remarquablement bien. Au cours des cinq dernières années, l'économie de la ville a été favorisée par une hausse de la production, l'absence de mises à pied et la hausse des prix intérieurs, et ceci a contribué en retour au bien-être des habitants de Sparwood.

Le revenu familial annuel moyen des résidents de Sparwood est de 62 521 \$, ce qui est nettement supérieur au revenu familial annuel moyen de l'ensemble de la province (52 840 \$). Le revenu moyen des couples mariés est encore plus élevé, s'établissant à 66 307 \$, là encore nettement au-dessus de la moyenne provinciale (60 278 \$). Or comme plus de 75 % de la population de Sparwood est mariée, cette observation est significative.

Étant donné les salaires anormalement élevés des résidents de Sparwood par comparaison à la norme provinciale, et le caractère florissant de l'économie locale, le fait d'avoir à aller dans une autre ville pour obtenir des services de maternité ne pose pas de problème pour la plupart des habitants de cette localité. La ville de Fernie (Colombie-Britannique), où la majorité des femmes de Sparwood obtiennent leurs services de maternité, n'est qu'à une distance de 30 km de Sparwood. La plupart des familles de Sparwood possèdent deux véhicules automobiles et la courte distance à parcourir pour atteindre la ville voisine ne constitue pas un fardeau. Le coût de l'essence, ou même la possibilité d'avoir à payer pour un repas, n'a pas semblé être un inconvénient pour la plupart des habitants de Sparwood, dont la majorité sont à l'aise.

Donc, contrairement à la situation observée dans la majorité des villes de la Colombie-Britannique qui dépendent des ressources naturelles, l'économie et la domination de l'industrie du charbon sont deux éléments positifs à Sparwood. La majorité des habitants n'ont pas semblé ennuyés par la courte distance à parcourir pour avoir accès à des services de santé, y compris des services de maternité pour les soins prénatal et postnatals, ainsi que durant le travail et l'accouchement.

Soins de santé

La ville de Sparwood est située dans la circonscription sanitaire 1 (Fernie), à l'intérieur de l'autorité sanitaire de l'Intérieur. Le Sparwood Hospital and Health Care Centre a été construit en 1978; il s'agissait à l'origine d'un hôpital de 27 lits, mais le nombre a été réduit à 12, il y a environ 10 à 12 ans, au moment où l'on procéda à la fermeture de la salle d'opération. En mai 2002, le nombre de lits de soins aigus, de même que les heures d'ouverture de la salle d'urgence, ont été à nouveau réduits, tout comme les services de laboratoire et de radiographie. Aujourd'hui, le Sparwood Hospital and Health Care Centre n'est ouvert que du lundi au vendredi, de midi à 22 h, et le samedi et dimanche de midi à 19 h 30, et il n'y a personne sur appel les mardi, mercredi et jeudi après les heures normales d'ouverture. Au moment de la collecte des données, cet établissement comptait deux infirmières autorisées, une infirmière auxiliaire autorisée et trois médecins, en plus de deux infirmières de santé publique (une travaillant à temps plein à Sparwood et l'autre à temps partiel à Elkford). Il y a un centre médical et un service de santé à Sparwood. Les patientes

de Sparwood-Elkford qui ont besoin de soins de maternité sont dirigées vers Fernie (trajet de 20 minutes), Calgary, Alberta (239 km), Lethbridge (178 km) ou Cranbrook (125 km). Sparwood dispose de deux ambulances dont le service de répartition central est situé à Kamloops, mais le personnel volontaire n'est pas toujours disponible.

Elkford possède un petit centre de santé, qui n'est ouvert que le jour. Tous les cas d'urgence sont transférés à Sparwood (à 30 km). Pendant 15 ans, les patientes d'Elkford se sont rendues à Sparwood pour recevoir les soins de maternité requis – elles avaient l'habitude de faire un trajet de 30 minutes jusqu'à Sparwood pour accoucher. Elles trouvent aujourd'hui plus difficile d'avoir à parcourir 30 km de plus pour se rendre jusqu'à Fernie, en particulier durant l'hiver.

Travail et accouchement

Les services d'obstétrique ont été suspendus en 2002. Avant cette date, les accouchements à faible risque étaient pratiqués à l'hôpital général de Sparwood. Des intervenants clés ont parlé du vieillissement de la population de Sparwood et de la baisse du nombre de naissances. L'un d'eux a rappelé qu'il y avait à une époque 130 naissances par année à Sparwood et 80 à Fernie, mais aujourd'hui on en compte seulement 50 à Fernie, et ce pour l'ensemble de la vallée de l'Elk.

Tableau 3 : Lieu de naissance des habitants de Sparwood

Années	Accouchement local (hôpital général de Sparwood)	Accouchement dans une autre localité	Total
1997-1998	24	28	52
1998-1999	17	28	45
1999-2000	14	26	40
2000-2001	12	23	35
2001-2002	14	21	35

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Tableau 4 : Lieu de naissance des habitants d'Elkford

Années	Accouchement local (hôpital général de Sparwood)	Accouchement dans une autre localité	Total
1997-1998	9	19	28
1998-1999	7	29	36
1999-2000	5	21	26
2000-2001	2	13	15
2001-2002	2	25	27

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Îles de la Reine-Charlotte /Haïda Gwaii

Renseignements sur la collectivité

L'archipel des îles de la Reine-Charlotte, ou Haïda Gwaii, est constitué d'environ 150 îles, dont les deux plus grosses sont l'île Graham au nord et l'île Moresby au sud, lesquelles sont séparées par le très étroit détroit de Skidegate, dont la traversée prend 20 minutes en traversier. Les îles de la Reine-Charlotte sont situées au large de la côte nord-ouest de la Colombie-Britannique, à environ 100 km de Prince Rupert; elles se trouvent également à l'intérieur de l'Inside Passage qu'empruntent les navires qui partent de Vancouver en direction de l'Alaska. Territoire ancestral du peuple Haïda depuis plus de 10 000 ans, ces îles sont encore fortement empreintes de la culture et de la langue haïda. L'archipel des îles de la Reine-Charlotte /Haïda Gwaii compte plus de 5 500 habitants. Queen Charlotte City (1 045 habitants) est le principal centre administratif et Sandspit (460 habitants) est l'endroit où fut construit le premier aéroport. Skidegate (743 habitants) et Old Massett (707 habitants) sont les deux villages haïda. Massett (926 habitants) est la principale collectivité du nord et Port Clements, qui compte 516 habitants, est une autre collectivité importante (statistiques démographiques : Statistique Canada, 2001). L'exploitation forestière, la pêche et le tourisme sont les principales industries des îles de la Reine-Charlotte /Haïda Gwaii, qui sont desservies par des vols quotidiens reliant Vancouver ou Prince Rupert à Sandspit. Des traversiers font aussi la navette quotidiennement entre Prince Rupert et Skidegate (durée d'environ 7,5 h). La fréquence des traversiers est toutefois réduite à trois fois par semaine durant l'hiver, et ceux-ci peuvent être annulés lorsque les conditions météorologiques sont mauvaises.

Soins de santé

Les îles de la Reine-Charlotte/Haïda Gwaii font partie de la circonscription sanitaire 50 (Queen Charlotte) à l'intérieur de l'autorité sanitaire du Nord. L'hôpital général des îles de la Reine-Charlotte comporte deux établissements, le premier situé à Queen Charlotte City (desservant un bassin de 3 000 personnes dans le sud) et l'autre à Massett qui dessert les localités du nord. Des médecins se rendent de Queen Charlotte City à Sandspit et à Skidegate une fois par semaine. L'hôpital de Queen Charlotte compte 17 lits (neuf de soins aigus et huit de soins prolongés). Les médecins de l'hôpital de Massett se rendent à Old Massett et à Port Clements une fois par semaine. Il s'agit d'un hôpital de huit lits (quatre de soins aigus et quatre de soins prolongés). Des consultants de diverses spécialités, notamment en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie, en urologie, en orthopédie, en pédiatrie, en dermatologie, en cardiologie et en psychiatrie, s'y rendent à l'occasion. L'établissement de Queen Charlotte City compte trois médecins équivalents à temps plein (exercice réparti entre un médecin à temps plein et quatre à temps partagé), tout comme celui de Massett. Au moment de la collecte des données (juin 2003), il n'y avait qu'un médecin à temps plein à Massett et les deux postes vacants étant comblés par des médecins suppléants. Il y a aussi trois doulas agréées sur les îles.

Le transfert par ambulance aérienne vers des centres de soins secondaires ou tertiaires (vers Prince Rupert) prend habituellement une heure ou deux.

Travail et accouchement

Au moment de la collecte des données (juin 2003), tous les services de maternité (travail et accouchement) avaient été suspendus à Massett, mais les accouchements à faible risque étaient toujours pratiqués à l'hôpital de Queen Charlotte City.

Tableau 5 : Lieu de naissance des habitants des îles de la Reine-Charlotte

Année	Accouchement local (établissement de Queen Charlotte City)	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997		1	1
1997-1998	23	37	60
1998-1999	34	30	64
1999-2000	23	39	62
2000-2001	22	52	74
2001-2002	15	45	60

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices financiers précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

North Island (Port Hardy et Port McNeill, Colombie-Britannique)

Renseignements sur la collectivité

North Island est composée de 16 petites villes, à l'extrémité nord de l'île de Vancouver, à la limite de l'autoroute 19. Port Hardy et Port McNeill sont les deux villes de North Island qui ont été choisies pour notre étude, car ce sont les deux seules de l'île (à l'exception d'Alert Bay qui est examiné séparément) où des services de maternité ont déjà été offerts.

Port Hardy est la plus grande localité sur North Island; on y comptait 4 574 habitants en 2001 (Statistique Canada, 2001). Port Hardy a été constitué en 1966; on y retrouve le plus grand milieu d'affaires au nord Campbell River, qui s'explique par son emplacement stratégique à la croisée des réseaux de transport aérien, ferroviaire, terrestre et maritime. L'économie de Port Hardy profite aux villes mi-côtières de Bella Bella, Prince Rupert, Bella Coola, Klemtu et Shearwater. L'économie de Port Hardy dépend essentiellement de la pêche (aquaculture, coquillages, transformation de fruits de mer, et pêche sportive et commerciale), bien que l'industrie forestière et minière, ainsi que le tourisme, y occupent également une place importante.

Comme l'économie de Port Hardy est basée sur l'exploitation des ressources, une partie importante de sa population active travaille dans l'un des principaux secteurs de ressources. L'économie locale est donc vulnérable aux fluctuations de l'économie mondiale. De fait, il n'y a pas si longtemps, des fermetures temporaires d'usines et de mines, des grèves prolongées et violentes et un climat général d'instabilité a marqué la vie des familles qui travaillent dans les secteurs d'exploitation des ressources. Le caractère « en dents de scie » des économies tributaires de l'exploitation des ressources naturelles a fait naître chez bon nombre de familles une incertitude face à l'avenir.

Port McNeill est la deuxième ville en importance sur North Island. En février 1966, elle fut également la première ville constituée en vertu de la nouvelle Constitution canadienne; elle ne comptait à l'époque que 485 habitants. Port McNeil a considérablement grossi depuis et on y dénombre aujourd'hui 2 871 habitants (Statistique Canada, 2001). Les principaux employeurs de Port McNeill sont les entreprises Weyerhaeuser Limited, Western Forest Products, Canadian Forest Products Ltd, TimberWest, Interfor Products Ltd. et LeMare Lake Logging; on y trouve également de nombreuses entreprises plus petites qui font de la foresterie, l'industrie locale dominante. Port McNeil administre deux millions d'hectares de terrains forestiers; cette riche ressource forestière procure un approvisionnement immense en bois d'oeuvre, qui représente environ 8 % de la récolte provinciale totale.

Les industries de la pêche et du tourisme sont également florissantes à Port McNeill. Cette ville étant le centre d'aquiculture dans le nord de l'île de Vancouver, les activités connexes à la pêche, comme la transformation du saumon (Beaver Cove) et la construction de parcs en filet et de flotteurs, occupent aussi les pêcheurs locaux. Le développement touristique a été favorisé par l'aménagement d'installations portuaires de premier ordre et par les possibilités de pêche commerciale et sportive qu'offre cet endroit.

Cependant, malgré son caractère diversifié, l'économie locale lutte pour se maintenir à flot. Les possibilités forestières – à une époque dominantes dans la ville – s'effritent sous l'effet de la fluctuation des prix mondiaux et des querelles entre les travailleurs syndiqués et la direction. L'industrie forestière a été ponctuée par de fréquentes grèves, mises à pied et fermetures périodiques d'usines qui ont créé de fortes tensions pour les familles de Port McNeill. Enfin, même si les dollars des touristes sont bénéfiques pour l'économie locale, on ne peut s'y fier.

En mai 2003, les services locaux de maternité ont été suspendus à Port Hardy et à Port McNeill, lorsque le gouvernement de la Colombie-Britannique a imposé un moratoire temporaire sur la prestation de ces services dans l'ensemble de North Island. C'est ainsi qu'aujourd'hui toutes les femmes de l'île doivent se rendre dans une autre localité pour accoucher et même, dans certains cas, pour obtenir des soins prénatals et postnatals. Or les coûts économiques occasionnés par ces déplacements sont prohibitifs pour la plupart des familles. Il en va de même des coûts occasionnés par les séjours dans une autre ville, en attendant la naissance. Donc, en raison des difficultés financières qu'éprouvent la plupart des familles qui travaillent dans les industries d'exploitation des ressources de North Island, les femmes décident du nombre d'enfants qu'elles auront en fonction des coûts associés à l'accès aux soins dans une autre ville.

Soins de santé

Port Hardy fait partie de la circonscription sanitaire 85 (nord de l'île de Vancouver), avec Port McNeill, Port Alice, Alert Bay, Sullivan Bay et Kingcome Inlet, à l'intérieur de l'autorité sanitaire de l'ensemble de l'île de Vancouver. L'hôpital de Port Hardy offre à la région de North Island des services d'analyse, d'échographie, de radiologie, de radioscopie et de physiothérapie. Cet établissement qui compte 12 lits de soins aigus, dessert Port Hardy et quelque 2 000 autres habitants des régions rurales voisines de Coal Harbour, Holberg, Winter Harbour, Quatsino, Kwakiutl ainsi que la Première Nation Gwa'sala-'Nakwaxda'xw.

Il y a deux cliniques médicales et un centre de santé publique à Port Hardy, ainsi que deux cliniques dentaires. On y trouve également deux ambulances disponibles, 24 h sur 24. Les patients sont dirigés vers Campbell River (235 km -, 2,5 h), Comox (282 km - 3,5 h), Nanaimo (400 km - 4 h) et Victoria (500 km - 5 h).

Port McNeill fait également partie de la circonscription sanitaire 85 à l'intérieur de la VIHA. Le Port McNeill and District Hospital a été établi en 1979. Cet hôpital compte dix lits de soins aigus (neuf lits en médecine/chirurgie et un en obstétrique) et dessert Port McNeill et quelque 5 000 autres habitants de Sointula, Telegraph Cove, Woss, Zebellow, Tasis, Gold River, Sayward, Hyde Creek et Echo Bay. Des spécialistes, notamment des pédiatres, des chirurgiens, des gynécologues et des orthopédistes, s'y rendent plusieurs fois par mois. Il y a deux infirmières autorisées et cinq équivalents temps plein, ainsi qu'un médecin à temps partiel qui travaille à la seule clinique. Les médecins locaux se rendent dans les collectivités voisines de Rivers Inlet, Zeballos, Sointula et Woss par hélicoptère.

Travail et accouchement

En mai 2003, un moratoire a été décrété sur la prestation de soins de maternité sur North Island. Ce moratoire touche l'ensemble du district régional de Mount Waddington (y compris les collectivités d'Alert Bay, Port McNeill et Port Alice).

Tableau 6 : Lieu de naissance des habitants de Port Hardy

Année	Accouchement local	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997	0	1	1
1997-1998	37 (+ 1 à Port McNeill)	9	47
1998-1999	26	14	40
1999-2000	17 (+1 à Port McNeill)	38	56
2000-2001	15 (+3 à Port McNeill)	69	87
2001-2002	18 (+7 à Port McNeill)	66	91

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices financiers précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

Tableau 7 : Lieu de naissance des habitants de Port McNeill

Année	Accouchement local	Accouchement dans une autre localité	Total
1996-1997			
1997-1998	3	8	11
1998-1999	7	7	14
1999-2000	3	20	23
2000-2001	11	32	43
2001-2002	13	38	51

Nota :

*Veuillez noter que les données pour les exercices financiers précédant 2000-2001 ne portent pas sur tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Source : B. C. Reproductive Care Program (2003).

**ANNEXE C : ÉNONCÉS DE POLITIQUE ET RAPPORTS AYANT GUIDÉ
LE PROCESSUS DE RÉGIONALISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE LA
COLOMBIE-BRITANNIQUE DEPUIS 1990**

<i>Gouvernement/ Commission</i>	<i>Aperçu</i>	<i>Principaux thèmes</i>
<i>Closer to Home: The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs - 1991</i>		
Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins de santé et les coûts (Commission Seaton)	Déplore l'organisation déficiente des soins de santé et l'absence de planification à court et à long termes : <ul style="list-style-type: none"> • Réformes ponctuelles, sans vision d'avenir. • Décisionnaires non informés des expériences vécues par les patients. • Mécanismes de reddition de compte et de déclaration déficients. • Difficulté d'évaluer le rendement. 	La principale recommandation était axée sur la mise en place d'un système de soins de santé de qualité qui soit facilement accessible et à proximité du lieu de résidence — « plus près du domicile » Cette recommandation était basée sur les deux hypothèses suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Les services décentralisés sont adaptés aux besoins uniques des collectivités et l'affectation des ressources se fait de manière à favoriser un rendement optimal. • Les personnes peuvent avoir accès à des services à proximité. L'état de santé du patient ne sera pas tributaire de la distance.
<i>New Directions for a Healthy British Columbia - 1993</i>		
Nouveau Parti démocratique (NPD)	Amélioration de la gestion et de la prestation des services de santé à domicile, dans les collectivités et dans les régions. <ul style="list-style-type: none"> • Deux mécanismes sont proposés à l'appui de la régionalisation : création de conseils communautaires de santé et de conseils régionaux de santé : 102 conseils sont mis sur pied pour favoriser la participation de la collectivité et offrir un éventail de services de santé adaptés aux particularités démographiques et géographiques de la région. 	Vise à préserver et à améliorer l'état de santé des habitants de la Colombie-Britannique par l'habilitation des personnes et des collectivités. Ce principe jeta les bases d'un vaste plan de régionalisation mis en place par le gouvernement néo-démocrate, pour appuyer la réalisation de sa vision en faveur d'un mode très décentralisé de prestation des soins de santé.
<i>Report of the Regionalization Assessment Team - 1996</i>		
Commission nommée par le Nouveau Parti démocrate	Interruption temporaire du processus de régionalisation par le ministère de la Santé, en attendant la présentation d'un rapport visant à préciser les incidences de la régionalisation. Bien que favorable à la régionalisation des services de santé, le rapport recommande la modification du plan en place.	L'adoption d'une approche uniforme en matière de régionalisation des services de santé était jugée inadéquate, compte tenu de la diversité géographique et démographique de la Colombie-Britannique. Pour que la philosophie étayant l'énoncé de politique <i>Closer to Home</i> puisse se concrétiser, l'approche de régionalisation devait être modifiée de manière à préciser les rôles et les responsabilités des administrateurs des soins de santé et faciliter la coopération entre dispensateurs de soins.
<i>Better Teamwork, Better Care: Putting Services for People First - 1996</i>		
Nouveau Parti démocratique	Restructuration du système de soins de santé, qui soit mieux rationalisée et davantage axée sur la gestion et l'administration. Ce plan, qui prévoit la	Pour que la philosophie mise de l'avant par <i>Closer to Home</i> porte fruit, le Ministère doit préciser les fonctions des organismes administratifs, afin que leurs efforts puissent

Gouvernement/ Commission	Aperçu	Principaux thèmes
	réduction (de 102 à 45) du nombre total de conseils communautaires de santé (34) et de conseils régionaux de santé (11), vise à préserver les déplacements des patients et l'offre de services.	être axés sur la prestation des soins de santé et non sur la bureaucratie.
<i>Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services - 1998</i>		
Vérificateur général de la Colombie-Britannique	Examen du processus de régionalisation mis en place par le Ministère de la Santé.	Des mécanismes officiels de gouvernance et de responsabilisation doivent sous-tendre le processus de régionalisation des soins de santé.
<i>Accountability Framework for British Columbia Health Authorities - 1998</i>		
Nouveau Parti démocratique	Définition des rôles et des responsabilités des autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, par rapport au ministère de la Santé.	Le processus de régionalisation confère une autonomie aux régions sanitaires qui deviennent ainsi assujetties à l'obligation de rendre compte
<i>Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System - 2001</i>		
Select Standing Committee on Health, Assemblée législative	Le Comité recommande l'adoption d'une structure régionalisée plus fondamentale que celle mise en place conformément à <i>Better Teamwork, Better Care</i> . De l'avis de ce Comité, la structure doit tenir compte, dans la délimitation des régions, de la géographie et des systèmes d'aiguillage des patients.	Les propositions et recommandations du Comité s'appuient sur les trois thèmes principaux suivants : la viabilité du système de santé de la Colombie-Britannique, les mesures susceptibles d'améliorer et d'assurer une meilleure gestion des services de santé et des coûts, et les mesures visant à préserver et à améliorer les services de santé en Colombie-Britannique.
<i>The Picture of Health: How We are Modernizing British Columbia's Health Care System - 2002</i>		
Gouvernement libéral de la C.-B.	Mise en oeuvre d'un plan de régionalisation plus centralisé, fondé sur l'établissement de six autorités sanitaires (une provinciale et cinq régionales).	Le système de santé précédent, qui était hautement décentralisé, se caractérisait par une attention insuffisante portée aux soins, une planification et des objectifs déficients, un mécanisme de reddition de compte insuffisant et une gestion budgétaire inadéquate. Le nouveau gouvernement préconise la mise en place de systèmes coordonnés de prestation des soins, centralisés dans plusieurs régions réparties dans l'ensemble de la province. Ce plan de régionalisation a réduit le nombre d'instances. Les régions sanitaires englobent un territoire beaucoup plus vaste.
<i>Standards of Accessibility and Guidelines for Provision of Sustainable Acute Care Services by Health Authorities - 2002</i>		
Gouvernement libéral de la C.-B.	Définit, à l'intention des autorités sanitaires, les critères devant régir la rationalisation des services de soins aigus. Les autorités sanitaires doivent être en mesure de justifier que les services de soins aigus offerts dans leur région correspondent aux besoins en soins de santé de leur population et sont compatibles avec le nombre d'habitants.	La qualité et l'accessibilité doivent être maintenues, mais les administrateurs doivent aussi tenir compte du caractère limité des ressources afin que le cadre de régionalisation soit efficace.

ANNEXE D : PROFIL STATISTIQUE SOMMAIRE DES COLLECTIVITÉS

	North Island - Port Hardy	North Island - Port McNeill	Alert Bay	Sparwood	Haïda Gwaii
Superficie (km²)	40,8	7,74	1,82	17,7	9 940
Population	4 514	2 828	583	3 812	~ 5 000
Bassin desservi	Quatsino Winter Harbour Coal Harbour Holburg	Sointula Telegraph Cover Woss Zebellos Tasis Gold River Sayward Hyde Creek Echo Bay	Alert Bay	Sparwood Elkford	Tlell Port Clements Old Massett Queen Charlotte City Skigegate Sandspit
Distance par rapport à un hôpital pratiquant des césariennes	4 h (en voiture)	3½ h (en voiture)	½ h (en traversier) 3½ h (en voiture)	½ h (en voiture)	6½ h (n traversier). Les traversiers circulent trois fois par semaine durant l'hiver
Distance par rapport à un hôpital secondaire	4 h (en voiture)	3½ h (en voiture)	½ h (en traversier) 3½ h (en voiture)	2 h (en voiture)	6½ h (en traversier). Les traversiers circulent trois fois par semaine, durant l'hiver
Conditions routières habituelles (en hiver)	Chaussée glissante à cause de la pluie	Chaussée glissante à cause de la pluie	Inquiétudes au sujet des vents, parce que la population dépend du traversier Service de traversier interrompu lors d'intempéries Chaussée glissante à cause de la pluie	Neige et avalanche	Service de traversier interrompu lors d'intempéries
Accès par voie aérienne	Le jour	Le jour	Le jour/absence de brouillard et de tempêtes	Le jour	Le jour /absence de brouillard et de tempêtes
Diversité de la population	Importante population autochtone	Importante population autochtone	Essentiellement autochtone	Essentiellement de race blanche	Essentiellement autochtone

ANNEXE E : MODÈLE D’AFFICHE DE RECRUTEMENT

Avez-vous accouché au cours des 18 derniers mois?

Aimeriez-vous nous faire part de l’expérience que vous avez vécue durant la grossesse, le travail et l’accouchement?

Nous sommes des chercheuses et chercheurs du Children’s and Women’s Health Centre de la Colombie-Britannique. Nous voulons en apprendre davantage sur les soins de maternité qui sont offerts en milieu rural et nous serions très heureux de connaître votre point de vue.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter Lana Sullivan, au (604) 875-2484, avant le 21 juillet, ou composez le (250) 974-8011 puis le (604) 833-6295, entre le 21 et le 25 juillet, alors que nous serons à Alert Bay.

COMPLÉMENT D’INFORMATION

Nous croyons qu’il est très important que les femmes aient la possibilité de participer aux débats sur l’avenir des soins de maternité en milieu rural, en Colombie-Britannique.

Nous serons à Alert Bay, du 21 au 25 juillet, et nous serons très heureux de discuter avec vous, dans le cadre d’entrevues individuelles ou d’entrevues de groupe.

Vous recevrez une indemnité de 35 \$ pour aider à couvrir les frais de déplacement et autres dépenses personnelles.

N’hésitez pas à nous appeler. Nous espérons avoir le plaisir de discuter avec vous.

ANNEXE F : LISTE COMPLÈTE DES DISPENSATEURS DE SOINS, DES DIRIGEANTS LOCAUX ET DES ADMINISTRATEURS RECRUTÉS

Dispensateurs de soins

Médecins

Infirmières/infirmiers de santé publique

Infirmières/infirmiers de santé communautaire

Représentantes de la Ligue La Leche

Personnel du programme Bon départ

Travailleuses/travailleurs des services d'approche

Travailleuses/travailleurs auprès des Autochtones

Travailleuses/travailleurs sociaux

Coordonnatrices/coordonnateurs des maisons de la famille

Monitrices de soins prénatals

Infirmières/infirmiers des services d'urgence

Doulas

Accompagnantes à la naissance (non agréées)

Ambulancières/ambulanciers

Personnel suppléant

Dirigeants locaux

Membres de conseils, issus du domaine de la santé

Représentantes/représentants des conseils de santé

Administrateurs

Administratrices/administrateurs des hôpitaux

Administratrices/administrateurs des centres de santé

Gestionnaires en santé publique

Agentes/agents de recrutement des infirmières/infirmiers et des médecins

**ANNEXE G : GUIDE POUR LES ENTREVUES DE GROUPE/INDIVIDUELLES
AVEC LES FEMMES
UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

Département de médecine familiale
Faculté de médecine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver (C. -B.) Canada V6T 1V6

**Les soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique :
Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique**

Chercheurs principaux :

Jude Kornelsen, Ph. D., agrégée de recherche, B. C. Centre of Excellence for Women's Health et Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre, C. -B., 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, 604-875-3281.

- 1) À quels services de maternité avez-vous eu accès, avant et après la naissance?
- 2) Pouvez-vous me parler de votre expérience de l'utilisation de ces services?
- 3) Dans quelle mesure ces services ont-ils répondu à vos besoins physiques?
- 4) Dans quelle mesure ces services ont-ils répondu à vos besoins affectifs?
- 5) Pouvez-vous me décrire les tentatives que vous avez faites pour avoir accès à des services?
- 6) Quels sont les biens/les ressources/ les services qui sont offerts dans votre localité, pour promouvoir votre santé et celle de votre bébé?
- 7) Êtes-vous satisfaite de la qualité des services de maternité qui sont offerts aux femmes de votre localité?
- 8) À votre avis, la qualité des soins de maternité qui sont offerts aux femmes de votre région a-t-elle changé au cours des deux à cinq dernières années?
- 9) Quels sont les soins de maternité que vous jugez les plus importants?
- 10) Si vous pouviez changer deux choses pour promouvoir de meilleurs soins de maternité dans votre collectivité, quelles seraient-elles?
- 11) Quelles ont été vos sources d'information au sujet du travail et de l'accouchement?
- 12) Qui vous a dispensé des soins de maternité durant votre grossesse?
- 13) Durant votre grossesse, avez-vous eu accès à :
 - des sages-femmes?
 - des infirmières?
 - des spécialistes?
 - des monitrices de soins prénatales?
- 14) Comment évalueriez-vous la qualité des soins que vous avez reçus?
- 15) Croyez-vous que votre praticien savait ce qui importait vraiment pour vous?
- 16) Dans quelle mesure était-il important pour vous de consulter le même praticien durant toutes, ou presque toutes, vos visites prénatales?

**ANNEXE H : TEXTE DE L'ENTREVUE : DISPENSATEURS DE SOINS ET
ADMINISTRATEURS
UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

Département de médecine familiale
Faculté de médecine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver (C. -B.) Canada V6T 1V6

**Les soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique :
Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique**

Chercheurs principaux :

Jude Kornelsen, Ph. D., agrégée de recherche, B. C. Centre of Excellence for Women's Health et Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre, C. -B, 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, 604-875-3281.

Les entrevues avec les dispensateurs de soins seront menées selon une formule semi-structurée, laquelle consiste à poser des questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes permettent aux répondants de fournir leur propre réponse, laquelle peut être plus ou moins détaillée, selon leur préférence. Les questions fermées consistent à demander aux répondants de choisir parmi une liste de réponses, ce qui assure l'uniformité des réponses. Voici un aperçu des questions qui seront posées :

- 1) Quel est votre rôle dans la prestation des soins de maternité aux femmes de votre collectivité?
- 2) Depuis combien de temps êtes-vous <fonctions mentionnées >?
- 3) Quelle est votre expérience dans la prestation des soins?
- 4) Avez-vous remarqué des changements? Lesquels? Depuis quand? Pouvez-vous décrire le processus de changement?
- 5) Disposez-vous de ressources humaines et matérielles adéquates?
- 6) Estimez-vous recevoir un appui adéquat de la part de vos collègues?
- 7) Croyez-vous qu'il serait sécuritaire pour un plus grand nombre de femmes d'accoucher dans votre localité (c. -à-d. certaines femmes dirigées à l'extérieur)?
- 8) Quels changements auraient un effet bénéfique sur votre capacité d'offrir des soins de maternité de haut niveau dans votre collectivité?
- 9) Croyez-vous qu'un plus grand nombre de femmes aimeraient pouvoir accoucher dans leur milieu?
- 10) Croyez-vous qu'il y aurait des risques, pour la mère et son bébé, si davantage de femmes accouchaient dans la collectivité?
- 11) Estimez-vous qu'il y ait des risques pour les femmes qui doivent accoucher ailleurs?
- 12) À votre avis, quelles incidences ont les accouchements pratiqués en dehors de la collectivité : Sur les femmes? Leur famille? Leur collectivité?

**ANNEXE I : TEXTE DE L'ENTREVUE : DIRIGEANTS LOCAUX
UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

Département de médecine familiale
Faculté de médecine
Trilogy Building
211-2150 Western Parkway
Vancouver (C. -B.) Canada V6T 1V6

**Les soins de maternité dans les régions rurales de la Colombie-Britannique :
Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique**

Chercheurs principaux :

Jude Kornelsen, Ph. D., agrégée de recherche, B. C. Centre of Excellence for Women's Health et Department of Midwifery, Children and Women's Health Centre, C. -B, 604-875-2633

Stefan Grzybowski, MD, directeur de la recherche, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, 604-875-3281.

Les entrevues avec les dirigeants locaux seront menées selon une formule semi-structurée, laquelle consiste à poser des questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes permettent aux répondants de donner leur propre réponse, laquelle peut être plus ou moins détaillée, selon leur préférence. Les questions fermées consistent à demander aux répondants de choisir parmi une liste de réponses, ce qui permet d'assurer l'uniformité des réponses. Voici un aperçu des questions qui seront posées.

- 1) Avez-vous remarqué des changements dans la prestation des soins de maternité au cours des trois dernières années?
- 2) Dans quelle mesure ces changements ont-ils eu une incidence sur les femmes qui accouchent?
Leur famille? Leur collectivité?
- 3) Croyez-vous que certaines femmes ont été plus touchées que d'autres?
Dans l'affirmative, lesquelles?
- 4) À votre avis, quels services de maternité conviendraient le mieux à votre collectivité?
- 5) Que faudrait-il faire pour faciliter la prestation de ces services?
- 6) Avez-vous constaté d'autres changements dans votre collectivité au cours des trois dernières années? Dans l'affirmative, croyez-vous que ces changements soient reliés à l'évolution de la prestation des services de maternité?

BIBLIOGRAPHIE

- Alaszewski, Andy et Tom Horlick-Jones. 2003. « How Can Doctors Communicate Information about Risk More Effectively? », *British Medical Journal*. 327(27) (Septembre): 728-731.
- Alexander, Sophie et Marc J. N. C. Keirse. 1989. « Formal Risk Scoring During Pregnancy », *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Iain Chalmers, Murray Enkin et Marc J. N. C. Keirse (éd.). Oxford: Oxford University Press, p. 345-365.
- Altheide, D. et J. Johnson. 1994. « Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research ». In *Handbook of Qualitative Research*. N. Denzin et Y. Lincoln (éd.). Thousand Oaks, CA: Sage, p. 485-499.
- American Pregnancy Association. 2004. « Having a Doula: Is a Doula Right for Me? » <<http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/havingadoula.html>>. Inédit.
- Armstrong, Pat. 2002. « The Context for Health Care Reform in Canada », *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Pat Armstrong et al. (éd.). Aurora, ON: Garamond, p. 11-48.
- Arney, William Ray. 1982. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Backett, E Maurice, A. Michael Davies et Angèle Petros-Barvazian. 1984. *The Risk Approach in Health Care: With Special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning*. Public Health Papers n° 76. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Baird, A. G., D. Jewell et J. J. Walker. 1996. « Management of Labour in an Isolated Rural Maternity Hospital », *British Medical Journal*. 312(7025): 223-227.
- Benoit, C., D. Carrol et A. Millar. 2002. « But Is It Good for Non-Urban Women's Health? Regionalizing Maternity Care Services in British Columbia », *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*. 39(4): 373-395.
- Black, Douglas P. et Ian M. Fyfe. 1984. « The Safety of Obstetric Services in Small Communities in Northern Ontario », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 130: 571-576.
- Blumenthal, Daniel S. et Eileen Yancey. 2004. « Community-Based Research: An Introduction », *Community-Based Health Research: Issues and Methods*. Daniel S. Blumenthal et Ralph J. DiClemente (éd.). New York: Springer Publishing Company.

- British Columbia Reproductive Care Program. 1997. *Report on the 1996 Biannual Hospital Survey*. Vancouver: B. C. Reproductive Care Program, F5-4500 Oak Street, Vancouver, BC V6H 3N1.
- . 2000. *Report on the Findings of a Consensus Conference on Obstetrical Services in Rural and Remote Communities: Consensus Symposium Summary*. Vancouver: B. C. Reproductive Care Program. Également publié dans le *Journal canadien de la médecine rurale*. 5(4):211-217.
- . 2003. B. C. Perinatal Database. Vancouver: B. C. Reproductive Care Program.
- British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs. 1991. *Closer to Home. The Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*. Victoria: Province de la Colombie-Britannique.
- Britten, Nicky. 1996. « Qualitative Interviews in Medical Research », *Qualitative Research in Health Care*. Nicholas Mays et Catherine Pope (éd.). London: BMJ Publishing Group, p. 28-35.
- Bronstein, Janet M. et Michael A. Morrisey. 1991. « Bypassing Rural Hospitals for Obstetrics Care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 16(1): 87-117.
- Cameron, Bruce et Suzanne Cameron. 2001. « Outcomes in Rural Obstetrics, Atherton Hospital 1991-2000 », *Australian Journal of Rural Health*. 9 (suppl): S39-S42.
- Canada, Santé Canada. 2003. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Canada, Statistique Canada. 2001. Profils des communautés. <http://www12.statcan.ca/francais/profil01/PlaceSearchForm1_F.cfm>. Consulté en juin 2004.
- Carroll, June C., A. J. Reid, A. Biringer, L. M. Wilson et D. K. Midmer. 1994. « Psychosocial Risk Factors During Pregnancy: What Do Family Physicians Ask About? », *Le Médecin de famille canadien*. 40 (Juillet): 1280-1289.
- Chalmers, Iain, Murray Enkin et Marc J. N. C. Keirse (éd.) 1989a. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- . 1989b. « Effective Care in Pregnancy and Childbirth: A Synopsis for Guiding Practice and Research », *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Iain Chalmers, Murray Enkin et Marc J. N. C. Keirse (éd.) Oxford: Oxford University Press, p. 1465-1467.
- Chamberlain, M. et K. Barclay. 2000. « Psychosocial Costs of Transferring Indigenous Women from Their Community for Birth », *Midwifery*. 16: 116-122.

- Chance, Graham. 1995. « Family Practice Obstetrics: Time of Opportunity », *Le Médecin de famille canadien*. 41 (Avril): 548-549.
- Chaska, Benjamin W., M. S. Mellstrom, P. M. Grambsch et R. E. Nesse. 1988. « Influence of Site of Obstetric Care and Delivery on Pregnancy Management and Outcome », *The Journal of the American Board of Family Practice*. 1(3): 152-163.
- Church, John et Paul Barker. 1998. « Regionalization of Health Services in Canada: A Critical Perspective », *International Journal of Health Services*. 28(3): 467-486.
- College of Midwives of British Columbia. 2003. *Requirements for Active Practice*. Sixième révision. Vancouver: College of Midwives of British Columbia, Room F 503, 4500 Oak Street, Vancouver, B. C. V6H 3N1.
- Colombie-Britannique, Joint Standing Committee on Rural Issues. 2002. *Rural Programs 02/04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia*. Victoria: Ministry of Health Services et BC Medical Association.
- Colombie-Britannique, Legislative Assembly's Select Standing Committee on Health. 2001. *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*. Victoria: The Legislative Assembly of British Columbia.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. 1993. *New Directions for a Healthy British Columbia*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- . 1996a. *Better Teamwork, Better Care: Putting Services for Patients First*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- . 1996b. Report of the Regionalization of Health Services. Victoria: Office of the Auditor General of British Columbia.
- . 1998. Accountability Framework for British Columbia Health Authorities. Victoria: The Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- . 1999. *Strategic Directions for British Columbia's Health Services System*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health Planning. 2001. *A New Era for Patient-Centered Health Care: Building a Sustainable, Accountable Structure for Delivery of High Quality Patient Services*. Victoria: Ministry of Health Planning.
- . 2002a. *Enhancing Health Services in Remote and Rural Communities of British Columbia: An Update on Former Recommendations*. Victoria: Ministry of Health Planning.

- . 2002b. *The Picture of Health: How We Are Modernizing British Columbia's Health Care System*. Victoria: Ministry of Health Planning.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health Services. 2002. *A New Era Update 2001/02 Annual Report*. Victoria: Ministry of Health Services.
- . 2003. *A New Era Update: 2002/03 Annual Report*. Victoria: Ministry of Health Services.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health Services and Health Planning. 2002. *Standards of Accessibility and Guidelines for Provision of Sustainable Acute Care Services by Health Authorities*. Victoria: Ministry of Health Services and Health Planning.
- Colombie-Britannique, Office of the Auditor General of British Columbia. 1998. *A Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services*. Victoria: Office of the Auditor General of British Columbia.
- Consensus Conference Panel. 2000. « Towards 2001: The Quest for Quality in Perinatal Care »
- Cramer, James C. 1987. « Social Factors and Infant Mortality: Identifying High-Risk Groups and Proximate Causes », *Demography*. 24(3) (Août): 299-322.
- CRPA (Commission royale sur les peuples autochtones). 1996. « À l'aube d'un rapprochement », *Faits saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services.
- Cunningham, F. Gary, Paul C. MacDonald et Norman F. Gant. 1993. *Williams Obstetrics*. 19^e édition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Dahlberg, K., M. Berg et I. Lundgren. 1999. « Commentary: Studying Maternal Experiences of Childbirth », *BIRTH*. 26(4): 215-217.
- Davidson, A. 1999. « British Columbia's Health Reform: 'New Directions' and Accountability », *Revue canadienne d'hygiène publique*. 90 (suppl): S35-S38.
- Denzin, Norman K. 1978. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Deuxième édition. New York: McGraw-Hill.
- Dobbin, Lucy. 1998. *The Dobbin Report*. Victoria: British Columbia Ministry of Health <<http://www.srpc.ca/dobbin.txt>>. Consulté le 27 juin 2004.
- Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Lee Hoinacki (trans). Cambridge: Harvard University Press.

- Enkin, Murray W. 1994. « Risk in Pregnancy: The Reality, the Perception, and the Concept », *BIRTH*. 21(3): 131-134.
- Enkin, Murray et Iain Chalmers. 1982. « Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care », *Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care*. Murray Enkin et Iain Chalmers (éd.). London: Spastics International Medical Publications, p. 266-286.
- Enkin, Murray, M. Keirse, M. Renfrew et J. Neilson. 2000. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Troisième édition. Oxford: Oxford University Press.
- . 1995. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Deuxième édition. Oxford: Oxford University Press.
- Fisher, M., J. F. King et J. F. Rowe. 1986. « Perinatal Mortality in British Columbia: A 10-Year Report », *BC Medical Journal*. 28(8): 563-565.
- Flyvbjerg, Bent. 2001. *Making Social Science Matter: Why Social Inquiry Fails and How It Can Succeed Again*. Steven Sampson (trans). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fontana, A. et J. H. Frey. 2000. « The Interview: from Structured Questions to Negotiated Text », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Frankish, C. James, B. Kwan, P. A. Ratner, J. W. Higgins et C. Larsen. 2002. « Challenges of Citizen Participation in Regional Health Authorities », *Social Science and Medicine*. 54(10): 1471-1480.
- Frankish, C. J. et al. 1999. *Community Participation in Health-System Decision Making: Survey 3 in a Series of Surveys of Health Authorities in British Columbia*. Vancouver: Institute of Health Promotion Research, UBC, 2206 East Mall, Rm. 324, Vancouver (CB) V6T 1Z3.
- Goodman, David C., Elliot S. Fisher, George A. Little, Thérèse A. Chang, Chiang-hua et Kenneth S. Schoendorf. 2002. « The Relation Between the Availability of Neonatal Intensive Care and Neonatal Mortality », *The New England Journal of Medicine*. 346(20): 1538-1544.
- Gregg, Robin. 1993. « ‘Choice’ as a Double-Edged Sword: Information, Guilt and Mother-Blaming in a High-Tech Age », *Women and Health*. 20(3): 53-73.
- Grzybowski, Stefan C. W., Alan S. Cadesky et William E. Hogg. 1991. « Rural Obstetrics: A 5-Year Prospective Study of the Outcomes of All Pregnancies in a Remote Northern Community », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 144(8): 987-994.

- Grzybowski, Stefan *et al.* (en préparation). « Rural Maternity Care: Access to Services and Birth Outcomes ». En préparation avant l'envoi pour publication. Financé par le Telethon Foundation du Children's and Women's Health Centre of British Columbia.
- Haley, Lynn. 1999. « Health-Care Regionalization Update: Regionalization: Closer to Home or Farther from Care? » <<http://www.medicalpost.com>>. Consulté le 11 avril 2003.
- Hall, Philip F. 1994. « Rethinking Risk », *Le Médecin de famille canadien*. 40 (Juillet): 1239-1244.
- Handwerker, Lisa. 1994. « Medical Risk: Implicating Poor Pregnant Women », *Social Science and Medicine*. 38(5): 665-675.
- Hein, Herman A. 1977. « Regionalization of Perinatal Care in Rural Areas Based on the Iowa Experience », *Seminars in Perinatology*. 1(3): 241-254.
- . 1980. « Evaluation of a Rural Perinatal Care System », *Pediatrics*. 66(4): 540-546.
- Heller, G., D. K. Richardson, R. Schnell, B. Misselwitz, W. Kunzel et S. Schmidt. 2002. « Are We Regionalized Enough? Early Neonatal Deaths in Low-Risk Births by the Size of Delivery Units in Hesse, Germany, 1990-1999 », *International Journal of Epidemiology*. 31(5): 1069-1070.
- Hemminki, Elina. 1985. « Perinatal Mortality Distributed by Type of Hospital in the Central Hospital District of Helsinki, Finland », *Scandinavian Journal of the Sociology of Medicine*. 13: 113-118.
- Hogg, William E. et Ned Calonge. 1988. « Topics for Family Medicine Research in Obstetrics: The Effects of Obstetric Manpower Trends on Neonatal Mortality Rates », *Le Médecin de famille canadien*. 34. Septembre: 1943-1946.
- Hogg, William et Jacques Lemelin. 1986. « The Case for Small Rural Hospital Obstetrics », *Le Médecin de famille canadien*. 32 Octobre: 2135-2139.
- Hutchinson, Brian G. et Ruth Milner. 1994. « Reliability of the Guide to Pregnancy Risk Grading of the Ontario Antenatal Record in Assessing Obstetric Risk », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 150(12): 1983-1987.
- Hutten-Czapski, Peter A. 1999. « Decline of Obstetrical Services in Northern Ontario », *Journal canadien de la médecine rurale*. 4(2): 72-76.
- . 2002. *Rural Health Care - The Chasm Not Crossed*. Sudbury: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

- ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2000. *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- . 2004. *Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.
- Iglesias, Stuart et Peter Hutten-Czapski. 1999. « Déclaration conjointe de principes sur la formation des praticiens pour les soins maternels avancés et les césariennes », *Journal canadien de la médecine rurale*. 4(4): 209-216.
- Iglesias, Stuart, S. Grzybowski, M. C. Klein, G. P. Gagné et A. Lalonde. 1998. « Obstétrique rurale. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural », *Journal canadien de la médecine rurale*. 3(2): 75-85.
- Iglesias, Stuart, Jill Strachan, Gary Ko et Linda C. Jones. 1999. « Advanced Skills by Canada's Rural Physicians », *Journal canadien de la médecine rurale*. 4(4): 227-231.
- James, Amanda M. 1999. « Closing Rural Hospitals in Saskatchewan: On the Road to Wellness? », *Social Science and Medicine*. 49(8): 1021-1034.
- Janesick, Valerie J. 2000. « The Choreography of Qualitative Research Design: Minuets, Improvisation, and Crystallization », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 379-399.
- Kirby, M. 2002. *La santé des Canadiens -- Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final*. Ottawa: Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la Science et de la Technologie.
- Kitzinger, Jenny. 1996. « Introducing Focus Groups », *Qualitative Research in Health Care*. Nicholas Mays et Catherine Pope (éd.). London: BMJ Publishing Group, p. 36-45.
- Kitzinger, Sheila. 2002. « Natural Childbirth: Why Some Women Want It », *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 11: 30-32.
- Klein, Michael. 1986. « The Canadian Family Practice Accoucheur », *Le Médecin de famille canadien*. 32 (Mars): 533-540.
- . 1987. « Perinatal Care in Europe: Lessons to Be Learned », *Le Médecin de famille canadien*. 33 (Février): 261-263.
- Klein, Michael C., Jan Christilaw et Stuart Johnston. 2002a. « Loss of Maternity Care: The Cascade of Unforeseen Dangers », *Journal canadien de la médecine rurale*. 7(2) : 120-121.

- Klein, Michael, C. S. Johnston, J. Christilaw et E. Carty. 2002b. « Les mères, les nouveau-nés et les collectivités. La centralisation des soins de maternité expose les mères et les nouveau-nés à des complications et met en danger la durabilité de la communauté », *Le Médecin de famille canadien*, 48 : 1177-1179.
- Klein, Michael, A. Kelly, A. Spence, J. Kaczorowski et S. Grzybowski. 2002c. « In for the Long Haul: Which Family Physicians Plan to Continue Delivering Babies? », *Le Médecin de famille canadien*, 48: 1216-1222.
- Klein, Michael, A. Spence, J. Kaczorowski, A. Kelly et S. Grzybowski. 2002d. « Does Delivery Volume of Family Physicians Predict Maternal and Newborn Outcome? », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 166(10): 1257-1263.
- Klein, Michael, S. Grzybowski, S. Harris, R. Liston, A. Spence, G. Le, D. Brummendorf, S. Kim et J. Kaczorowski. 2001. « Epidural Analgesia Use as a Marker for Physician Approach to Birth: Implications for Maternal and Newborn Outcomes », *BIRTH*. 28(4): 243-248.
- Kornelsen, Jude. 2003. *Solving the Maternity Care Crisis*. B. C. Centre of Excellence for Women's Health Policy Series. Leslie Grant Timmins (éd. séries.) et Ann Pederson (éd. en chef). Vancouver: B. C. Centre of Excellence for Women's Health.
- Krueger, Richard A. 1994. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lalonde, André B. 1998. « Safe Motherhood: Can We Make a Difference? », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 158(7): 889-891.
- Lambrew, Jeanne M. et Thomas C. Ricketts. 1993. « Patterns of Obstetrical Care in Single-Hospital, Rural Counties », *Medical Care*. 31(9): 822-833.
- Larimore, Walter L. et Alan Davis. 1995. « Relation of Infant Mortality to the Availability of Maternity Care in Rural Florida », *Journal of the American Board of Family Practice*. 8(5): 392-399.
- Larsen Soles, Trina. 2001. « Physician Numbers in Rural British Columbia », *Journal canadien de la médecine rurale*. 6(1): 24-30.
- Larson, Eric H., L. Gary Hart et Roger A. Rosenblatt. 1992. « Rural Residence and Poor Birth Outcome in Washington State », *Journal of Rural Health*. 8: 162-170.
- . 1997. « Is Non-Metropolitan Residence a Risk Factor for Poor Birth Outcome in the US? » *Social Science and Medicine*. 45(2): 171-188.

- Leeman, Lawrence et Rebecca Leeman. 2002. « Do All Hospitals Need Caesarean Delivery Capability? An Outcomes Study of Maternity Care in a Rural Hospital Without On-Site Caesarean Capability », *Journal of Family Practice*. 51(2): 129-135.
- LeFevre, Michael, Harold A. Williamson et Melvin Hector. 1989. « Obstetric Risk Assessment in Rural Practice », *The Journal of Family Practice*. 28(6): 691-696.
- Lemelin, Jacques. 1986. « Referral Pattern and Rate of Intervention in a Small Rural Obstetrical Practice », *Le Médecin de famille canadien*. 32: 2141-2146.
- Levitt, C., L. Hanvey, D. Avar, G. Chance et J. Kaczorowski. 1995. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*. Ottawa: Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile.
- Lewis, Steven J., D. Khouri, L. A. Estabrooks, H. Dickinson, J. J. Dutchak, J. I. Williams, C. Mustard et J. Hurley. 2001. « Devolution to Democratic Health Authorities in Saskatchewan: an Interim Report », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 164(3): 343-347.
- Lomas, Jonathan. 2001. « Past Concerns and Future Roles for Regional Health Boards », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 164(3): 356-357.
- Lomas, Jonathan, J. Woods et Gerry Veenstra. 1997. « Developing Authority for Health Care in Canada's Provinces: I. Overview and Introduction to the Issues », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 156(3): 371-377.
- Lupton, Deborah. 1993. « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health », *International Journal of Health Services*. 23(3): 425-435.
- Lynch, Nancy *et al.* « Does Caesarean Section Capability Make a Difference to a Small Rural Maternity Service? » Inédit.
- Macaulay, A. C., L. E. Commanda, W. L. Freeman, N. Gibson, M. L. McCabe, C. M. Robbins et P. L. Twohig. 1998. « Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care. A Policy Statement for the North American Primary Care Research Group » <www.naprcg.org/exec.html>. Consulté en juin 2004.
- Mann, O. H. et L. L. Albers. 1997. « Informed Consent for Epidural Analgesia in Labour », *Journal of Nurse Midwifery*. 42(5): 389-392.
- McClain, Carol Shepherd. 1983. « Perceived Risk and Choice of Childbirth Service », *Social Science and Medicine*. 17(23): 1857-1865.
- McCormick, Marie C. 1981. « The Regionalization of Perinatal Care », *American Journal of Public Health*. 71(6): 571-572.

- McLaughlin, Fay, I. D. Rusen et Shi Liang Liu. 1999. « Prématurité » <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rrhs-ssg/factshts/pterm_f.html>. Consulté le 25 mai 1999.
- McNamara-Paetz, Linette. 1996. « Can Regionalization Live Up to Its Economic Reputation? », *Health Law Review*. 4(3): 2-8.
- Melender, H-L et S. Lauri. 2002. « Experiences of Security Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of Pregnant Women », *International Journal of Nursing Practice*. 8(6): 289.
- Midmer, Deana, Janet Bryanton et Rona Brown. 2004. « Assessing Antenatal Psychosocial Health. Randomized Controlled Trial of Two Versions of the ALPHA Form », *Le Médecin de famille canadien*. 50 (Janvier): 80-87.
- Midmer, Deana, J. Carroll, J. Bryanton et D. Stewart. 2002. « From Research to Application: The Development of an Antenatal Psychosocial Health Assessment Tool », *Revue canadienne de santé publique*. 96(4): 291-296.
- Mishler, E. G. 1986. *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morse, Janice M. (éd.). 1992. *Qualitative Health Research: Challenges for the 21st Century*. Newberry Park: Sage Publications.
- Moster, Dag, Rolv Terje Lie et Trond Markestad. 2001. « Neonatal Mortality Rates in Communities with Small Maternity Units Compared with Those Having Larger Maternity Units », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 108: 904-909.
- NAPCRG (North American Primary Care Research Group). 1998. « Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care ». Réunion annuelle des membres, 4-7 novembre 1998, Montréal. <<http://napcrg.org/exec.html>>. Consulté le 21 février 2005.
- Nault, Francois. 1997. « Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995 », *Rapports sur la santé*. 9(3): 39-46.
- Nesbitt, Thomas S. 1989. « Commentary » *The Journal of Family Practice*. 28(6): 695-696.
- . 1996. « Rural Maternity Care: New Models of Access » *BIRTH*. 23(3): 161-165.
- Nesbitt, Thomas S., F. A. Connell, L. G. Hart et R. A. Rosenblatt. 1990. « Access to Obstetric Care in Rural Areas: Effect on Birth Outcomes », *The American Journal of Public Health*. 80(7): 814-819.

- Nesbitt, Thomas S., E. H. Larson, R. A. Rosenblatt et L. G. Hart. 1997. « Access to Maternity Care in Rural Washington: Its Effect on Neonatal Outcomes and Resource Use », *American Journal of Public Health*. 87(1): 85-90.
- Nolan, Mary. 2002. « The Consumer View », *Clinical Risk Management in Midwifery: The Right to a Perfect Baby?* Jo H. Wilson et Andrew Symon (éd.). Oxford: Books for Midwives, p. 124-137.
- Oakley, Ann. 1992. *Social Support and Motherhood*. Oxford: Blackwell.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 1978. *Risk Approach for Maternal and Child Health Care: A Managerial Strategy to Improve the Coverage and Quality of Maternal and Child Health/Family Planning Services Based on the Measurement of Individual and Community Risk*. WHO Offset Publication n° 39. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Page, Lesley Ann. 1993. « Midwives Hear the Heartbeat of the Future (Keynote Address) », *Proceedings from the International Confederation of Midwives 23rd International Congress in Vancouver, Canada*. International Confederation of Midwives, p. 1477-1489.
- Paling, John. 2003. « Strategies to Help Patients Understand Risks », *British Medical Journal*. 327(27) (Septembre): 745-748.
- Peddle, Leo J., H. Brown, J. Buckley, W. Dixon, J. Kaye, M. Muise, E. Rees, W. Woodhams et C. Young. 1983. « Voluntary Regionalization and Associated Trends in Perinatal Care: the Nova Scotia Reproductive Care Program », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 145(2): 170-176.
- Perelman, R. et P. M. Farrell. 1978. « The Impact of Perinatal Intensive Care and Regionalization in Wisconsin » *Wisconsin Medical Journal*. 77(3): 35-36.
- Pope, Catherine et Nick Mays. 1996. « Qualitative Methods in Health and Health Services Research », *Qualitative Research in Health Care*. Nicholas Mays et Catherine Pope (éd). London: BMJ Publishing Group.
- Priest, G. nd. « Discussion Paper: Providing Data on Aboriginal Persons in the *Constitution Act* ». Inédit. Ottawa: Statistique Canada.
- Rayfield, J. R. 1972. « What Is a Story? », *American Anthropologist*. 74: 1084-1106.
- Raymond. J. 1979. *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. Boston: Boston Press.
- Reid, Anthony J., A. Biringer, J. D. Carroll, D. Midmer, L. M. Wilson, B. Chalmers et D. E. Stewart. 1998. « Using the ALPHA Form in Practice to Assess Antenatal Psychosocial Health », *Journal de l'Association médicale canadienne*. 159(6): 677-684.

- Reid, Tony, Inese Grava-Gubins and June C. Carroll. 2002. « Maternity Care Report: Janus Project: Family Physicians Meeting the Needs of Tomorrow's Society », *Le Médecin de famille canadien*. 48 July: 1225-1226.
- Richardson, Laurel. 2000. « Writing: a Method of Inquiry », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 923-948.
- Rock, S. M. et L. A. Straub. 1994. « Birth Outcomes to Rural Illinois Residents: Is There a Crisis? », *Journal of Rural Health*. 10: 122-130.
- Romanow, Roy J. 2002. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada -- Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Bibliothèque nationale du Canada, n° au cat. CP32-85/2002E-IN.
- Rosenblatt, Roger A. et B. Detering. 1988. « Changing Patterns of Obstetric Practice in Washington State: The Impact of Tort Reform », *Family Medicine*, 20(2): 101-107.
- Rosenblatt, Roger A. et C. L. Wright. 1987. « Rising Malpractice Premiums and Obstetric Practice Patterns. The Impact on Family Physicians in Washington State », *Western Journal of Medicine*. 146(2): 246-248.
- Rosenblatt, Roger A., Judith Reinken et Phil Shoemack. 1985. « Is Obstetrics Safe in Small Hospitals? Evidence from New Zealand's Regionalised Perinatal System », *The Lancet*, août 24: 429-432.
- Rourke, James T. B. 1998. « Trends in Small Hospital Obstetric Services in Ontario », *Le Médecin de famille canadien*. 44 (Octobre): 2117-2124.
- Rourke, James T. B., J. H. Goertzen, G. Goldsand, S. N. Hatcher, P. W. H. Humphries, S. J. Iglesias, S. Mackinnon, L. Morin, S-L. Newberry, C. O'Maonaigh, P. Rainsberry, J. Tepper, C. Ehiteside, M. E. Whittaker et Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice. 2000. « Rural Patient Stories/Rural Physician Management Narratives », *Journal canadien de la médecine rurale*. 5(1): 21.
- Ryan, George M. Jr. 1977. « Regional Planning for Maternal and Perinatal Health Services », *Seminars in Perinatology*. 1(3): 255-266.
- Sackett, David L., William M. C. Rosenberg, J. A. Muir Gray, R. Brian Haynes et W. Scott Richardson. 1996. « Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't », *British Medical Journal*. 312(13) (Janvier): 71-72.
- Saxell, Lee. 2000. « Risk: Theoretical or Actual », *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Lesley Ann Page et Patricia Percival (éd.). Edinburgh: Churchill Livingstone, p. 87-104.

- Simpson, Kathleen Rice et G. Eric Knox. 2003. « Common Areas of Litigation Related to Care During Labor and Birth: Recommendations to Promote Patient Safety and Decrease Risk Exposure », *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 17(2): 110-125.
- Société de la médecine rurale du Canada, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et Le Collège des médecins de famille du Canada. 2002. « Nombre de naissances nécessaire pour le maintien de la compétence », *Journal canadien de la médecine rurale*. 7(2): 84-85.
- Stahl, Katja et Vanora Hundley. 2003. « Risk and Risk Assessment in Pregnancy - Do We Scare Because We Care? » *Midwifery*. 19: 298-309.
- Sterk, Claire E. et Kirk W. Elifson. 2004. « Qualitative Methods in Community-Based Research », *Community-Based Health Research: Issues and Methods*. Daniel S. Blumenthal et Ralph J. DiClemente (éd.). New York: Springer Publishing Company.
- Stretch, N. C. et C. A. Knight. 2002. « Community Obstetrics: A New Look at Group Obstetrical Care in Rural Communities », *Journal canadien de la médecine rurale*. 7(3): 183-190.
- Sutherns, Rebecca et Ivy Lynn Bourgeault. 2003. « Les difficultés d'accès à l'information concernant les soins de maternité dans les régions rurales canadiens », *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*. 5/6(4/1).
- Tarkka, M-T et M. Paunonen. 1996. « Social Support and Its Impact on Mothers' Experiences of Childbirth », *Journal of Advanced Nursing*. 23: 70-75.
- Thommasen, Harvey V., J. Berkowitz et Stefan C. W. Grzybowski. 2000. « Community Factors Associated with Long-Term Physician Retention », *British Columbia Medical Journal*. 42(9): 426-429.
- Thommasen, Harvey V., M. P. van der Weyde, A. C. Micholas, B. D. Zumbo et C. A. Hagan. 2001. « Mental Health, Job Satisfaction, and Intention to Relocate: Opinions of Physicians in Rural British Columbia », *Le Médecin de famille canadien*. 47 Avril: 737-744.
- Veenstraa, Gerry et Jonathan Lomas. 1999. « Home Is Where the Governing Is: Social Capital and Regional Health Governance », *Health and Place*. 5(1): 1-12.
- Viisainen, Kirsi. 2000. « The Moral Dangers of Home Births: Parents' Perceptions of Risks in Home Birth in Finland », *Sociology of Health and Illness*. 22(6): 792-814.
- Viisainen, Kirsi, Mika Gissler et Elina Hemminki. 1994. « Birth Outcomes by Level of Obstetric Care in Finland: A Catchment Area Based Analysis », *Journal of Epidemiological Community Health*. 48(4): 400-405.

- Walsh, Denis. 2003. « Risk Management Is Not Objective », *British Journal of Midwifery*. 11(8): 474.
- Weitzman, Eben A. 2000. « Software and Qualitative Research », *Handbook of Qualitative Research*. Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (éd.). Deuxième édition. Thousand Oaks, CA: Sage, p. 803-820.
- Whitney, Simon N., Amy L. McGuire et Laurence B. McCullough. 2004. « A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent », *Annals of Internal Medicine*. 140(1): 54-60.
- Wieggers, T. A. 2003. « General Practitioners and Their Role in Maternity Care », *Health Policy*. 1(9).
- Woollard, L. A. et R. B. Hays. 1993. « Rural Obstetrics in New South Wales », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 33(3): 240-242.
- Yeast, John D., M. Poskin, J. W. Stockbauer et S. Shaffer. 1998. « Changing Patterns in Regionalization of Perinatal Care and the Impact on Neonatal Mortality », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 178(1): 131-135.
- Younger-Lewis, Catherine. 1988. « Should We Stop Doing Obstetrics? », *Le Médecin de famille canadien*. 34 Mai: 1024.
- Zadoroznyj, Maria. 2001. « Birth and the 'Reflexive Consumer': Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters », *Journal of Sociology*. 37(2): 117-139.

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

¹ La mention du premier auteur est le résultat d'un choix arbitraire, car les deux auteurs principaux ont participé à parts égales et d'une manière concertée à la conception et à la réalisation de l'étude, ainsi qu'à l'analyse et à la présentation de ses résultats.

² À l'heure actuelle, M^{me} Kornelsen est affectée principalement au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique.

³ Selon Grzybowski *et al.* (1991) et Lemelin (1986), le taux de mortalité périnatale peut offrir une mesure significative pour les études sur de vastes populations, mais ce n'est pas un paramètre statistiquement valable pour l'étude de petites populations; ce paramètre est donc moins utile pour l'évaluation d'un seul petit service d'obstétrique.

⁴ Également désignée la Commission Seaton.

⁵ Il ne faut pas confondre la régionalisation, au sens de la présente étude, avec le système régionalisé de soins périnataux qui a été décrit au chapitre 3 et qui consiste à offrir différents niveaux de soins dans différents établissements (Peddle *et al.*, 1983; Nesbitt, 1996).

⁶ La PHSA incluait à ses débuts le B. C. Children's and Women's Health Centre, le B. C. Cancer Agency, la B. C. Transplant Society, le B. C. Centre for Disease Control, le Riverview Hospital et le Forensic Psychiatric Hospital (B. C. Ministry of Health Planning 2001). Le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique a conservé l'autorité sanitaire Nisga'a, créée en 1984, en qualité d'organisme indépendant, et celle-ci continue d'agir comme organisme distinct, mais parallèle. Aussi est-il techniquement exact de dire qu'il y a au total sept autorités sanitaires en Colombie-Britannique.

⁷ North Island comprend 16 petites villes situées à l'extrémité nord de l'île de Vancouver (Colombie-Britannique). Alert Bay, Port Hardy et Port McNeill sont les trois villes de North Island qui, jusqu'en mai 2003, offraient des services locaux d'obstétrique. Toutes les femmes enceintes qui vivaient sur North Island devaient se rendre à l'une de ces trois villes pour accoucher. Comme Alert Bay est l'un des quatre lieux choisis pour cette étude, lorsque nous parlons de « North Island », nous faisons principalement référence à Port Hardy et à Port McNeill.

⁸ Nos stratégies de recrutement n'étaient pas axées spécifiquement sur la race. En raison de la composition des populations dans les lieux choisis pour notre étude, le profil racial des participantes variait. Durant notre analyse des données, nous avons constaté que les femmes autochtones et les femmes des Premières nations avaient soulevé des points et des difficultés particuliers, que n'avaient pas mentionnés les autres femmes.

⁹ La technique de recrutement basée sur l'effet boule de neige consiste à faire appel à des témoins clés et à des personnes régulièrement interviewées pour recruter d'autres participantes et participants à un projet de recherche.

¹⁰ Toutes les participantes ont accepté l'indemnité offerte, à l'exception d'une femme qui l'a refusée et qui a insisté pour que nous utilisions cette somme de 35 \$ pour créer un fonds visant à améliorer les soins de maternité pour les femmes et les familles vivant en milieu rural.

¹¹ La cohérence, selon la définition d'Agar et Hobbs (1982: 285, cité dans Mishler, 1986), fait référence aux relations structurelles entre divers segments du discours. En d'autres mots, cela signifie parler « d'un même sujet ». Hobbs note que la détermination de la cohérence est un processus essentiellement intuitif qui est parfois défini de façon négative (par la reconnaissance de l'absence de cohérence) (Hobbs, 1987: 285, cité dans Mishler, 1986). Outre la classification de la cohérence, la cohérence globale (c. -à-d. l'adéquation entre un énoncé particulier et le plan global du locuteur), ainsi que la cohérence thématique (c. -à-d. la manière dont un énoncé traduit les hypothèses, les croyances et les objectifs récurrents du locuteur), ont guidé notre analyse des récits des participantes et des participants (Hobbs, 1987: 285 cité dans Mishler, 1986).

¹² Le logiciel QSR NU*DIST améliore la cohérence et la rapidité de l'analyse, en veillant à la saisie de toutes les instances des mots-clés ou des codes. Il facilite également les recherches et les tris multiples, des fonctions dont le coût aurait été prohibitif s'il avait fallu les faire manuellement. L'utilisation de ce programme nous a également permis de consolider les données, et ainsi de comparer et de juxtaposer des données extraites de notes prises sur le terrain, d'entrevues, de codes, de commentaires et autres remarques pertinentes (Weitzman, 2000). Certaines précautions ont été prises dans l'utilisation du logiciel QSR NU*DIST afin que, malgré la facilité d'accès aux mots et aux codes, nous obtenions une interprétation claire et approfondie des transcriptions globales et que nous évitions de faire une analyse privée de son contexte en nous concentrant ainsi sur les plus petites unités de l'analyse.

¹³ Selon les renseignements obtenus, deux années de pratique active sont nécessaires pour la délivrance d'un permis; une fois cette exigence satisfaite, le maintien de la pratique active exige que la sage-femme assiste à 60 accouchements par année, dont 40 à titre de sage-femme principale (20 pouvant être à titre d'assistante).

¹⁴ Depuis 2001, l'Université de la Colombie-Britannique offre un programme de baccalauréat de quatre ans. Il s'agit toutefois d'un programme fortement contingenté, qui n'accepte que dix candidates par année.

¹⁵ Il n'existe à l'heure actuelle aucun organisme qui régleme les exigences relatives à la pratique ou à l'agrément des monitrices de cours prénatals; cependant, les Perinatal Education Guidelines élaborées durant les années 1990 indiquent que ces personnes devraient avoir suivi un cours.

¹⁶ De nombreuses collectivités rurales, privées d'un accès local à des services pratiquant de césariennes, ont établi des recommandations et des politiques visant à dissuader les femmes d'accoucher localement. Ces recommandations s'appuient sur des données selon lesquelles les femmes nullipares doivent plus souvent être transférées que les multipares, pour subir une césarienne lorsque le travail ne progresse pas (Consensus Conference Panel, 2000).

¹⁷ La vérification auprès des membres consiste à présenter les conclusions préliminaires d'une étude aux participantes et participants, en vue d'obtenir leurs commentaires et d'intégrer ensuite ces commentaires, s'il y a lieu, aux conclusions de l'étude. Ce processus permet de brosser un portrait plus fidèle et plus complet du phénomène étudié (Altheide et Johnson, 1994).

¹⁸ Cette recommandation s'appuie sur les initiatives qui s'inscrivent dans le cadre du B. C. Reproductive Care Program, notamment les programmes *Women's Advanced Maternity Fellowship for Rural Practitioners* et *Perinatal Nursing Competency Collaborative Partnership*, et qui ont pour but d'appuyer les praticiens qui offrent des soins de maternité dans des collectivités rurales et de petites collectivités urbaines de la Colombie-Britannique.

**Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques de
Condition féminine Canada**

**Appel de propositions La restructuration économique du Canada rural :
répercussions des politiques publiques sur les femmes des régions rurales ***

Un projet national de recherche pour examiner l'incidence de la restructuration sur la santé des femmes dans les régions rurales, éloignées et nordiques : questions stratégiques, options et application des connaissances

Ivy Lynn Bourgeault, Christine Dallaire, Lorraine Greaves, Barb Neis et Rebecca Sutherns

Soins de longue durée : les effets du système de classification des cas sur les soignantes dans les établissements ruraux

Belinda Leach et Bonnie C. Hallman

Les soins de maternité en milieu rural : Expériences des femmes et répercussions sur les politiques et la pratique

Jude Kornelson et Stefan Grzybowski avec Michael Anhorn, Elizabeth Cooper, Lindsey Galvin, Ann Pederson et Lana Sullivan

La politique agricole canadienne : une analyse comparative entre les sexes

Carla Roppel, Annette Aurélie Desmarais et Diane Martz

National Farmer's Union

Muettes et invisibles : les femmes des régions rurales dans l'industrie forestière et l'agroalimentaire au Canada

Diane Martz, Maureen Reed, Ingrid Brueckner et Suzanne Mills

La politique gouvernementale et la participation des femmes des régions rurales de la Nouvelle-Écosse à la nouvelle économie

Ann Manicom, Janet Rhymes, Nan Armour et Doreen Parsons

Women's Economic Equality (WEE), en partenariat avec le projet Hypatia

* Certains de ces documents sont encore en voie d'élaboration; leurs titres ne sont donc pas nécessairement définitifs