



Rapport sur la santé périnatale au Canada

2003

Systeme canadien
de surveillance
Périnatale

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Des exemplaires du présent rapport sont disponibles auprès de la :

Section de la santé maternelle et infantile
Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie
Centre du développement humain en santé
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
Édifice Jeanne-Mance n° 19
10^e étage, LA 1910C
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 941-2395

Fax : (613) 941-9927

Cette publication est également disponible en version électronique sur Internet
à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index.html>

Also available in English under the title:
Canadian Perinatal Health Report, 2003

Modèle proposé pour citer le document : Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale
au Canada, 2003. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux
Canada, 2003

Publication autorisée par le ministre de la Santé

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003
N° H49-142/2003F au catalogue
ISBN 0-662-75315-1



Table des matières

Liste des figures et des tableaux	v
Remerciements	xi
Collaborateurs	xiii
Membres du comité directeur et des groupes d'étude du système canadien de surveillance périnatale (2003)	xv
Introduction	xix
La santé périnatale au Canada — Un aperçu	xxv

Section A : Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

1. Comportements et habitudes

Taux de tabagisme maternel durant la grossesse	3
Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse	6
Taux d'allaitement maternel	9
Taux de sous-scolarisation de la mère	13
Taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes	17
Taux de naissances vivantes chez les mères plus âgées	22

2. Services de santé

Taux de déclenchement du travail	29
Taux d'accouchement par césarienne	32
Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale	36
Taux de traumatisme périnéal	40
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement	43
Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance	47

Section B : Répercussions sur la santé maternelle, fœtale et infantile

3. Répercussions sur la santé maternelle

Ratio de mortalité maternelle	53
Ratio de morbidité maternelle grave	58
Ratio d'avortement provoqué	61
Taux de grossesse ectopique	65
Taux de réadmission de la mère après son congé	68



4. Répercussions sur la santé fœtale et infantile

Taux de prématurité	73
Taux de postmaturité	77
Taux d'hypotrophie néonatale	80
Taux d'hypertrophie néonatale	83
Taux de mortalité fœtale	86
Taux de mortalité infantile et causes de décès	89
Taux de morbidité néonatale grave	94
Taux d'accouchement multiple	97
Prévalence des anomalies congénitales	100
Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital	104

Bibliographie	107
----------------------------	-----

Section C : Annexes

Annexe A : Sources de données et méthodes	121
Annexe B : Liste des indicateurs de la santé périnatale	139
Annexe C : Liste des acronymes et des abréviations	143
Annexe D : Composantes de la mortalité fœto-infantile	145
Annexe E : Tableaux de données accompagnant <i>La santé périnatale au Canada — Un aperçu</i>	147
Annexe F : Tableaux de données pour les figures présentées dans le rapport	157
Annexe G : Statistiques de l'état civil de l'Ontario	215
Annexe H : Publications du Système canadien de surveillance périnatale	229



Liste des figures et des tableaux



Figures

- Figure 1 Taux bruts de mortalité infantile (TMI) dans une cohorte de naissance et taux de mortalité infantile chez les enfants nés vivants pesant 1 000 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-1999 xxviii
- Figure 2 Taux de mortalité infantile (TMI) dans une cohorte de naissance chez les enfants nés vivants pesant 1 000 g ou plus à la naissance, par province/territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1997-1999 xxix
- Figure 3A Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance chez les enfants seuls pesant 500 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999 xxx
- Figure 3B Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance chez les jumeaux pesant 500 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999 xxxi
- Figure 3C Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance chez les triplés pesant 500 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999 xxxi
- Figure 4A Taux de mortinatalité selon les causes dans les naissances d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999 xxxii
- Figure 4B Taux de mortinatalité selon les causes dans les naissances de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999 xxxiii
- Figure 5A Taux de mortalité infantile selon la cause dans les naissances vivantes d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999 xxxiv
- Figure 5B Taux de mortalité infantile selon la cause dans les naissances vivantes de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999 xxxv
- Figure 6A Taux de natalité selon l'âge dans les naissances d'enfants seuls, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 et 1996-1999 xxxvii



Liste des figures et des tableaux

Figure 6B	Taux de natalité selon l'âge dans les naissances de jumeaux, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 et 1996-1999	xxxviii
Figure 6C	Taux de natalité selon l'âge dans les naissances de triplés, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 et 1996-1999	xxxviii
Figure 7A	Baisse, en pourcentage, de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et de la mortalité périnatale dans les naissances d'enfants seul selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 par rapport à 1996-1998	xxxix
Figure 7B	Baisse, en pourcentage, de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et de la mortalité périnatale dans les naissances de jumeaux, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 par rapport à 1996-1998	xl
Figure 1.1	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	4
Figure 1.2	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	5
Figure 1.3	Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	7
Figure 1.4	Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	7
Figure 1.5	Taux d'allaitement maternel, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	10
Figure 1.6	Durée de l'allaitement maternel, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	10
Figure 1.7	Taux d'allaitement maternel, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	11
Figure 1.8	Durée de l'allaitement maternel, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	11
Figure 1.9	Taux de scolarisation de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	14
Figure 1.10	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	14
Figure 1.11	Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	15



Liste des figures et des tableaux

Figure 1.12	Taux d'allaitement maternel, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	15
Figure 1.13	Durée de l'allaitement maternel, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.....	16
Figure 1.14	Taux de naissances vivantes selon l'âge, filles de 14 ans ou moins, de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	18
Figure 1.15	Taux de naissances vivantes selon l'âge, filles de 19 ans ou moins, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	19
Figure 1.16	Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000.....	20
Figure 1.17	Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes de 19 ans ou moins, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	21
Figure 1.18	Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 30 à 39 ans, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000.....	23
Figure 1.19	Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 40 ans ou plus, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000.....	23
Figure 1.20	Taux de naissances vivantes, femmes de 30 ans ou plus, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	24
Figure 1.21	Proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000.....	25
Figure 1.22	Proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	26
Figure 2.1	Taux de déclenchement du travail, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	30
Figure 2.2	Taux de déclenchement du travail, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	31
Figure 2.3	Taux de césarienne (cés.) primaire, selon l'âge de la mère, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	34
Figure 2.4	Taux d'accouchement par césarienne (cés.), selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	35
Figure 2.5	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	37
Figure 2.6	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	37
Figure 2.7	Taux d'accouchement vaginal par forceps, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	38
Figure 2.8	Taux d'accouchement vaginal par ventouse, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	38



Liste des figures et des tableaux

Figure 2.9	Taux de traumatisme périnéal par épisiotomie et déchirure périnéale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	41
Figure 2.10	Taux d'épisiotomie, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	41
Figure 2.11	Taux de court séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	44
Figure 2.12	Taux de court séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	45
Figure 2.13	Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	48
Figure 2.14	Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	49
Figure 3.1	Ratio de mortalité maternelle (RMM), Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1979-1981 à 1997-1999	54
Figure 3.2	Ratio et taux d'avortement provoqué, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1992-2000	62
Figure 3.3	Ratio et taux d'avortement provoqué, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	63
Figure 3.4	Taux d'avortement provoqué selon l'âge, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	64
Figure 3.5	Taux de grossesse ectopique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001.....	66
Figure 3.6	Taux de grossesse ectopique, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	66
Figure 3.7	Taux de grossesse ectopique, selon l'âge de la mère, Canada, 2000-2001	67
Figure 3.8.	Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, Canada (à l'exclusion du Manitoba), 1991-1992 à 2000-2001	69
Figure 3.9	Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba), données combinées de 1998-1999 à 2000-2001	70
Figure 4.1	Taux de prématurité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000.....	74
Figure 4.2	Taux de prématurité associé aux naissances simples et multiples, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	75
Figure 4.3	Taux de prématurité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	75
Figure 4.4	Taux de postmaturité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	78
Figure 4.5	Taux de postmaturité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	78



Liste des figures et des tableaux

Figure 4.6	Taux d'hypotrophie néonatale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	81
Figure 4.7	Taux d'hypotrophie néonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	81
Figure 4.8	Taux d'hypertrophie néonatale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	84
Figure 4.9	Taux d'hypertrophie néonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	84
Figure 4.10	Taux de mortalité fœtale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	87
Figure 4.11	Taux de mortalité fœtale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	88
Figure 4.12	Taux de mortalité infantile, néonatale et postnéonatale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	90
Figure 4.13	Taux de mortalité infantile, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	90
Figure 4.14	Taux de mortalité néonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	91
Figure 4.15	Taux de mortalité postnéonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	91
Figure 4.16	Causes de mortalité infantile, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999	92
Figure 4.17	Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001.....	95
Figure 4.18	Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	96
Figure 4.19	Taux d'accouchement multiple, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000.....	98
Figure 4.20	Taux d'accouchement multiple, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000.....	98
Figure 4.21	Taux de syndrome de Down (SD), Canada, 1991-1999	101
Figure 4.22	Taux de syndrome de Down (SD), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999.....	101
Figure 4.23	Taux d'anomalies du tube neural (ATN), Canada, 1991-1999.....	102
Figure 4.24	Taux d'anomalies du tube neural (ATN), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999.....	103
Figure 4.25	Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, Canada (à l'exclusion du Manitoba), 1991-1992 à 2000-2001	105
Figure 4.26	Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba), 2000-2001	105
Figure 4.27	Diagnostic principal établi chez les nouveau-nés réadmis, Canada (à l'exclusion du Manitoba), 1991-1992 et 2000-2001	106



Tableaux

Tableau 2.1	Taux d'accouchement par césarienne (cés.) et proportion de femmes ayant déjà eu une césarienne, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	33
Tableau 2.2	Proportion de naissances vivantes qui sont des premières naissances, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	34
Tableau 2.3	Durée moyenne de séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	44
Tableau 2.4	Durée moyenne de séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	46
Tableau 2.5	Durée moyenne de séjour (DS) des nouveau-nés à l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	48
Tableau 2.6	Durée moyenne de séjour (DS) des nouveau-nés à l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	50
Tableau 3.1	Décès maternels directs selon la cause, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1979-1984, 1985-1990, 1991-1996 et 1997-1999	55
Tableau 3.2	Incidence et taux de létalité de l'embolie amniotique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	59
Tableau 3.3	Incidence et taux de létalité de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	60
Tableau 3.4	Pourcentage de réadmissions de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement par diagnostic primaire, selon le type d'accouchement, Canada (à l'exclusion du Manitoba), données combinées de 1998-1999 à 2000-2001	71



Remerciements

Ce projet n'aurait pas été mené à terme sans le dévouement et la collaboration de nombreuses personnes. La Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie tient à remercier les personnes suivantes de leur contribution :

Ora Kendall et Wai Ming Chan, du Programme de développement des données et des échanges, Division de la formation et application en santé publique, Santé Canada, qui ont veillé à la collecte et au maintien de la plupart des données de l'état civil et des données concernant les hôpitaux utilisées dans ce rapport;

les registraires des données civiles des provinces et des territoires qui nous ont gracieusement fourni, par l'entremise de Statistique Canada, des données provinciales et territoriales sur les naissances, les mortinaissances et les décès;

Michel Pageau, Marc Ferland et Louis Rochette, de la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, qui nous ont fourni les données sur les congés des patients du Québec. Nous sommes également redevables à MM. Pageau et Ferland qui ont collaboré à la révision de la version française du document, *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*;

Deborah Malazdrewicz et Penny Brown, du groupe affecté à la gestion de l'information en santé du ministère de la Santé du Manitoba, qui nous ont procuré les données sur les congés des patients dans cette province;

Megan Rogers, de l'Unité de recherche sur la santé de la population de l'Université Dalhousie, qui nous a donné accès aux données sur les congés des patients en Nouvelle-Écosse;

Eleanor Paulson et ses collègues de la Section des publications scientifiques et services multimédias, à Santé Canada;

Allium Consulting Group Inc. et Paraphrase rédaction et communication inc. pour leur précieux apport au niveau de la révision et de la correction des versions anglaise et française du document.

Enfin, nous adressons tous nos remerciements aux auteurs, rédacteurs et membres du comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) et des groupes d'étude de leur constant dévouement apporté aux travaux du SCSP.



Collaborateurs

Auteurs

Sharon Bartholomew, MHSc
Jennifer Crain
Susie Dzakpasu, MHSc
Ruth Kohut, RN, MSc
Shiliang Liu, MB, PhD
I.D. Rusen, MD, MSc, FRCPC
Shi Wu Wen, MB, PhD

Rédacteurs-réviseurs

Susie Dzakpasu, MHSc
K.S. Joseph, MD, PhD
Catherine McCourt, MD, MHA,
FRCPC
Hajnal Molnar-Szakács, MD, MSc
Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC

Adjoints à la recherche

Jean-François Cayer
Jennifer Crain
Ling Huang, MD, MSc
Louie Macleod
Kathleen Moss, MA
Jocelyn Rouleau
Martine Tardif
Barbara Xiao, MSc

Soutien administratif

Ernesto Delgado

Graphisme et mise en page

Gina Marin



Membres du comité directeur et des groupes d'étude du Système canadien de surveillance périnatale (2003)

Président

Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Professeur de pédiatrie et de sciences
de la santé communautaire
Université de Calgary
Calgary (Alberta)
Chercheur invité à Santé Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI, GEEM, GESM

Représentants

Alexander Allen, MD, FRCPC
Partenariat des programmes périnataux
du Canada
Halifax (Nouvelle-Écosse)
CD, GESFI (coprésident)

Madeline Boscoe, RN
Réseau pour la santé des femmes
Winnipeg (Manitoba)
CD, GEEM

Jane Evans, PhD, FCCMG
Collège canadien de généticiens
médicaux
Winnipeg (Manitoba)
CD, GESFI

Nonie Fraser-Lee, MHSA
Association canadienne de santé
publique
Edmonton (Alberta)
CD, GESFI, GEEM

Karen Fung Kee Fung, MD
Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI

Vania Jimenez, MDCM, CCFP, FCFP
Collège des médecins de famille du
Canada
Montréal (Québec)
CD, GEEM

Nizar Ladak, MEd
Institut canadien d'information sur
la santé
Toronto (Ontario)
CD

Shoo K Lee, PhD, MBBS, FRCPC
Société canadienne de pédiatrie
Vancouver (Colombie-Britannique)
CD, GESFI

Miriam Levitt, PhD
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)
CD, GEEM

Robert Liston, MB, ChB, FRCSC,
FRCOG
Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)
CD, GESFI, GESM (coprésident)



Jennifer Medves, RN, PhD
Association des infirmières et
infirmiers du Canada
Association of Women's Health,
Obstetric and Neonatal Nurses
Canada
Kingston (Ontario)
CD, GESFI

Beverley O'Brien, RM, DNSc
Canadian Association of Midwives
Edmonton (Alberta)
CD, GESFI, GEEM

Experts à titre individuel

Thomas F. Baskett, MB, FRCS
Département d'obstétrique et
de gynécologie
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)
GESM

Beverley Chalmers, DSc (Med), PhD
Centre de recherche sur la santé
des femmes
Université de Toronto
Toronto (Ontario)
CD, GEEM (coprésidente)

Kinga David, MHSc
Registres cliniques, Information sur
les services de santé
Institut canadien d'information sur
la santé
Toronto (Ontario)
GESFI, GESM

William Fraser, MD
Département d'obstétrique-gynécologie
Université de Montréal
Hôpital Ste-Justine
Montréal (Québec)
GESM

Maureen Heaman, RN, MN, PhD
Faculté des sciences infirmières
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)
GEEM, GESM

Catherine Royle, RN, MN
Canadian Perinatal Programs
Coalition
Department of Health and
Community Services
St. John's (Terre-Neuve)
CD, GESFI, GEEM

K.S. Joseph, MD, PhD
Unité de recherche en épidémiologie
périnatale
Départements d'obstétrique, de
gynécologie et de pédiatrie
Université Dalhousie et IWK Health
Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)
CD, GESFI, GESM

Janusz Kaczorowski, PhD
Départements de médecine familiale,
d'épidémiologie clinique et de
biostatistique
Université McMaster
Centre for Evaluation of Medicines
St. Joseph's Health Care
Hamilton (Ontario)
GEEM

Robert Kinch, MD
Département d'obstétrique et de
gynécologie
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)
GESM

Michael Kramer, MD
Départements de pédiatrie,
d'épidémiologie et de biostatistique
Université McGill
Faculté de médecine
Montréal (Québec)
SC, FIHSG, MHSG



Cheryl Levitt, MBCh, CCFP, FCFP
Département de médecine familiale
Université McMaster
Hamilton (Ontario)
GEEM

Judith Lumley, MB, PhD
Centre for the Study of Mothers'
and Children's Health
La Trobe University
Carlton, Victoria (Australie)
CD, GESFI, GEEM

Brian McCarthy, MD
Centers for Disease Control and
Prevention
Atlanta (Géorgie)
CD, GESFI

Arne Ohlsson, MD, MSc, FRCPC
Départements de pédiatrie,
d'obstétrique et de gynécologie et
Département des politiques, de la
gestion et de l'évaluation de la santé
Université de Toronto
Toronto (Ontario)
Canadian Cochrane Network and Centre
Université McMaster
Hamilton (Ontario)
CD, GESFI

Robert Platt, PhD
Départements de pédiatrie,
d'épidémiologie et de biostatistique
Université McGill
Faculté de médecine
Montréal (Québec)
GESFI

Janet Smylie, MD, CCFP, MPH
Département de médecine familiale
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI, GEEM

Représentants du gouvernement fédéral

Gary Catlin
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
CD

Margaret Cyr
Recherche sur l'hygiène du travail
et de l'environnement
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
GESFI, GESM

Martha Fair, MSc
Recherche sur l'hygiène du travail
et de l'environnement
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI, GESM

Sharon McMahon, MA
Division des infections acquises dans
la collectivité
Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
GEEM

Nicki Sims-Jones RN, MScN
Division de la santé environnementale
des enfants
Direction générale de la santé
environnementale et de la sécurité
des consommateurs
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
GEEM



Membres du comité directeur et des groupes d'étude du Système canadien de surveillance périnatale (2003)

Christina Stanford, PhD (c)
Division de l'enfance et de
l'adolescence
Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GEEM

Susan Taylor-Clapp, RN, MSc
Information sur la santé et analyse
Direction générale de la santé des
Premières Nations et des Inuits
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
CD, GESFI, GEEM

Russell Wilkins, BA, BEd, MURb
Groupe d'analyse et de mesure de
la santé
Statistique Canada
Département d'épidémiologie et
de médecine communautaire
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)
GESFI

CD — Comité directeur du SCSP
GEEM — Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité
GESFI — Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile
GESM — Groupe d'étude sur la santé maternelle



Introduction

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003* est le troisième rapport de surveillance nationale publié par le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Il s'inscrit ainsi dans le prolongement d'une initiative importante de la Section de la santé maternelle et infantile de Santé Canada. En 1995, la Section et le comité directeur du SCSP ont élaboré le cadre conceptuel du SCSP, défini les indicateurs pertinents de la santé périnatale et les sources de données pertinentes et analysé et interprété les données. En 2000 paraissait le premier *Rapport sur la santé périnatale au Canada*¹. Le second rapport, *Les anomalies congénitales au Canada, Rapport sur la santé périnatale*², a été publié en 2002. Ce troisième compte rendu fait le point sur les indicateurs utilisés dans le cadre du rapport publié en 2000, dégage des tendances temporelles et décrit les différences observées aux niveaux national et provincial/territorial.

En 2000, le SCSP faisait également paraître le document intitulé *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*³. Cet ouvrage, qui contient des éléments d'information détaillés sur les indicateurs utilisés par le SCSP, se veut une source de référence pour les lecteurs du rapport de surveillance nationale et pour les personnes qui s'occupent de recueillir, d'analyser, d'interpréter des données sur la santé périnatale, et d'intervenir à l'échelle provinciale, territoriale ou régionale.

Cadre conceptuel du SCSP

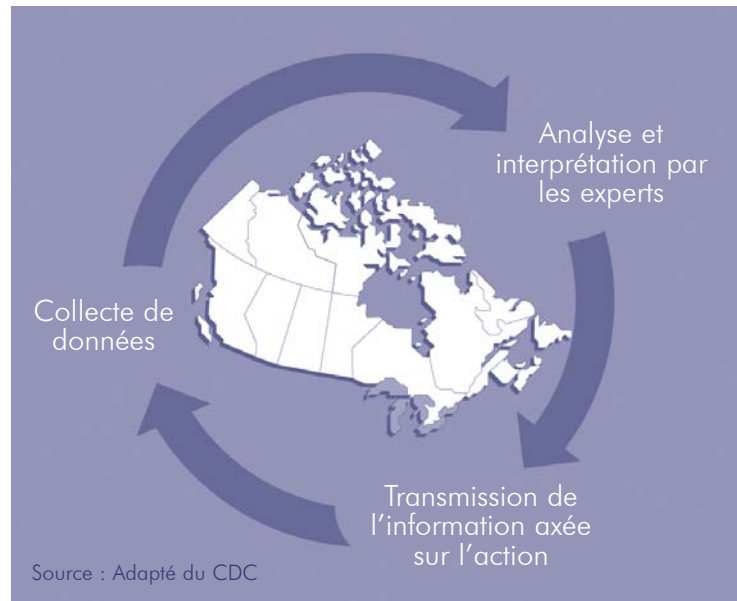
Dans l'optique du SCSP, le système de surveillance de la santé est un réseau de personnes et d'activités qui veillent au maintien du processus de surveillance⁴. La surveillance en soi est un processus continu et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données descriptives devant permettre de suivre les problèmes de santé⁴, en vue de réduire les inégalités sur le plan de la santé et de promouvoir la santé. La figure A illustre le cycle de la surveillance, à la lumière d'un cadre conceptuel décrit par le Dr Brian McCarthy, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), à Atlanta, en Géorgie⁵.

Le concept de la surveillance de la santé exposé ici repose sur la notion des déterminants de la santé, soit l'ensemble des facteurs qui influent sur l'état de santé, parmi lesquels figurent entre autres les soins de santé⁶. C'est pourquoi il importe de surveiller non seulement les répercussions sur la santé, mais aussi les facteurs, comme les comportements, les environnements physique et social et les services de santé, qui peuvent avoir une incidence sur ces répercussions. Si le but ultime de la surveillance de la santé est de contribuer à améliorer l'état de santé, les éléments d'information recueillis sur les tendances et les profils de divers risques et facteurs de protection peuvent aider à expliquer les taux de morbidité et de mortalité, à concevoir des interventions efficaces et à allouer judicieusement les ressources pour améliorer les résultats obtenus. Les déterminants de la santé et les répercussions sur la santé sont étroitement liés dans tout système de surveillance de la santé.

Il importe de surveiller non seulement les répercussions sur la santé, mais aussi les facteurs, comme les comportements, les environnements physique et social et les services de santé, qui peuvent avoir une incidence sur ces répercussions.



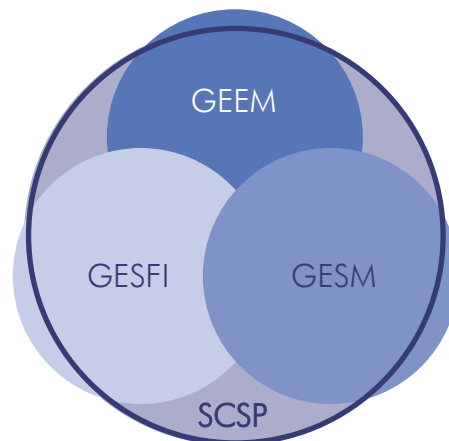
FIGURE A Surveillance nationale de la santé



Structure du SCSP

Le SCSP a pour mandat de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons au Canada en surveillant de manière continue les déterminants de la santé périnatale et leurs effets et en rendant compte de la situation. Il collabore avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les provinces et les territoires, les associations de professionnels de la santé, les groupes d'intérêt et les chercheurs universitaires. Des représentants de ces groupes et plusieurs experts du monde entier siègent au comité directeur du SCSP et font partie de ses groupes d'étude : le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile (GESFI), le Groupe d'étude sur la santé maternelle (GESM) et le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (GEEM) (figure B). Les principes et les objectifs du SCSP sont décrits de manière plus détaillée ailleurs^{7,8}.

FIGURE B Structure du Système canadien de surveillance périnatale





Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile (GESFI)

Le GESFI a pour mandat de surveiller la mortalité et la morbidité fœtales et infantiles. Ses activités de surveillance tablent essentiellement sur les sources de données existantes. Le GESFI s'emploie aussi à élaborer une base de données périnatales d'envergure nationale. Parmi ses autres projets figurent des études sur les naissances précoces, la croissance fœtale, la mortalité périnatale et la mortalité infantile.

Groupe d'étude sur la santé maternelle (GESM)

Le GESM s'est vu confier pour mandat de surveiller les principaux comportements, services de santé et répercussions sur la santé maternelle. Ses activités de surveillance tablent essentiellement sur les sources de données existantes. Les projets de surveillance qu'il mène actuellement portent entre autres sur l'avortement provoqué, les césariennes et les affections graves qui touchent la mère. Le groupe entreprend aussi une étude sur la mortalité maternelle au Canada dont les résultats seront présentés dans le cadre d'un quatrième rapport national sur la surveillance périnatale.

Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (GEEM)

Le GEEM a pour mandat d'orienter l'élaboration, la réalisation, l'analyse par des experts et le compte rendu d'une enquête nationale sur l'expérience de la maternité (EEM). Cette enquête vise surtout à faire état des connaissances, des expériences et des habitudes des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois postpartum, ainsi que de leur perception des soins périnataux dans le cadre de la surveillance de la santé périnatale. Première enquête du genre à être réalisée au Canada, l'EEM permettra de réunir les éléments d'information voulus pour étudier en profondeur certains sous-groupes dans la population, comme les immigrantes de fraîche date et les mères adolescentes, considérées comme à risque plus élevé sur le plan de la santé périnatale. Une étude pilote a été réalisée au cours de l'automne 2002, et on prévoit actuellement étendre l'initiative à l'échelle nationale.

Indicateurs du SCSP

Un indicateur de la santé est une mesure qui, lorsqu'elle est comparée à une norme ou à un niveau de réalisation escompté, donne de l'information sur un important déterminant de la santé ou ses répercussions sur la santé⁷. La Section de la santé maternelle et infantile et le comité directeur du SCSP ont commencé à définir les indicateurs de santé que devrait appliquer un système national de surveillance périnatale³. Ils ont étudié l'importance du déterminant ou de ses répercussions sur la santé, les propriétés scientifiques de l'indicateur (comme sa validité en tant que mesure de la répercussion ou du déterminant) et la possibilité de recueillir les données nécessaires pour le mettre au point. *L'annexe B* présente la série d'indicateurs retenus. Les 43 premiers de la liste sont classés selon l'importance que leur accorde le comité directeur dans l'optique de la santé. Neuf autres ont été ajoutés à la liste à l'issue de consultations.



Aperçu du rapport

Ce rapport rend compte de 27 indicateurs de la santé périnatale sur lesquels on possède actuellement des données nationales. Ces derniers sont groupés en fonction des déterminants de la santé (comportements et habitudes et services de santé) et des répercussions sur la santé (santé maternelle, fœtale et infantile). Comme dans le précédent rapport, pour chaque indicateur, les résultats de la surveillance sont présentés; les limites des données sont précisées et les principales références sont mentionnées. Les données statistiques relatives à chaque indicateur comprennent essentiellement les tendances temporelles à l'échelle nationale et les comparaisons entre les provinces et les territoires applicables à l'année la plus récente pour laquelle on a pu obtenir des données. Il existe toutefois entre les deux rapports des différences importantes qui ont contribué à améliorer le signalement de données sur les déterminants et les répercussions liés à la santé périnatale au Canada. Les principales distinctions sont décrites dans la partie intitulée *Un aperçu*.

Les statistiques de l'état civil, les données sur les hospitalisations et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) sont les principales sources de données utilisées dans le cadre de ce rapport. Les estimations démographiques et les statistiques relatives aux avortements provoqués sont également intégrées au document. On trouvera dans la partie du rapport intitulée *Sources de données et méthodes* une description détaillée de ces sources de données ainsi que des méthodes employées pour calculer chaque indicateur selon la source de données.

Résumé

La surveillance de la santé périnatale donne accès aux éléments d'information nécessaires à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons au Canada. En ce sens, elle remplit une fonction importante et fondamentale. Elle repose sur un système dynamique et intégré de collecte, de couplage, de validation, d'analyse et d'interprétation de données sur des questions vitales qui touchent à la santé périnatale. Elle permet ainsi de capter des « signaux d'alarme », de suivre les tendances temporelles et géographiques, de relever les inégalités et de mesurer l'effet des changements apportés à la pratique clinique et aux politiques de santé publique. La surveillance de la santé périnatale constitue à la fois un outil de mesure (qui nous permet de savoir où nous en étions auparavant et où nous en sommes aujourd'hui) et un stimulant (qui nous indique où nous devrions être demain).

Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Professeur de pédiatrie et de
sciences de la santé communautaire
Université de Calgary
Chercheur invité à Santé Canada
Président, comité directeur du SCSP

Hajnal Molnar-Szakács, MD, MSc
Chef, Section de la santé t t t
Centre du développement humain en santé
Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
Santé Canada



Références

1. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-142/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
2. Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada — Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 (N° H39-641/2002F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
3. Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-135/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
4. Buehler J. Surveillance. Dans : Rothman KJ, Greenland S (Éditeur), *Modern Epidemiology*. 2^e édition. Philadelphie : Lippincott-Raven, 1998.
5. McCarthy B. The risk approach revisited: a critical review of developing country experience and its use in health planning. Dans : Liljestrand J, Povey WG (Éditeur), *Maternal Health Care in an International Perspective. Proceedings of the XXII Berzelius Symposium, 27-29 mai 1991, Stockholm, Suède*. Suède : Université Uppsala, 1992:107-24.
6. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministre d'Approvisionnement et Services Canada, 1994.
7. Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale*. Ottawa : Ministre d'Approvisionnement et Services Canada, 1995.
8. Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale 1997-1998*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.



La santé périnatale au Canada — Un aperçu

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003* s'inscrit dans le prolongement d'une importante initiative du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Il dresse un bilan des déterminants de la santé périnatale et de leurs effets sur la santé fœtale, infantile et maternelle au Canada. Comme dans le précédent rapport¹, les auteurs ont cherché à décrire l'ampleur de certains indicateurs de la santé périnatale, à dégager des tendances temporelles et à rendre compte de la variabilité, d'une province ou d'un territoire à l'autre, des valeurs applicables aux indicateurs. Il existe toutefois entre les deux documents plusieurs différences importantes.

Les tendances temporelles examinées dans ce rapport, exception faite de celles qui sont évoquées dans *Un aperçu* et de l'indicateur relatif à la mortalité maternelle, sont comparées à l'année de référence 1991, l'idée étant d'éviter d'exclure Terre-Neuve des tableaux. (On n'a pu obtenir des registres de Statistique Canada les données sur les caractéristiques des mères et des bébés dans le cas des naissances enregistrées dans cette province avant 1991). Deuxième fait à signaler, la Nouvelle-Écosse, le Québec et le Manitoba sont maintenant inclus dans les indicateurs fondés sur les congés des patients. Santé Canada n'a pas eu accès aux données sur les congés des patients dans ces provinces pour toutes les années, ce qui explique que ces provinces étaient absentes de certains tableaux dans les rapports antérieurs. On a maintenant remédié à cette lacune en s'adressant directement aux provinces concernées pour obtenir les données voulues. Autre changement digne de mention, l'algorithme utilisé pour repérer les données provenant des services d'obstétrique dans la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été modifié. Enfin, les données de l'état civil de l'Ontario, auparavant exclues de tous les tableaux parce que leur qualité laissait à désirer, sont présentées à l'annexe G du rapport. Ces changements ont permis de produire un *Rapport sur la santé périnatale au Canada* plus complet et de plus grande qualité. Le SCSP est conscient qu'un sérieux effort d'analyse et de présentation sous forme de tableaux de données périnatales à l'échelle nationale, provinciale et territoriale entraînera une amélioration de la qualité des données en plus de faciliter la prise de décisions relatives aux soins cliniques, à la santé publique et aux politiques en matière de santé.

Le présent document se penche ici sur les secteurs de la santé périnatale qui posent problème actuellement et fait ressortir les questions qui devraient faire l'objet d'une attention spéciale dans l'optique de la santé publique, des soins de santé ou de la surveillance.

Classement des pays selon la mortalité infantile

Des organisations telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) établissent périodiquement un classement des pays en fonction des taux de mortalité infantile ou des taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Partout dans le monde, ces classements mobilisent l'attention des médias, et il n'est pas rare qu'ils soulèvent



Les écarts énormes constatés d'une région à l'autre dans l'enregistrement des naissances vivantes viennent fausser considérablement les comparaisons de la mortalité infantile et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre les pays.

des débats politiques. Ces dernières années, le Canada ne s'est pas particulièrement bien classé par rapport aux autres pays sur ce plan. En effet, selon le rapport publié par l'UNICEF en 2003², le Canada était devancé par plusieurs autres pays en ce qui concerne tant la mortalité infantile en 2001 (chiffres avancés : 5 décès pour 1 000 naissances vivantes) que la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (chiffres avancés : 7 décès pour 1 000 naissances vivantes). La Suède est arrivée en tête de liste, affichant un taux de mortalité infantile de 3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2001 et un taux identique applicable aux enfants de moins de cinq ans (3 décès pour 1 000 naissances vivantes). Parmi les autres pays qui affichaient des taux de mortalité infantile et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans variant entre 3 et 4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2001 figuraient le Danemark, l'Islande, la Norvège et Singapour. Plusieurs pays qui ont enregistré des taux de mortalité de 5 à 7 décès pour 1 000 naissances vivantes devançaient aussi le Canada dans le classement.

Ce classement indique-t-il que la santé périnatale et la qualité des soins sont meilleurs dans d'autres pays, ou traduit-il le piètre état de santé et la déficience du système de santé au Canada? On ne peut répondre à cette question à la lumière des éléments d'information que l'on possède. Il est vrai que les taux de mortalité infantile et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont des indices utiles à l'évaluation de l'état de santé d'une population, mais divers facteurs font qu'ils présentent un intérêt limité pour les classements de pays, comme ceux que réalise l'UNICEF. D'abord, les estimations faites par l'UNICEF des taux de mortalité infantile et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans au Canada en 2001 sont des projections. En fait, Statistique Canada n'avait pas publié les données relatives à la mortalité infantile pour 2000 et 2001 lorsque l'UNICEF a rendu publics ses classements des pays. Fait encore plus important, les écarts énormes constatés d'une région à l'autre dans l'enregistrement des naissances vivantes viennent fausser considérablement les comparaisons de la mortalité infantile et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre les pays.

Selon la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une naissance vivante désigne « l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de la conception qui, ... respire ou manifeste tout autre signe de vie ... »³. Bien qu'elle soit généralement admise, cette définition n'est pas retenue aux fins de l'enregistrement des naissances dans de nombreux pays où des questions de viabilité ont une incidence sur les décisions ayant trait à l'enregistrement des naissances. Ainsi, les pays qui enregistrent les naissances vivantes à la lumière de la définition donnée par l'OMS ont généralement un excédent de naissances (et, par conséquent de décès) chez les nouveau-nés qui sont à la limite de la viabilité en comparaison de pays qui appliquent des politiques plus pragmatiques d'enregistrement des naissances⁴⁻⁷. Ainsi, selon certaines études, la proportion de naissances vivantes enregistrée chez les nouveau-nés pesant moins de 500 g varie dans une proportion de 1 à 50 fois d'un pays et d'un groupe de population à l'autre : il oscille entre moins de 1 cas pour 10 000 naissances vivantes en Suède et en Israël et 3 pour 10 000 en Norvège et plus de 10 pour 10 000 aux États-Unis⁷. L'enregistrement de naissances vivantes chez les nouveau-nés pesant moins de 500 g est plus fréquent au Canada que dans beaucoup d'autres pays, et le phénomène est en progression depuis les 15 dernières années, même si on n'a observé parallèlement aucun changement dans les autres catégories de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance⁸⁻¹⁰. On a dénombré 8,6 nouveau-nés pesant moins de 500 g pour 10 000 naissances vivantes au Canada (à l'exclusion de l'Ontario) en 1997-1999, et le taux de mortalité infantile dans cette catégorie de poids à la naissance était de 943 décès pour 1 000 naissances vivantes.



Un aperçu

La fréquence de l'enregistrement des naissances vivantes chez les nouveau-nés pesant entre 500 et 749 g traduit aussi des différences dans les politiques d'enregistrement des naissances⁷. Ainsi, la proportion de décès d'enfants nés vivants et pesant à la naissance moins de 1 000 g par rapport à l'ensemble des cas de mortalité infantile varie entre moins de 10 % dans certains pays à plus de 35 % dans d'autres⁶. Au cours de la période de 1997 à 1999, environ 44 enfants nés vivants pour 10 000 au Canada pesaient moins de 1 000 g à la naissance, et ceux dont le poids à la naissance se situait dans cette catégorie représentaient 40 % de tous les cas de mortalité infantile.

Il y a longtemps que l'OMS reconnaît que la diversité des pratiques d'exclusion touchant les enfants nés vivants de très petit poids à la naissance peut nuire à la validité des comparaisons entre les pays, et recommande que l'on limite les données comparatives aux enfants nés vivants qui pèsent 1 000 g ou plus³ à la naissance. Lorsque l'information sur le poids à la naissance fait défaut, l'OMS recommande l'utilisation de l'âge gestationnel correspondant (28 semaines révolues) ou la taille correspondante (35 cm du vertex au talon). Certains ont suggéré que l'on applique de telles restrictions aux analyses lorsqu'on compare les périodes et les régions au Canada, étant donné l'évolution d'une période à l'autre et la variabilité d'une province à l'autre des politiques d'enregistrement des naissances^{8,9}.

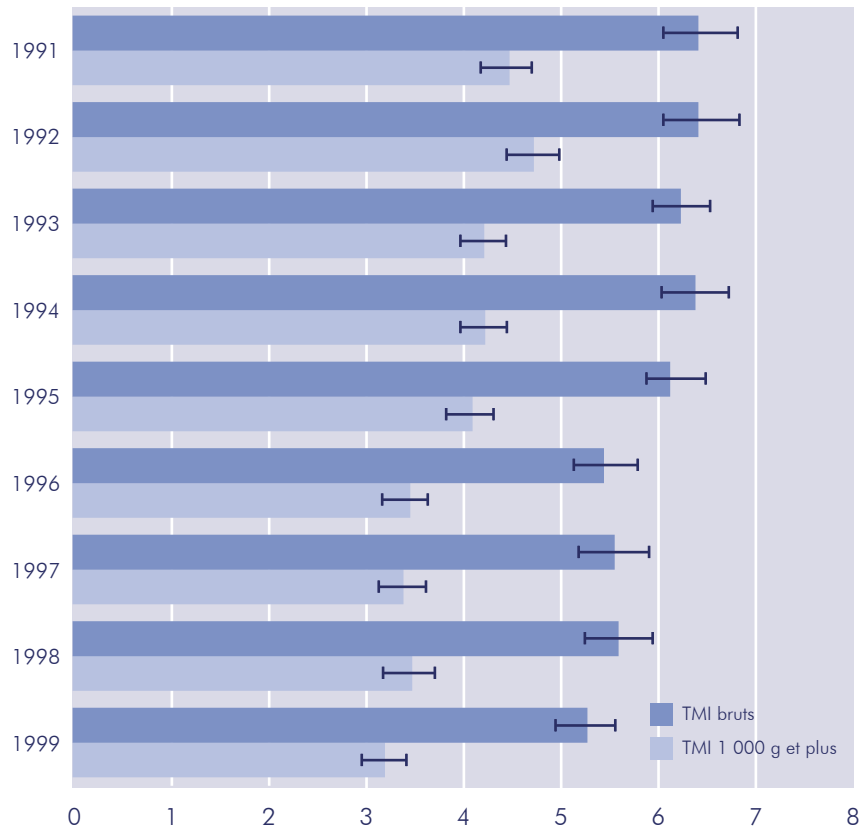
Le principal facteur qui empêche les comparaisons de la mortalité infantile fondées sur le poids à la naissance (soit la mortalité infantile chez les enfants nés vivants et pesant 1 000 g ou plus à la naissance) tient sans doute au fait que l'on n'a pas couramment accès à ce genre d'éléments d'information pour de nombreux pays. Pour procéder à de tels calculs du taux de mortalité infantile fondés sur le poids à la naissance, il faudrait remplacer les taux de mortalité infantile « selon la période » (mortalité infantile dans une année donnée par rapport aux naissances vivantes dans la même année) par les taux de mortalité infantile « dans une cohorte de naissance » (nombre de décès de nourrissons parmi les enfants nés vivants dans une année donnée exprimé sous forme de proportion). Le présent rapport contient des tableaux détaillés faisant état des taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance au Canada pour tous les bébés nés vivants et pour les bébés nés vivants de 500 g ou plus et de 1 000 g ou plus, l'objectif étant de faciliter des comparaisons valides de la mortalité infantile entre les divers pays (figure 1 et *annexe E*, tableaux E1 et E2). On y trouve aussi des tableaux analogues applicables aux provinces et aux territoires qui permettent de comparer la situation au Canada (figure 2 et *annexe E*, tableaux E3 et E4). Les taux de mortinatalité, également faussés par des erreurs d'enregistrement systématiques¹¹, sont aussi présentés ici, avec et sans les restrictions relatives au poids à la naissance (page 87).

Bien qu'ils facilitent les comparaisons valides de la mortalité infantile, notamment entre les pays, il importe de faire une mise en garde concernant la raison d'être des classements fondés sur les taux de mortalité infantile. Les analyses qui se limitent aux bébés nés vivants et pesant 1 000 g ou plus éliminent un nombre considérable de décès des données relatives à la mortalité infantile au Canada. Les difficultés inhérentes à l'interprétation des comparaisons fondées sur le poids à la naissance constituent une autre raison justifiant que l'on cesse de mettre l'accent sur les comparaisons des pays sur le plan de la mortalité infantile¹²⁻¹⁴. Enfin, il est possible que le classement des pays ou des provinces/territoires ne soit pas aussi utile qu'un examen sérieux et approfondi des causes de la mortalité infantile et des facteurs connexes, entrepris dans le but de déterminer quelles sont les causes évitables de décès.

Les taux de mortalité foeto-infantile n'ont cessé de chuter au cours des 15 dernières années au Canada.



FIGURE 1 Taux bruts de mortalité infantile (TMI) dans une cohorte de naissance et taux de mortalité infantile chez les enfants nés vivants pesant 1 000 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de l'Ontario),* 1991-1999



Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

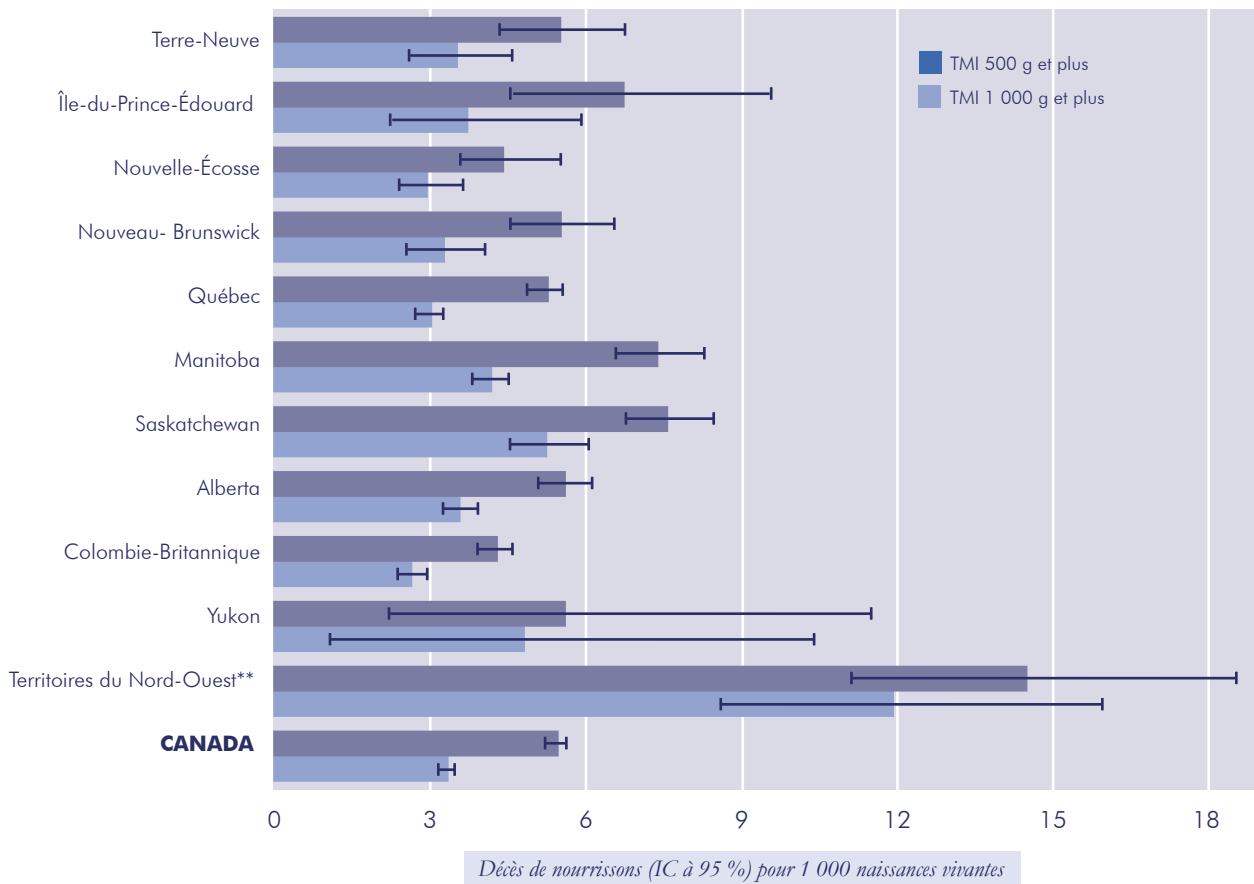
*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

IC — intervalle de confiance.



FIGURE 2

Taux de mortalité infantile (TMI) dans une cohorte de naissance chez les enfants nés vivants pesant 1 000 g ou plus à la naissance, par province/territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1997-1999



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

** Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent également au Nunavut.

IC — intervalle de confiance.



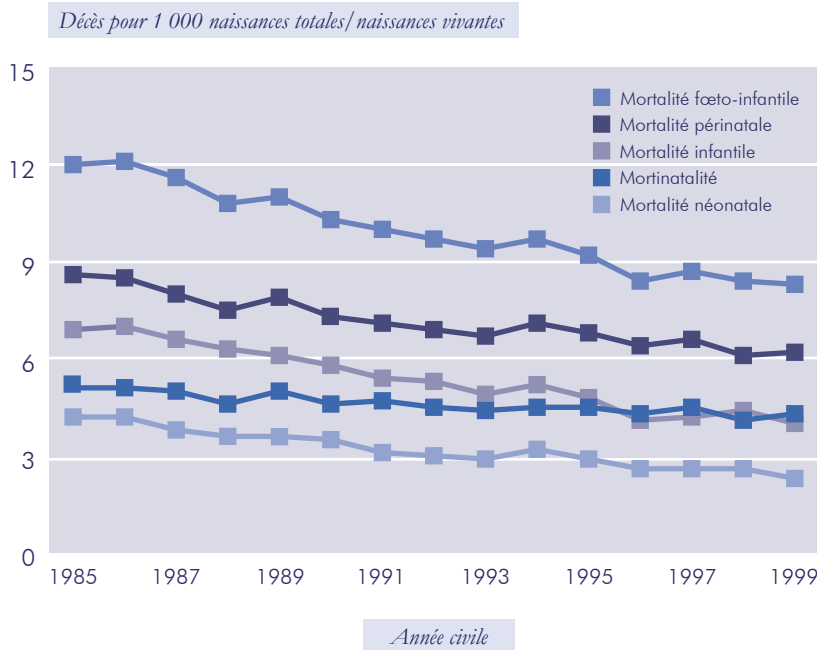
Évolution dans le temps de la mortalité fœtale et infantile au Canada

Les taux de mortalité fœto-infantile n'ont cessé de chuter au cours des 15 dernières années au Canada. Les figures 3A, 3B et 3C montrent les taux de mortinatalité, de mortalité néonatale, périnatale, infantile et fœto-infantile dans une cohorte de naissance chez les enfants seuls, les jumeaux et les triplés nés au Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario) entre 1985 et 1999. Seuls les nouveau-nés pesant 500 g ou moins à la naissance ont été exclus du calcul de ces taux, et nous avons eu recours à des moyennes mobiles calculées sur trois ans (sur deux ans dans le cas des années marquant le début et la fin de la période) pour dégager les tendances applicables aux naissances de jumeaux et de triplés et obtenir des estimations stables. En ce qui concerne les naissances d'un seul enfant, les taux de mortalité fœto-infantile ont diminué de 31 % (intervalle de confiance [IC] à 95 %, de 26 % à 35 %), passant de 12,0 décès pour 1 000 naissances totales en 1985 à 8,3 en 1999 (*annexe E*, tableau E5). Entre-temps, les taux de mortalité fœto-infantile chez les jumeaux ont chuté de 41 % (IC à 95 %, de 32 % à 49 %), passant de 53,3 décès pour 1 000 naissances totales en 1985-1986 à 31,5 en 1998-1999 (*annexe E*, tableau E6). Les taux de mortalité fœto-infantile chez les triplés, bien qu'étant sensiblement plus élevés que dans le cas des naissances d'un seul enfant et de jumeaux, ont chuté de 58 % (IC à 95 %, 22 % à 77 %) entre 1985-1986 et 1998-1999, passant de 109,9 à 46,2 décès pour 1 000 naissances totales. Il convient de noter que les estimations de la variance (et de l'IC à 95 %) des changements observés dans les taux de mortalité chez les jumeaux et les triplés, fournies ici et ailleurs, n'ont pas été corrigées pour tenir compte d'une possible non-indépendance des effets chez les enfants issus d'une même grossesse multiple.

FIGURE 3A

Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance chez les enfants seuls pesant 500 g ou plus à la naissance,

Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1999



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

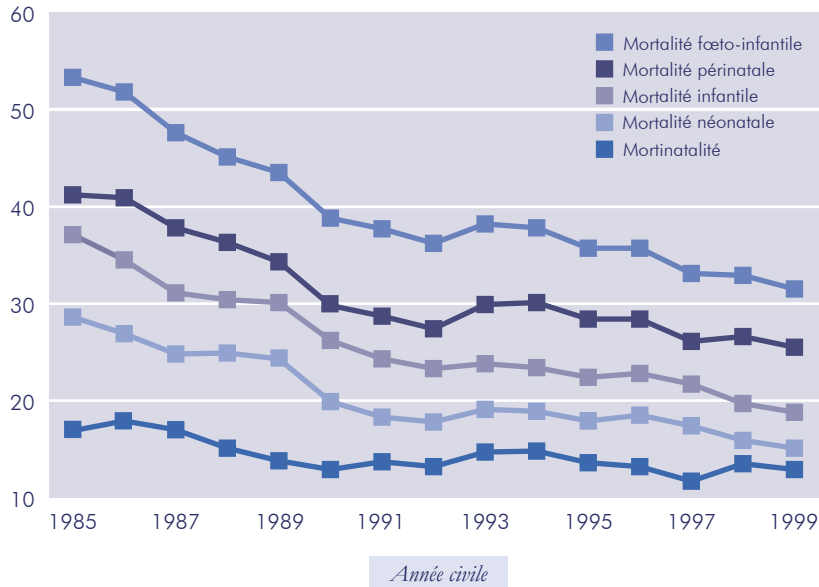
*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème



FIGURE 3B

Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance* chez les jumeaux pesant 500 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999**

Décès pour 1 000 naissances totales/naissances vivantes



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

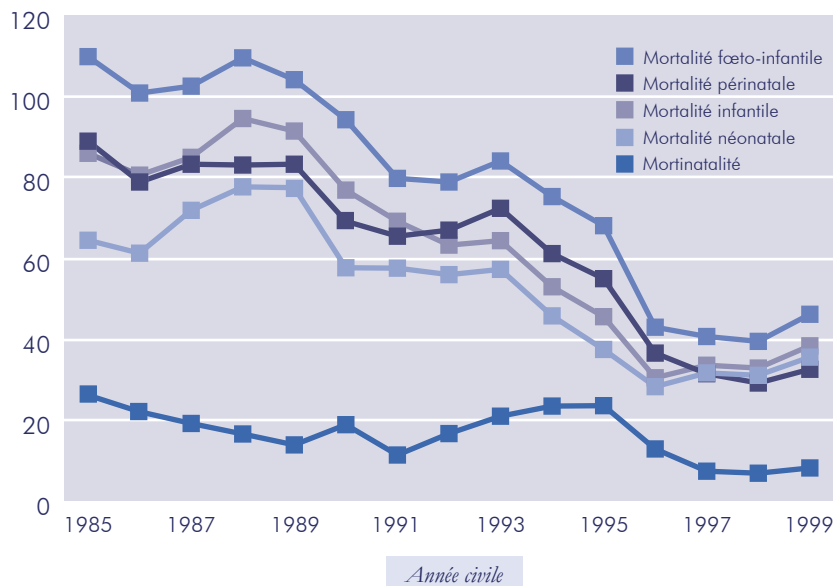
*Les taux représentent des moyennes mobiles.

**Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

FIGURE 3C

Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance* chez les triplés pesant 500 g ou plus à la naissance, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999**

Décès pour 1 000 naissances totales/naissances vivantes



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

* Les taux représentent des moyennes mobiles.

**Les de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



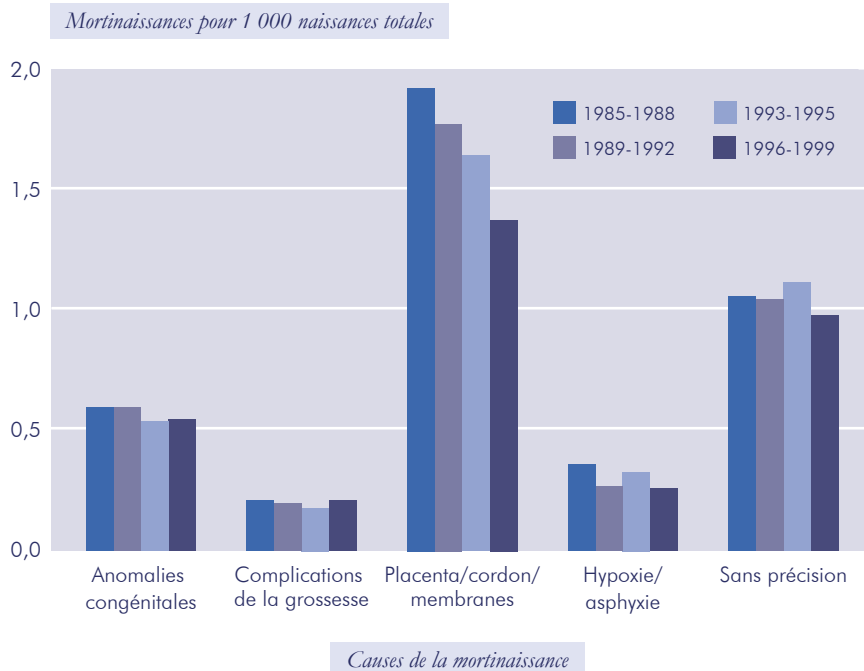
Baisse de la mortalité fœtale et infantile selon la cause

Décès fœtaux (mortinaissances)

Du côté des naissances d'un seul enfant pesant 500 g ou plus, on a observé des diminutions importantes au fil du temps de la proportion de mortinaissances causées par des complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes (CIM-9 762), et l'hypoxie intra-utérine et l'asphyxie à la naissance (CIM-9 768). Le taux de mortinatalité attribuable aux complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes est passé de 1,93 cas pour 1 000 naissances totales en 1985-1988 à 1,38 cas en 1996-1999 (réduction de 29 %, IC à 95 %, de 23 % à 34 %), alors que les taux de mortinatalité due à l'hypoxie intra-utérine et à l'asphyxie à la naissance sont passés de 0,36 cas pour 1 000 naissances totales en 1985-1988 à 0,26 cas en 1996-1999 (réduction de 28 %, IC à 95%, de 15 % à 40 %). L'évolution, au fil du temps, des taux de mortinatalité selon les causes est illustrée à la figure 4A et à l'annexe E, tableau E7.

FIGURE 4A

Taux de mortinatalité selon les causes dans les naissances d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999



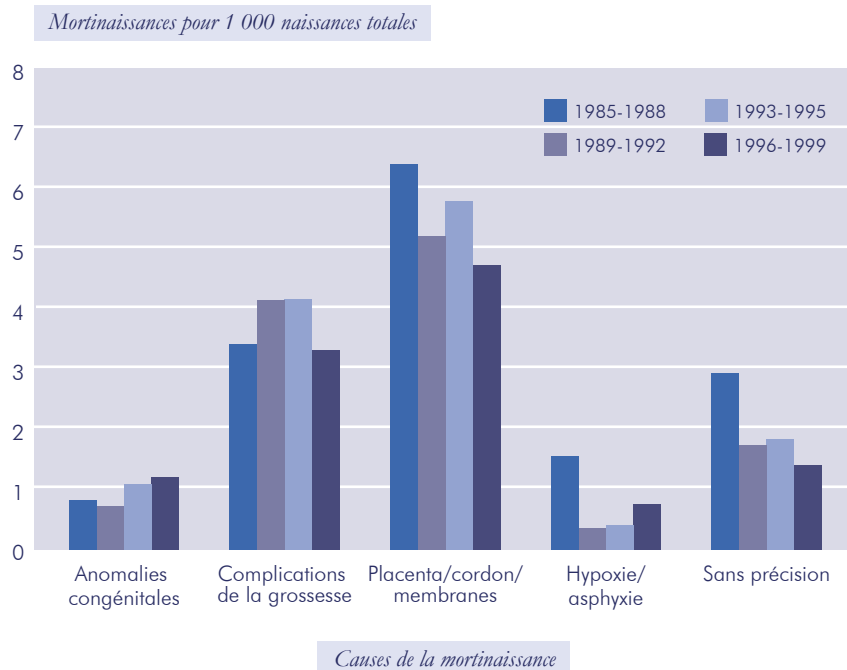
Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



Les taux de mortinatalité due aux complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes ont aussi chuté dans le cas des naissances de jumeaux pesant 500 g ou plus, passant de 6,42 décès pour 1 000 naissances totales en 1985-1988 à 4,74 en 1996-1999 (réduction de 26 %, IC à 95%, de 3 % à 44 %). Les taux de mortinatalité liée à des causes non précisées (CIM-9 779.9) ont également considérablement diminué, passant de 2,94 cas à 1,41 cas pour 1 000 naissances totales (réduction de 52 %, IC à 95 %, de 24 % à 70 %), et on a enregistré une baisse de 51 % (IC, de 9 % à 74 %) du taux de mortinatalité attribuable à l'hypoxie intra-utérine et à l'asphyxie à la naissance (figure 4B et *annexe E*, tableau E8).

FIGURE 4B Taux de mortinatalité selon la cause dans les naissances de jumeaux pesant 500 g ou plus, *Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999*



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



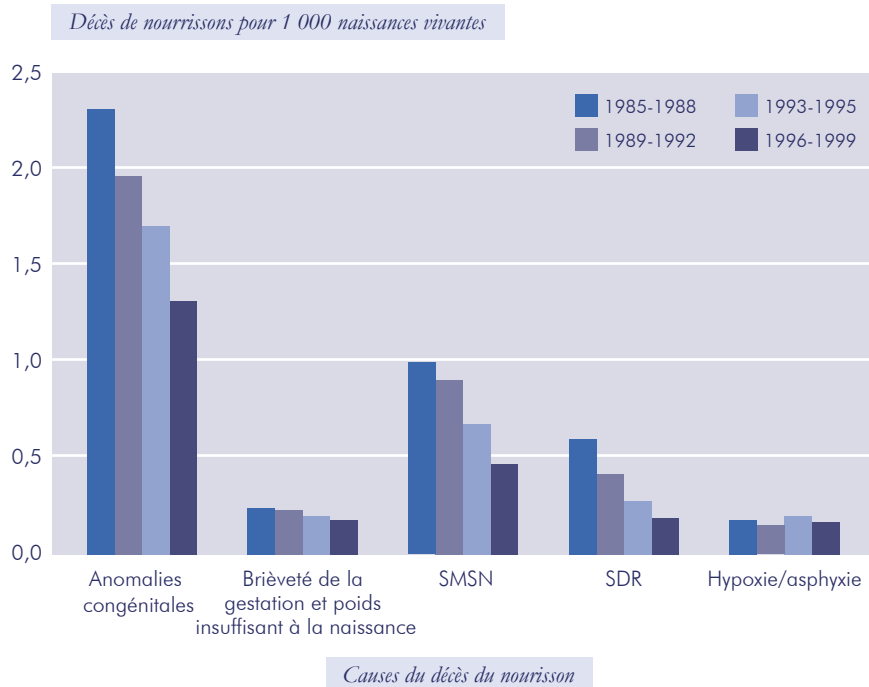
Décès de nourrissons

La prévalence des anomalies congénitales comme cause de mortalité infantile a diminué de 43 %, passant de 2,31 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1985-1988 à 1,32 décès en 1996-1999.

La prévalence des anomalies congénitales (CIM-9 740 à 759) comme cause de mortalité infantile a diminué de 43 % (IC à 95%, de 38 % à 47 %), passant de 2,31 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1985-1988 à 1,32 décès en 1996-1999, dans le cas des naissances d'un seul enfant vivant pesant 500 g ou plus (figure 5A et annexe E, tableau E9). La baisse considérable de la prévalence des anomalies congénitales constatées à la naissance au Canada et ailleurs^{9,15-21} et la diminution conséquente de leur contribution à la mortalité fœto-infantile tardive sont des phénomènes sans précédent. Entre 1985-1988 et 1996-1999, la fréquence des autres causes de mortalité infantile dans le cas des naissances d'un seul enfant a aussi diminué, notamment le syndrome de détresse respiratoire (SDR) (CIM-9 769), le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) (CIM-9 798.0), et les troubles en rapport avec la brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, sans précision (CIM-9 765), qui ont chuté de 69 % (IC à 95 %, de 63 % à 74 %), 53 % (IC à 95 %, de 47 % à 59 %), et 25 % (IC à 95 %, de 8 % à 39 %) respectivement. Dans le cas des naissances de jumeaux vivants pesant 500 g ou plus, les décès de nourrissons dus à des complications chez la mère pendant la grossesse ont diminué de 44 % (IC à 95 %, de 19 % à 61 %), et ceux en rapport avec la brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, sans précision et avec le SDR ont diminué de 55 % (IC à 95 %, de 24 % à 73 %) et de 65 % (IC à 95 %, de 52 % à 75 %).

FIGURE 5A

Taux de mortalité infantile selon la cause dans les naissances vivantes d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données relatives à l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

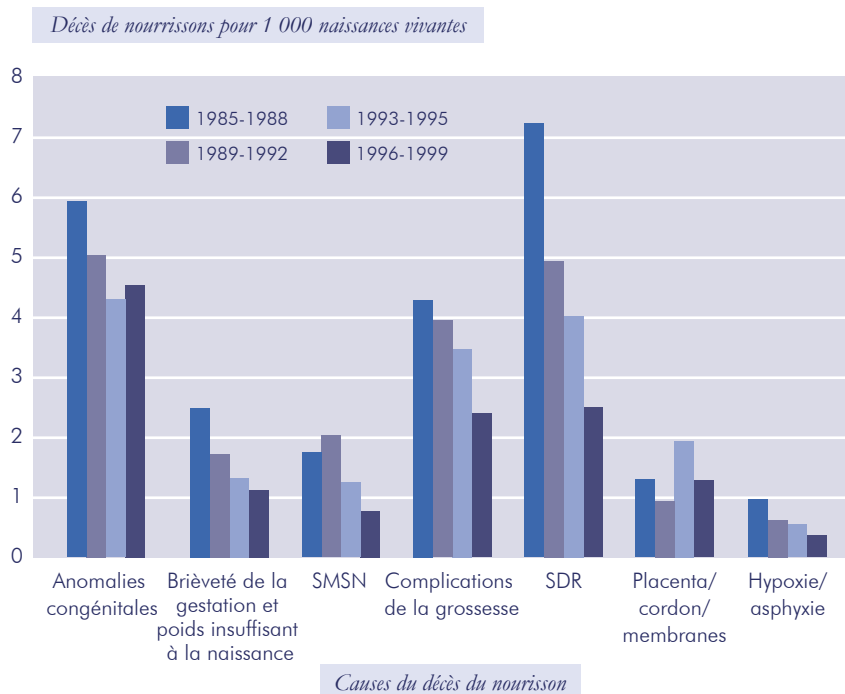


respectivement (figure 5B, *annexe E*, tableau E10). De plus, les décès de nourrissons dus à la SMSN ont reculé de 56 % (IC à 95 %, de 19 % à 76 %) et ceux dus à l'hypoxie intra-utérine et à l'asphyxie à la naissance ont diminué de 63 % (IC à 95 %, de 10 % à 85 %).

Le rôle des interventions obstétricales dans le recul de la mortalité fœto-infantile

Les causes du déclin de la mortalité fœto-infantile au Canada sont multiples. Le succès des efforts de prévention de la SMSN par le biais d'interventions visant à réduire la prévalence du recours à la position ventrale pendant le sommeil illustre de manière remarquable les effets concrets que peut avoir la connaissance de données très simples²². Par ailleurs, les remarquables progrès technologiques enregistrés dans le secteur des soins néonataux ont réduit la mortalité chez les enfants nés après seulement 24 à 25 semaines de gestation²³. Les interventions obstétricales sont un autre facteur qui a eu une incidence marquée sur le recul de la mortalité fœto-infantile tardive constaté au cours des 15 dernières années. Le phénomène est essentiellement attribuable à deux grandes catégories d'interventions obstétricales, soit le diagnostic prénatal d'anomalies congénitales (assorti d'une interruption sélective des grossesses en cause) et le déclenchement du travail et/ou le recours à la césarienne.

FIGURE 5B Taux de mortalité infantile selon la cause dans les naissances vivantes de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1988, 1989-1992, 1993-1995 et 1996-1999



Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données relatives à l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



Diagnostic prénatal d'anomalies congénitales et interruption sélective des grossesses

Depuis quelques années, on assiste à un déclin marqué de la mortalité fœto-infantile tardive attribuable à des malformations congénitales majeures, au Canada et ailleurs dans le monde^{9,15-21}. Ce phénomène s'explique par une augmentation et une amélioration des activités de dépistage et de diagnostic prénatal (dépistage sérologique chez la mère, échographie) et par une interruption sélective de grossesse en cas de détection d'anomalies congénitales graves. Même si l'introduction de ce genre de technique a entraîné des interruptions de grossesse à un âge gestationnel très précoce en cas de malformations congénitales importantes, elle a également fait reculer considérablement la mortalité fœtale tardive due à des anomalies du tube neural (baisse de 60 %-70 %), à des malformations cardiovasculaires (baisse de 20 %-25 %), à des anomalies de l'appareil urinaire (baisse de 45 %-50 %), et à de multiples anomalies congénitales (baisse de 40 %-45 %), entre 1981-1985 et 1994-1998²⁰. Parallèlement, on a aussi enregistré une nette régression de la mortalité infantile imputable aux anomalies congénitales du système nerveux central (diminution de 60 %-65 %), de l'appareil cardiovasculaire (baisse de 40 %-50 %) et de l'appareil urinaire (baisse de 55 %-60 %) ²⁰. Toutefois, contrairement au recul de la mortalité fœtale tardive due aux anomalies congénitales, qui peut être attribué essentiellement au diagnostic prénatal, la réduction de la proportion de décès infantiles liés aux anomalies congénitales découle aussi d'une amélioration du traitement chirurgical des anomalies congénitales graves²⁴.

Le recours au diagnostic prénatal dans la population est sans doute inégal d'un bout à l'autre du Canada en raison de la variabilité des programmes provinciaux et territoriaux, ainsi que des taux d'acceptation du diagnostic prénatal, d'une région à l'autre⁹. Le taux provincial/territorial de mortalité infantile attribuable aux anomalies congénitales est inversement lié au taux de mortalité fœtale imputable aux anomalies congénitales/à l'interruption de grossesse après 20 à 23 semaines de gestation⁹. À mesure que s'amélioreront les tests de diagnostic prénatal et que les tests pratiqués pendant le deuxième trimestre de la grossesse cèderont la place aux tests pratiqués au cours du premier trimestre, on s'attend à ce que le recours au diagnostic prénatal augmente au Canada, en milieu tant rural qu'urbain. Il devrait s'ensuivre un recul encore plus important des anomalies congénitales létales comme cause de décès fœtaux et infantiles tardives.

Déclenchement du travail et/ou césarienne

L'autre forme d'intervention obstétricale qui a considérablement gagné du terrain ces dernières années est le déclenchement du travail et/ou la césarienne²⁵⁻²⁷. Ce gain de popularité a fait surgir des interrogations au sujet des coûts et des avantages de ce genre d'intervention, étant donné surtout que les taux de déclenchement du travail pour des raisons tant médicales que non médicales sont en hausse dans de nombreux pays industrialisés^{26,27}. Au Canada, la proportion de cas de déclenchement médical du travail par rapport aux accouchements à l'hôpital est passée de 12,9 % en 1991-1992 à 19,7 % en 2000-2001, et la proportion de cas de déclenchement chirurgical du travail par rapport aux accouchements à l'hôpital a grimpé de 6,3 % en 1991-1992 à 7,7 % en 2000-2001 (page 30). En fait, la récente augmentation du nombre de naissances prématurées observée au Canada et dans d'autres pays industrialisés est essentiellement imputable au recours croissant au déclenchement du travail²⁸⁻³¹. Toutefois, la plus importante augmentation réelle du nombre de déclenchements du travail a été enregistrée dans les naissances à terme et après terme, en réponse aux résultats d'études comparant les avantages et les risques du déclenchement du travail et de la prise en charge de la femme enceinte à terme^{32,33}.

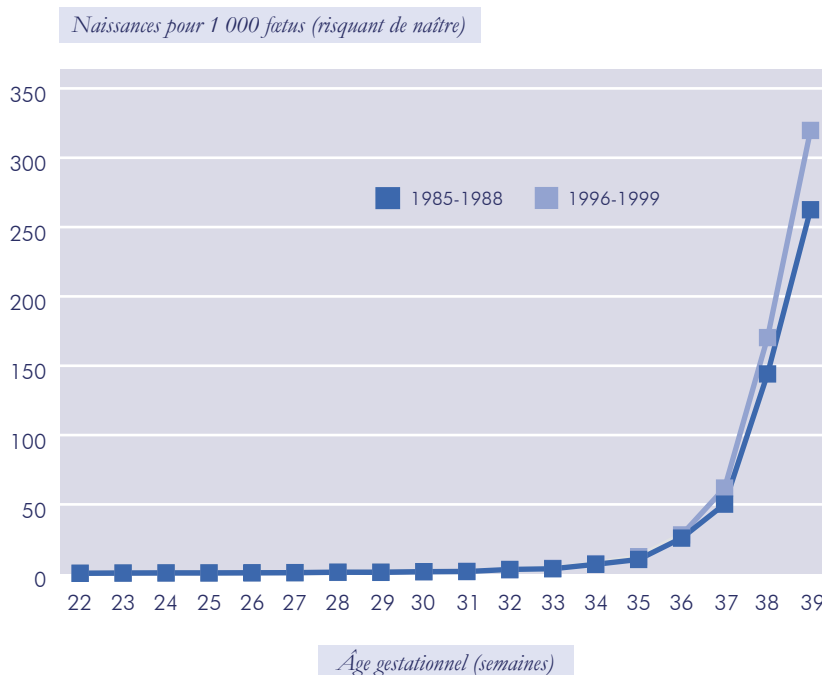
Le diagnostic prénatal d'anomalies congénitales et d'interruption sélective des grossesses est à l'origine du déclin dramatique du taux de mortalité fœtale tardive et du taux de mortalité infantile.



Un aperçu

Il importe de signaler que le recours accru au déclenchement du travail et/ou à la césarienne avant terme a été observé essentiellement entre la 34^e et la 36^e semaine de gestation. De plus, l'augmentation de la fréquence du déclenchement du travail a varié selon le niveau de risque. Ainsi, les taux de déclenchement du travail et/ou de césarienne avant terme dans le cas des grossesses à faible risque ont suivi une légère courbe ascendante en Nouvelle-Écosse³¹, passant de 0,34 à 0,41 pour 100 naissances vivantes entre 1988-1993 et 1994-1999 (augmentation absolue de moins de 0,1 %). Entre-temps, ces taux sont passés de 3,0 à 3,9 pour 100 naissances vivantes pour les grossesses à risque modéré (augmentation absolue de 0,9 %) et de 16,6 à 20,1 pour 100 naissances vivantes dans les grossesses à risque (augmentation absolue de 3,5 %)³¹. Une comparaison des grossesses simples et des grossesses multiples (jumeaux et triplés) fait ressortir l'écart entre les hausses de taux de déclenchement du travail selon le niveau de risque de la grossesse. Les figures 6A, 6B et 6C montrent l'incidence de la natalité pour chaque âge gestationnel (le nombre de naissances à n'importe quel âge gestationnel divisé par le nombre de fœtus risquant de naître à ce stade de la gestation, exprimé par rapport à 1 000 fœtus à risque^{14,34}). Les taux de natalité entre la 33^e et la 36^e semaine de gestation ont nettement plus augmenté chez les triplés que chez les jumeaux (en raison du recours plus fréquent au déclenchement du travail et à la césarienne), ce qui rend compte du risque beaucoup plus élevé de mortalité périnatale associé aux naissances de triplés. De même, l'accroissement des taux de natalité entre la 34^e et la 36^e semaine de gestation a été beaucoup plus marqué chez les jumeaux que chez les enfants seuls. Là encore, le phénomène tient à ce que l'augmentation du recours au déclenchement du travail et/ou à la césarienne n'a pas été la même dans le cas des grossesses présentant un risque plus élevé de décès périnatal.

FIGURE 6A Taux de natalité selon l'âge dans les naissances d'enfants seuls, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 et 1996-1999

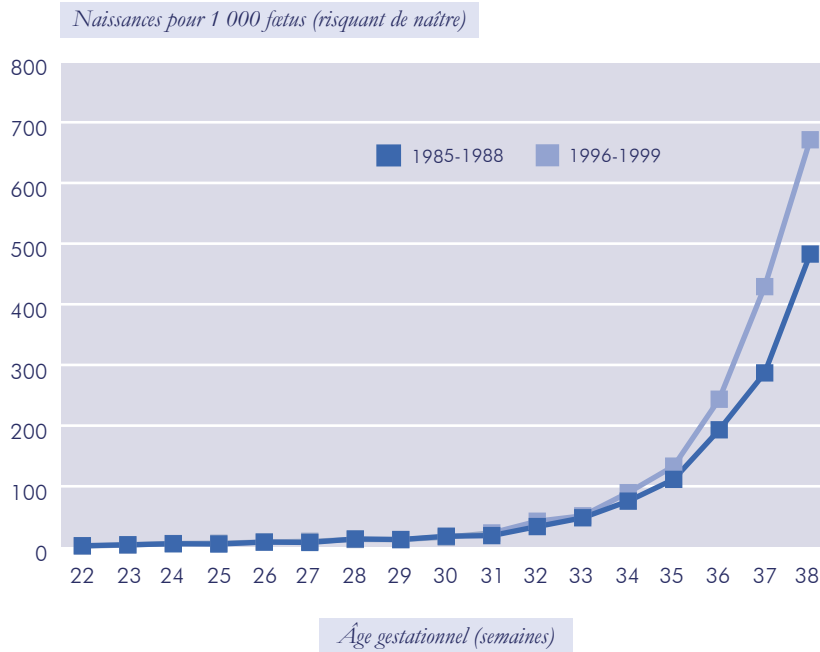


Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

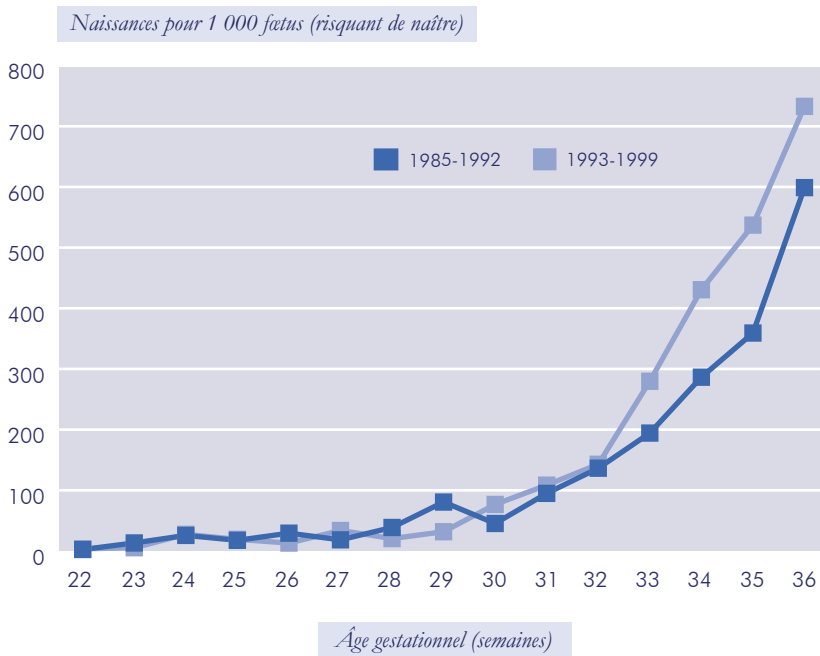


FIGURE 6B Taux de natalité selon l'âge dans les naissances de jumeaux, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 et 1996-1999



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).
*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

FIGURE 6C Taux de natalité selon l'âge dans les naissances de triplés, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1992 et 1993-1999

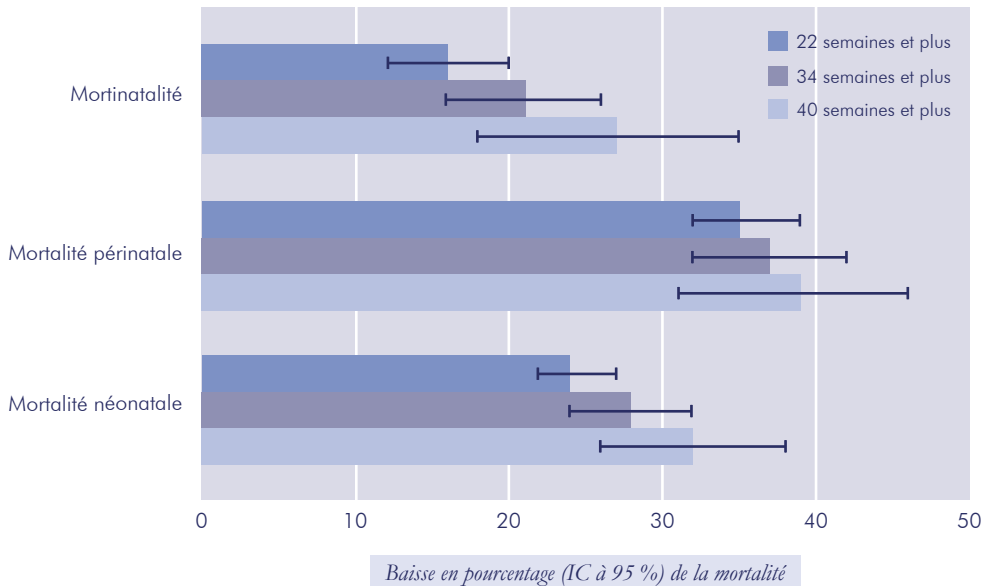


Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).
*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



Le recours accru au déclenchement du travail et/ou à la césarienne, observé au fil du temps, semble être associé à un recul de la mortalité périnatale³⁵. Comme le montrent les figures 7A et 7B (et les tableaux E11 et E12 de l'annexe E), le fléchissement de la mortalité périnatale a été plus accentué à des âges gestationnels plus avancés, où on a enregistré les plus fortes augmentations du recours au déclenchement du travail et/ou à la césarienne. Ainsi, dans le cas des naissances d'un seul enfant (figure 7A), la baisse de la mortalité périnatale constatée entre 1985-1988 et 1996-1999 dans les grossesses de 40 semaines (32 %, IC à 95 %, de 26 % à 38 %) était légèrement plus marquée que dans les grossesses de 34 semaines (28 %, IC à 95 %, de 24 % à 32 %); dans ce dernier cas, elle était plus importante que dans les grossesses de 22 semaines (24 %, IC à 95 %, de 22 % à 27 %). Il importe toutefois de signaler que le recul de la mortalité attribué au déclenchement du travail et/ou à la césarienne peut être confondu avec l'augmentation, au fil du temps, du recours au diagnostic prénatal et à l'interruption sélective de la grossesse. De plus, les tendances temporelles relatives à la mortalité périnatale ne rendent pas compte intégralement de la situation, et devraient être complétées par des analyses de tendances concernant les affections néonatales graves.

FIGURE 7A Baisse, en pourcentage, de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et de la mortalité périnatale dans les naissances d'enfants seuls, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1988 par rapport à 1996-1999



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède aucune information antérieure à 1991.

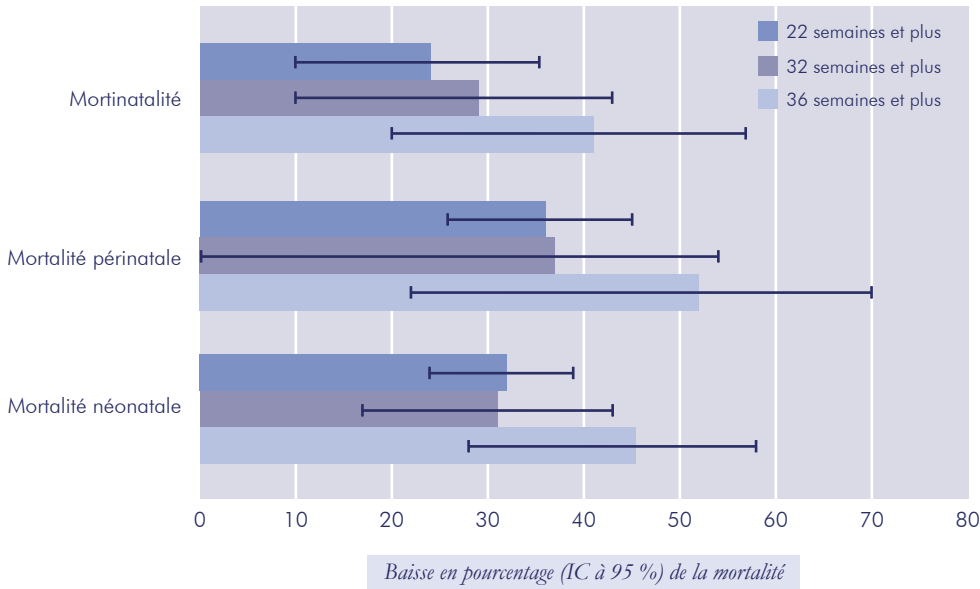
Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

IC — intervalle de confiance.



FIGURE 7B

Baisse, en pourcentage, de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et de la mortalité périnatale dans les naissances de jumeaux, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1988 par rapport à 1996-1999



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

IC — intervalle de confiance.

La mise au monde précoce du fœtus à risque élevé demeure l'une des grandes réalisations de l'obstétrique moderne.

Ce gain de popularité du déclenchement du travail et de la césarienne coïncidait avec des percées technologiques dans le secteur des soins néonataux, notamment l'introduction du traitement à base de surfactant et l'amélioration de la ventilation assistée. Ces progrès ont permis de réaliser des accouchements très précoces dans certains cas judicieusement choisis afin de prévenir les affections graves et les décès périnataux. La mise au monde précoce du fœtus à risque élevé demeure l'une des grandes réalisations de l'obstétrique moderne. En fait, l'idée de pratiquer un accouchement précoce en présence d'une grossesse à haut risque et de signes non équivoques de problèmes graves pour le fœtus est la raison d'être des soins prénatals, de l'établissement de catégories de risque et d'une surveillance attentive des grossesses à risque élevé.

Cette réflexion sur le rôle du déclenchement du travail et de la césarienne faite dans l'optique d'une population ne nous éclaire pas beaucoup sur la pertinence d'une telle pratique d'un point de vue individuel. En effet, le déclenchement du travail et la césarienne sont des actes médicaux/chirurgicaux qui comportent des risques tant pour le fœtus que pour la mère. L'accouchement précoce sans raison justifiée peut augmenter les risques de morbidité grave ou de mortalité fœtales, surtout lorsqu'il est pratiqué avant terme. Ce sont là autant de raisons pour lesquelles le milieu médical doit jeter un regard sur les indications de telles pratiques pour éviter de compromettre la sécurité de la mère ou du fœtus^{36,37}.



Comportements et habitudes pendant la grossesse

Le profil maternel a énormément évolué au Canada, au cours des deux dernières décennies. Certains changements observés à cet égard sont bien connus, comme la tendance à la hausse de la maternité tardive. Au Canada (à l'exclusion de l'Ontario), la proportion d'enfants nés vivants de mères âgées de 35 à 39 ans est passée de 7,6 % des naissances vivantes en 1991 à 12,4 % en 2000 (page 25). La proportion de naissances vivantes chez les mères âgées de 30 à 34 ans a aussi augmenté; elle a plus que doublé chez celles de 40 ans ou plus. En revanche, la proportion de naissances vivantes chez les mères ayant moins de 20 ans a diminué, passant de 6,7 % en 1991 à 6,1 % en 2000 (page 20).

On assiste à un net recul du tabagisme maternel pendant la grossesse depuis quelques années. Selon les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), en 1994-1995, 23,5 % des enfants âgés de 0 à 2 ans avaient une mère qui fumait pendant sa grossesse (page 4). Ce chiffre est tombé à 19,4 % en 1998-1999. Autre nouvelle tendance réjouissante, le recours à l'allaitement maternel et la durée de l'allaitement maternel sont en hausse constante (page 10). D'après l'ELNEJ, la proportion d'enfants qui ont été allaités au sein est passée de 75,1 % en 1994-1995 à 81,9 % en 1998-1999. Parmi les mères qui ont allaité leur bébé, la proportion de celles qui ont eu recours à cette pratique pendant trois mois ou plus a aussi augmenté, passant de 58,7 % à 63,0 % au cours de la même période. Toutefois, les taux de tabagisme prénatal et d'allaitement maternel varient énormément d'une région à l'autre au Canada (pages 5 et 11).

Certains autres changements radicaux observés depuis quelques années sur le plan des caractéristiques de la mère ont moins retenu l'attention. Ainsi, le niveau de scolarité a considérablement augmenté, et la proportion de mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires a baissé de 17,2 % à 13,4 % entre 1994-1995 et 1998-1999 (page 14). Cette tendance rend sans doute compte d'un niveau de scolarisation plus élevé dans les cohortes de naissance plus récentes. Les répercussions d'un tel changement sont évidentes, étant donné la corrélation étroite observée entre le niveau de scolarité et les comportements tels que le tabagisme prénatal et l'allaitement maternel (pages 14 et 15) et également la mortalité périnatale³⁸.

D'autres changements dans le profil maternel ont une incidence marquée sur la santé périnatale, par exemple, ceux qui ont trait au poids avant la grossesse et au gain pondéral pendant la grossesse. Il s'agit là d'importants déterminants de la santé périnatale, et les changements qui les concernent ont fait l'objet d'études dans plusieurs pays industrialisés³⁹⁻⁴⁵. Il est vrai que l'augmentation du poids des femmes avant la grossesse n'a pas suffisamment été étudiée au Canada, mais cette tendance correspond sans doute au gain de poids généralement observé chez les Canadiennes en âge de procréer⁴⁶. Les tendances relatives au poids avant la grossesse et au gain pondéral pendant la grossesse demeurent floues au Canada, surtout parce que ce genre d'éléments d'information ne sont pas saisis par nos sources nationales de données sur la santé périnatale. Plusieurs de ces lacunes seront comblées par l'enquête nationale sur l'expérience de la maternité (EEM), mise au point par le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du SCSP, qui interrogera un grand nombre de femmes sur leur expérience de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du nouveau rôle de parent.



Questions relatives aux services de santé

La proportion d'accouchements par césarienne par rapport à l'ensemble des accouchements pratiqués à l'hôpital est passée de 18,2 % en 1991-1992 à 21,2 % en 2000-2001.

La proportion d'accouchements par césarienne par rapport à l'ensemble des accouchements pratiqués à l'hôpital est passée de 18,2 % en 1991-1992 à 17,5 % en 1994-1995, avant de remonter à 21,2 % en 2000-2001. Cette tendance générale à la hausse découle en grande partie de l'augmentation du taux de césarienne primaire, qui est passé de 12,4 % en 1991-1992 à 15,6 % en 2000-2001. La proportion de femmes ayant déjà accouché par césarienne est passée de 9,5 % en 1991-1992 à 10,2 % en 2000-2001, alors que le taux de césarienne répétée a baissé de 73,2 % en 1991-1992 à 64,7 % en 1995-1996 avant de grimper à 70,1 % en 2000-2001 (page 33). Cette hausse a été entraînée par divers facteurs, notamment les changements dans le profil maternel (comme l'âge de la mère, la parité, le poids avant la grossesse⁴⁷), l'évolution des pratiques obstétricales en réponse aux inquiétudes soulevées par la sécurité du fœtus et de la mère (p. ex., l'extraction par application de forceps à la partie moyenne⁴⁸, l'accouchement par voie vaginale après un accouchement par césarienne⁴⁹) et des changements attribuables à d'autres facteurs (notamment une possible augmentation de l'incidence des césariennes pratiquées pour des raisons non médicales). Les idées sur la contribution relative de ces différents facteurs sont partagées, et il y a lieu d'entreprendre des études poussées sur le sujet si l'on veut dépassionner ce débat. Quoi qu'il en soit, on peut raisonnablement prédire une tendance à la hausse des taux de césarienne, étant donné les preuves à l'appui de nouvelles indications du recours à cette pratique⁵⁰, les liens entre les troubles du plancher pelvien et le mode d'accouchement^{51,52} et la possible augmentation de l'incidence des césariennes primaires électives⁵³.

La proportion d'accouchements chirurgicaux par voie vaginale par rapport à l'ensemble des accouchements par voie vaginale est demeurée plus ou moins constante (17,4 % en 1991-1992 contre 16,3 % en 2000-2001), même si un tel constat va à l'encontre d'une baisse marquée du taux de recours aux forceps (11,2 % à 6,2 %) et de l'augmentation parallèle de la proportion d'extractions par ventouse (6,8 % à 10,6 %, page 37). La proportion d'épisiotomies par rapport à l'ensemble des accouchements par voie vaginale n'a cessé de diminuer, passant de 49,1 % en 1991-1992 à 23,8 % en 2000-2001 (page 41). Les différences dans les taux d'épisiotomie, d'une région à l'autre, s'expliquent en partie, mais non entièrement, par les écarts entre les régions dans les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale (page 38). La durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital après un accouchement par voie vaginale (moyenne de 2,4 jours) et un accouchement par césarienne (moyenne de 4,5 jours) semble s'être stabilisée au cours des trois dernières années (page 44). De même, la durée moyenne de séjour du nouveau-né à l'hôpital était d'environ 8 jours chez les nouveau-nés pesant entre 1 000 et 2 499 g et d'à peu près 2,3 jours chez les nouveau-nés de poids normal à la naissance, durant toutes ces dernières années (page 48).

Santé maternelle

Les ratios de mortalité maternelle sont passés de 6,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1979-1981 à 2,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1997-1999 (page 54). Les tendances relatives à la mortalité maternelle sont généralement sous-déclarées au Canada comme dans d'autres pays^{54,55}. Malgré tout, le Canada affiche l'un des taux les plus bas au monde. Les taux d'autres troubles dangereux liés à la grossesse constituent des indicateurs plus pertinents dans l'optique de la surveillance de la santé maternelle et des soins de santé dispensés à la mère. Les



tendances temporelles relatives à l'un de ces troubles, à savoir l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie, sont à la hausse depuis quelques années, les taux passant de 23,3 cas pour 100 000 accouchements en 1991-1992 à 46,9 en 1999-2000 et à 44,2 en 2000-2001 (page 60). Ce phénomène n'était pas associé à un accroissement des taux de létalité. Les décès maternels directement imputables à une hémorragie postpartum au Canada (à l'exclusion de l'Ontario) ont baissé de 4,1 pour 100 000 naissances vivantes en 1979-1984 à 3,4, 1,4 et 1,6 en 1985-1990, 1991-1996 et 1997-1999, respectivement (page 55). En Ontario, le nombre de décès maternels consécutifs à une hémorragie postpartum, qui s'élevait à 8,0 cas pour 100 000 naissances vivantes en 1979-1984, a baissé à 7,2, 1,1 et 0,0 cas en 1985-1990, 1991-1996 et 1997-1999, respectivement (page 221). L'augmentation des cas d'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie résulte probablement des changements survenus au niveau des pratiques obstétriques, la tendance à la hausse d'une maternité tardive ou une augmentation des cas de placenta adhérent imputable à des taux plus élevés de recours antérieur à la césarienne⁵⁶. Le Groupe d'étude sur la santé maternelle du SCSP entreprend actuellement des études plus poussées sur la tendance à la hausse relative à cet indice de morbidité maternelle grave.

Répercussions sur la santé de la mère et du nouveau-né

L'examen des indicateurs de la croissance fœtale révèle une importante diminution au fil du temps de la proportion de naissances vivantes d'enfants hypotrophiques et une augmentation de la proportion de naissances vivantes d'enfants hypertrophiques (pages 81 et 84). Ces tendances semblent essentiellement liées à une amélioration de la croissance fœtale chez les enfants nés vivants à terme et à une augmentation de la proportion de mères affichant un indice de masse corporelle élevé avant la grossesse, à une réduction du tabagisme et à des changements relatifs à d'autres facteurs socio-démographiques, comme l'âge de la mère, la parité et le gain pondéral pendant la grossesse⁵⁷⁻⁵⁹. Le taux d'accouchement multiple a augmenté de manière constante, passant de 2,1 % de l'ensemble des naissances en 1991 à 2,7 % en 2000 (page 98). Cette hausse peut s'expliquer par une proportion plus élevée de grossesses chez les femmes d'âge avancé, et par un recours accru à des traitements contre l'infertilité, notamment la stimulation ovarienne et la procréation assistée^{60,61}. L'impact de ces deux dernières techniques est particulièrement inquiétant du point de vue de la santé publique puisque les naissances gémellaires et surtout de rang supérieur sont associées à des risques très élevés de prématurité ainsi que de morbidité et de mortalité périnatales. On ne possède malheureusement pas d'éléments d'information précis sur la fréquence d'utilisation des traitements contre l'infertilité au Canada, situation en partie attribuable au fait qu'une telle initiative ne bénéficie d'aucuns fonds publics.

Le recul de la mortalité fœto-infantile évoqué plus haut s'accompagne de légères diminutions du taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) (page 95). Les taux de septicémie néonatale ont toutefois augmenté et pourraient s'expliquer par un taux accru de survie et une prolongation du séjour à l'hôpital des enfants très hypotrophiques dans des unités de soins intensifs néonataux⁶². Il reste que les écarts entre les régions dans les taux de septicémie sont saisissants (surtout si on les compare aux taux assez analogues de SDR, (page 96) et pourraient être attribuables à la variation de facteurs autres que la morbidité infantile (comme le diagnostic et le codage).

Les ratios de mortalité maternelle sont passés de 6,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1979-1981 à 2,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1997-1999.



Conclusion

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003* rend compte de divers phénomènes qui concernent la périnatalité. Il s'agit autant d'écart entre les provinces sur le plan des comportements liés à la grossesse et des services de santé que de tendances temporelles relatives à la périnatalité. Les disparités régionales aux plans du tabagisme prénatal et du recours à l'allaitement maternel peuvent aider à accentuer les efforts de sensibilisation du public, alors que les différences concernant les services de santé, comme l'accouchement chirurgical par voie vaginale ou l'accouchement par césarienne, peuvent provoquer une remise en question des méthodes couramment utilisées et des normes appliquées dans le milieu médical. Les tendances temporelles observées dans les interventions obstétricales, la croissance fœtale, la prématurité, la mortalité fœto-infantile et la morbidité et la mortalité maternelles tracent un tableau complet de la santé périnatale au Canada. En plus d'apporter de nouveaux éléments d'information et de faire la lumière sur plusieurs aspects de la périnatalité qui suscitent des inquiétudes, le rapport fait ressortir les lacunes dans notre connaissance du sujet au Canada. Dans ce sens, il éclairera la prise de décisions relatives aux soins cliniques, à la santé publique et aux politiques concernant la santé et contribuera à concentrer les efforts de surveillance dans le domaine.

K.S. Joseph, MD, PhD

Unité de recherche en épidémiologie périnatale

Départements d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie

Université Dalhousie et IWK Health Centre

Membre du comité directeur du Système canadien de surveillance périnatale

Références

1. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-142/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
2. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *The State of the World's Children 2003*. New York : UNICEF, 2002.
3. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, 10^e révision, volume 2. Manuel d'instruction. Genève : OMS, 1993;121-34.
4. Howell EM, Blondel B. International infant mortality rates: Bias from reporting differences. *Am J Pub Health* 1994;84:850-2.
5. Sepkowitz S. International rankings of infant mortality and the United States' vital statistics natality data collection system — failure and success. *Int J Epidemiol* 1995;24:583-8.
6. Sachs BP, Fretts RC, Gardner R, Hellerstein S, Wampler NS, Wise PH. The impact of extreme prematurity and congenital anomalies on the interpretation of international comparisons of infant mortality. *Obstet Gynecol* 1995;85:941-6.
7. Kramer MS, Platt RW, Yang H, Haglund B, Cnattingius S, Bergsjö P. Registration artifacts in international comparisons of infant mortality. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002;16:16-22.
8. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of newborns weighing less than 500 g. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1996;155:1047-52.



Un aperçu

9. Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen A, Sauve R, Rusen ID, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada. *JAMA* 2002;287:1561-7.
10. Nault F. Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. *Rapports sur la santé* 1997;9:39-46.
11. Joseph KS, Allen AC, Kramer MS, Cyr M, Fair ME, pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985-95. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:278-87.
12. Golding J. Birthweight-specific mortality rates — are they meaningful? *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1994;8:256-7.
13. Wilcox, AJ, Skjoerven R, Buekens P, Kiely J. Birth weight and perinatal mortality: a comparison of the United States and Norway. *JAMA* 1995;272:709-11.
14. Joseph KS, Liu S, Demissie K, Wen SW, Platt RW, Ananth CV, et coll. A parsimonious explanation for intersecting perinatal mortality curves: understanding the effect of plurality and of parity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2003;3:3. Site Web : <www.biomedcentral.com/1471-393/3/3>.
15. EUROCAT Working Group. Prevalence of neural tube defects in 20 regions of Europe and the impact of prenatal diagnosis, 1980-1986. *J Epidemiol Community Health* 1991;45:52-8.
16. Cragan JD, Roberts HE, Edmonds LD, Koury MJ, Kirby RS, Shaw G, et coll. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis — United States, 1985-1994. *MMWR* 1995;44:1-13.
17. Forrester MB, Merz RD, Yoon PW. Impact of prenatal diagnosis and elective termination on the prevalence of selected birth defects in Hawaii. *Am J Epidemiol* 1998;148:1201-11.
18. Wen SW, Liu S, Joseph KS, Trouton K, Allen A. Regional patterns of infant mortality caused by congenital anomalies. *Revue canadienne de santé publique* 1999;90:316-9.
19. Wen SW, Liu S, Joseph KS, Rouleau J, Allen A. Patterns of infant mortality caused by congenital anomalies. *Teratology* 2000;61:342-6.
20. Liu S, Joseph KS, Wen SW, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Secular trends in congenital anomaly-related fetal and infant mortality in Canada, 1985-1996. *Am J Med Genetics* 2001;104:7-13.
21. Lee KS, Khoshnood B, Chen L, Wall SN, Cromie WJ, Mittendorf RL. Infant mortality from congenital malformations in the United States, 1970-1997. *Obstet Gynecol* 2001;8:620-7.
22. Dwyer T, Cochrane J. Population trends in Sudden Infant Death Syndrome. *Semin Perinatol* 2002;26:296-305.
23. Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Cyr M, Fair M, Ohlsson A, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Gestational age and birth weight-specific declines in infant mortality in Canada, 1985-94. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:332-9.
24. Morris CD, Menashe VD. 25-year mortality after surgical repair of congenital heart defect in childhood. A population-based cohort study. *JAMA* 1991;266:3447-52.
25. Yawn BP, Wollan P, McKeon K, Field CS. Temporal changes in rates and reasons for medical induction of term labor, 1980-1996. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:611-9.
26. Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction: present concerns and future strategies. *Obstet Gynecol* 2002;100:164-7.
27. Zhang J, Yancey MK, Henderson CE. U.S. national trends in labor induction, 1989-1998. *J Reprod Med* 2002;47:120-4.
28. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339:1434-9.
29. Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L, et coll. Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. *JAMA* 1998;280:1849-54.
30. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Vincer MJ, Armson BA. Causes and consequences of recent increases in preterm birth among twins. *Obstetrics Gynecol* 2001;98:57-64.



Un aperçu

31. Joseph KS, Demissie K, Kramer MS. Trends in obstetric intervention, stillbirth and preterm birth. *Semin Perinatol* 2002;26:250-9.
32. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A, et le Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1992;326:1587-92.
33. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library*, numéro 1, 2003. Oxford : Update Software.
34. Joseph KS. The core concepts in perinatal epidemiology are the incidence of birth, growth-restriction and death. *J Clin Epidemiol* (sous presse).
35. Matthews TG, Crowley P, Chong A, McKenna P, McGarvey C, O'Regan M. Rising caesarean section rates: a cause for concern? *Brit J Obstet Gynaecol* 2003;110:346-9.
36. Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:30-8.
37. Silva AA, Lamy-Filho F, Alves MT, Coimbra LC, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15:257-64.
38. Chen J, Fair M, Wilkins R, Cyr M, et le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. *Rapports sur la santé* 1998;10:53-64.
39. Johnson JWC, Longmate JA, Frentzen B. Excessive maternal weight and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:353-72.
40. Brost BC, Goldenberg RL, Mercer BM, Iams JD, Meis PJ, Moawad AH, et coll. The Preterm Prediction Study: association of cesarean delivery with increases in maternal weight and body mass index. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:333-41.
41. Guilhard P, Blondel B. Trends in risk factors for cesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *Br J Obstet Gynecol* 2001;108:48-55.
42. Lu GC, Rouse DJ, DuBard M, Cliver S, Kimberlin D, Hauth JC. The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:845-9.
43. Kaiser PS, Kirby RS. Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population. *Obstet Gynecol* 2001;97:39-43.
44. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health* 2001;91:436-40.
45. Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications and adverse pregnancy outcomes. *Semin Perinatol* 2002;26:286-95.
46. Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic: an historical perspective. *Obes Res* 2002;10:666-74.
47. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et coll. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;102:791-800.
48. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Operative vaginal delivery*. Bulletin technique 196, août 1994.
49. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labour with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335:689-95.
50. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000;356:1375-83.
51. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmer B, Kung R, Willan A, et coll. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002;287:1822-31.
52. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900-7.



Un aperçu

53. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003; 348:946-50.
54. Turner LA, Cyr M, Kinch RA, Liston R, Kramer MS, Fair M, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles du Système canadien de surveillance périnatale. Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23:26-35.
55. Turner LA, Kramer MS, Liu S, pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Mortalité pendant et après la grossesse selon la cause et définition de la mortalité maternelle. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23:36-41.
56. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et coll. (Éditeur). *Williams Obstetrics*, 21^e édition. Toronto : McGraw-Hill, 2001.
57. Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara, et coll. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr* 2002;141:538-42.
58. Ananth CV, Wen SW. Trends in fetal growth among singleton gestations in the United States and Canada, 1985 through 1998. *Semin Perinatol* 2002;26:260-7.
59. Wen SW, Kramer MS, Platt R, Demissie K, Joseph KS, Liu S, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Secular trends in fetal growth in Canada. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17:347-54.
60. Bergh T, Ericson A, Hillensjö T, Nygren KG, Wennerholm UB. Deliveries and children born after in-vitro fertilisation in Sweden 1982-95: a retrospective cohort study. *Lancet* 1999;354:1579-85.
61. Blondel B, Kaminski M. Trends in the occurrence, determinants, and consequences of multiple births. *Semin Perinatol* 2002;26:239-49.
62. Polin RA, Saiman L. Nosocomial infections in the neonatal intensive care unit. *NeoReviews* 2003;4:e81-9.



***Déterminants de la
santé maternelle,
foetale et infantile***



Comportements et habitudes



Taux de tabagisme maternel durant la grossesse

Auteure :
Susie Dzakpasu,
MHSc

Le taux de tabagisme maternel durant la grossesse désigne le nombre de femmes enceintes qui ont fumé la cigarette pendant la grossesse par rapport au nombre total de femmes enceintes (dans un lieu donné et à un moment donné).

La consommation de cigarettes pendant la grossesse peut avoir des effets néfastes sur la santé de la mère, du fœtus et de l'enfant. Elle accroît en effet le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de prématurité, d'avortement spontané, de complications placentaires, de mortinaissance et de mort subite chez le nourrisson¹. Le tabagisme prénatal est aussi associé à un risque accru de mortalité et de morbidité infantiles lié, en partie, à l'incidence accrue du RCIU et de la prématurité.

Le rapport entre la consommation de cigarettes durant la grossesse et les issues défavorables de la grossesse dépend de la quantité de cigarettes consommées et de la durée du tabagisme. Les risques de RCIU et de naissance prématurée sont beaucoup moins élevés chez les femmes qui cessent de fumer avant de tomber enceintes ou au cours de leur grossesse que chez celles qui fument tout au long de la grossesse^{1,2}. Bien que les femmes qui sont enceintes soient proportionnellement plus nombreuses à cesser de fumer ou à fumer moins que celles qui ne le sont pas, le tabagisme prénatal n'en demeure pas moins un important problème de santé publique. Il importe de continuer à promouvoir l'abandon du tabac chez les femmes en général et d'aider les fumeuses qui deviennent enceintes à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de tabac le plus tôt possible^{2,3}.

Les taux de tabagisme maternel durant la grossesse ont été calculés à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).

Résultats

- Entre 1994-1995 et 1998-1999, les taux de tabagisme maternel durant la grossesse ont diminué. En 1994-1995, les mères de 23,5 % des enfants de moins de deux ans ont déclaré avoir fumé pendant leur grossesse; la proportion est tombée à 19,4 % en 1998-1999. Le pourcentage d'enfants exposés à la fumée au cours du troisième trimestre, période durant laquelle les effets indésirables sur le fœtus sont le plus marqués, est passé de 21,5 % à 17,2 %. Le pourcentage d'enfants exposés à plus de 10 cigarettes par jour est passé de 8,1 % à 5,3 %.
- Les jeunes mères étaient plus nombreuses à déclarer avoir fumé. En 1998-1999, 53,2 % des enfants de moins de deux ans dont la mère avait moins de 20 ans au moment de l'enquête ont été exposés au tabac dans l'utérus, comparativement à 11,8 % de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus (figure 1.1). On a observé la même relation inverse entre le tabagisme maternel et l'âge de la mère lors des années précédentes. Même si le plus haut taux de tabagisme a été déclaré par les mères de moins de 20 ans, il ne concernait que 6,4 % des enfants exposés à la fumée de tabac dans l'utérus.

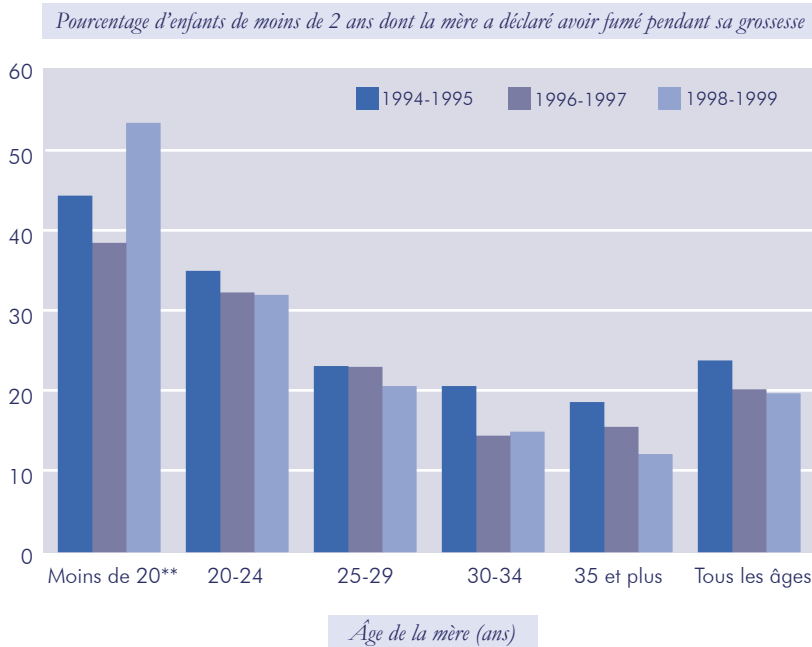


- En 1998-1999, les taux déclarés de tabagisme maternel ont varié d'une région à l'autre, allant d'un minimum de 13,0 % et 15,8 % en Colombie-Britannique et en Ontario, respectivement, pour atteindre des sommets de 24,2 % au Québec et de 24,8 % dans les provinces de l'Atlantique (figure 1.2). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

Limites des données

Le fait de savoir que fumer pendant la grossesse risque d'avoir des effets défavorables sur l'issue de celle-ci pourrait avoir incité les femmes enceintes et les mères à sous-déclarer leurs habitudes de consommation de tabac⁴. En d'autres termes, les taux de tabagisme maternel durant la grossesse au Canada sont sans doute plus élevés que ceux qui sont signalés dans l'ELNEJ. De plus, l'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

FIGURE 1.1 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



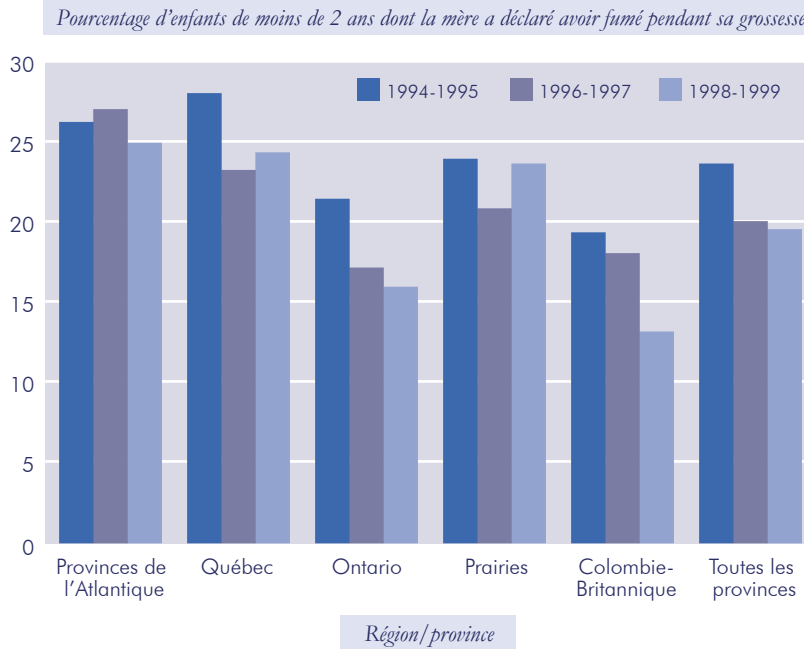
Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Ces estimations sont peu précises parce qu'elles sont fondées sur un échantillon réduit.



FIGURE 1.2 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon la région/province, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistic Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

Références

1. Office of the Surgeon General. Health consequences of tobacco use among women, reproductive outcomes. Dans : *Women and Smoking*. Rockville (Maryland) : U.S. Department of Health and Human Services, 2001;272-307.
2. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library*, numéro 3, 2002. Oxford : Update Software.
3. Heaman M. Smoking cessation in pregnancy: are we doing enough? [éditorial spécial]. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24:611-3.
4. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta analysis. *Am J Public Health* 1994;84:1086-93.



Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse

Auteure :
Susie Dzakpasu,
MHSc

Le taux de consommation d'alcool pendant la grossesse désigne le nombre de femmes enceintes qui consomment des boissons alcoolisées pendant la grossesse par rapport au nombre total de femmes enceintes (dans un lieu donné et à un moment donné).

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), terme qui renvoie à une série de malformations congénitales et de troubles neurologiques du développement engendrés par la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Les TSAF comprennent les troubles neurologiques du développement, comportementaux et cognitifs qui persistent jusqu'à l'âge adulte et peuvent compromettre considérablement la qualité de vie de la personne. Le diagnostic du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est fondé sur des antécédents d'exposition à l'alcool dans l'utérus, conjugués à un retard de croissance prénatal et postnatal, à une dysmorphologie faciale caractéristique et à des atteintes du système nerveux central^{1,2}. Les effets de la consommation d'alcool sur le fœtus semblent dépendre d'une série de facteurs, dont la quantité d'alcool consommée, les habitudes de consommation, l'étape de la grossesse où la mère consomme de l'alcool, l'âge de la mère, la capacité de la mère de métaboliser l'alcool et la susceptibilité génétique du fœtus^{1,2}. Comme on n'a pu établir un niveau de consommation d'alcool qui ne comporte pas de risque durant la grossesse, Santé Canada recommande aux femmes de s'abstenir de boire de l'alcool si elles sont enceintes ou envisagent de le devenir³.

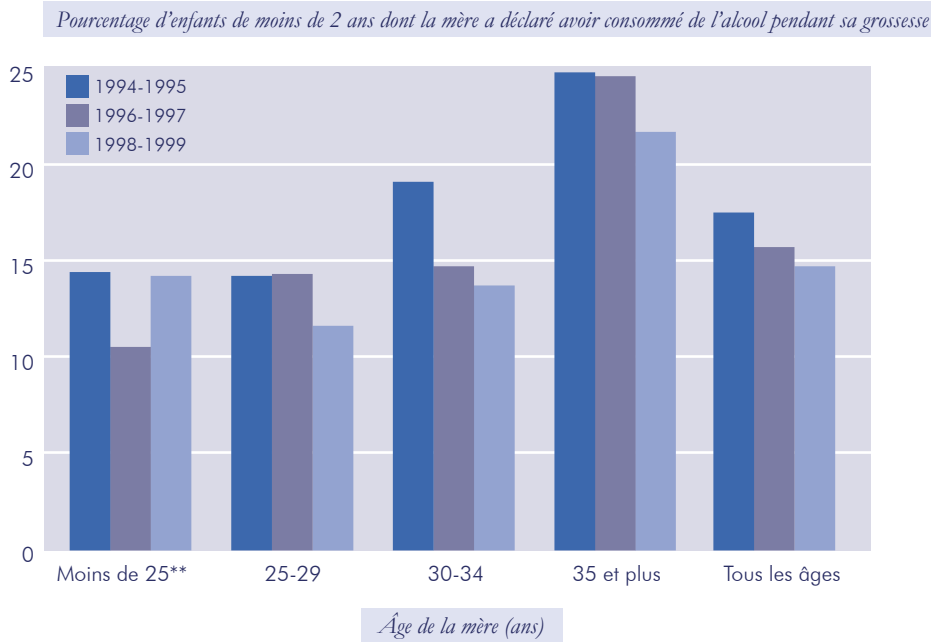
Les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse ont été calculés à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).

Résultats

- Entre 1994-1995 et 1998-1999, on a enregistré une diminution du pourcentage de mères qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. En 1994-1995, les mères de 17,4 % des enfants de moins de deux ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, contre 14,6 % en 1998-1999. Ce chiffre comprend toutes les mères qui déclarent avoir bu de l'alcool, indépendamment de la quantité consommée.
- Les femmes âgées étaient proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. En 1998-1999, 14,1 % des enfants de moins de deux ans dont la mère avait moins de 25 ans au moment de l'enquête ont été exposés à l'alcool dans l'utérus, comparativement à 21,6 % de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus (figure 1.3). Selon certaines études, les épisodes de consommation excessive (consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion) seraient toutefois plus fréquents chez les jeunes femmes⁴. On n'a pu déterminer, à la lumière des données de l'ELNEJ, la proportion d'enfants ayant été exposés à la consommation occasionnelle excessive d'alcool dans l'utérus.
- Les taux déclarés de consommation d'alcool pendant la grossesse diffèrent d'une région à l'autre. En 1998-1999, ils ont varié d'un minimum de 7,7 % dans les provinces de l'Atlantique à un maximum de 25,1 % au Québec (figure 1.4). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

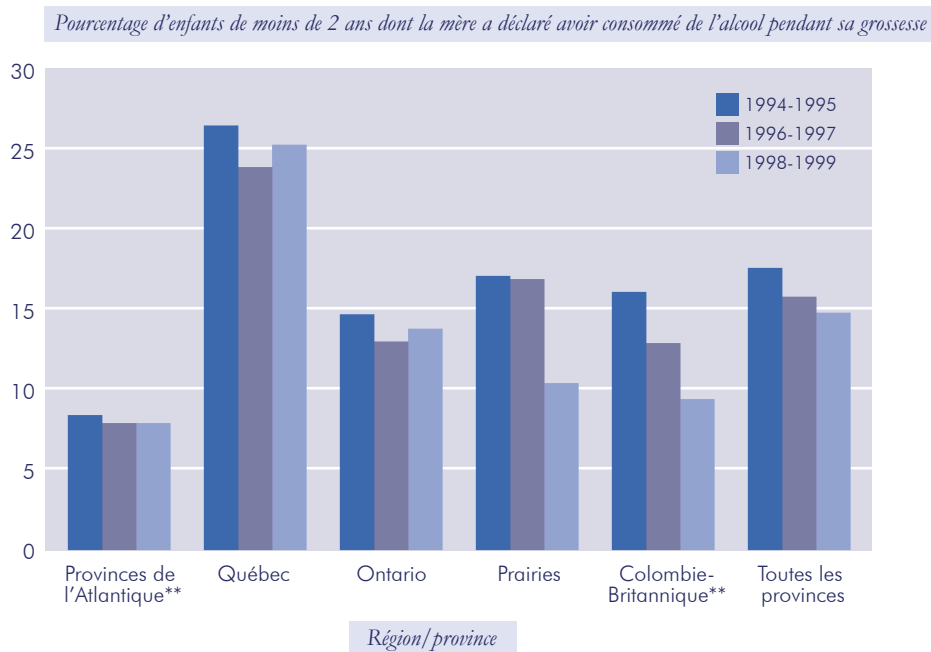


FIGURE 1.3 Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
 *L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.
 **Il n'a pas été possible d'établir d'autres catégories d'âge en raison de la taille réduite des échantillons.

FIGURE 1.4 Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
 *L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.
 **Ces estimations sont peu précises parce qu'elles sont fondées sur un échantillon réduit.



Limites des données

Il est possible que la consommation d'alcool pendant la grossesse soit un phénomène systématiquement sous-déclaré dans les enquêtes, puisqu'il est mal vu de boire durant la grossesse et que les dangers de l'alcool pour le fœtus sont bien connus⁵. Les marqueurs biologiques offrent une alternative à la pratique consistant à questionner les femmes au sujet de leur consommation d'alcool prénatale. Cela dit, les biomarqueurs identifiés jusqu'ici ne font pas l'objet d'une évaluation régulière dans le cas des femmes enceintes et des nouveau-nés au Canada⁶. Il en découle que les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse sont sans doute plus élevés que ceux que signale l'ELNEJ. Il n'a pas été possible, à la lumière des données de l'ELNEJ, de déterminer avec certitude la proportion d'enfants chroniquement exposés dans l'utérus à une forte consommation d'alcool. De plus, l'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

Références

1. Société canadienne de pédiatrie. Fetal alcohol syndrome. *Paediatr Child Health* 2002;7:161-74.
2. Roberts G, Nanson J. *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/ effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Division de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2000.
3. Santé Canada. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*. Ottawa : Santé Canada (octobre 1996) (N° H39-348/1995F au catalogue).
4. Gladstone J, Levy M, Nulman I, Koren G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;156:789-94.
5. Stoler JM, Huntington KS, Peterson CM, Peterson KP, Daniel P, Aboagye KK, et coll. The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers. *J Pediatr* 1998;133:346-52.
6. Hicks M, Sauvé RS, Lyon AW, Clarke M, Tough S. Alcohol use and abuse in pregnancy: an evaluation of the merits of screening. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev* 2003;12:77-80.



Taux d'allaitement maternel

Auteure :
Susie Dzakpasu,
MHSc

Le taux d'allaitement maternel désigne le nombre de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant et qui l'ont allaité par rapport au nombre total de femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant (dans un lieu donné et à un moment donné).

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation par excellence du nourrisson. Il protège le bébé contre les infections gastro-intestinales et respiratoires ainsi que les otites et favoriserait son développement cognitif¹⁻⁴. Chez la mère, il diminue l'hémorragie postpartum, aide à retrouver plus rapidement le poids antérieur à la grossesse et retarde la reprise de l'ovulation, ce qui permet d'espacer davantage les grossesses. Il a également été établi que les femmes qui allaitent ont une meilleure reminéralisation osseuse après l'accouchement et qu'elles risquent moins d'avoir un cancer des ovaires ou un cancer du sein^{2,3}. La Société canadienne de pédiatrie (SCP), les Diététistes du Canada (DC) et Santé Canada recommandent le recours exclusif à l'allaitement maternel pendant au moins les quatre premiers mois de la vie, et le recours combiné à l'allaitement et à d'autres aliments jusqu'à ce que l'enfant ait atteint deux ans ou plus¹. L'Organisation mondiale de la Santé recommande de nourrir le bébé exclusivement au sein pendant les six premiers mois et de poursuivre ensuite l'allaitement maternel tout en introduisant des aliments complémentaires⁵.

Les taux d'allaitement maternel ont été estimés à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).

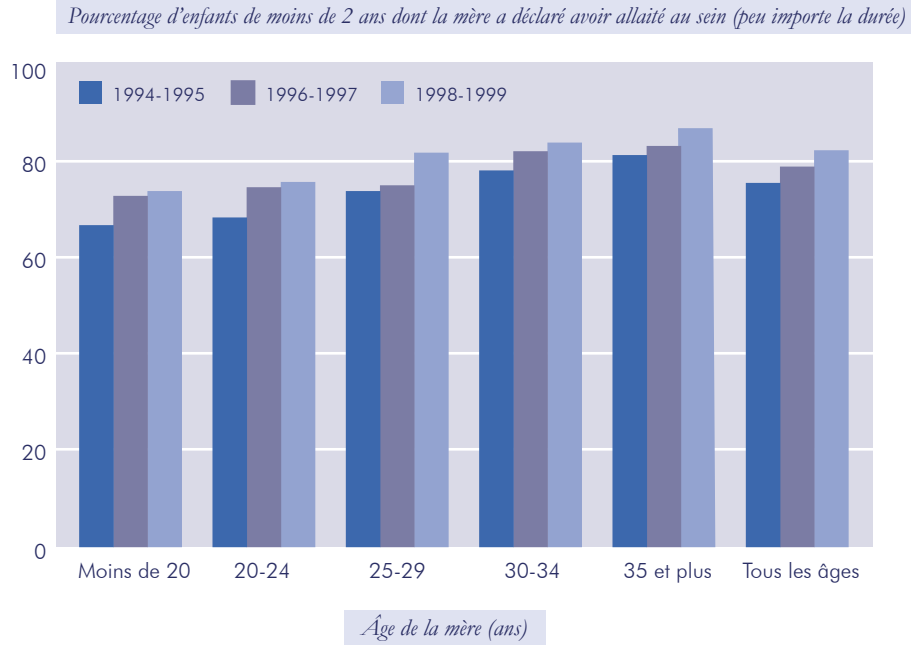
Résultats

- Entre 1994-1995 et 1998-1999, les taux d'allaitement maternel ont augmenté. Ainsi, en 1994-1995, 75,1 % des enfants de moins de deux ans avaient été allaités pendant un certain temps contre 81,9 % en 1998-1999 (figure 1.5). En 1998-1999, la durée de l'allaitement maternel chez 63,0 % des enfants allaités au sein était de trois mois ou plus.
- Les taux de démarrage de l'allaitement maternel varient selon l'âge de la mère. Au cours des trois périodes visées par l'ELNEJ, ils étaient plus élevés chez les mères plus âgées que chez les plus jeunes (figure 1.5). La durée de l'allaitement maternel aussi augmentait avec l'âge de la mère. En 1998-1999, 49,1 % des enfants dont la mère avait moins de 25 ans au moment de l'enquête avaient été allaités pendant au moins trois mois comparativement à 74,9 % de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus (figure 1.6).
- Les taux de démarrage de l'allaitement maternel ont aussi varié d'une région à l'autre, allant d'un minimum de 64,5 % dans les provinces de l'Atlantique à un maximum de 95,2 % en Colombie-Britannique, en 1998-1999 (figure 1.7). Les mères vivant dans des régions où les taux de démarrage de l'allaitement maternel sont plus élevés sont aussi généralement plus nombreuses à allaiter plus longtemps (figure 1.8). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*



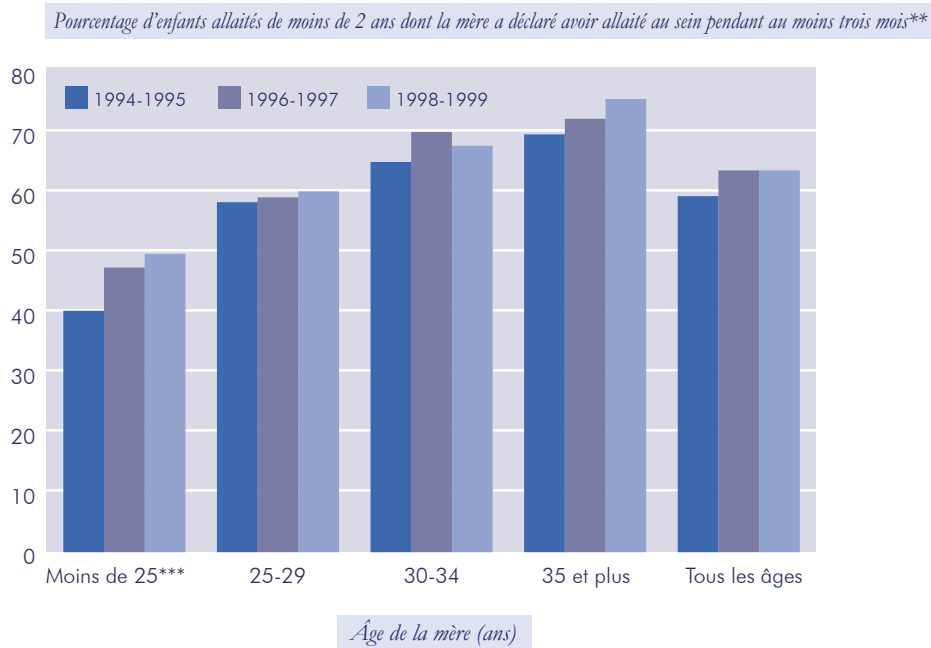
Comportements et habitudes

FIGURE 1.5 Taux d'allaitement maternel, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

FIGURE 1.6 Durée de l'allaitement maternel, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

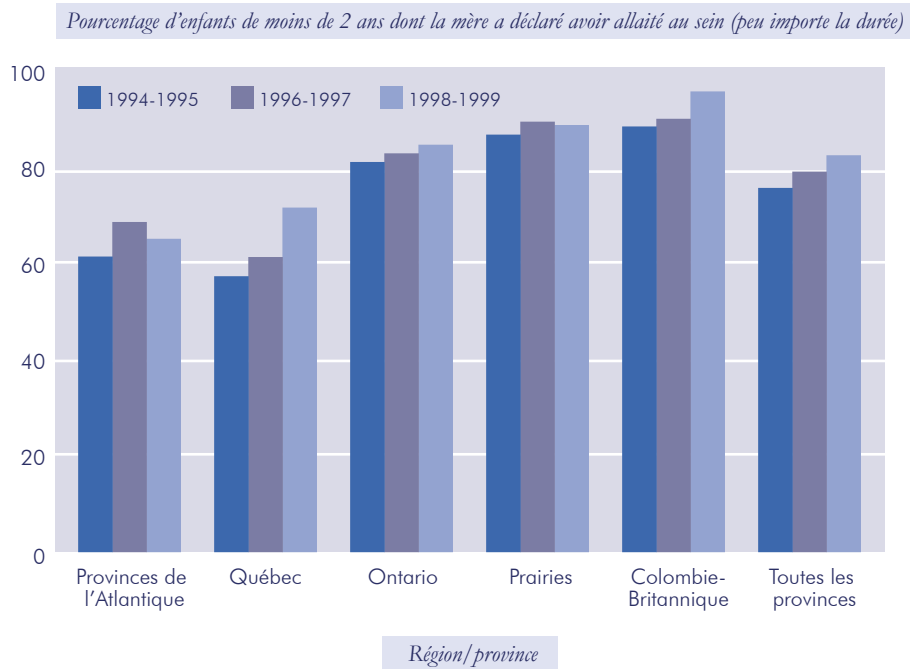
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Les estimations sont fondées sur les enfants ayant été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête.

***Il n'a pas été possible d'établir d'autres catégories d'âge en raison de la taille réduite des échantillons.

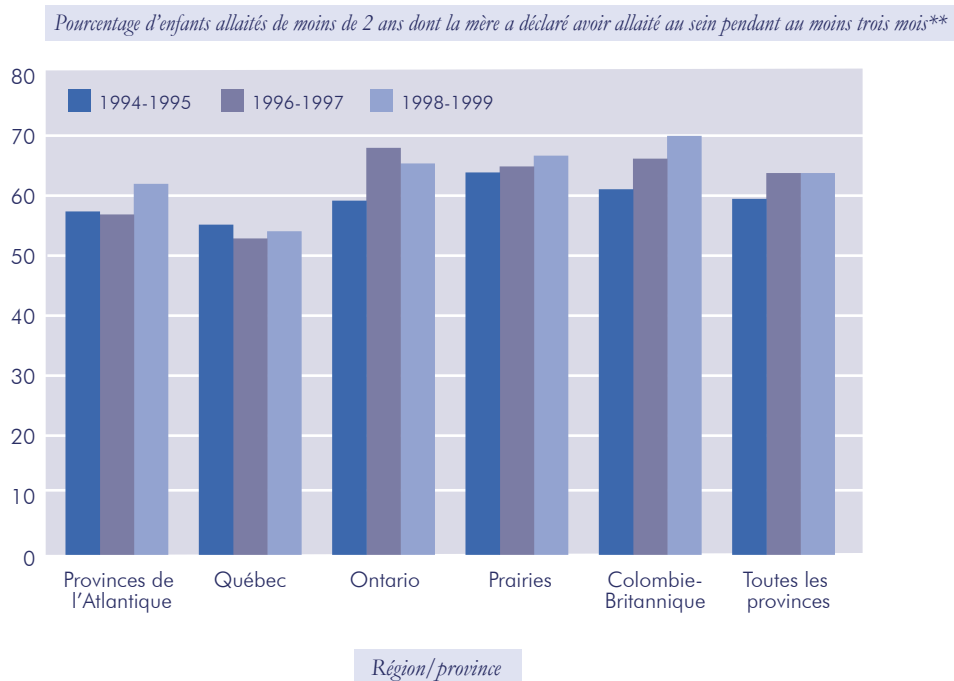


FIGURE 1.7 Taux d'allaitement maternel, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

FIGURE 1.8 Durée de l'allaitement maternel, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.
**Les estimations sont fondées sur les enfants ayant été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête.



Limites des données

On n'a pu faire appel à l'ELNEJ pour déterminer dans quelle mesure les recommandations de Santé Canada et d'autres organisations canadiennes concernant le recours exclusif à l'allaitement maternel pendant au moins quatre mois sont suivies puisque l'enquête ne demandait pas aux mères de préciser si l'allaitement maternel constituait le seul mode d'alimentation de l'enfant. De plus, les catégories établies par l'ELNEJ pour ce qui est de la durée de l'allaitement maternel n'étaient pas conformes à la recommandation des organismes canadiens. L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

Références

1. Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Santé Canada. *Nutrition pour un bébé à terme*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 1998.
2. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
3. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding, a Guide for the Medical Profession*, 5^e édition. St. Louis : Mosby, 1999.
4. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et coll. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
5. Organisation mondiale de la santé. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of an Expert Consultation*. Genève : OMS, 2001.



Taux de sous-scolarisation de la mère

Auteure :
Susie Dzakpasu,
MHSc

Le taux de femmes enceintes sous-scolarisées désigne le nombre de femmes ayant terminé moins de 12 années d'études qui ont donné naissance à un enfant vivant par rapport au nombre total des femmes enceintes qui ont donné naissance à un enfant vivant (dans un lieu donné et à un moment donné).

On a observé un lien constant entre la sous-scolarisation de la mère et des répercussions défavorables sur la santé périnatale. Ainsi, les taux de prématurité, d'hypotrophie néonatale, de mortinatalité et de mortalité infantile sont plus élevés chez les femmes peu scolarisées¹⁻⁴. Les mécanismes qui font que le niveau de scolarité de la mère finit par avoir une incidence sur la santé périnatale sont complexes et font souvent intervenir des variables telles que l'âge de la mère, l'utilisation des soins de santé et la prévalence de comportements à risque, comme le tabagisme maternel^{5,6}.

Les taux de sous-scolarisation de la mère ont été estimés à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Le lien entre le niveau de scolarité de la mère et trois déterminants de la santé périnatale (soit le tabagisme pendant la grossesse, la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement maternel) est également établi.

Résultats

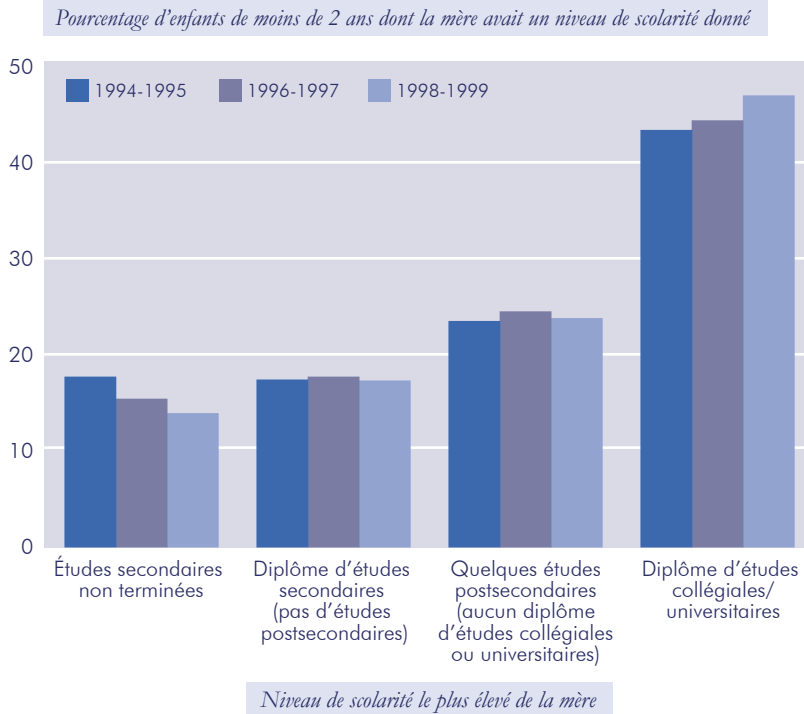
- Entre 1994-1995 et 1998-1999, on a enregistré une baisse de la proportion de nouvelles mères sous-scolarisées (figure 1.9). En 1994-1995, 17,2 % des enfants de moins de deux ans étaient nés d'une mère n'ayant pas terminé ses études secondaires contre 13,4 % en 1998-1999. En 1994-1995, 42,9 % des enfants avaient une mère détentrice d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires, contre 46,5 % en 1998-1999.
- On a observé une forte corrélation entre le niveau de scolarité de la mère, le tabagisme maternel et la consommation d'alcool pendant la grossesse, au cours des trois périodes visées par l'ELNEJ. En 1998-1999, 35,9 % des enfants nés de mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont été exposés à la fumée de tabac dans l'utérus, contre 9,0 % de ceux dont la mère détenait un diplôme d'études collégiales ou universitaires (figure 1.10). La tendance inverse a été observée sur le plan de l'exposition prénatale à l'alcool. En effet, en 1998-1999, 9,9 % des enfants nés de mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont été exposés à l'alcool dans l'utérus, contre 17,7 % de ceux dont la mère détenait un diplôme d'études collégiales ou universitaires (figure 1.11).
- Les taux de démarrage de l'allaitement maternel et la durée de l'allaitement maternel étaient aussi associés au niveau de scolarité de la mère. Ainsi, en 1998-1999, 70,5 % des enfants nés de mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont été allaités pendant un certain temps, contre 89,0 % de ceux dont la mère détenait un diplôme d'études collégiales ou universitaires (figure 1.12). La durée de l'allaitement était aussi généralement plus brève chez les femmes moins scolarisées (figure 1.13). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

Limites des données

L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

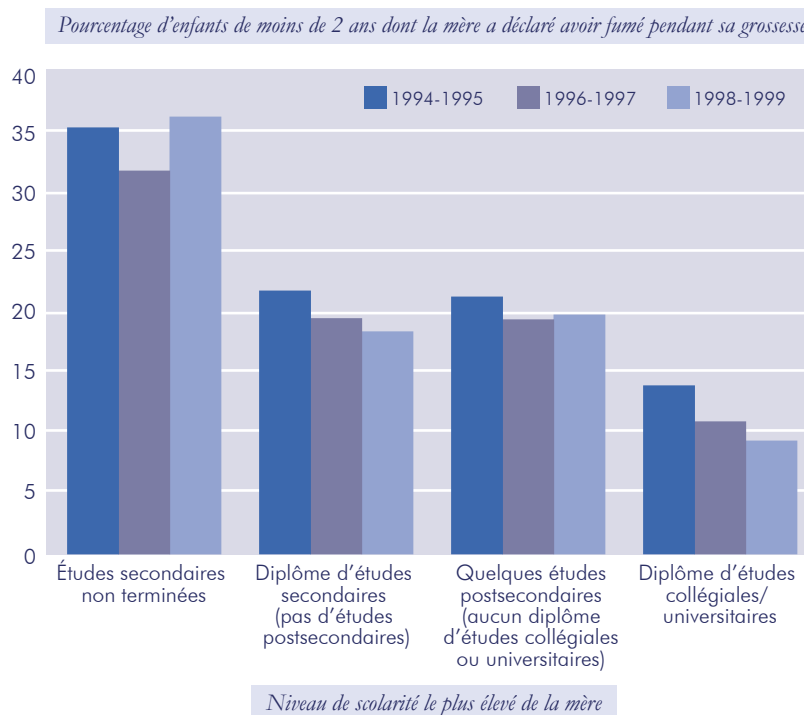


FIGURE 1.9 Taux de scolarisation de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure). *L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

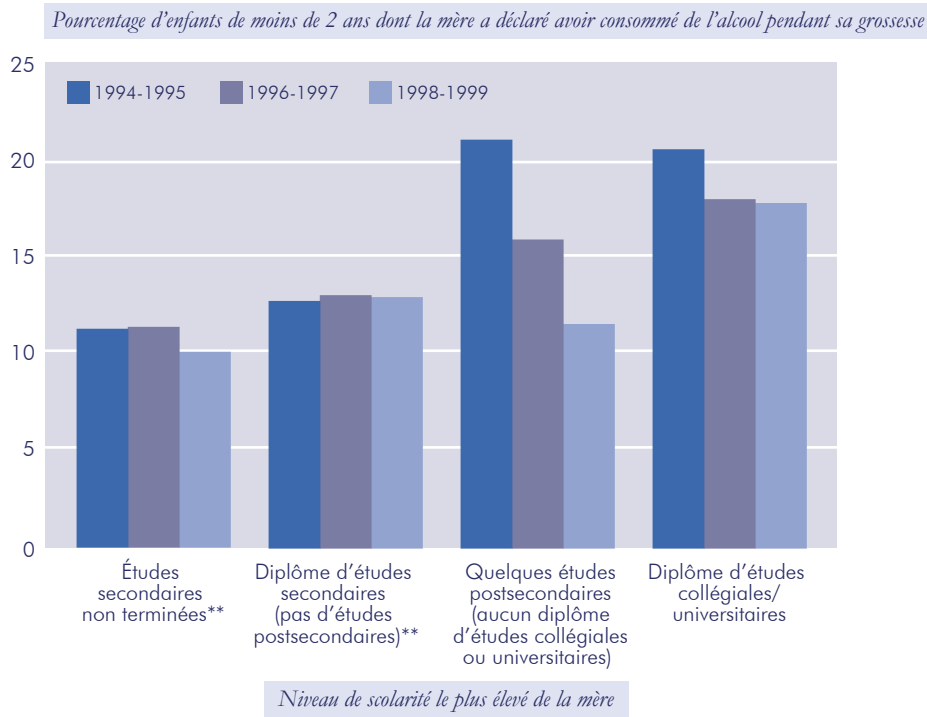
FIGURE 1.10 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure). *L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.



FIGURE 1.11 Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
 *L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.
 **Ces estimations sont peu précises parce qu'elles sont fondées sur un échantillon réduit.

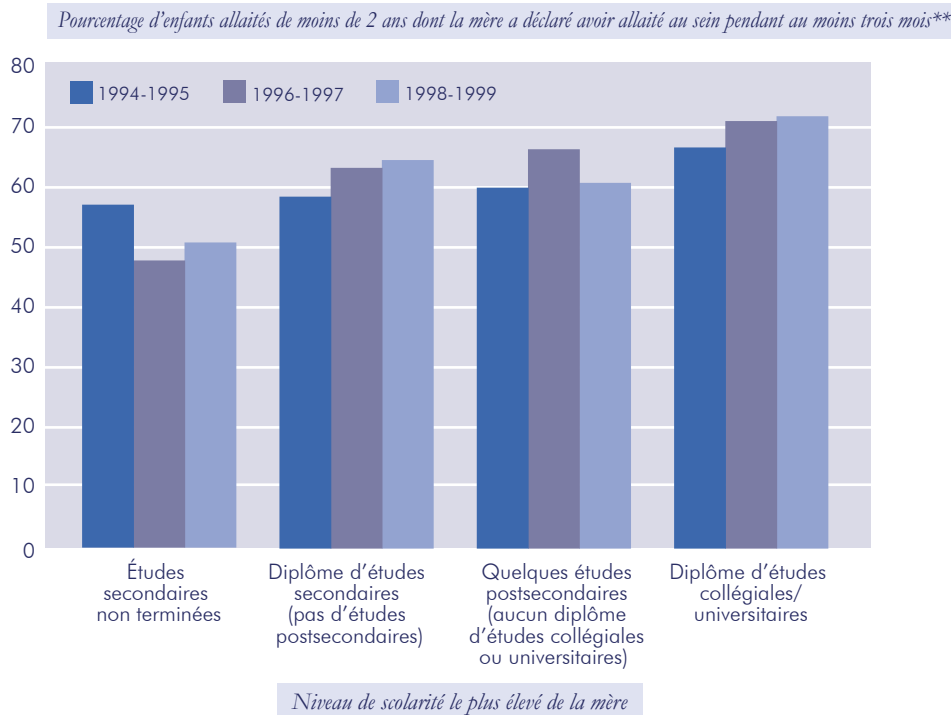
FIGURE 1.12 Taux d'allaitement maternel, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
 *L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.



FIGURE 1.13 **Durée de l'allaitement maternel, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999**



Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Estimation fondée sur les enfants ayant été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment des enquêtes.

Références

1. Claussen B, Cnattingius S, Axelsson O. Preterm and term births of small for gestational age infants: a population-based study of risk factors among nulliparous women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1011-7.
2. Chen J, Fair M, Wilkins R, Cyr M, et le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale, Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec, *Rapports sur la santé* 1998;10:53-64.
3. Parker JD, Schoendorf KC, Kiely JL. Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature delivery in the United States. *Ann Epidemiol* 1994;4:271-8.
4. Kramer MS, McLean FH, Eason EL, Usher RH. Maternal nutrition and spontaneous preterm birth. *Am J Epidemiol* 1992;136:574-83.
5. Sharma RK. Causal pathways to infant mortality: linking social variables to infant mortality through intermediate variables. *J Health Soc Policy* 1998;9:15-28.
6. D'Ascoli PT, Alexander GR, Petersen DJ, Kogan MD. Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization. *J Perinatol* 1997;17:283-7.



Taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes

Auteure :
Jennifer Crain

Le taux de naissances vivantes selon l'âge chez les mères adolescentes désigne le nombre d'enfants nés vivants de mères âgées de 14 ans ou moins, de 15 à 17 ans ou de 18 à 19 ans par tranche de 1 000 femmes du même groupe d'âge (dans un lieu donné et à un moment donné). Un indicateur connexe, la proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes, renvoie au nombre d'enfants nés vivants de mères âgées de 14 ans ou moins, de 15 à 17 ans ou de 18 à 19 ans, exprimé en pourcentage de l'ensemble des naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

Divers effets néfastes sur la mère et l'enfant ont été associés à la grossesse à l'adolescence. En général, on note un recours tardif aux soins prénatals et un taux de recours plus faible à ces soins chez les adolescentes enceintes. Le taux d'abus de tabac, d'alcool et d'autres substances s'avère plus élevé chez les adolescentes enceintes¹. Une proportion relativement plus élevée d'adolescentes affirment être victimes d'abus sexuel et de violence physique pendant la grossesse². Comparativement aux mères de 20 à 24 ans, celles de 17 ans ou moins présentent un risque accru d'accoucher d'un bébé prématuré ou affichant un retard de croissance intra-utérin³. Si les facteurs socio-démographiques peuvent avoir une incidence sur l'issue des grossesses chez les adolescentes, l'immaturité biologique de la mère adolescente peut aussi contribuer pour beaucoup aux effets défavorables, y compris la prématurité³. La pré-éclampsie, l'anémie, les infections urinaires et l'hémorragie postpartum font partie des autres problèmes connexes⁴.

Les proportions de naissances vivantes chez les mères adolescentes ont été calculées à partir des statistiques de l'état civil.

Résultats

- Le taux de natalité chez les adolescentes plus âgées fléchit, mais il est considérablement plus élevé que chez les plus jeunes⁵. Chez les filles de 18 à 19 ans, il est passé de 46,8 pour 1 000 en 1991 à 32,4 en 2000 (figure 1.14). Si l'on fait exception d'une légère hausse constatée en 1992, la proportion de naissances vivantes selon l'âge chez les filles âgées de 15 à 17 ans a suivi une courbe descendante, passant de 15,4 pour 1 000 en 1991 à 9,7 en 2000. La proportion de naissances vivantes selon l'âge chez les filles âgées de 14 ans ou moins a diminué de manière constante, passant de 1,9 pour 1 000 en 1991 à 0,9 en 2000. Le taux plus élevé observé chez les adolescentes plus âgées peut être attribué en partie au fait qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à être mariées, à avoir un conjoint de fait ou à être actives sexuellement si elles ne sont pas mariées, comparativement aux adolescentes plus jeunes⁶. De plus, la grossesse débouche plus souvent sur un avortement provoqué que sur une naissance chez les jeunes adolescentes, alors qu'elle aboutit à une naissance vivante dans la majorité des cas chez les adolescentes plus âgées⁶. La diminution générale des naissances vivantes chez les mères adolescentes rend compte d'une baisse des taux de grossesse chez les adolescentes, ce qui s'explique sans doute par l'accès à la contraception et par la sensibilisation accrue aux risques liés aux relations sexuelles non protégées, qui découle de l'épidémie du sida⁵.
- En 2000, les proportions de naissances vivantes chez les mères adolescentes de tous les groupes d'âge étaient sensiblement plus élevées au Nunavut. Les proportions les plus faibles chez les adolescentes de 18 ans ou moins et chez celles de 18 à 19 ans ont été enregistrées au Québec et en Colombie-Britannique, respectivement (figure 1.15).

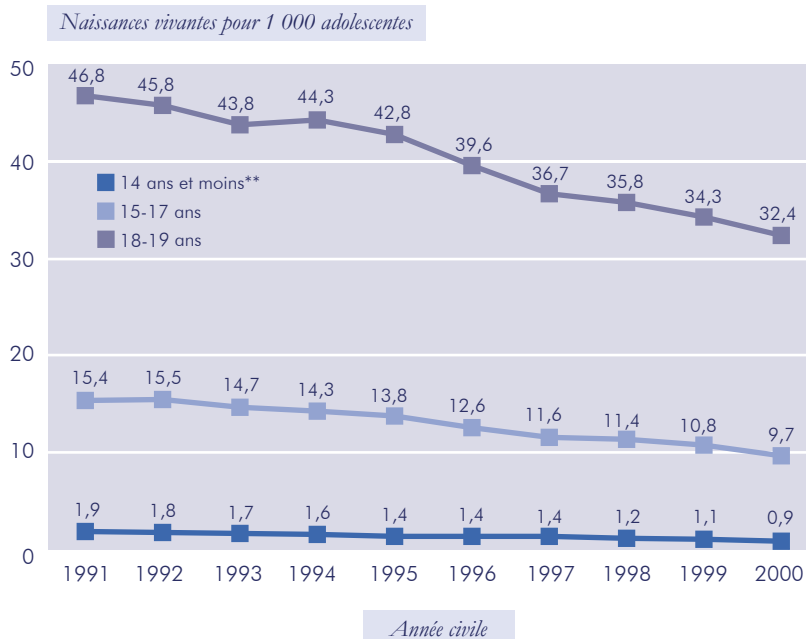


- Depuis 1991, la proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes est à la baisse dans les trois groupes d'âge (figure 1.16). En 2000, les naissances vivantes chez les mères de 18 à 19 ans représentaient 4,2 % de toutes les naissances vivantes (figure 1.17) — une baisse marginale par rapport aux 4,4 % enregistrés en 1991 (figure 1.16). En 2000, les naissances vivantes chez les filles de moins de 18 ans représentaient environ 2 % de toutes les naissances vivantes au Canada. En 2000, c'est le Nunavut qui a affiché la plus forte proportion globale de naissances vivantes chez les mères adolescentes (figure 1.17). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

Limites des données

Les données canadiennes sur l'âge de la mère proviennent des certificats de naissance, dont un petit nombre omettent de mentionner l'âge de la mère. Les naissances enregistrées tardivement, les enfants mort-nés, les grossesses ectopiques et les avortements ne sont pas inclus dans les statistiques ci-dessus. C'est pourquoi ces taux ne rendent pas compte du nombre total de grossesses chez les adolescentes. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

FIGURE 1.14 Taux de naissances vivantes selon l'âge, filles de 14 ans ou moins, de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



Sources : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

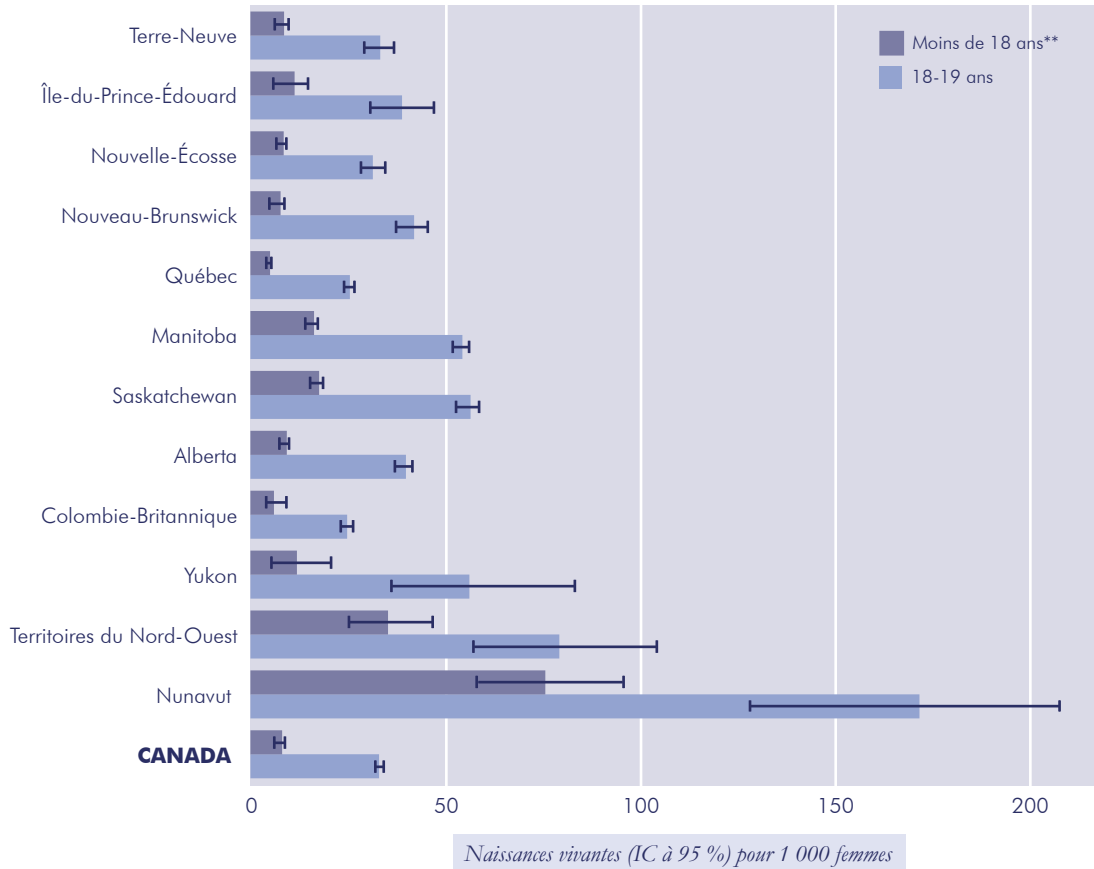
Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle, n° 91-213-XPB au catalogue, Ottawa, 2002.

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 ans.



FIGURE 1.15 Taux de naissances vivantes selon l'âge, filles de 19 ans ou moins, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Sources : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2001*. Division de la démographie, publication annuelle, n° 91-213-XPB au catalogue, Ottawa, 2002

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

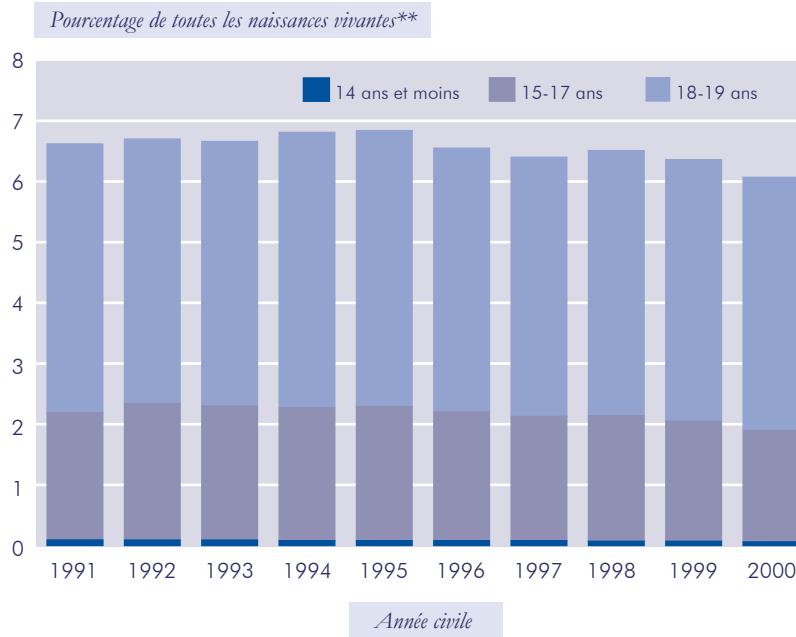
**Les groupes d'âge de 14 ans ou moins et de 15 à 17 ans ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.

Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 à 17 ans.

IC — intervalle de confiance.



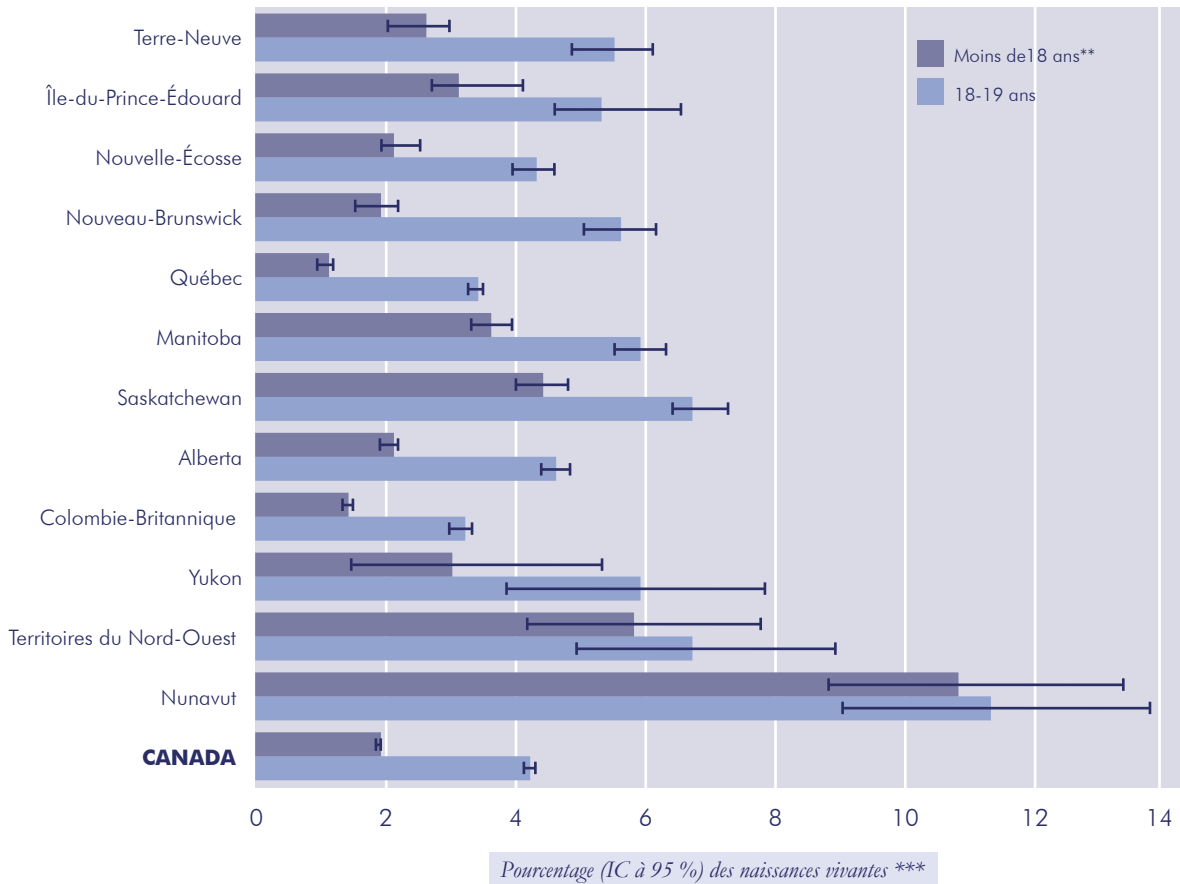
FIGURE 1.16 Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**FIGURE 1.17** Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes de 19 ans ou moins, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les groupes d'âge de 14 ans ou moins et de 15 à 17 ans ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.

***Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep* 1993;108(S1):90-6.
2. Berenson AB, San Miguel VV, Wilinkson GS. Prevalence of physical and sexual assault in pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 1992;13:466-9.
3. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;332:1113-7.
4. Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association. *Obstet Gynecol* 1996;87:83-8.
5. Dryburgh H. Grossesse chez les adolescentes. *Rapports sur la santé* 2000;12(1):9-19.
6. Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives* 2000;32(1):14-23.



Taux de naissances vivantes chez les mères plus âgées

Auteure :
Jennifer Crain

Le taux de naissances vivantes selon l'âge chez les mères plus âgées désigne le nombre d'enfants nés vivants d'une mère de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans ou de 45 ans ou plus, par tranche de 1 000 femmes du même groupe d'âge (dans un lieu donné et à un moment donné). Il existe un indicateur connexe, soit la proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées, définie comme le nombre d'enfants nés vivants d'une mère de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans ou de 45 ou plus, exprimé en pourcentage de l'ensemble des naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

Au Canada, la proportion des femmes qui remettent la procréation à plus tard a augmenté en flèche au cours des dernières années. Certaines données portent cependant à croire qu'une telle décision pourrait avoir des répercussions négatives sur la mère et sur l'enfant. Par exemple, l'incidence du syndrome de Down augmente avec l'âge de la mère^{1,2}. De plus, certaines complications antepartum ont été associées à une grossesse tardive, dont le risque accru d'avortement spontané, de diabète gestationnel, de diabète sucré, d'hypertension, de pré-éclampsie, de placenta praevia et d'hospitalisation avant la naissance³. Plus la mère est âgée, plus le risque de complications pendant le travail et l'accouchement augmente, y compris la présentation anormale, la souffrance fœtale, le prolongement du travail, l'accouchement chirurgical et l'hémorragie postpartum³⁻⁵.

Les études révèlent par ailleurs que l'âge avancé de la mère est associé à un risque plus élevé de grossesse multiple, de naissance prématurée et d'hypotrophie néonatale. Les bébés nés de ces mères risquent davantage d'être admis aux soins intensifs néonataux⁶. Selon des données récentes, il semblerait cependant que les mères plus âgées qui ont de saines habitudes de vie (p. ex., qui ne fument pas) et qui reçoivent de bons soins obstétricaux ne sont pas plus exposées que d'autres à des complications telles que l'accouchement prématuré et l'hypotrophie néonatale^{3,5}.

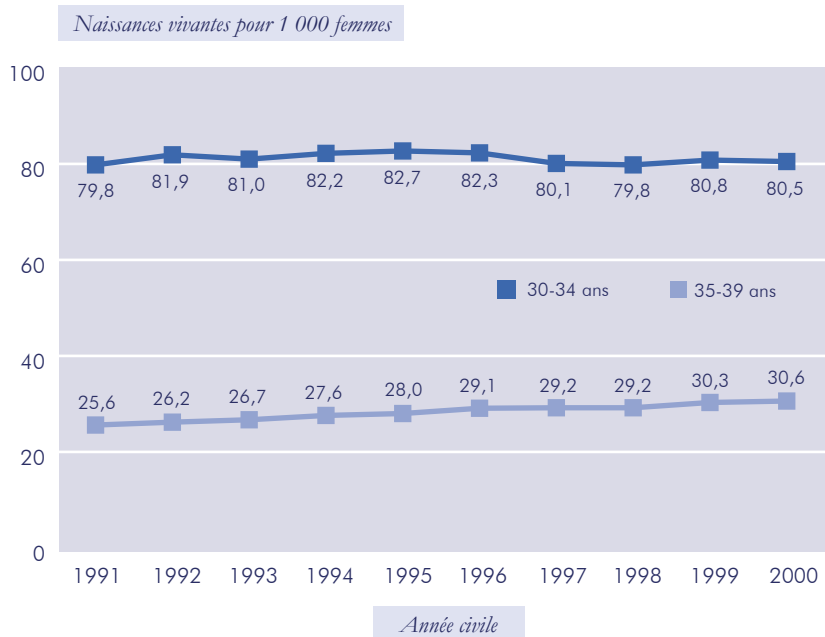
Les proportions de naissances vivantes chez les mères âgées ont été calculées à partir de statistiques de l'état civil.

Résultats

- Entre 1991 et 2000, on a enregistré une hausse des proportions de naissances vivantes chez les mères plus âgées. Chez les femmes de 35 à 39 ans, il est passé de 25,6 pour 1 000 en 1991 à 30,6 en 2000 (figure 1.18). La même tendance a été observée chez les mères d'âge avancé. Par exemple, chez celles de 40 à 44 ans, le taux est passé de 3,5 pour 1 000 en 1991 à 5,1 en 2000 (figure 1.19).
- En 2000, la proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées était la plus élevée au Yukon chez les femmes de 35 à 39 ans et la plus élevée au Nunavut chez les femmes de 30 à 34 ans (figure 1.20).
- La proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées n'a cessé d'augmenter au cours de la dernière décennie. En 1991, les femmes de 30 à 34 ans avaient mis au monde 25,6 % de tous les enfants nés vivants au Canada; la proportion était de 7,6 % chez les femmes de 35 à 39 ans et de 1,0 % chez celles de 40 ans ou plus. En 2000, ces pourcentages étaient respectivement de 27,4 %, 12,4 % et 2,1 %, respectivement (figure 1.21). La plus forte proportion de naissances vivantes chez les mères de 30 à 34 ans et de 40 ans et plus ans et plus a été enregistrée en Colombie-Britannique en 2000, alors que le Yukon affichait la plus forte proportion de mères de 35 à 39 ans (figure 1.22). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.



FIGURE 1.18 Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 0-39 ans, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

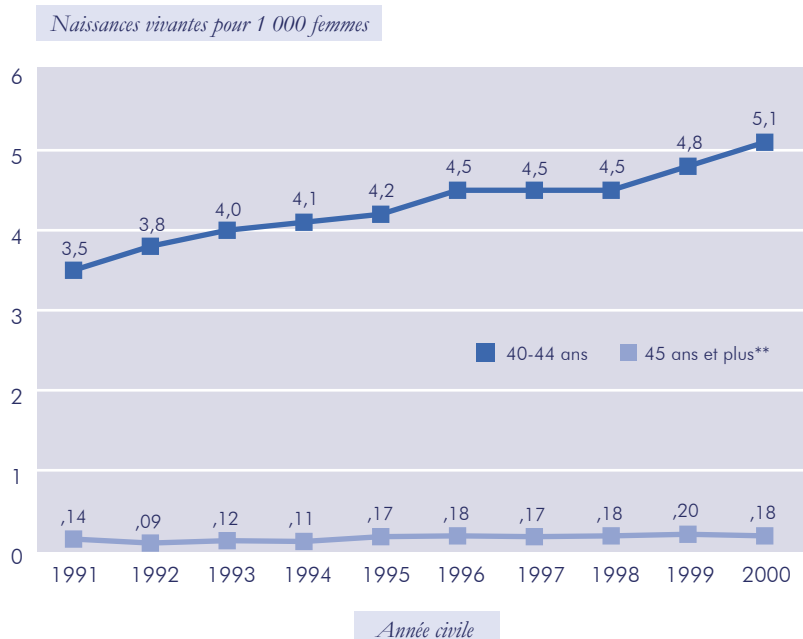


Sources : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2001*. Division de la démographie, publication annuelle, n° 91-213-XPB au catalogue, Ottawa, 2002.

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

FIGURE 1.19 Taux de naissances vivantes selon l'âge, femmes de 40 ans ou plus, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



Sources : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

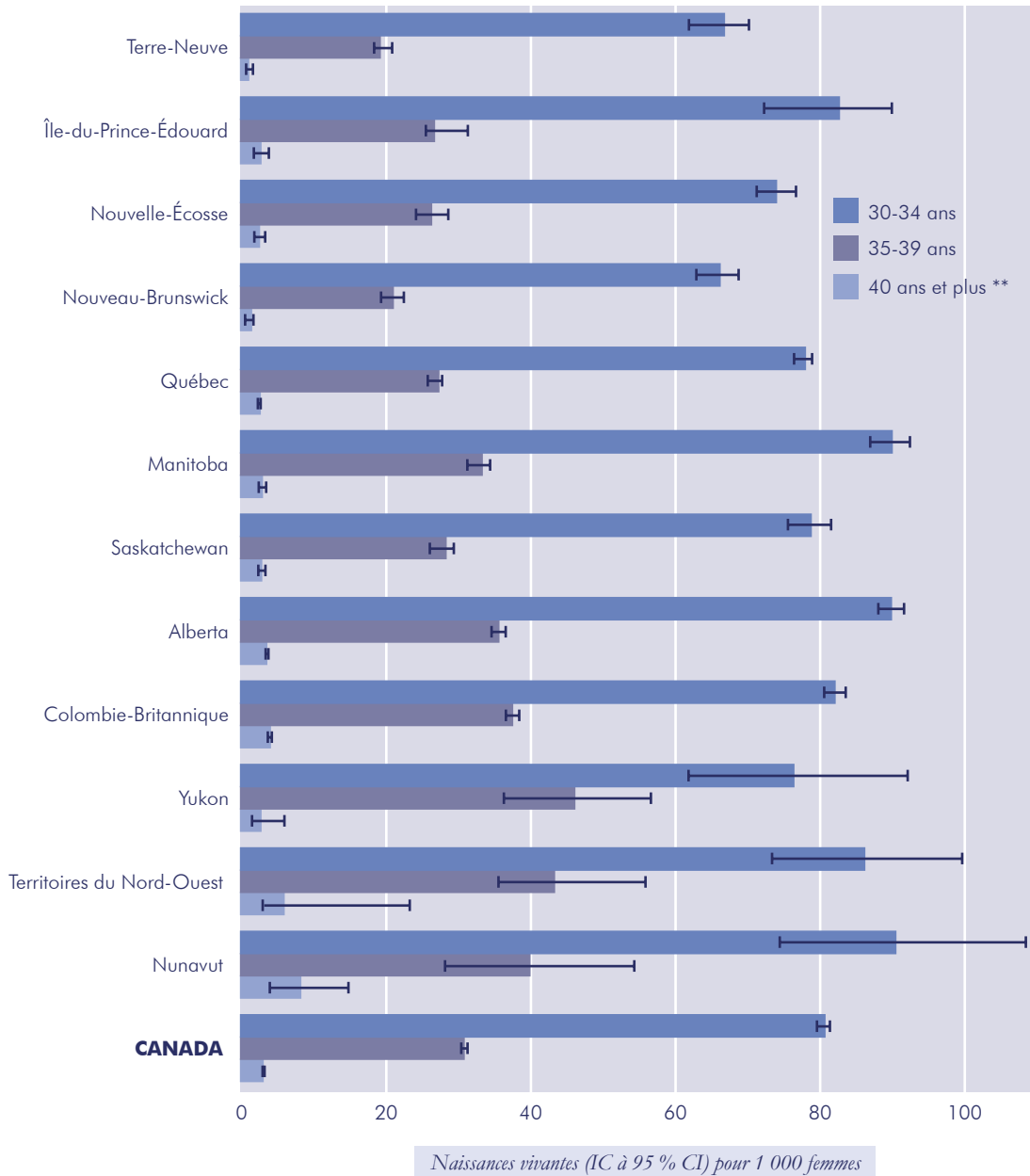
Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2001*. Division de la démographie, publication annuelle, n° 91-213-XPB au catalogue, Ottawa, 2002.

* Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les taux sont fondés sur la population féminine de 45-49 ans.



FIGURE 1.20 Taux de naissances vivantes, femmes de 30 ans ou plus, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)* 2000



Sources : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2001*. Division de la démographie, publication annuelle, n° 91-213-XPB au catalogue, Ottawa, 2002.

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

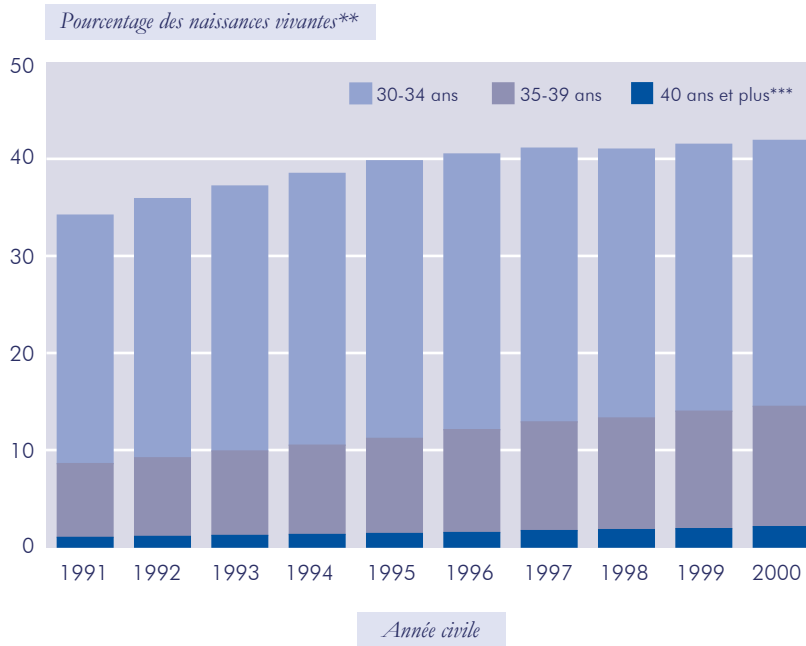
**Les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 ans ou plus ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.

Les taux sont fondés sur la population féminine de 40-49 ans.

IC — intervalle de confiance.



FIGURE 1.21 Proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

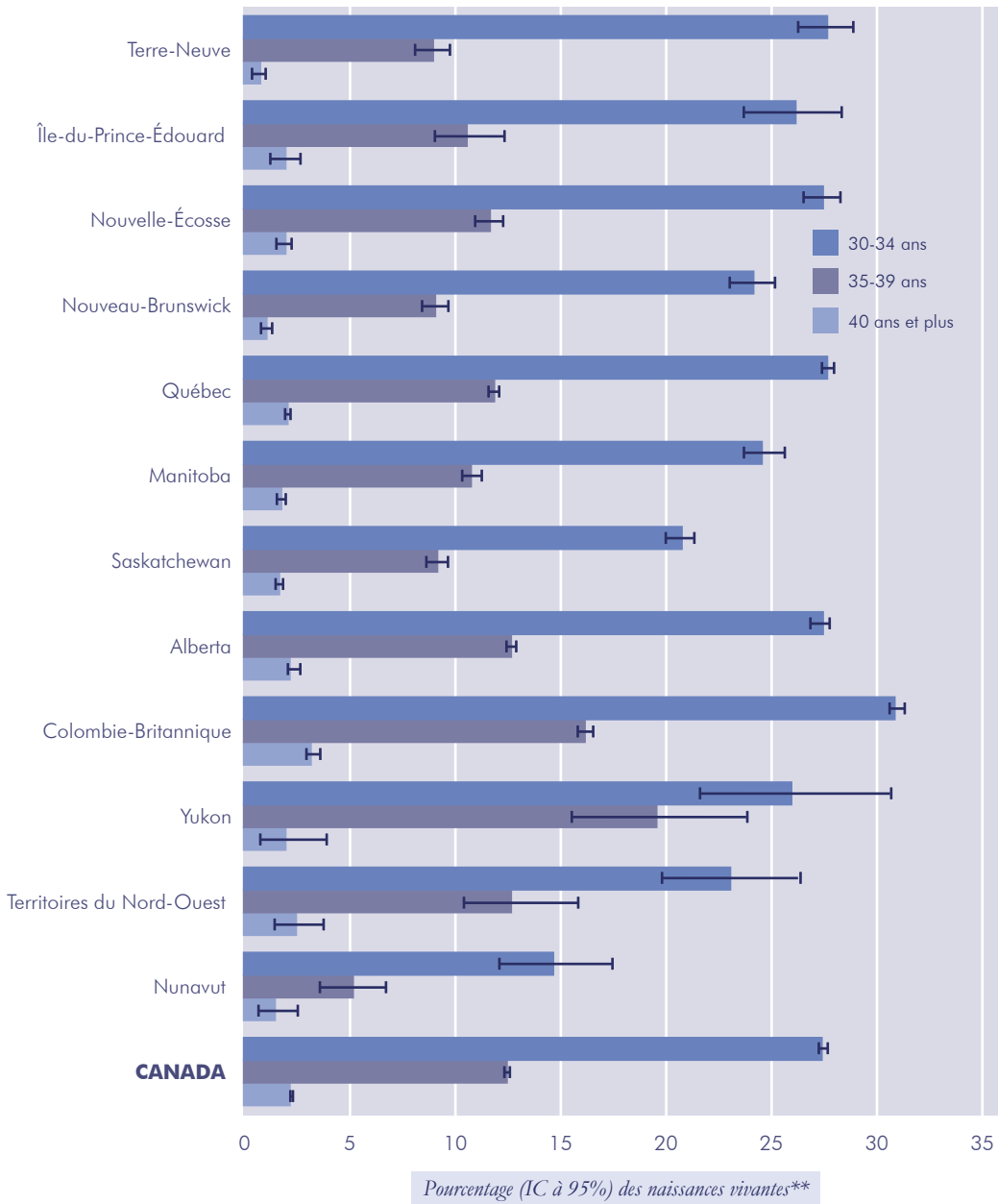
*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

***Les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 ans ou plus ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.



FIGURE 1.22 Proportion de naissances vivantes chez les mères plus âgées, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

IC — intervalle de confiance.



Limites des données

Les données canadiennes sur l'âge de la mère proviennent des certificats de naissance, dont un petit nombre omettent de mentionner l'âge de la mère. Les naissances enregistrées tardivement, les enfants mort-nés, les grossesses ectopiques et les avortements ne sont pas inclus dans les statistiques ci-dessus. En d'autres termes, ces chiffres ne rendent pas nécessairement compte de la proportion de grossesses chez les mères plus âgées. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe G*.

Références

1. Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada — Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 (N° H39-641/2002F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
2. Harper PS. *Practical Genetic Counselling*, 5^e édition. Boston : Butterworth Heinemann, 1998:61.
3. Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990;322:659-64.
4. Leyland AH, Boddy FA. Maternal age and outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990;323:413-4.
5. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995;85:65-70.
6. Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston, DW, Svenson, Lawrence W, Rose S, Belik J. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in low birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics* 2002;109:399-403.

2

Services de santé



Taux de déclenchement du travail

Auteur :
I.D. Rusen,
MD, MSc, FRCPC

Le taux de déclenchement du travail désigne le nombre de femmes qui accouchent et dont le travail a été déclenché à l'aide de moyens médicaux ou chirurgicaux (avant le début du travail) par rapport au nombre total de femmes qui accouchent (en un lieu donné et à un moment donné).

Le travail peut être médicalement provoqué à l'aide de diverses techniques pharmacologiques, notamment l'administration d'oxytocine et de prostaglandine¹. Il peut aussi être déclenché par voie chirurgicale, par la rupture artificielle des membranes (RAM), aussi appelée amniotomie¹. Le déclenchement du travail est une intervention obstétricale qui comporte plus de risques de complications, notamment la chorio-amnionite et l'accouchement par césarienne, que le travail spontané¹. Dans certains cas, les risques auxquels la poursuite de la grossesse expose la mère et le fœtus s'avèrent plus graves que ceux liés au déclenchement du travail. Au nombre des indications du déclenchement figurent la rupture prématurée des membranes, l'hypertension chez la mère, l'état peu rassurant du fœtus et le dépassement du terme de la grossesse¹. Aux États-Unis², le taux de déclenchement (tant cliniquement justifié qu'électif) du travail a doublé entre 1990 et 1998.

Les taux de déclenchement du travail ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation.

Résultats

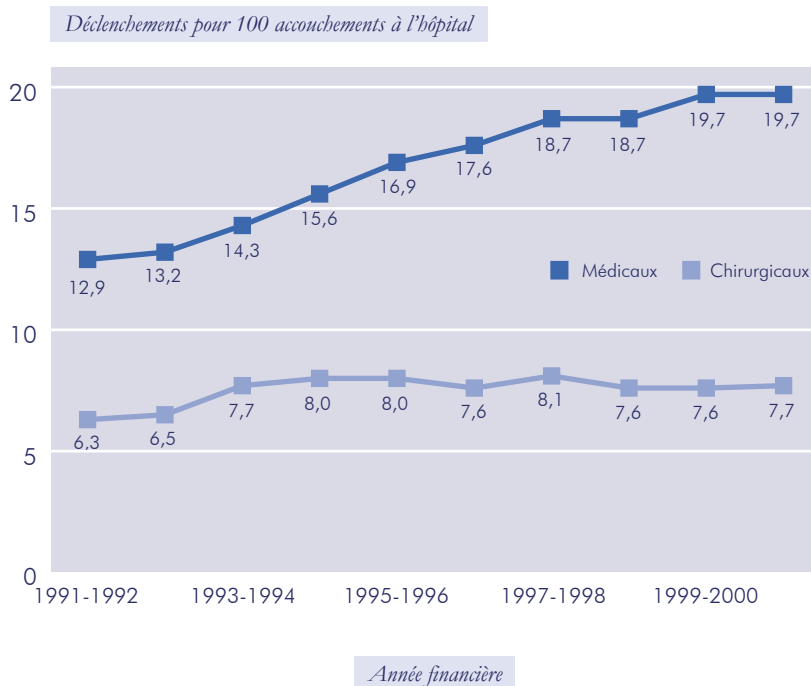
- Entre 1991-1992 et 2000-2001, le taux de déclenchement médical du travail au Canada n'a cessé de croître, passant de 12,9 % à 19,7 % (figure 2.1). Ces résultats concordent avec les chiffres déjà avancés (10 % à 25 %) par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)³. La SOGC a aussi fait état d'une tendance à la hausse du phénomène⁴.
- Le taux de déclenchement par RAM par rapport à l'ensemble des accouchements est passé de 6,3 % en 1991-1992 à 8,1 % en 1997-1998 et à 7,7 % en 2000-2001 (figure 2.1).
- Le taux global de déclenchement (médical et/ou chirurgical) au Canada (à l'exclusion de la Nouvelle-Écosse, du Québec et du Manitoba) s'élevait à 22,0 % en 2000-2001, ce qui équivalait à une hausse de 16,5 % par rapport à 1991-1992.
- Les taux de déclenchement du travail ont varié considérablement selon les provinces et les territoires, passant d'un minimum de 3,0 % chez les femmes ayant accouché au Nunavut à un sommet de 23,5 % en Alberta. Les taux de déclenchement par RAM ont aussi varié d'une région à l'autre du pays, passant de 0,0 % au Nunavut et au Yukon à 13,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 2.2). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.



Limites des données

La qualité des données sur le déclenchement du travail au Canada est fonction de la validité du codage de l'intervention utilisé pour évaluer les taux de déclenchement. Selon une étude de réextraction des données des dossiers médicaux réalisée récemment en vue d'évaluer la qualité des données sur les congés des patients de l'ICIS, il est possible que l'information concernant le déclenchement médical du travail ne soit pas saisie de manière fiable⁵. De plus, il est possible que le codage du déclenchement chirurgical du travail ne soit pas utilisé uniformément dans l'ensemble des provinces et des territoires. D'autres facteurs viennent compromettre la fiabilité de l'estimation des taux de déclenchement du travail. Ainsi, des erreurs ont été commises lorsqu'on a déterminé si le travail a été provoqué ou accéléré. L'accélération désigne l'emploi de moyens médicaux ou chirurgicaux pour faciliter un travail amorcé spontanément.

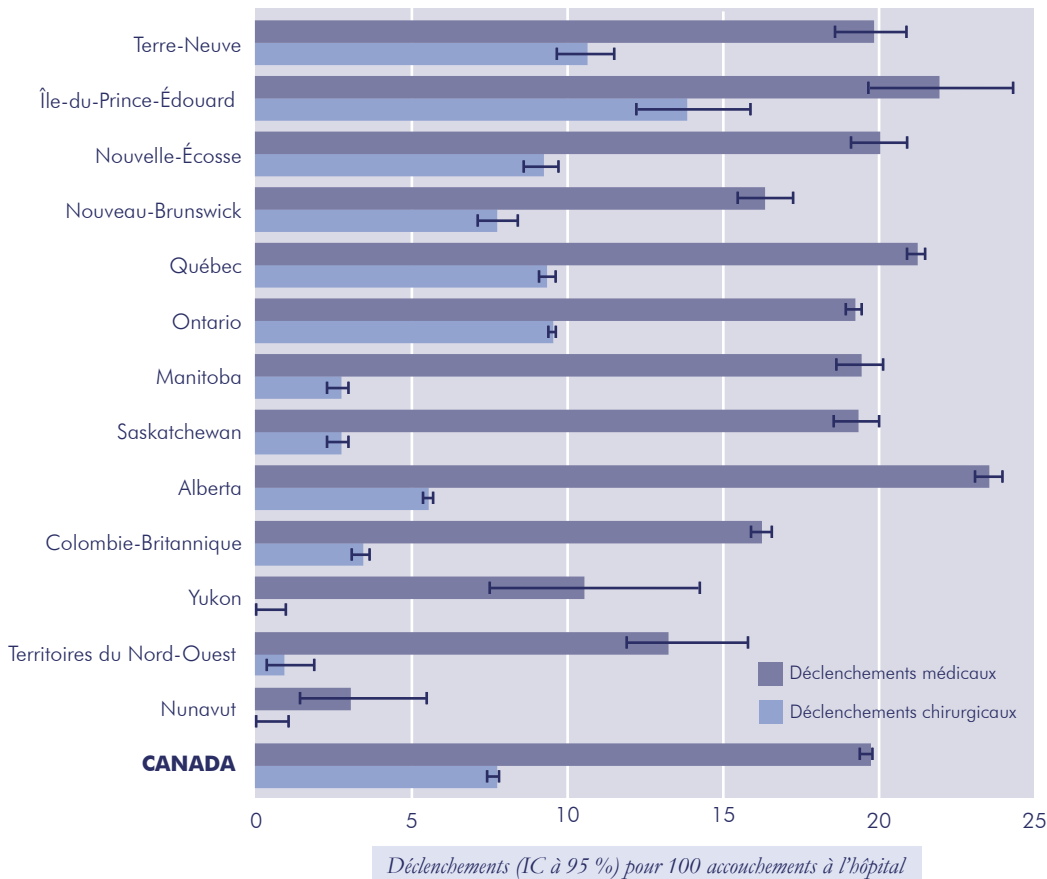
FIGURE 2.1 Taux de déclenchement du travail, Canada, 1991-1992 à 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001.
Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, ASD, 1991-1992 à 2000-2001.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.
Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.



FIGURE 2.2 Taux de déclenchement du travail, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.
 Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.
 Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.
 IC — intervalle de confiance.

Références

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV, et coll. (Éditeur). *Williams Obstetrics*, 21^e édition. Toronto : McGraw-Hill, 2001.
2. Zhang J, Yancey MK, Henderson CE. U.S. National trends in labor induction, 1989-1998. *Reprod Med* 2002;47(2):120-4.
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Le déclenchement du travail, Directive clinique de la SOGC en obstétrique, numéro 23*. Ottawa : SOGC, 1996.
4. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Le déclenchement du travail à terme, Directive clinique de la SOGC en obstétrique, numéro 107*. Ottawa : SOGC, 2001.
5. Wen SW, Brown A, Mitchell S, Kramer MS, pour le Système canadien de surveillance périnatale. An evaluation of the validity of obstetric/neonatal discharge abstract data by re-abstractation of medical charts (manuscrit non publié), 2002.



Taux d'accouchement par césarienne

Auteur :
Shiliang Liu,
MB, PhD

Le taux d'accouchement par césarienne désigne le nombre d'accouchements par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements (dans un lieu donné et à un moment donné), exprimé en pourcentage. Le taux de césarienne primaire désigne le nombre de femmes qui accouchent pour la première fois par césarienne par rapport au nombre total de femmes n'ayant jamais accouché par césarienne, exprimé en pourcentage; ce taux inclut les femmes primipares (c.-à-d. les femmes qui accouchent pour la première fois) et multipares (c.-à-d. celles qui ont déjà accouché au moins une fois). Le taux de césarienne répétée désigne le nombre de femmes qui accouchent à nouveau par césarienne après avoir eu le même type d'accouchement auparavant par rapport au nombre total de femmes ayant accouché par césarienne, exprimé en pourcentage. L'âge plus avancé de la mère est un facteur de risque d'accouchement par césarienne. Les femmes primipares risquent davantage d'accoucher par césarienne que les femmes qui donnent naissance à leur deuxième ou troisième enfant sans avoir eu recours à la césarienne. Le recours antérieur à la césarienne, la dystocie, la présentation par le siège et la détresse fœtale sont considérés comme les principaux motifs justifiant un accouchement par césarienne¹.

La proportion de femmes qui ont accouché par césarienne est passée d'environ 5 % à près de 20 % au Canada et aux États-Unis entre la fin des années 60 et le début des années 80². On ne connaît pas parfaitement les facteurs qui ont contribué à l'accroissement du taux d'accouchement par césarienne observé au cours des dernières décennies. Bien que ce taux en apparence élevé soit toujours préoccupant, à cause de la possible augmentation des risques courus par la mère et le bébé¹ et de l'accroissement des coûts associés à des séjours plus longs à l'hôpital, il est demeuré au même niveau (entre 18 % et 19 %) depuis environ 10 ans et a amorcé une tendance à la hausse depuis quelques années malgré tous les efforts qui ont été faits pour l'abaisser¹⁻⁴. Au nombre des grandes stratégies adoptées pour le réduire figurent la rédaction de lignes directrices cliniques relatives à la césarienne et des campagnes visant à inciter les femmes ayant déjà accouché par césarienne à tenter un accouchement par voie vaginale (un accouchement vaginal après césarienne ou AVAC)⁵⁻¹⁰. Les taux d'accouchement par césarienne ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation.

Résultats

- Le taux de césarienne est passé de 18,2 % en 1991-1992 à 17,5 % en 1994-1995, après quoi il n'a cessé d'augmenter pour atteindre 21,2 % en 2000-2001 (tableau 2.1). La récente tendance à la hausse est essentiellement attribuable à une augmentation marquée du taux de césarienne primaire chez les femmes de tous les groupes d'âge (tableau 2.1 et figure 2.3).
- La proportion de femmes ayant déjà accouché par césarienne a grimpé de 9,5 % à 10,2 % entre 1991-1992 et 2000-2001 (tableau 2.1). Le taux de césarienne répétée a chuté de 73,2 % en 1991-1992 à 64,7 % en 1995-1996, après quoi il a augmenté de manière constante pour atteindre 70,1 % en 2000-2001.
- Les données de Statistique Canada pour la période de 1991 à 2000 font état d'une augmentation en pourcentage des premières naissances parmi les femmes âgées de 25 ans ou plus (tableau 2.2). L'augmentation du pourcentage de premières naissances chez les femmes appartenant à des groupes d'âge plus avancés pourrait expliquer en partie la hausse du taux de césarienne primaire.



- En 2000-2001, les taux de césarienne variaient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, oscillant entre 8,1 % au Nunavut et 25,8 % au Nouveau-Brunswick (figure 2.4). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

Limites des données

Comme les femmes qui donnent naissance à leur premier bébé risquent davantage d'accoucher par césarienne, en particulier celles qui accouchent pour la première fois à un âge avancé, et comme on observe chez les femmes une tendance durable à différer la venue du premier enfant, il est préférable de faire des ajustements pour tenir compte de ces deux facteurs lorsqu'on examine les tendances dans le temps. Nous n'avons pu ici faire d'ajustements pour ces deux importants facteurs étant donné que la parité n'est pas consignée dans la Base de données sur les congés des patients. Une autre limite possible tient à ce que le dénominateur utilisé dans le calcul des taux d'accouchement par césarienne donnés ci-dessus ne comprend que les accouchements pratiqués à l'hôpital. Bien que le nombre d'accouchements pratiqués en dehors de l'hôpital soit peu élevé, les variations temporelles de ce nombre pourraient faire varier, quoique sans doute légèrement, les taux d'accouchement par césarienne.

TABLEAU 2.1 Taux d'accouchement par césarienne (cés.) et proportion de femmes ayant déjà eu une césarienne, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Cés. pour 100 accouchements à l'hôpital	Cés. primaires pour 100 accouchements à l'hôpital	Pourcentage de femmes qui accouchent à nouveau par cés.	Taux de cés. répétée
1991-1992	18,2	12,4	9,5	73,2
1992-1993	17,9	12,3	9,7	69,7
1993-1994	17,8	12,4	9,7	67,9
1994-1995	17,5	12,4	9,6	66,0
1995-1996	17,6	12,6	9,7	64,7
1996-1997	18,2	13,1	9,9	64,9
1997-1998	18,5	13,4	9,9	64,9
1998-1999	19,0	13,8	10,0	65,3
1999-2000	19,7	14,5	10,0	66,9
2000-2001	21,2	15,6	10,2	70,1

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

**TABLEAU 2.2** Proportion de naissances vivantes* qui sont des premières naissances**, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)***, 1991-2000

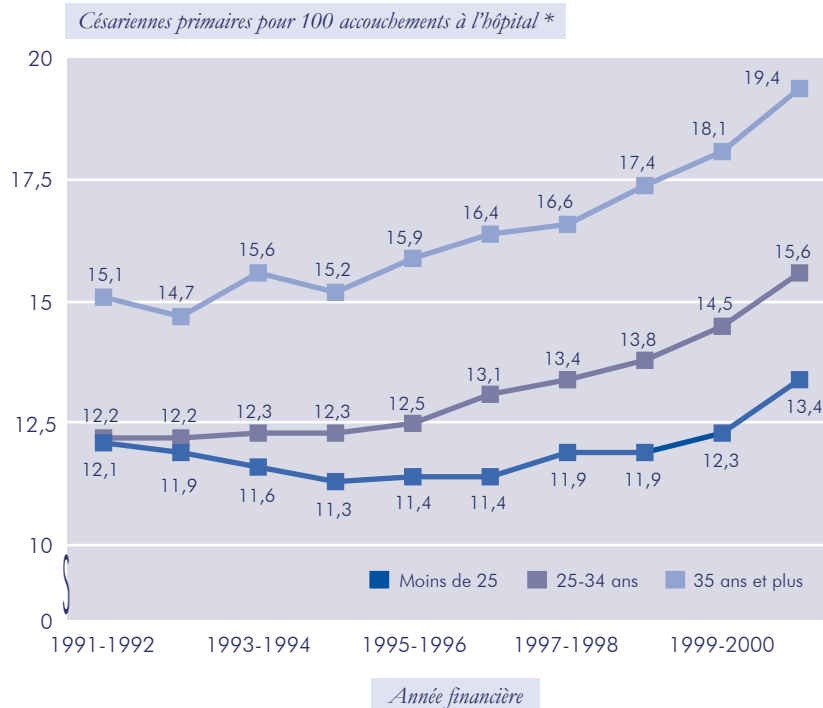
Année	Âge de la mère (ans)		
	moins de 25	25-34	35 ans et plus
1991	62,8	36,6	23,2
1992	61,7	36,6	22,8
1993	61,6	36,8	23,7
1994	61,8	36,7	24,1
1995	62,1	37,3	24,7
1996	61,9	37,7	24,8
1997	61,8	38,0	25,5
1998	59,8	36,9	25,0
1999	59,8	37,3	25,5
2000	60,3	38,6	25,7

Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**Naissances vivantes chez les mères n'ayant pas déjà mis au monde un enfant vivant ou mort-né.

***Les données de l'Ontario sont exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

FIGURE 2.3 Taux de césarienne (cés.) primaire, selon l'âge de la mère, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001.

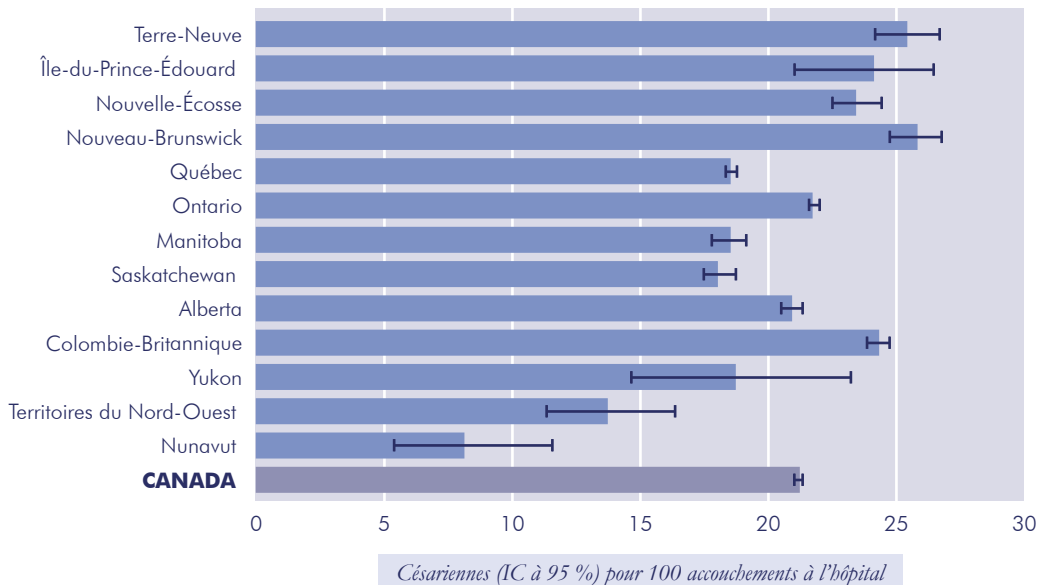
Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Exclut les accouchements à l'hôpital où l'âge de la mère est inconnu.



FIGURE 2.4 Taux d'accouchement par césarienne (cés.), selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. American College of Obstetrician and Gynecologists Women's Health Care Physicians, Task Force on Cesarean Delivery Rates. *Evaluation of Cesarean Delivery*. Washington, DC : American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
2. Notzon FC, Placak PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean-section rates. *N Engl J Med* 1987;316:386-9.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de santé 2002*. Ottawa, ICIS, 2002. (numéro 2 : N° 82-221-XIF au catalogue).
4. Nair C. Tendances au niveau des césariennes au Canada. *Rapports sur la santé* 1991;3:203-19.
5. Helewa M. Cesarean sections in Canada: what constitutes an appropriate rate? *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1995;17:237-46.
6. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dystocie. Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1995.
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Accouchement vaginal après césarienne. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1997.
8. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1994.
9. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitorage fœtal pendant le travail, Conclusion, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1996.
10. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitorage fœtal pendant le travail, Conclusion, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1996.



Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale

Auteure :
Ruth Kohut,
RN, MSc

Le taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale désigne le nombre d'accouchements par voie vaginale effectués à l'aide de forceps ou d'une ventouse par rapport au nombre total d'accouchements par voie vaginale (dans un lieu donné et à un moment donné).

Le recours à l'accouchement chirurgical par voie vaginale est une solution de rechange lorsqu'un accouchement spontané par voie vaginale doit être facilité pour la sécurité de la mère ou du fœtus. Le choix de l'extraction par forceps ou ventouse a jusqu'à présent reposé avant tout sur la tradition et sur la formation¹. Selon les résultats d'essais randomisés, une diminution des taux de recours à la césarienne et à l'anesthésie topique et générale et une diminution de la morbidité maternelle étaient associés aux accouchements vaginaux effectués à l'aide d'une ventouse plutôt que de forceps²⁻⁴. Ces essais étaient toutefois de trop petite envergure pour permettre d'évaluer certaines issues rares et importantes de la grossesse, comme les hémorragies intracrâniennes et la mortalité chez les bébés. Il ressort de certaines études que le risque de lésions du cuir chevelu chez le nouveau-né et de lésions intracrâniennes pourrait être plus élevé par suite d'une extraction par ventouse, mais le risque absolu de morbidité infantile est jugé faible et pourrait être lié, en partie, à une complication du travail et non directement à l'intervention chirurgicale proprement dite^{5,6}. Il y a lieu d'approfondir les recherches afin de déterminer le risque que comporte un accouchement chirurgical par voie vaginale pour le nouveau-né.

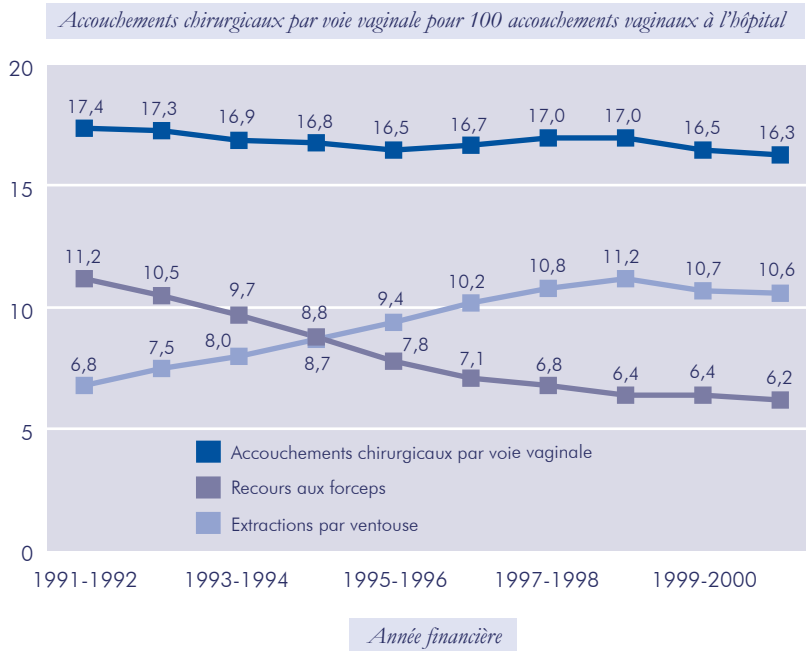
Les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation.

Résultats

- En 2000-2001, le taux global d'accouchement chirurgical par voie vaginale au Canada s'élevait à 16,3 %. Il est demeuré relativement constant, oscillant entre 17,4 % et 16,3 % au cours de la dernière décennie (figure 2.5). L'écart entre le taux global et le total des taux individuels de recours aux forceps et aux ventouses s'explique par les accouchements ayant donné lieu à la fois à l'usage de forceps et de ventouses.
- En 2000-2001, le taux de recours aux forceps s'établissait à 6,2 %. Il a considérablement fléchi au cours de la dernière décennie.
- En 2000-2001, le taux d'extraction par ventouse était de 10,6 %. Contrairement à l'accouchement par forceps, le recours aux ventouses a progressé au début des années 90, les taux déclarés se maintenant à un niveau situé entre 10 % et 11 % ces dernières années.
- Les taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale ont varié énormément d'une province et d'un territoire à l'autre au Canada (figures 2.6, 2.7 et 2.8). Ces différences régionales pourraient être attribuables en partie à des variations dans les pratiques ou les préférences cliniques. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

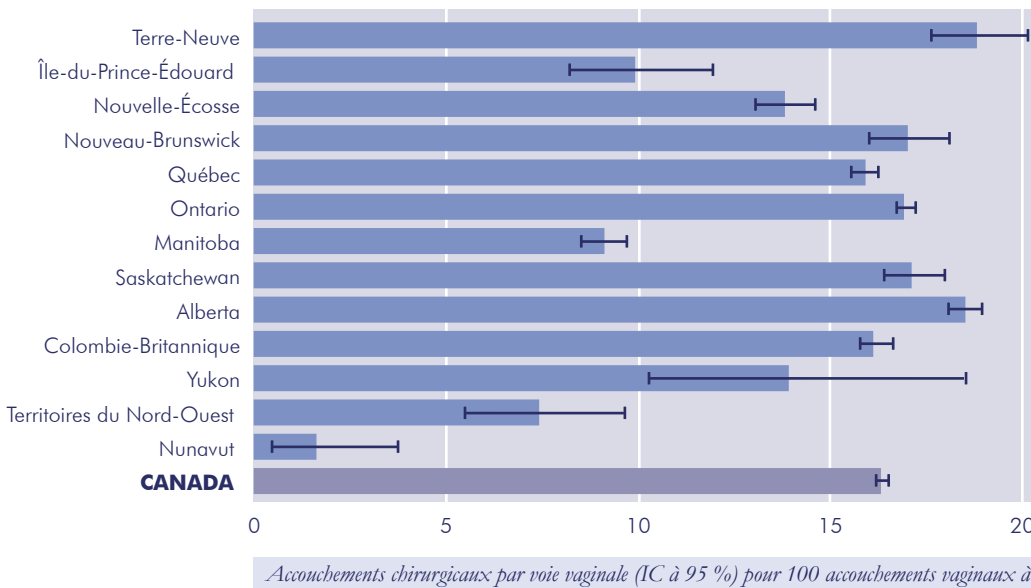


FIGURE 2.5 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

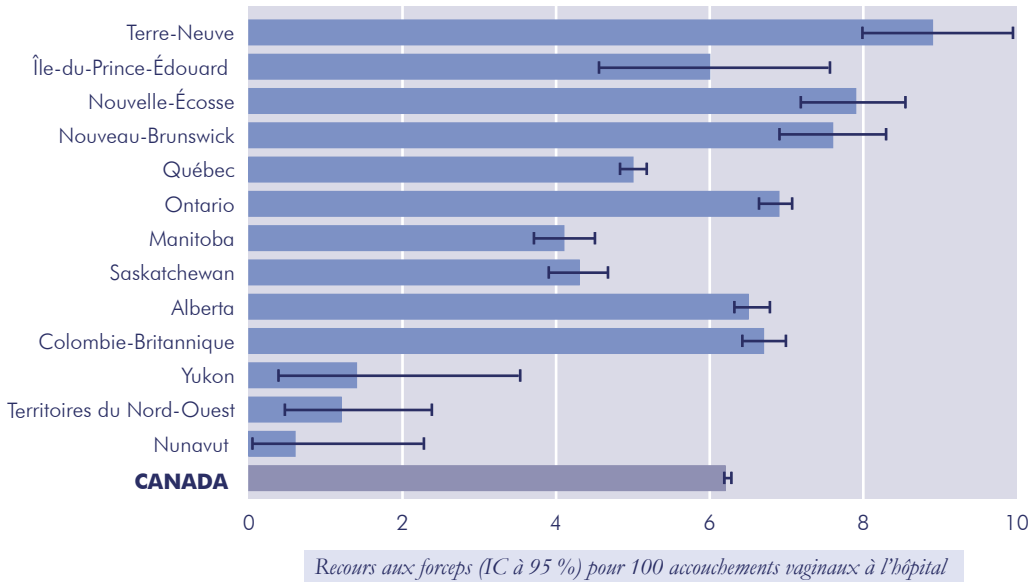
FIGURE 2.6 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001. IC — intervalle de confiance.

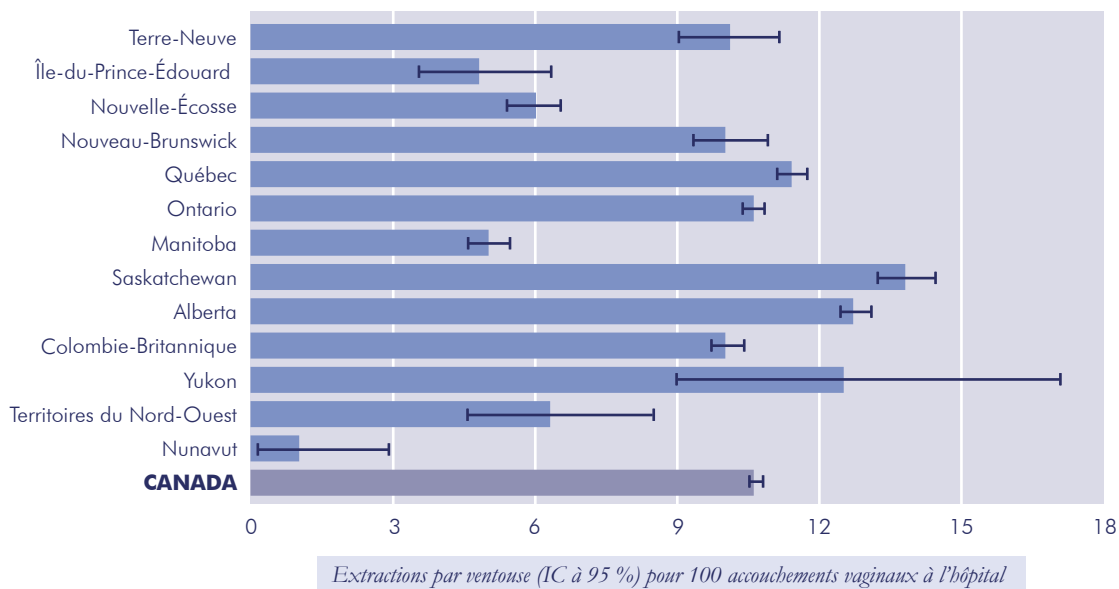


FIGURE 2.7 Taux d'accouchement vaginal par forceps, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.
 Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, ASD, 2000-2001.
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.
 Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001
 IC — intervalle de confiance.

FIGURE 2.8 Taux d'accouchement vaginal par ventouse, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.
 Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, ASD, 2000-2001.
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations système MED-ÉCHO, 2000-2001.
 Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001
 IC — intervalle de confiance.



Limites des données

Comme les accouchements par manœuvre instrumentale sont considérés comme des interventions mineures, il se peut que le codage de ces interventions soit incomplet, d'où une sous-estimation des taux.

Références

1. Éditorial. Vacuum versus forceps. *Lancet* 1984; i:144.
2. Johanson RB, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim J, et coll. A randomized prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:524-30.
3. Johanson RB, Mendon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2002. Oxford : Update Software.
4. Kabiru WN, Jamieson D, Graves W, Lindsay M. Trends in operative vaginal delivery rates and associated maternal complication rates in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1112-4.
5. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med* 1999;341:1709-14.
6. Wen SW, Liu S, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Sauve R, Liston R. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J Epidemiol* 2001;153:103-7.



Taux de traumatisme périnéal

Auteure :
Ruth Kohut,
RN, MSc

Le taux de traumatisme périnéal désigne le nombre de femmes qui ont eu une épisiotomie ou dont l'accouchement a provoqué une déchirure du périnée du premier, second, troisième ou quatrième degré par rapport au nombre total de femmes qui ont accouché par voie vaginale à l'hôpital (dans un lieu donné et à un moment donné).

Il est important d'éviter le plus possible le traumatisme périnéal pour réduire l'inconfort consécutif à l'accouchement et le risque à long terme de relâchement du plancher pelvien. Les résultats d'essais randomisés ne sont pas favorables au recours fréquent à l'épisiotomie pour prévenir les déchirures étendues ou les séquelles génito-urinaires^{1,2}. C'est pourquoi la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a recommandé que l'on n'y fasse appel que pour accélérer l'accouchement en cas de détresse fœtale ou maternelle et d'arrêt de progression du travail³. Bien que l'on observe une tendance à la baisse de l'emploi systématique de l'épisiotomie au Canada et aux États-Unis⁴, il s'agit encore de l'une des interventions chirurgicales le plus couramment pratiquées, surtout chez les primipares. Il importe d'exercer une surveillance continue des pratiques et des interventions obstétricales qui ont une incidence sur le taux de traumatisme périnéal.

Les taux de traumatisme périnéal ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation.

Résultats

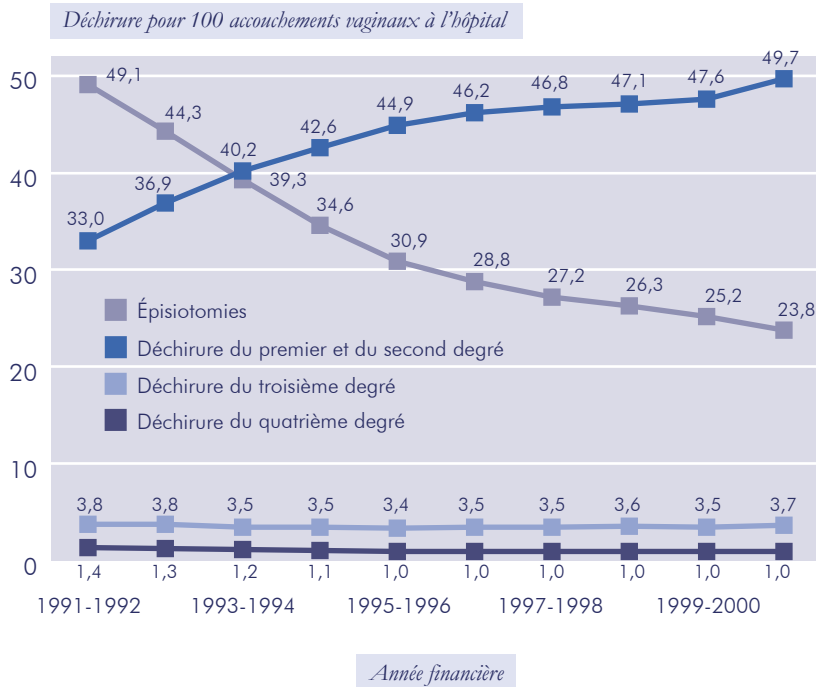
- En 2000-2001, le taux d'épisiotomie au Canada était de 23,8 pour 100 accouchements vaginaux pratiqués à l'hôpital. Il a baissé de 51 % depuis 1991-1992 (figure 2.9). Cette baisse est sans doute davantage attribuable aux recommandations décourageant le recours systématique à cette intervention plutôt qu'à un changement dans le profil du risque couru par le fœtus ou la mère.
- On a observé par ailleurs une tendance à la hausse du taux combiné de déchirure du premier et du second degré depuis 1991-1992. Le taux de déchirure plus grave du troisième et du quatrième degré est demeuré relativement constant (figure 2.9).
- Les taux provinciaux et territoriaux d'épisiotomie ont varié considérablement en 2000-2001 (figure 2.10). Ces écarts entre les régions pourraient être attribuables en partie à des variations dans les pratiques ou les préférences cliniques. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

Limites des données

L'absence de normes relatives à la définition de cas et à la classification des traumatismes périnéaux au Canada nuit beaucoup à la surveillance de ce phénomène. Les tendances relatives aux traumatismes périnéaux pourraient être attribuables à une évolution des pratiques de déclaration. Ainsi, une déclaration accrue des déchirures du premier et du second degré pourrait s'expliquer par une attention accrue accordée à ces phénomènes en raison d'une diminution du recours à l'épisiotomie. Les méthodes de collecte des données et de codage pourraient entraîner une sous-déclaration des épisiotomies⁵.

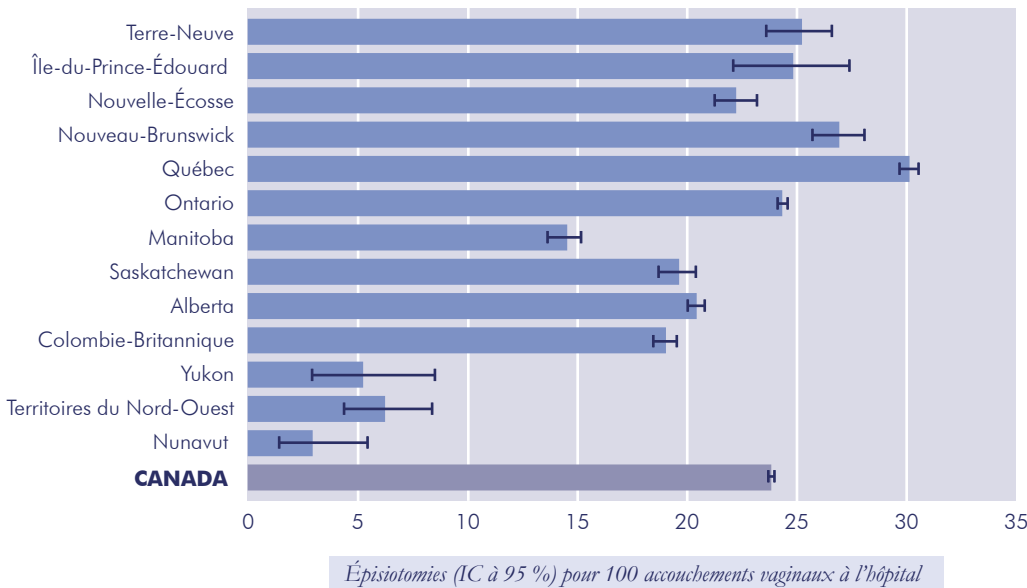


FIGURE 2.9 Taux de traumatisme périnéal par épisiotomie et déchirure périnéale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

FIGURE 2.10 Taux d'épisiotomie, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001. IC — intervalle de confiance.



Références

1. Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. Dans : Neilson JP, Crowther CA, Hofmeyer GJ (Éditeur), *The Cochrane Collaboration: Pregnancy and Childbirth Database*. Hochett ED, 1998, Disk Issue I. Site Web : <<http://www.members.tripod.com/~gineco/EPISIOTO.HTM>>.
2. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et coll. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-8.
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Clinical Practice Guidelines: Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*. Ottawa : SOGC, 1998. Site Web : <<http://www.sogc.org/sogcnet/sogc%5Fdocs/common/guide/pdfs/healthybegeng.pdf>>.
4. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth* 2001;28:152-60.
5. Graham ID, Fowler-Graham D. Episiotomy counts: trends and prevalence in Canada, 1981-1982 to 1993-1994. *Birth* 1997;24:141-7.



Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement

Auteur :
Shiliang Liu,
MB, PhD

Le taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement désigne le nombre de femmes qui obtiennent leur congé tôt de l'hôpital (p. ex., dans les deux jours suivant un accouchement par voie vaginale ou dans les quatre jours suivant un accouchement par césarienne) par rapport au nombre total de femmes qui obtiennent leur congé de l'hôpital après l'accouchement (dans un lieu donné et à un moment donné).

Il est fréquent qu'après un accouchement, la mère bien portante et son bébé obtiennent leur congé tôt de l'hôpital, entre autres pour des considérations budgétaires¹⁻³. Des études ont tenté d'établir le lien entre le congé maternel précoce et la qualité, l'efficacité et l'accessibilité des services hospitaliers offerts aux femmes qui accouchent. Toutefois, on ne s'entend toujours pas sur le temps que devrait passer la mère à l'hôpital après un accouchement puisqu'un congé précoce peut mettre en danger la santé de la mère et du bébé²⁻⁵. Il reste que la plupart des études réalisées sur la question n'ont pas relevé jusqu'ici d'effets indésirables importants chez la mère^{1,3,6,7}.

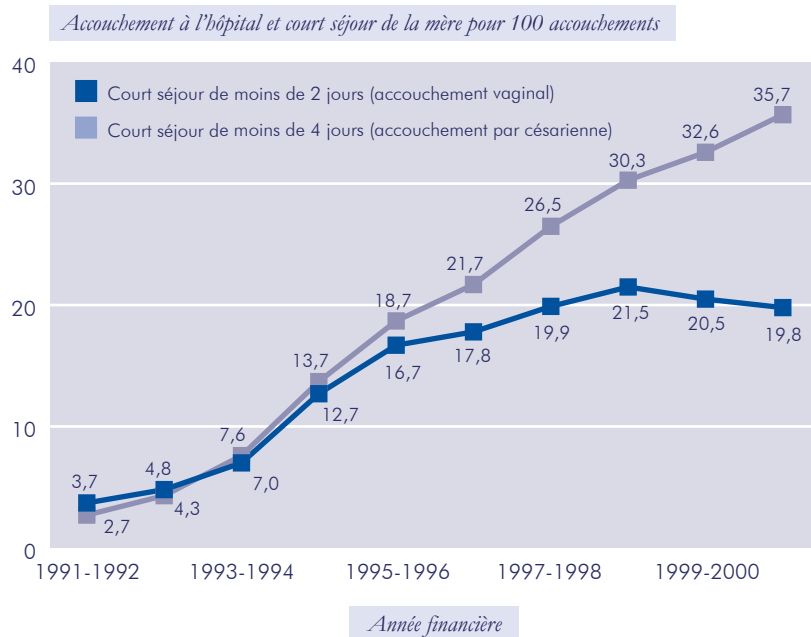
Les taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation. Les résultats sont présentés séparément pour les accouchements par voie vaginale et les accouchements par césarienne.

Résultats

- La proportion des mères ayant séjourné à l'hôpital moins de deux jours pour un accouchement vaginal a beaucoup augmenté, passant de 3,7 % en 1991-1992 à 21,5 % en 1998-1999, après quoi elle a connu un léger fléchissement, passant à 20,5 % en 1999-2000 et à 19,8 % en 2000-2001 (figure 2.11). En revanche, la proportion des mères ayant séjourné à l'hôpital moins de quatre jours après un accouchement par césarienne n'a cessé de croître, passant de 2,7 % en 1991-1992 à 35,7 % en 2000-2001.
- Entre 1991-1992 et 2000-2001, la durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital a considérablement baissé, passant de 3,6 à 2,4 jours pour les accouchements par voie vaginale et de 6,3 à 4,4 jours pour les accouchements par césarienne (tableau 2.3).
- En 2000-2001, parmi toutes les provinces et les territoires, c'est au Nunavut et en Alberta que les femmes ont obtenu leur congé le plus tôt de l'hôpital après un accouchement (figure 2.12, tableau 2.4). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

Limites des données

Les dossiers des mères de la Base de données sur les congés des patients ne donnent aucune information sur le jour et l'heure de la naissance. Par conséquent, la durée déclarée du séjour de la mère à l'hôpital inclut le temps passé à l'hôpital entre l'admission et l'accouchement, et entre l'accouchement et le congé de l'hôpital.

**FIGURE 2.11 Taux de court séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001**

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

TABLEAU 2.3 Durée moyenne de séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année	DS moyenne (en jours) (ET)	
	Accouchement vaginal	Accouchement par césarienne
1991-1992	3,6 (1,8)	6,3 (2,7)
1992-1993	3,3 (1,7)	6,0 (2,7)
1993-1994	3,1 (1,7)	5,6 (2,6)
1994-1995	2,8 (1,6)	5,3 (2,6)
1995-1996	2,6 (1,6)	5,0 (2,5)
1996-1997	2,5 (1,5)	4,8 (2,5)
1997-1998	2,4 (1,5)	4,6 (2,5)
1998-1999	2,4 (1,5)	4,5 (2,5)
1999-2000	2,4 (1,5)	4,5 (2,4)
2000-2001	2,4 (1,5)	4,4 (2,4)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001.

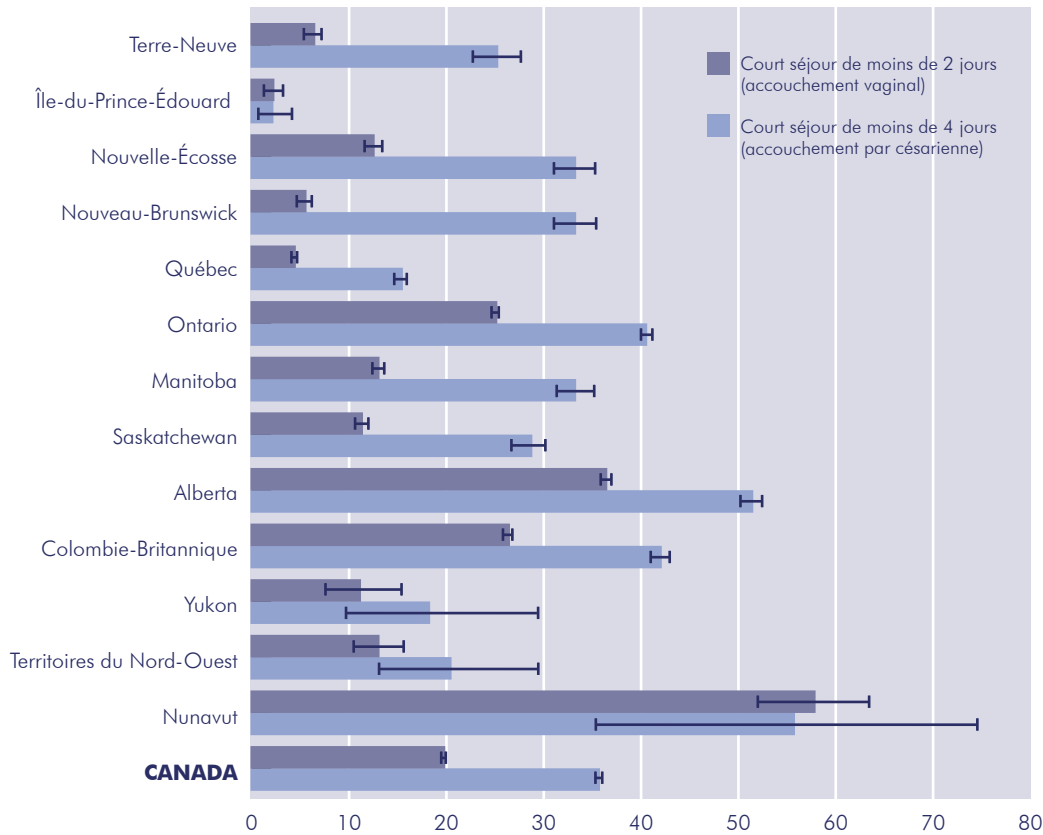
Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

ET — écart type.



FIGURE 2.12 Taux de court séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Accouchements à l'hôpital avec une DS de moins de 2 jours (IC à 95 %) pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.
 Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.
 Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU 2.4** Durée moyenne de séjour (DS) de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/territoire	DS moyenne (en jours) (ET)	
	Accouchement vaginal	Accouchement par césarienne
Terre-Neuve	3,4 (2,3)	5,5 (3,6)
Île-du-Prince-Édouard	3,1 (1,6)	5,5 (2,3)
Nouvelle-Écosse	2,9 (2,0)	4,7 (2,9)
Nouveau-Brunswick	2,8 (1,6)	4,6 (2,5)
Québec	2,7 (1,4)	4,8 (2,3)
Ontario	2,2 (1,4)	4,2 (2,3)
Manitoba	2,6 (1,4)	4,6 (2,7)
Saskatchewan	2,8 (1,6)	4,6 (2,4)
Alberta	2,0 (1,4)	4,0 (2,5)
Colombie-Britannique	2,3 (1,6)	4,2 (2,4)
Yukon	3,1 (1,4)	4,7 (1,6)
Territoires du Nord-Ouest	2,7 (1,4)	4,9 (2,0)
Nunavut	1,6 (0,9)	3,9 (2,9)
CANADA	2,4 (1,5)	4,4 (2,4)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

ET — écart type.

Références

- Centers for Disease Control and Prevention. Trends in length of stay for hospital deliveries: United States, 1970-1992. *MMWR* 1995;44:335-7.
- Britton JR. postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States. *Birth* 1998;25:161-8.
- Dalby DM, Williams JI, Hodnett E, Rush J. postpartum safety and satisfaction following early discharge. *Revue canadienne de santé publique* 1996;87:90-4.
- Gloor JE, Kissoon N, Joubert GI. Appropriateness of hospitalization in a Canadian pediatric hospital. *Pediatrics* 1993;91:70-4.
- Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1998;158:875-80.
- Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:166-71.
- Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, pour le Groupe d'étude sur la santé maternelle du Système canadien de surveillance périnatale. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;87:681-7.



Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance

Auteur :
Shiliang Liu,
MB, PhD

Le taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance désigne le nombre de nouveau-nés qui obtiennent leur congé tôt de l'hôpital (dans les 24 ou 48 heures suivant la naissance) par rapport au nombre total de nouveau-nés qui obtiennent leur congé de l'hôpital après la naissance (dans un lieu donné et à un moment donné).

Lorsqu'il est justifié, le départ précoce des nouveau-nés bien portants de l'hôpital peut être profitable tant pour les services hospitaliers que pour le nouveau-né et sa famille¹. La plupart du temps, un départ précoce ne comporte pas de risque pour les nouveau-nés normaux, surtout lorsqu'un suivi est assuré par les services communautaires. Il reste que la question de la durée de séjour à l'hôpital du nouveau-né après la naissance demeure controversée. Les risques et avantages liés au congé précoce des nouveau-nés n'ont pas encore été suffisamment examinés dans le cadre d'essais cliniques randomisés¹⁻³. De récentes études mettent en évidence une augmentation des affections néonatales chez les nouveau-nés ayant séjourné très brièvement à l'hôpital après leur naissance³⁻⁵.

Les taux de congé néonatal précoce ont été calculés à partir de données sur l'hospitalisation. Les taux applicables aux nouveau-nés pesant entre 1 000 et 2 499 g et ceux pesant 2 500 g ou plus sont présentés séparément.

Résultats

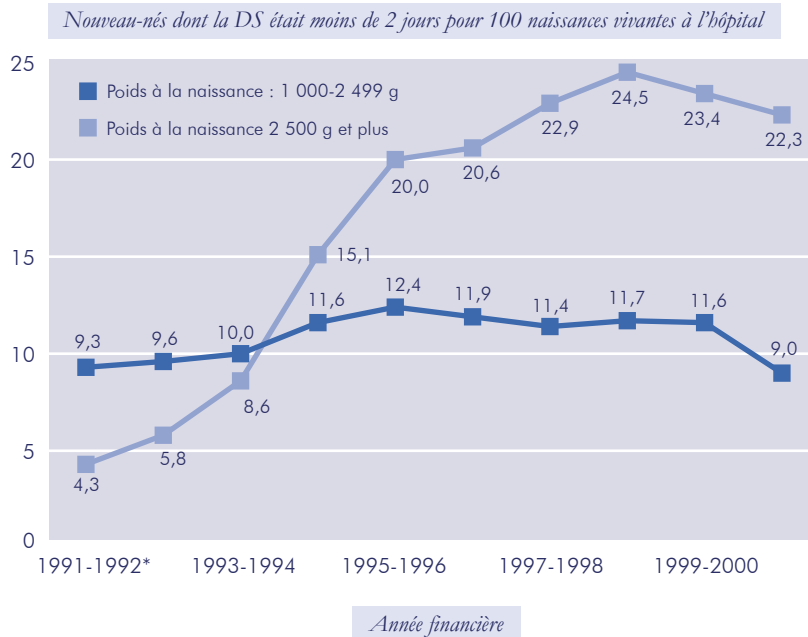
- La proportion de nouveau-nés pesant entre 1 000 et 2 499 g qui ont séjourné moins de deux jours à l'hôpital après leur naissance a augmenté au début des années 90, pour atteindre un sommet de 12,4 % en 1995-1996; elle est tombée à 9,0 % en 2000-2001 (figure 2.13). Le taux de congé précoce chez les nouveau-nés pesant 2 500 g ou plus a grimpé de manière spectaculaire, passant de 4,3 % en 1991-1992 à 24,5 % en 1998-1999, avant de chuter à 22,3 % en 2000-2001.
- La durée moyenne de séjour à l'hôpital des nouveau-nés pesant entre 1 000 et 2 499 g à la naissance est passée de 8,5 jours en 1991-1992 à 7,7 jours en 1995-1996, pour augmenter de nouveau à 8,5 jours en 2000-2001 (tableau 2.5). Celle des nouveau-nés pesant 2 500 g ou plus a été en baisse constante, passant de 3,5 jours en 1991-1992 à 2,4 jours en 2000-2001.
- En 2000-2001, le Nunavut a enregistré la plus forte proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (62,5 %), et l'Alberta, la plus forte proportion de nouveau-nés normopondéraux à la naissance (42,2 %) qui ont obtenu leur congé dans les deux jours suivant leur naissance (figure 2.14). De plus, c'est au Yukon et au Nunavut que la durée moyenne de séjour à l'hôpital des nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (1 000-2 499 g), soit 4,6 et 5,5 jours, respectivement, était la plus brève. C'est dans les Territoires du Nord-Ouest que la durée moyenne du séjour des nouveau-nés pesant plus 2 500 g ou plus était la plus brève (1,4 jour, tableau 2.6). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

Limites des données

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne donne aucune information sur l'heure de la naissance. Il n'est donc pas possible de connaître la durée exacte du séjour à l'hôpital qui nous intéresse, en particulier pour les nourrissons ayant obtenu leur congé le premier jour de leur vie. Idéalement, les analyses devraient également être stratifiées par âge gestationnel à la naissance. Or, la BDCP ne donne pas d'information sur l'âge gestationnel.



FIGURE 2.13 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1992-1993 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Comme on n'a pu obtenir de données complètes sur la Nouvelle-Écosse pour 1991-1992, la province n'a pas été incluse dans les estimations applicables à cette année.

DS — durée de séjour.

TABLEAU 2.5 Durée moyenne de séjour (DS) des nouveau-nés à l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année	Durée moyenne de séjour (en jours)	
	Poids à la naissance : 1 000-2 499 g	Poids à la naissance : 2 500 g et plus
1991-1992*	8,5 (6,6)	3,5 (1,8)
1992-1993	8,2 (6,7)	3,2 (1,7)
1993-1994	8,1 (6,8)	2,9 (1,7)
1994-1995	7,8 (6,8)	2,6 (1,6)
1995-1996	7,7 (6,8)	2,5 (1,6)
1996-1997	7,8 (6,8)	2,4 (1,6)
1997-1998	7,9 (6,8)	2,3 (1,6)
1998-1999	7,9 (6,8)	2,3 (1,6)
1999-2000	8,0 (6,8)	2,3 (1,6)
2000-2001	8,5 (6,8)	2,4 (1,7)

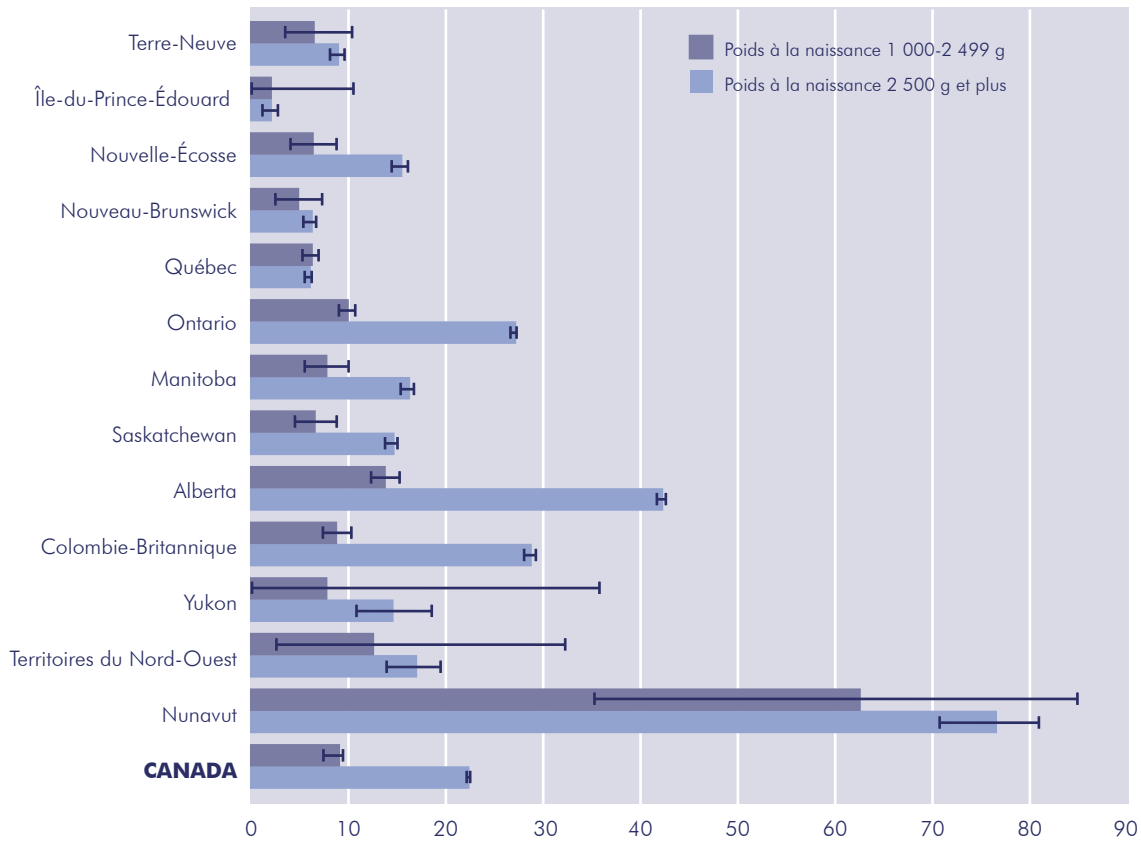
Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1992-1993 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Comme on n'a pu obtenir de données complètes sur la Nouvelle-Écosse pour 1991-1992, la province n'a pas été incluse dans les estimations applicables à cette année.

ET — écart type.



FIGURE 2.14 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Nouveau-nés (IC à 95 %) dont la DS était moins de 2 jours pour 100 naissances vivantes à l'hôpital

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.
DS — durée de séjour.

**TABLEAU 2.6** **Durée moyenne de séjour (DS) des nouveau-nés à l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001**

Province/territoire	Durée moyenne de séjour (en jours)	
	Poids à la naissance : 1 000-2 499 g	Poids à la naissance : 2 500 g et plus
Terre-Neuve	9,7 (6,8)	3,0 (1,7)
Île-du-Prince-Édouard	11,5 (7,2)	3,4 (2,0)
Nouvelle-Écosse	10,5 (7,2)	2,9 (1,9)
Nouveau-Brunswick	12,2 (7,3)	3,0 (2,1)
Québec	9,3 (7,0)	2,8 (1,6)
Ontario	8,1 (6,7)	2,3 (1,6)
Manitoba	9,6 (7,0)	2,6 (1,9)
Saskatchewan	9,5 (7,2)	2,7 (1,8)
Alberta	7,6 (6,5)	2,1 (1,6)
Colombie-Britannique	9,0 (6,7)	2,4 (1,7)
Yukon	4,6 (3,3)	3,0 (1,8)
Territoires du Nord-Ouest	5,8 (5,9)	1,4 (1,2)
Nunavut	5,5 (8,3)	2,6 (1,7)
CANADA	8,5 (6,8)	2,4 (1,7)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

ET — écart type.

Références

1. Braverman P, Egarter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96:716-26.
2. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA* 1997;278:293-8.
3. Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. The association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr* 1995;127:758-66.
4. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 2000;91:46-50.
5. Wen SW, Liu S, Fowler D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 1998;89:115-9.



**Répercussions sur
la santé maternelle,
foétale et infantile**

Répercussions sur la santé maternelle



Ratio de mortalité maternelle

Auteure :
Sharon Bartholomew,
MHSc

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) désigne le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

Le RMM d'un pays est considéré comme un important indicateur de l'état de santé général de la population, de l'accessibilité et de la qualité des soins médicaux, de même que de la condition de la femme¹. Le Canada, où le ratio de mortalité maternelle déclarée est d'environ 3 décès pour 100 000 naissances vivantes, affiche l'un des RMM les plus bas au monde, reflet de l'accès universel qu'ont ses citoyens et citoyennes à des soins médicaux de grande qualité, de la relative bonne santé de sa population et de la situation économique et sociale généralement favorable de la population féminine.

Au Canada, les causes initiales des décès survenus entre le 1^{er} janvier 1979 au 31 décembre 1999 étaient codées selon la Neuvième révision de la Classification statistique internationale des maladies (CIM-9)². Les décès maternels sont ceux dont la cause initiale a reçu un code numérique compris entre 630 et 676, au chapitre 11 (Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, CIM-9).

La mort maternelle est ainsi définie dans la CIM-9 : décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

Les décès maternels se répartissent en deux groupes :

- a. **Décès par cause obstétricale directe** : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.
- b. **Décès par cause obstétricale indirecte** : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Une première définition du « décès par cause obstétricale indirecte » est parue dans la Neuvième révision de la CIM; les décès considérés comme attribuables à une cause obstétricale indirecte ne sont donc inclus dans le dénombrement des décès maternels au Canada que depuis que l'on y a adopté le système de la CIM-9 en 1979.

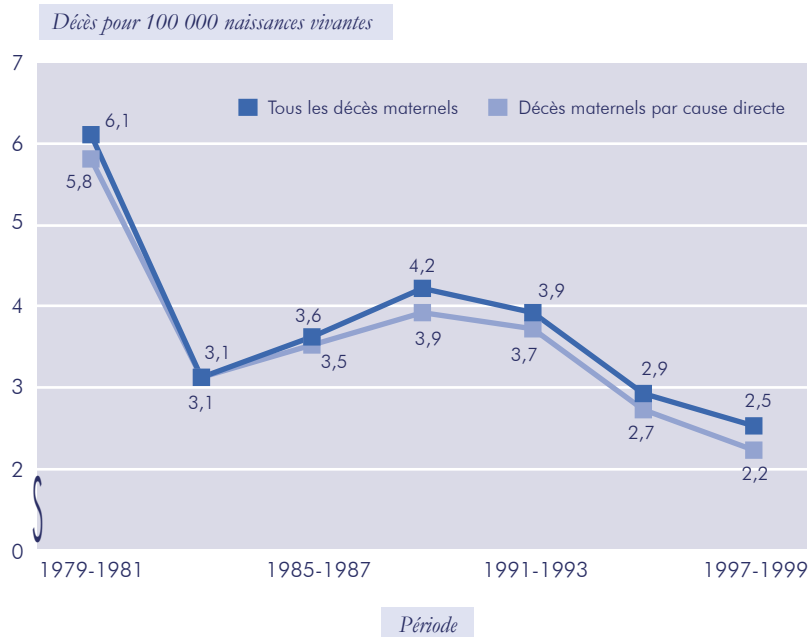
Certains décès de femmes enceintes étaient imputables à des causes telles que les collisions de véhicules automobiles, les intoxications ou la violence, qui ne semblent pas liées à la grossesse. Ces cas ne sont pas inclus dans le RMM. Les RRM ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil.



Résultats

- De manière générale, on a observé une tendance à la baisse du RRM, qui est passé de 6,1 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de 1979-1981 à 2,5 pendant la période de 1997 à 1999 (figure 3.1).
- Les décès imputables à des causes obstétricales directes sont les décès maternels les plus courants au Canada. En fait, rares sont les décès attribuables à des causes indirectes qui ont été signalés entre 1979 et 1999. Comme le montre la figure 3.1, la tendance relative aux décès par cause directe suit la même courbe que celle qui s'applique au ratio combiné de la mortalité par cause directe et par cause indirecte.
- Les principales causes directes de mortalité maternelle entre 1979 et 1984 étaient l'embolie pulmonaire, l'hypertension et l'hémorragie postpartum. Pour toutes ces causes, sauf l'embolie pulmonaire, les ratios ont fluctué au fil du temps, mais ont généralement suivi une courbe descendante. En comparaison d'autres causes de décès, l'embolie pulmonaire demeure une cause de mortalité maternelle relativement importante (tableau 3.1). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

FIGURE 3.1 Ratio de mortalité maternelle (RMM), Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1979-1981 à 1997-1999**



Sources : Années 1979-1990³⁻¹¹.

Années 1991-1999 : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers non couplés de naissances et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les décès maternels sont codés conformément au code de la DIM-10 pour 2000 et les années subséquentes et ils seront présentés dans les prochains rapports.



Répercussions sur la santé maternelle

TABLEAU 3.1 Décès maternels directs selon la cause, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1979-1984, 1985-1990, 1991-1996 et 1997-1999

Cause (Code de la DIM-9)	1979-1984		1985-1990		1991-1996		1997-1999**	
	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 naissances vivantes	Nombre de décès	Décès (IC à 95 %) pour 1 000 000 naissances vivantes	Nombre de décès	Décès (IC à 95 %) pour 1 000 000 naissances vivantes	Nombre de décès	Décès (IC à 95 %) pour 1 000 000 naissances vivantes
Grossesse ectopique et molaire (630-633)	5	3,4 (1,3-7,7)	4	2,7 (1,0-7,0)	4	2,8 (1,0-7,1)	1	1,6 (0,4-8,7)
Autre grossesse aboutissant à un avortement (634-639)	0	0,0 (0,0-2,4)	3	2,1 (0,3-6,4)	2	1,4 (0,4-4,7)	1	1,6 (0,4-8,7)
Hémorragie antepartum, décollement placentaire et placenta praevia (641)	5	3,4 (1,3-7,7)	4	2,7 (1,0-7,0)	7	4,9 (2,1-10,1)	1	1,6 (0,4-8,7)
Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (642)	9	6,1 (2,7-11,3)	13	8,9 (4,7-15,1)	7	4,9 (2,1-10,1)	1	1,6 (0,4-8,7)
Autres complications de la grossesse, NCA (640,643,644,645,646)	3	2,0 (0,3-6,3)	1	0,7 (0,3-4,0)	1	0,7 (0,4-4,0)	1	1,6 (0,4-8,7)
Accouchement normal et autres indications de soins au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement (650-659)	1	0,7 (0,3-4,0)	1	0,7 (0,3-4,0)	1	0,7 (0,4-4,0)	0	0,0 (0,0-6,2)
Hémorragie postpartum (666)	6	4,1 (1,3-8,3)	5	3,4 (1,3-7,7)	2	1,4 (0,4-4,7)	1	1,6 (0,4-8,7)
Complications survenant principalement au cours du travail et de l'accouchement, NCA (660-665,667-669)	14	9,5 (5,0-15,7)	2	1,4 (0,3-4,7)	5	3,5 (1,3-7,8)	1	1,6 (0,4-8,7)
Infection puerpérale grave (670)	3	2,0 (0,3-6,3)	3	2,1 (0,3-6,4)	0	0,0 (0,0-2,4)	1	1,6 (0,4-8,7)
Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	3	2,0 (0,3-6,3)	2	1,4 (0,3-4,7)	2	1,4 (0,4-4,7)	0	0,0 (0,0-6,2)
Embolie pulmonaire obstétricale (673)	10	6,8 (3,0-12,0)	5	3,4 (1,3-7,7)	13	9,1 (4,8-15,3)	4	6,3 (2,0-16,4)
Troubles cérébro-vasculaires pendant les suites de couches (674,0)	4	2,7 (1,0-7,0)	3	2,1 (0,3-6,4)	0	0,0 (0,0-2,4)	0	0,0 (0,0-6,2)
Complications des suites de couches, autres et sans précision, NCA (674,1-674,9)	3	2,0 (0,3-6,3)	8	5,5 (2,4-10,7)	2	1,4 (0,4-4,7)	2	3,2 (0,4-11,3)

Sources : Années 1979-1990³⁻¹¹.

Années 1991-1999 : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers non couplés de naissances et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les décès maternels sont codés conformément au code de la DIM-10 pour 2000 et les années subséquentes et ils seront présentés dans les prochains rapports.

IC — intervalle de confiance.

NCA — non classé ailleurs.



Limites des données

Il ressort d'une récente étude réalisée par le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) à partir de données couplées sur les naissances et les décès et les enregistrements de décès pour la période de 1987 à 1992 que les décès maternels imputables à des troubles cérébro-vasculaires, à l'embolie pulmonaire et à des causes indirectes sont sous-déclarés¹². Les deux tiers des décès maternels attribuables à des causes obstétricales directes, qui n'étaient pas déclarés, étaient associés à des troubles cérébro-vasculaires ou à l'embolie pulmonaire. Pour expliquer ce phénomène, on a laissé entendre que la classification des décès causés par des troubles cérébro-vasculaires dans la CIM-9 manque de précision¹³. Dans la CIM-10, ces décès sont classés dans la catégorie des causes indirectes. Lorsqu'ils ont exclu les décès dus à des troubles cérébro-vasculaires, les auteurs ont constaté que les décès par cause directe étaient sous-déclarés dans une proportion d'environ 20 %, ce qui se situe dans la marge des importantes erreurs de classification signalées à l'égard de l'enregistrement des décès en général¹⁴. Quoi qu'il en soit, ces résultats donnent à penser que les RMM au Canada sont supérieurs à ceux qui ont déjà été signalés.

Comme d'autres pays ont également constaté une sous-déclaration de la mortalité maternelle dans leurs systèmes de données sur l'état civil, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) rajuste périodiquement les RMM. Dans le cas des pays dont les données sur l'enregistrement des décès et les causes de mortalité sont exactes, le RRM est rajusté par un facteur de 1,5 sauf si le pays applique un facteur de rajustement. Cette opération permet de tenir compte de la sous-déclaration dans les comparaisons de taux par pays¹⁵.

Il importe de préciser que les décès évoqués ici sont uniquement liés à la grossesse. Il n'est pour l'instant pas possible de rendre compte des décès liés à la procréation, par exemple, à l'emploi de contraceptifs ou de techniques de reproduction. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

Références

1. Organisation mondiale de la santé/UNICEF. *Révision des estimations de la mortalité maternelle de 1990 : une nouvelle approche de l'OMS et de l'UNICEF*. Genève : OMS, 1996.
2. Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*, Neuvième révision, volume 1. Genève : OMS, 1977.
3. Statistique Canada. *Causes de décès*, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 82-203-XPB au catalogue (annuel)).
4. Statistique Canada. *Causes de décès, 1987. Rapports sur la santé*, 1989;(11S):1(1) (N° 82-003S au catalogue).
5. Statistique Canada. *Causes de décès, 1988. Rapports sur la santé*, 1990;(11S):2(1) (N° 82-003S au catalogue).
6. Statistique Canada. *Causes de décès, 1989. Rapports sur la santé*, 1991;(11S):3(1) (N° 82-003S11 au catalogue).
7. Statistique Canada. *Causes de décès, 1990. Rapports sur la santé*, 1992;(11S):4(1) (N° 82-003S11 au catalogue).



Répercussions sur la santé maternelle

8. Statistique Canada. *Statistiques de l'état civil : Volume 1, Naissances et décès*, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 82-204 au catalogue (annuel)).
9. Statistique Canada. Naissances 1987-1988. *Rapports sur la santé*, 1990;(14S):2(1) (N° 82-003S au catalogue).
10. Statistique Canada. Naissances 1989. *Rapports sur la santé*, 1991;(14S):3(1) (N° 82-003S14 au catalogue).
11. Statistique Canada. Naissances 1990. *Rapports sur la santé*, 1992;(14S):4(1) (N° 82-003S14 au catalogue).
12. Turner LA, Cyr M, Kinch RA, Liston R, Kramer MS, Fair M, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles du Système canadien de surveillance périnatale. Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23:26-35.
13. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *J Epidemiol* 1991;20:717-21.
14. Myers KA, Farquhar, DRE. Improving the accuracy of death certification. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1998;158:1317-23.
15. Organisation mondiale de la santé. *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Genève : OMS, 2001.



Ratio de morbidité maternelle grave

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le ratio de morbidité maternelle grave désigne le nombre de femmes atteintes d'une affection maternelle grave (potentiellement mortelle) pour 100 000 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). Il peut aussi être exprimé par rapport à 100 000 accouchements, soit la méthode retenue dans le cadre du présent document.

Si le décès maternel est la plus grave des conséquences de la grossesse pour la santé, il ne représente qu'une faible proportion des complications de la grossesse. De l'avis de certains experts, la surveillance des risques pour la santé associés à la grossesse devrait englober les événements qui menacent le pronostic vital mais qui n'entraînent pas la mort¹⁻³. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) a dressé une liste des affections liées à la grossesse et à l'accouchement qui risquent de mettre la vie en danger et qui sont susceptibles d'être consignées dans les dossiers sur les congés de l'hôpital⁴. Il s'agit de l'embolie amniotique, de la thrombo-embolie veineuse, de l'éclampsie, du choc septique, des complications liées à l'anesthésie, des troubles cérébro-vasculaires, des hémorragies (antepartum et postpartum) nécessitant soit une transfusion soit une hystérectomie, et de la rupture utérine.

Il sera essentiellement question dans cette section de l'embolie amniotique et de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie. De prochains rapports du SCSP traiteront des autres affections potentiellement mortelles liées à la grossesse.

L'embolie amniotique peut être définie comme une infiltration du liquide amniotique dans la circulation sanguine maternelle pouvant entraîner de graves troubles cardio-respiratoires et la coagulation sanguine⁵. Ces événements rares (incidence déclarée oscillant entre 11 et 30 pour 100 000 accouchements) ont été associés à un taux de létalité élevé (jusqu'à 80 %) ainsi qu'à un risque élevé de troubles neurologiques chez les survivantes^{5,6}. On ne connaît aucun facteur de risque prédisposant⁷ et on ne sait pas prévenir cette affection⁸.

L'hémorragie postpartum est une complication de gravité variable, couramment associée à l'accouchement. L'information sur la gravité de l'hémorragie postpartum est mal saisie dans les grandes bases de données périnatales. Afin de mettre l'accent sur la forme la plus grave de cette complication, nous avons restreint notre analyse aux cas ayant nécessité une hystérectomie.

Les taux d'embolie amniotique et d'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation.

Résultats

- L'embolie amniotique est très rare au Canada. Son incidence globale pour la période de 1991-1992 à 2000-2001 était de 5,4 pour 100 000 accouchements (tableau 3.2). On n'a observé aucune tendance nette relative au taux d'incidence ou de létalité de l'embolie amniotique.
- L'incidence globale de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie au Canada, pour la période de 1991-1992 à 2000-2001 était de 34,1 pour 100 000 accouchements (tableau 3.3).
- Le taux d'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie a sensiblement augmenté entre 1991-1992 (23,3 pour 100 000) et 2000-2001 (44,2 pour 100 000). Cette progression peut s'expliquer en partie par l'accroissement du taux d'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC)⁵ et en partie par le recours à un autre algorithme pour définir les accouchements en obstétrique (voir la



page 129), qui comprenait peut-être certains cas plus graves. Le taux de létalité de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie a fluctué entre 1991-1992 et 2000-2001. Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

Limites des données

Il n'existe aucun critère permettant de poser un diagnostic d'embolie amniotique de façon fiable; le diagnostic de certitude se fait à l'autopsie⁷. Bien que l'on ne puisse juger de l'exactitude des diagnostics à partir de la source de données utilisée ici, la faiblesse des taux de létalité nous porte à croire que l'affection est sur-déclarée au niveau des données sur les congés des patients. On sait que d'autres troubles sont parfois diagnostiqués comme des embolies amniotiques⁶. Les taux déclarés d'incidence et de mortalité sont uniquement fondés sur les accouchements pratiqués en milieu hospitalier. Or, l'embolie amniotique peut aussi survenir en association avec une interruption de grossesse. Dans le cas de l'hémorragie postpartum, le recours combiné aux codes du diagnostic (CIM-9) et de l'intervention (CCADTC) améliorera la validité du codage de cette affection. Le nombre de décès maternels attribuables à l'hémorragie postpartum (fondé sur le système d'enregistrement des décès de Statistique Canada) diffère du nombre de décès chez les femmes souffrant d'une hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie (fondé sur les données d'hospitalisation). La première source ne code qu'une seule cause de décès, alors que la dernière peut coder 16 diagnostics associés à une hospitalisation.

TABEAU 3.2 Incidence et taux de létalité de l'embolie amniotique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Incidence pour 100 000 accouchements	Taux de létalité* pour 100 cas
1991-1992	3,3	7,7
1992-1993	7,7	23,3
1993-1994	4,2	12,5
1994-1995	4,7	11,1
1995-1996	6,7	16,0
1996-1997	6,4	21,7
1997-1998	7,5	7,7
1998-1999	5,6	0,0
1999-2000	3,3	0,0
2000-2001	4,9	6,3
TOTAL	5,4	12,2

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Le taux global de létalité de 12,2 % et les taux de létalité pour chaque année sont tous faibles comparativement aux taux de létalité d'environ 80 % déclarés dans les études menées dans les hôpitaux. Ce constat donne à penser que l'embolie amniotique pourrait faire l'objet d'une surdéclaration au niveau des données d'hospitalisation, peut-être à cause d'une tendance à diagnostiquer des événements moins graves comme des embolies amniotiques⁵.

**TABLEAU 3.3** Incidence et taux de létalité de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Incidence pour 100 000 accouchements	Taux de létalité pour 100 cas
1991-1992	23,3	1,1
1992-1993	26,9	2,9
1993-1994	28,4	1,8
1994-1995	29,3	2,7
1995-1996	34,9	1,5
1996-1997	34,9	1,6
1997-1998	37,1	0,8
1998-1999	39,4	2,3
1999-2000	46,9	0,0
2000-2001	44,2	0,7
TOTAL	34,1	1,5

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

Références

1. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:985-90.
2. Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:981-4.
3. Harmer M. Maternal mortality — is it still relevant? *Anesthesia* 1997;52:99-100.
4. Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-135/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index_f.html>.
5. Morgan M. Amniotic fluid embolism. *Anesthesia* 1979;34:20-32.
6. Burrows A, Khoo SK. The amniotic fluid embolism syndrome: 10 years experience at a major teaching hospital. *Aust NZ J Obstet-Gynaecol* 1995;35:245-50.
7. Clark SL, Hankins GD, Dudley DA, Dildy GA, Porter TF. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1158-69.
8. Clark SL. New concepts of amniotic fluid embolism: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1990;45:360-8.



Ratio d'avortement provoqué

Auteur :
I.D. Rusen,
MD, MSc, FRCPC

Le ratio d'avortement provoqué désigne le nombre d'avortements provoqués pour 100 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). Un indicateur connexe, le taux d'avortement provoqué par âge, renvoie au nombre d'avortements provoqués pour 1 000 femmes du même groupe d'âge.

L'accès à l'avortement est maintenant perçu comme un indicateur de l'attitude de la société face aux femmes et au droit qu'elles exercent sur leur capacité de procréer. En 1969, une loi régissant l'avortement, adoptée en vertu du *Code criminel*, permettait aux médecins qualifiés de procéder à un avortement avec l'autorisation préalable d'un comité de l'avortement thérapeutique. En 1988, une décision de la Cour suprême du Canada a établi que ce processus était inconstitutionnel. La loi de 1969 a été jugée inexécutable, ce qui s'est traduit par la décriminalisation de l'avortement¹.

L'Institut canadien d'information sur la santé est chargé de la collecte de données statistiques nationales sur l'avortement qui sont ensuite diffusées par Statistique Canada. Les données sur l'avortement provoqué, utilisées dans notre rapport, proviennent de Statistique Canada. Il s'agit d'avortements pratiqués aussi bien en clinique qu'à l'hôpital.

Résultats

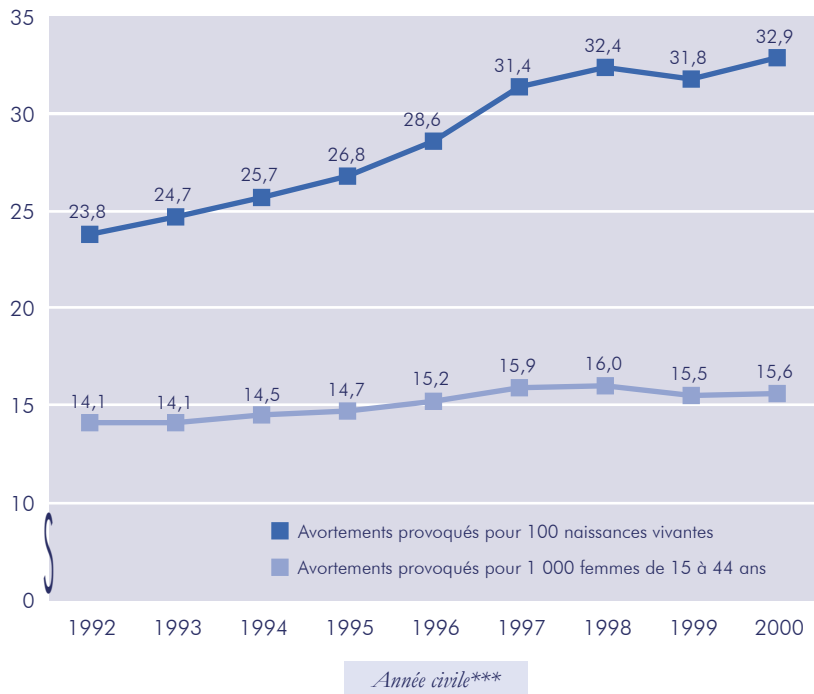
- En 2000, le ratio d'avortement provoqué était de 32,9 pour 100 naissances vivantes au Canada (à l'exclusion de l'Ontario) (figure 3.2). Si l'on fait abstraction d'un léger fléchissement enregistré en 1999, le phénomène est en progression depuis 1992. Le taux d'avortement provoqué au Canada (à l'exclusion de l'Ontario) était de 15,6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, soit un taux légèrement supérieur à ce qu'il était en 1999 (15,5 pour 1 000), mais inférieur à ce qu'il était en 1998 (16,0 pour 1 000).
- En 2000, les ratios d'avortement provoqué dans les provinces et les territoires oscillaient entre 11,0 pour 100 naissances vivantes à l'Île-du-Prince-Édouard et 43,2 au Québec, et les taux d'avortement provoqué, entre 5,2 et 28,2 pour 1 000 femmes en âge de procréer à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nunavut, respectivement (figure 3.3). Ces variations pourraient être attribuables à des différences dans l'accès aux services d'avortement, à la facilité des déplacements vers les États-Unis et à d'autres facteurs².
- En 2000, le taux d'avortement provoqué était le plus élevé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans au Canada (à l'exclusion de l'Ontario), soit 32,4 cas pour 1 000 femmes. Les taux les plus bas étaient enregistrés chez les adolescentes de moins de 15 ans et chez les femmes de 40 à 44 ans, soit 2,3 et 2,7 pour 1 000 femmes, respectivement (figure 3.4).
- Au cours de la dernière décennie, la proportion d'avortements provoqués pratiqués en clinique a suivi une courbe ascendante. Ainsi, en 1990, elle représentait 12,3 % de tous les avortements provoqués réalisés au Canada (à l'exclusion de l'Ontario). En 2000, elle atteignait les 36,4 %. Cette hausse traduit sans doute un accès accru aux services d'avortement offerts en clinique, observé au fil du temps. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*



Limites des données

Les avortements provoqués par des moyens médicaux ou pharmacologiques dans un cabinet de médecin ne sont pas systématiquement inclus dans les statistiques sur l'avortement. Cela pourrait se traduire par une importante sous-déclaration étant donné que le recours à ce genre d'intervention augmente avec le temps. Au nombre des autres interventions pouvant donner lieu à une sous-déclaration figurent les avortements pratiqués dans un cabinet de médecin qui n'est pas désigné comme un centre d'avortement, de même que les avortements de Canadiennes pratiqués aux États-Unis. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème et en raison d'un récent changement dans les méthodes de déclaration; elles sont présentées à l'annexe G.

FIGURE 3.2 Ratio et taux d'avortement provoqué*,
Canada, (à l'exclusion de l'Ontario)**, 1992-2000



Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques. (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 2003)

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 1992-2000.

Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1992-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Inclut les cas dont le lieu de résidence est inconnu et les avortements pratiqués chez des résidentes du Canada dans certains États américains.

Inclut les cas dont l'âge n'est pas précisé et les avortements pratiqués chez les filles de 14 ans ou moins et les femmes de 45 ans ou plus.

Les taux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Ils excluent les avortements pratiqués au Canada chez des résidentes non canadiennes.

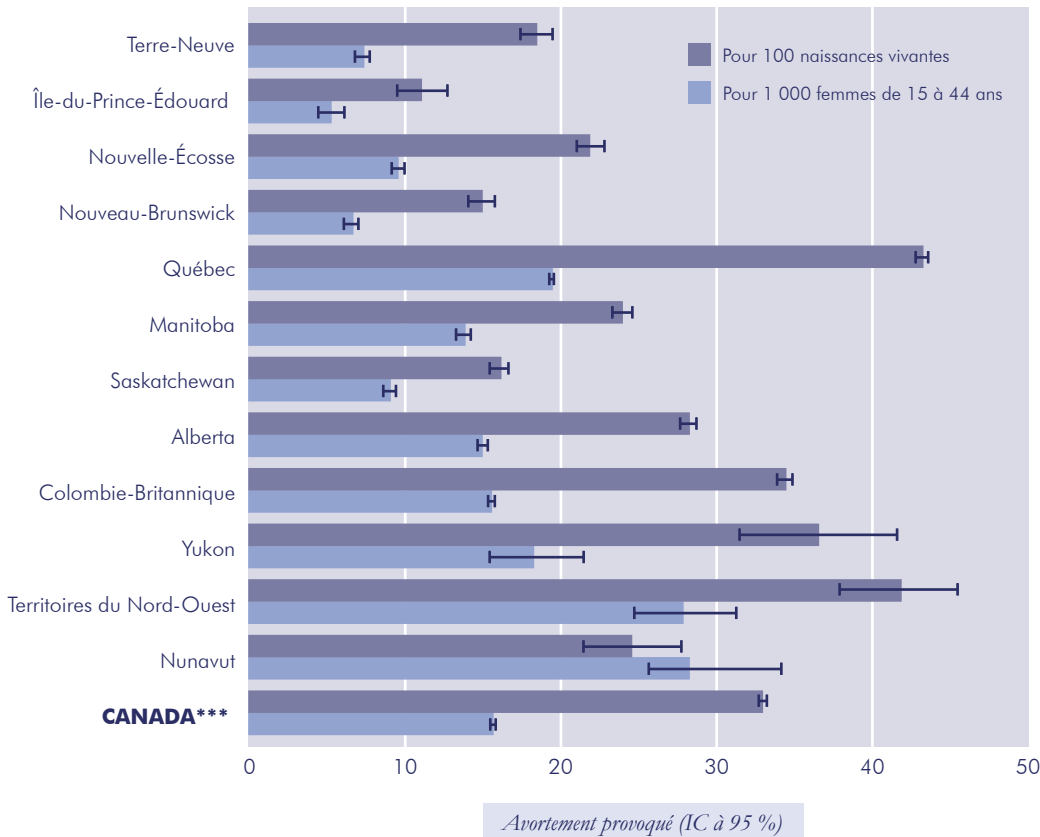
**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

***Les données de 1991 ne sont pas présentées parce qu'on n'a pu obtenir d'information antérieure à 1992 sur la province de résidence dans le cas des avortements pratiqués en clinique.



Répercussions sur la santé maternelle

FIGURE 3.3 Ratio et taux d'avortement provoqué*, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2000



Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques. (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 2003.)

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 2000.

Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1992-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

* Inclut les cas dont l'âge n'est pas précisé et les avortements pratiqués chez des filles de 14 ans ou moins et les femmes de 45 ans ou plus. Les taux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Ils excluent les avortements pratiqués au Canada chez des résidentes non canadiennes.

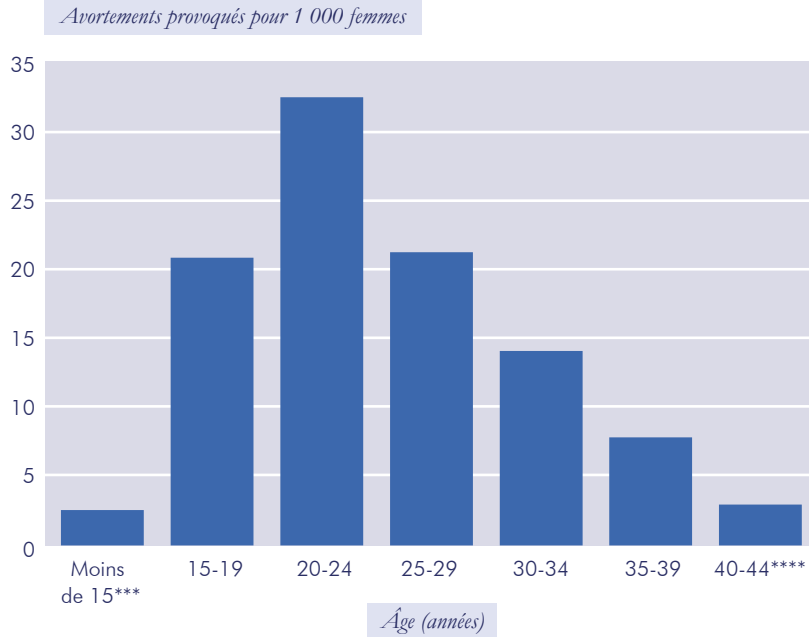
** Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

*** Inclut les cas dont le lieu de résidence est inconnu et les avortements pratiqués chez des résidentes canadiennes dans certains États américains.

IC — intervalle de confiance.



FIGURE 3.4 Taux d'avortement provoqué selon l'âge*, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, 2000



Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques. (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 2003.)

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 2000

*Inclut les cas dont le lieu de résidence est inconnu. Exclut les avortements pratiqués au Canada chez les résidentes non canadiennes, ceux pratiqués chez des résidentes canadiennes et ceux pratiqués aux États-Unis chez des résidentes canadiennes.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

***Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 ans.

****Inclut les avortements provoqués chez les femmes de 45 ans ou plus. Les taux sont fondés sur la population féminine de 40 à 44 ans.

Références

1. *R. contre Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.
2. Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Statistique Canada, 1997 (N° 82-570-XPF au catalogue).



Taux de grossesse ectopique

Auteur :
I.D. Rusen,
MD, MSc, FRCPC

Le taux de grossesse ectopique désigne le nombre de grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses déclarées (dans un lieu donné et à un moment donné).

La grossesse ectopique, définie comme l'implantation du blastocyste partout ailleurs que dans la muqueuse endométriale de la cavité utérine¹, constitue une importante cause de morbidité et de mortalité maternelles. Dans les pays industrialisés, elle arrive au premier rang des causes de décès maternels au cours du premier trimestre de grossesse et entraîne jusqu'à 10 % de tous les décès maternels². Certains pays ont signalé une augmentation de leur taux de grossesse ectopique; le phénomène pourrait peut-être en partie s'expliquer par la prévalence accrue des infections tubaires transmises sexuellement, par l'utilisation accrue de méthodes contraceptives qui préviennent les grossesses intra-utérines mais non extra-utérines, et par l'amélioration et l'utilisation plus précoce des techniques diagnostiques¹. La Suède a toutefois fait état d'un recul du phénomène, attribué à une baisse des taux de chlamydie génitale³. Une tendance à la baisse des grossesses ectopiques a aussi été signalée dans la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, au cours des années 1990⁴.

Les taux de grossesse ectopique ont été estimés à partir de données sur l'hospitalisation. Dans cette analyse, les grossesses déclarées incluent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques. Les avortements spontanés et les avortements provoqués pratiqués en clinique ne sont pas inclus dans le dénominateur. Cette analyse comprend aussi les données sur les chirurgies d'un jour, qui n'étaient pas intégrées aux rapports antérieurs.

Résultats

- En 2000-2001, le taux de grossesse ectopique au Canada s'établissait à 13,8 pour 1 000 grossesses déclarées. Ce taux diminue depuis 1992-1993 (figure 3.5).
- Dans les provinces et les territoires, les taux de grossesse ectopique variaient, en 2000-2001, entre 9,0 pour 1 000 grossesses déclarées à l'Île-du-Prince-Édouard et 25,7 au Nunavut (noter l'importance des intervalles de confiance pour les territoires affichant les taux les plus élevés et les provinces affichant les taux les plus bas) (figure 3.6).
- Le taux de grossesse ectopique a augmenté avec l'âge de la mère (figure 3.7). Le phénomène est probablement en partie attribuable à la prévalence accrue de la cicatrisation des trompes utérines chez les femmes plus âgées. Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

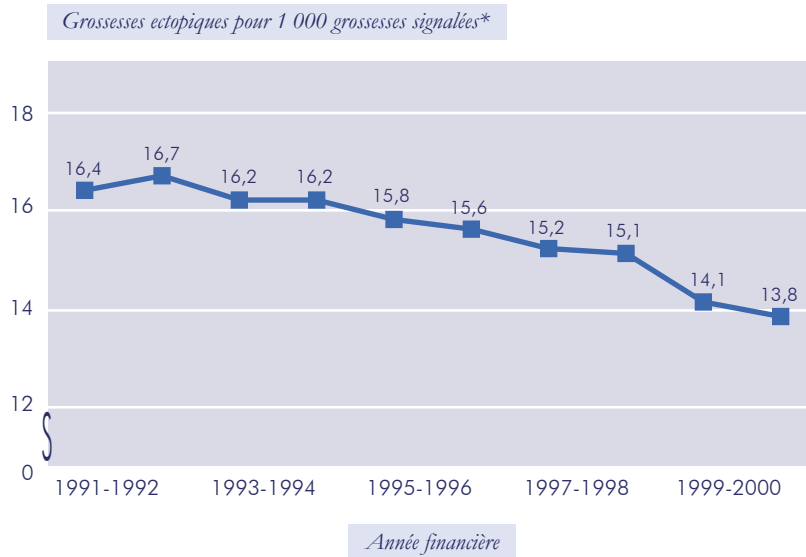
Limites des données

Une limite importante de la surveillance des grossesses ectopiques au Canada tient à la dépendance à l'égard des données sur les congés des hôpitaux. En outre, comme la prise en charge pharmacologique des cas de grossesse ectopique se fait de plus en plus en consultation externe, le dénombrement de ces grossesses pourrait être moins exhaustif. Il pourrait également y avoir des variations dans le diagnostic de la grossesse ectopique, particulièrement aux stades très précoces de la gestation; on ignore par ailleurs la fréquence des grossesses ectopiques infracliniques⁵. Enfin, les dossiers des hôpitaux donnent peu d'information sur les facteurs de risque.



Répercussions sur la santé maternelle

FIGURE 3.5 Taux de grossesse ectopique, *Canada, 1991-1992 à 2000-2001*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001.

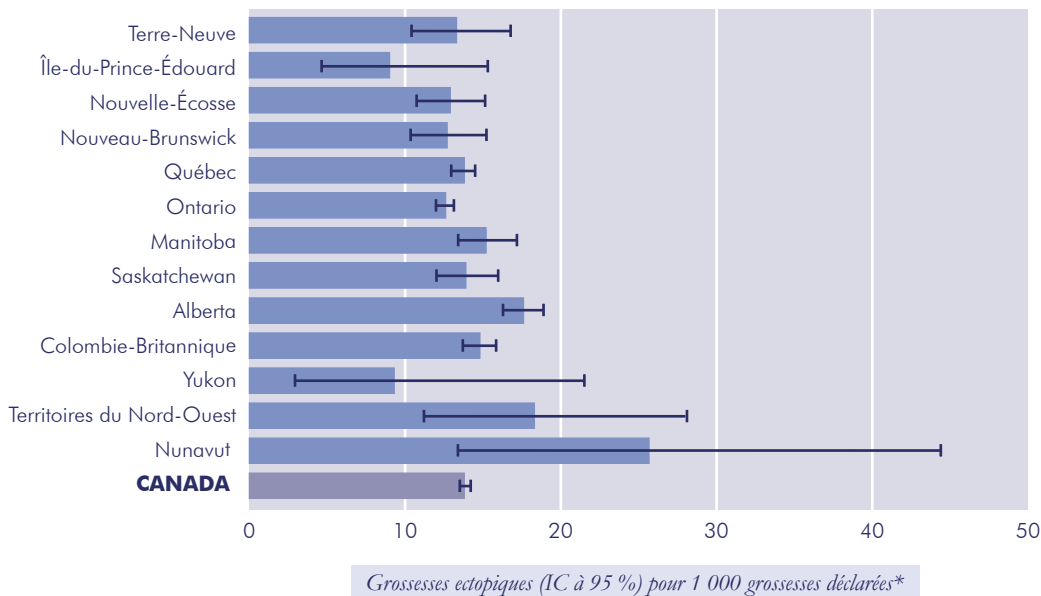
Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les grossesses déclarées comprennent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques, mais non les avortements spontanés ni les avortements provoqués pratiqués en clinique.

FIGURE 3.6 Taux de grossesse ectopique, selon la province/le territoire, *Canada, 2000-2001*



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

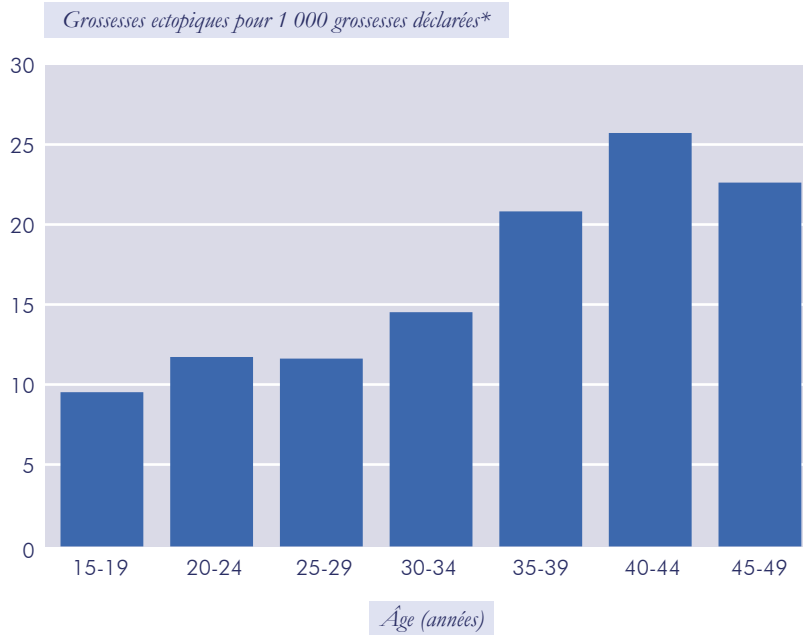
Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

*Les grossesses déclarées comprennent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques, mais non les avortements spontanés ni les avortements provoqués pratiqués en clinique.

IC — intervalle de confiance.



FIGURE 3.7 Taux de grossesse ectopique, selon l'âge de la mère, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

*Exclut les grossesses déclarées où l'âge de la mère est inconnu. Les grossesses déclarées comprennent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques, mais non les avortements spontanés ni les avortements provoqués pratiqués en clinique.

Références

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et coll. (Éditeur). *Williams Obstetrics*, 21^e édition. Toronto : McGraw-Hill, 2001.
2. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk-factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors. *Am J Epidemiol* 1991;133:839-49.
3. Egger M, Low N, Smith GD, Lindblom B, Herrmann B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. *Br Med J* 1998;316:1776-80.
4. Boufous S, Quartararo M, Mohsin M, Parker J. Trends in the incidence of ectopic pregnancy in New South Wales between 1990-1998. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:436-8.
5. Orr P, Sherman E, Blanchard J, Fast M, Hammond G, Brunham R. Epidemiology of infection due to *Chlamydia trachomatis* in Manitoba, Canada. *Clin Infect Dis* 1994;19:867-83.



Taux de réadmission de la mère après son congé

Auteur :
Shiliang Liu,
MB, PhD

Le taux de réadmission de la mère après son congé désigne le nombre de mères réadmisses à l'hôpital dans les trois mois qui suivent le premier congé de hôpital (après un accouchement) par rapport au nombre total de femmes ayant obtenu leur congé de l'hôpital suivant l'accouchement (dans un lieu donné et à un moment donné).

La réhospitalisation de la mère est un indicateur de la morbidité maternelle grave suivant l'accouchement. Le taux de réadmission de la mère après son congé peut donner un aperçu de l'ampleur des complications liées à l'accouchement^{1,2}. La réhospitalisation de la mère dépend de nombreux facteurs : gravité de la maladie, disponibilité des ressources hospitalières, distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital, politiques d'admission de l'établissement et accès à des services de consultations externes. De manière générale, le sujet n'a pas été suffisamment étudié, et les répercussions de la réhospitalisation sur la santé de la mère et de l'enfant ne sont pas bien décrites dans la littérature scientifique^{3,4}. Il ressort de récentes études que la brièveté du séjour à l'hôpital après une césarienne ou un accouchement vaginal assisté accroît le risque de réhospitalisation de la mère^{5,6}.

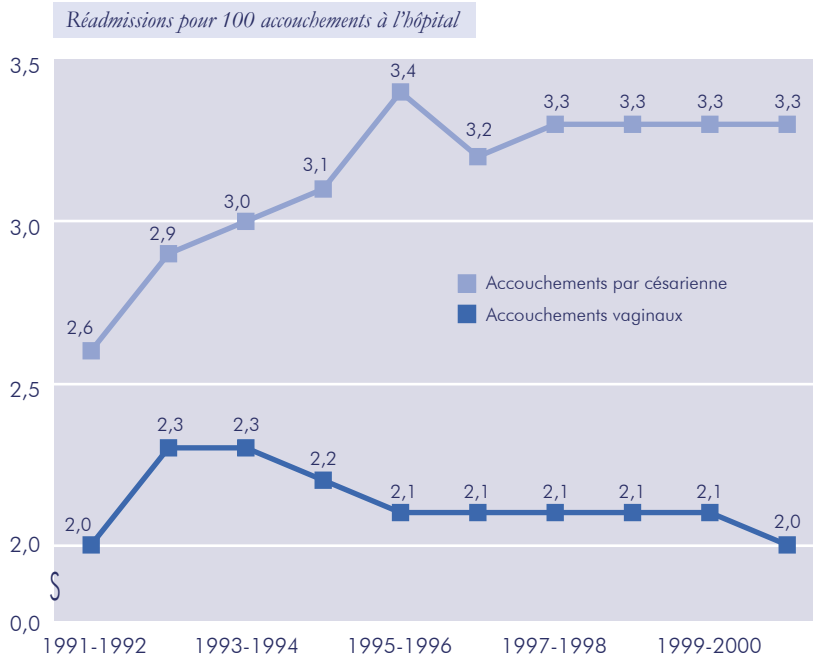
Le taux de réadmission de la mère après son congé a été estimé à partir de données sur l'hospitalisation. Les cas de réadmission ont été identifiés par un couplage des dossiers d'accouchement chirurgical et des dossiers de réadmission (abstraction faite des rendez-vous pour une chirurgie d'un jour). Le nombre d'accouchements a été établi selon l'année civile. Le nombre de réadmissions a été calculé pour une période de 90 jours suivant un premier congé de l'hôpital. Les femmes ayant été directement transférées à un autre hôpital après leur accouchement et celles dont la durée du premier séjour à l'hôpital était supérieure à 20 jours ont été exclues du calcul. Les résultats sont présentés séparément pour les naissances par voie vaginale et les naissances par césarienne.

Résultats

- Entre 1991-1992 et 2000-2001, le taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant un accouchement par voie vaginale est demeuré stable, variant entre 2,0 % et 2,3 % des accouchements. Les taux de réadmission suivant un accouchement par césarienne ont augmenté, passant de 2,6 % des accouchements en 1991-1992 à 3,4 % en 1995-1996. Ils sont demeurés assez stables par la suite (figure 3.8).
- Au cours de la période de 1998-1999 à 2000-2001, le taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant l'accouchement a varié selon les provinces et les territoires, tant pour les accouchements par césarienne que pour les accouchements par voie vaginale (figure 3.9). Ces écarts entre les régions pourraient s'expliquer en partie par la variabilité des politiques relatives aux admissions et aux congés des hôpitaux.
- Chez les femmes ayant accouché à l'hôpital entre 1998-1999 et 2000-2001, la proportion de réadmissions attribuables à un diagnostic primaire donné a différé selon qu'il s'agissait d'un accouchement par césarienne ou d'un accouchement par voie vaginale (tableau 3.4). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*



FIGURE 3.8 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 1991-1992 à 2000-2001



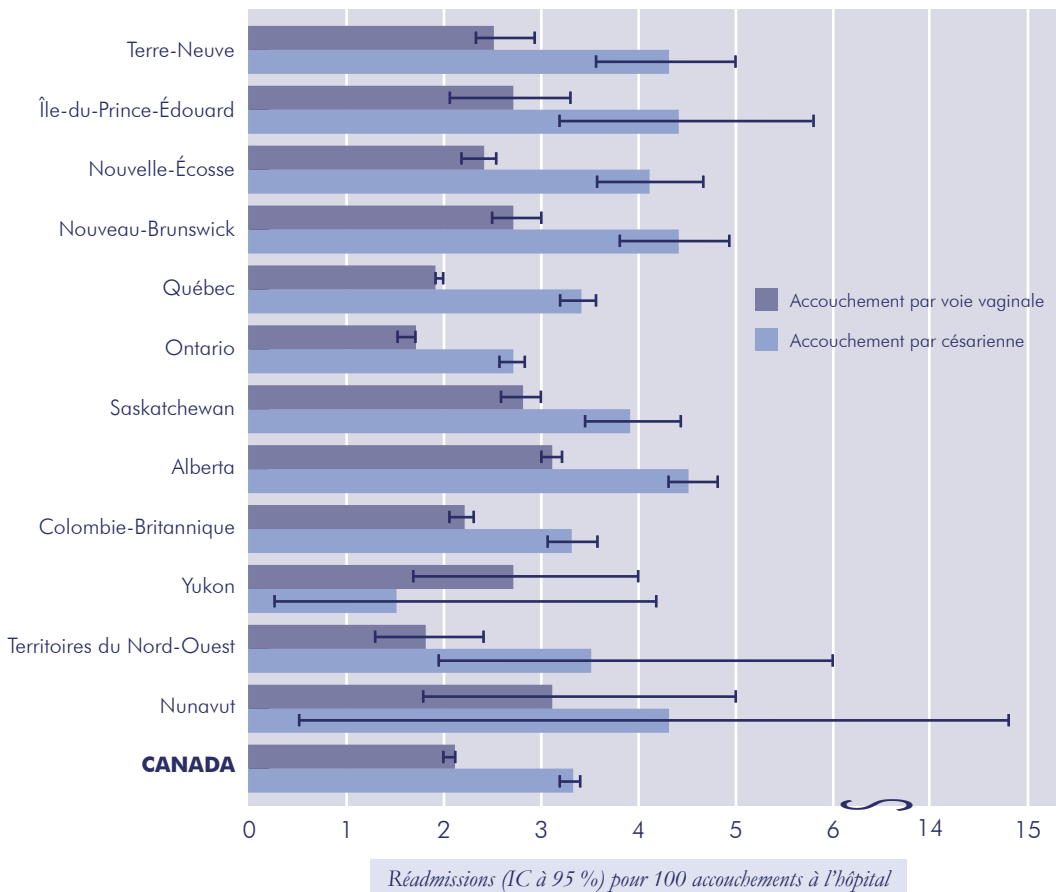
Année financière

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre. Pour en savoir plus long sur l'identification des cas, lire l'introduction.



FIGURE 3.9 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, données combinées de 1998-1999 à 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001
Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

Pour en savoir plus long sur l'identification des cas, lire l'introduction.

IC — intervalle de confiance.



Répercussions sur la santé maternelle

TABLEAU 3.4 Pourcentage de réadmissions de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement par diagnostic primaire, selon le type d'accouchement, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, données combinées de 1998-1999 à 2000-2001

Diagnostic primaire à la réadmission (code CIM-9)	Mode d'accouchement (%)		
	Total	Césarienne	Acc. vaginal
1. Hémorragie postpartum (666)	14,4	6,1	17,7
2. Lithiase biliaire (574)	13,1	12,0	13,6
3. Infection puerpérale grave (670)	12,8	12,7	11,9
4. Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs (674)	8,2	21,9	2,9
5. Infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement (675)	2,9	2,0	3,3
6. Autres motifs de recours aux services de santé (V65)	2,5	1,3	2,9
7. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	2,4	2,6	2,4
8. Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	2,3	2,3	2,4
9. Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (789)	1,7	1,9	1,6
10. Autres complications relatives à des interventions, non classées ailleurs (998)	1,5	3,3	0,8
11. Examen et soins postpartum (V24)	0,9	0,7	0,9
12. Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	0,9	1,1	0,7
13. Mesures contraceptives (V25)	0,6	0,2	0,8
14. Autres diagnostics	36,5	31,9	38,2
TOTAL (%)	100,0	100,0	100,0

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre. Pour en savoir plus long sur l'identification des cas, lire l'introduction.



Limites des données

Comme la détermination de la réadmission maternelle se fonde sur le couplage des dossiers, certains cas de réadmission après un accouchement ont peut-être été omis lorsqu'aucun lien n'a pu être établi entre les dossiers des services d'obstétrique et les dossiers de réadmission.

Références

1. Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:166-71.
2. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:282-7.
3. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1489-94.
4. Danel I, Johnson C, Berg C, Flowers L, Atrash H. Length of maternal hospital stay for uncomplicated deliveries, 1988-1995: the impact of maternal and hospital characteristics. *Matern Child Health J* 1997;1:237-42.
5. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411-6.
6. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, pour le Groupe d'étude sur la santé maternelle du Système canadien de surveillance périnatale. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;87:681-7.

4

Répercussions sur la santé fœtale et infantile



Taux de prématurité

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux de prématurité désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel à la naissance est inférieur à 37 semaines révolues (moins de 259 jours) par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

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^{1,2}. La prématurité est aussi associée à la paralysie cérébrale et à d'autres répercussions durables sur la santé³. De 1 % à 2 % de tous les bébés viennent au monde avant 32 semaines de gestation; ils représentent près de 50 % de tous des cas de troubles neurologiques à long terme et environ 60 % de la mortalité périnatale¹. La prématurité, même légère ou modérée, est associée à un risque accru de décès durant la première année de vie⁴.

La prématurité est en hausse dans de nombreux pays industrialisés^{1,5-9}. Parmi les facteurs de risque connus de prématurité figurent l'appartenance à la race noire, la monoparentalité, le jeune âge ou l'âge avancé de la mère, les antécédents de prématurité, le tabagisme, le faible poids de la mère avant la grossesse, un gain pondéral faible ou élevé¹⁰ et une grossesse multiple^{7,8}. Récemment, on a déterminé que les infections¹ et le stress¹¹ pouvaient faire partie des facteurs de risque importants.

Les taux de prématurité ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil.

Résultats

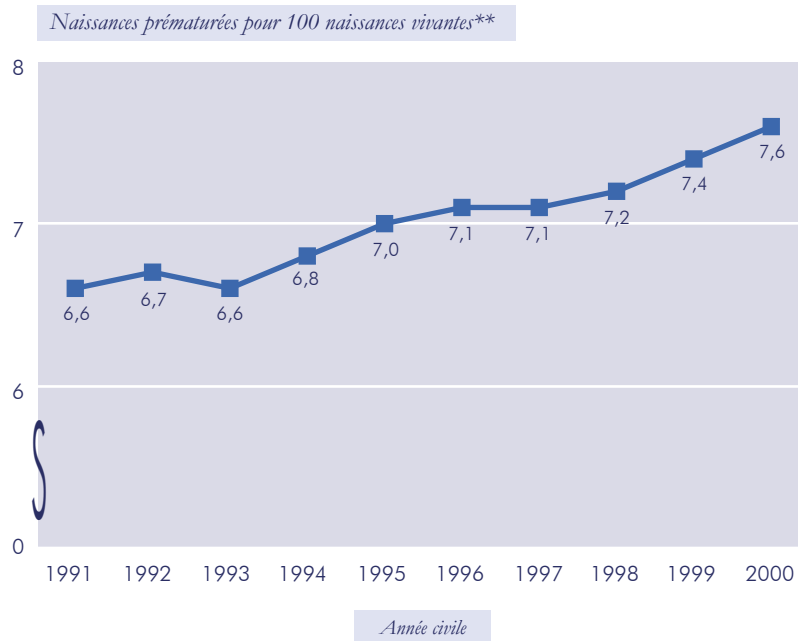
- Le taux de prématurité est en hausse depuis quelques années (figure 4.1). En 2000, il s'élevait à 7,6 pour 100 naissances vivantes, contre 6,6 en 1991. Au nombre des raisons invoquées pour expliquer cette tendance, on pourrait citer le recours accru aux interventions obstétricales, les changements dans la fréquence et l'âge gestationnel des naissances multiples, l'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) parmi les naissances vivantes et l'utilisation accrue de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel⁵⁻⁷.
- Les taux de prématurité sont sensiblement plus élevés chez les jumeaux et dans les grossesses de rang plus élevé (figure 4.2). Les naissances simples représentaient toutefois encore plus de 80 % de toutes les naissances avant terme en 2000.
- En 2000, les taux provinciaux et territoriaux de prématurité variaient de 5,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 10,4 % au Nunavut (figure 4.3). Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.



Limites des données

Le risque d'erreur dans le détermination de l'âge gestationnel, surtout lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations sans obtenir de confirmation par une échographie, nuit considérablement à la surveillance et à l'étude des naissances prématurées¹². Cette erreur pourrait être attribuable à des renseignements inexacts fournis par la femme au sujet de ses dernières règles, à l'assimilation de saignements post-conceptionnels à des règles normales, à des cycles menstruels irréguliers ou à des fausses couches non reconnues¹³. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

FIGURE 4.1 Taux de prématurité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



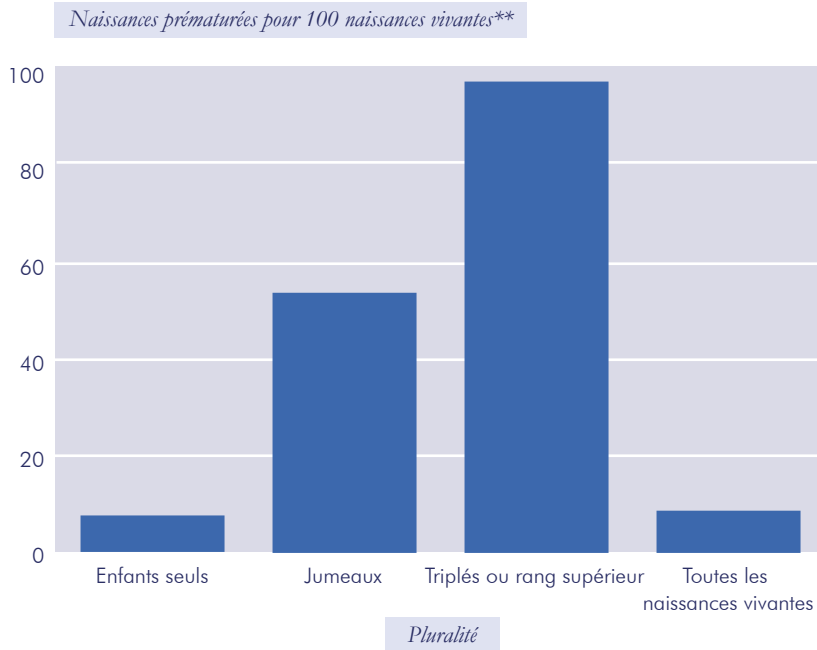
Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

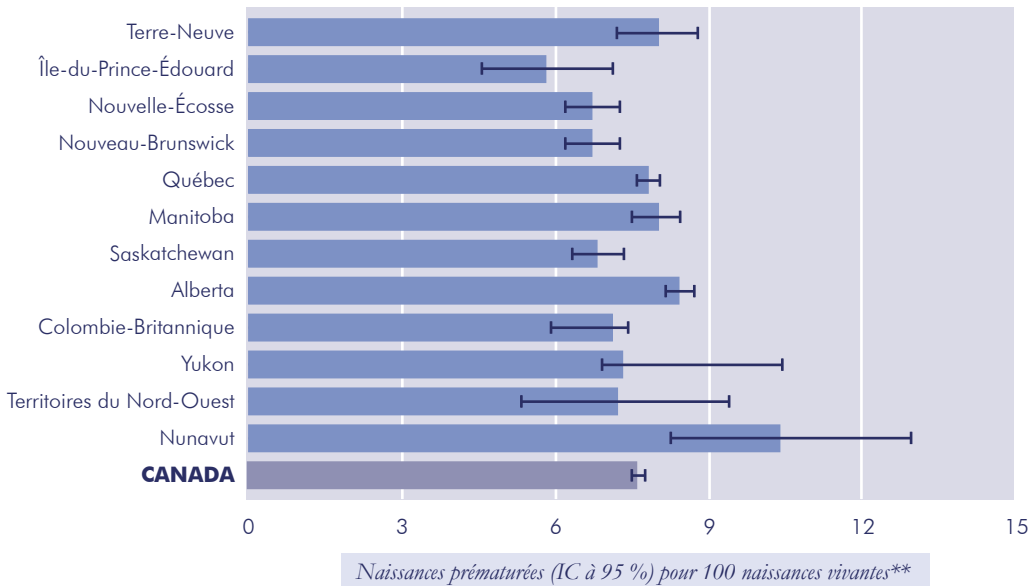


FIGURE 4.2 Taux de prématurité associé aux naissances simples et multiples, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).
 *Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.
 **Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

FIGURE 4.3 Taux de prématurité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).
 *Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.
 **Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.
 IC — intervalle de confiance.



Références

1. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002;100:1020-37.
2. Mesleh RA, Kurdi AM, Sabagh TO, Algwisser RA. Changing trends in perinatal deaths at the Armed Forces hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *J Obstet Gynecol* 2001;21:49-55.
3. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Early Hum Dev* 1999;53:193-218.
4. Kramer S, Demissie K, Hong Y, Plat RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA* 2000;284:843-9.
5. Alexander GR, Slay M. Prematurity at birth: trends, racial disparities and epidemiology. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:215-20.
6. Roberts CL, Algert CS, Morris JM, Henderson-Smart DJ. Trends in twin births in New South Wales, Australia, 1990-1999. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78:213-9.
7. Joseph KS, Demissie K, Kramer MS. Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth. *Semin Perinatol* 2002;26:250-9.
8. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339:1434-9.
9. Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L, et coll. Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. *JAMA* 1998;280:1849-54.
10. Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP. Intrauterine growth retardation and preterm delivery: prenatal risk factors in an indigent population. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:213-8.
11. Mozurkewich E, Luke B, Avni M, Wolf F. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2000;95:623-35.
12. Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA* 1988;260:3306-8.
13. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993;15:414-43.



Taux de postmaturité

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux de postmaturité désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel à la naissance est égal ou supérieur à 42 semaines révolues (294 jours ou plus) par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné).

Les grossesses qui se prolongent au-delà du terme nécessitent généralement une surveillance prénatale plus étroite, puisqu'elles sont associées à des taux accrus de mortalité fœto-infantile et de morbidité néonatale, et elles aboutissent dans bien des cas à un accouchement provoqué ou chirurgical^{1,2}. Parmi les affections néonatales liées à la postmaturité figurent un faible indice d'Apgar, la détresse fœtale, la présence de méconium dans le liquide amniotique ou l'aspiration de méconium par le fœtus et l'admission à une unité de soins intensifs néonataux². Il est rare que des anomalies congénitales graves entraînent un accouchement après terme en raison d'une altération du fonctionnement hypophysosurrénalien chez le fœtus, qui nuit aux mécanismes de déclenchement du travail². La plupart du temps, on ignore les raisons précises d'un accouchement après terme, mais on a observé un lien avec des facteurs qui concernent la mère, comme des antécédents de postmaturité et le pays de naissance de la mère². La prolongation du travail ou l'anoxie inexplicquée au cours du travail font partie des facteurs qui peuvent avoir des effets indésirables sur le fœtus ou le nourrisson. Selon les études publiées, le taux de postmaturité varie entre 2 % et 14 %².

La prise en charge de la grossesse après terme soulève la controverse (intervention ou traitement essentiellement abstentionniste). D'après des essais comparatifs randomisés, le déclenchement programmé du travail pourrait réduire la mortalité périnatale sans augmenter les taux d'accouchements par césarienne^{3,4}. Les taux de postmaturité ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil.

Résultats

- Les taux de postmaturité ont considérablement chuté au Canada, passant de 4,4 % en 1991 à 1,2 % en 2000 (figure 4.4). Le phénomène est dû en partie à l'utilisation accrue de l'échographie pour l'estimation de l'âge gestationnel (qui déplace vers la gauche la courbe de distribution de l'âge gestationnel) et au recours plus fréquent au déclenchement du travail à la 41^e semaine de grossesse et au-delà.
- En 2000, les taux de postmaturité ont énormément varié selon les provinces et territoires, oscillant entre 0,5 % et 0,6 % au Québec et à Terre-Neuve et 4,3 % au Yukon (figure 4.5). Ces variations régionales pourraient être attribuables à des différences dans le recours à l'échographie pour estimer l'âge gestationnel ou au déclenchement du travail en cas de dépassement de terme. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

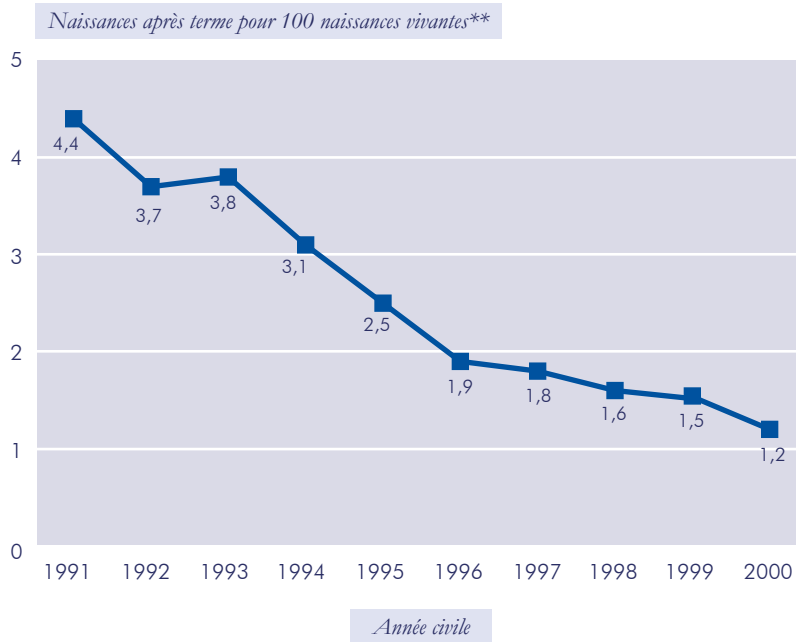
Limites des données

Le risque d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, surtout lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations sans obtenir de confirmation par une échographie, nuit considérablement à la surveillance et à l'étude de la postmaturité⁵. Cette erreur pourrait être attribuable à des renseignements erronés fournis par la femme à propos de ses dernières règles, à l'assimilation de saignements post-conceptionnels à des règles normales, à des cycles menstruels irréguliers ou à des fausses couches non reconnues⁶. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.4 Taux de postmaturité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

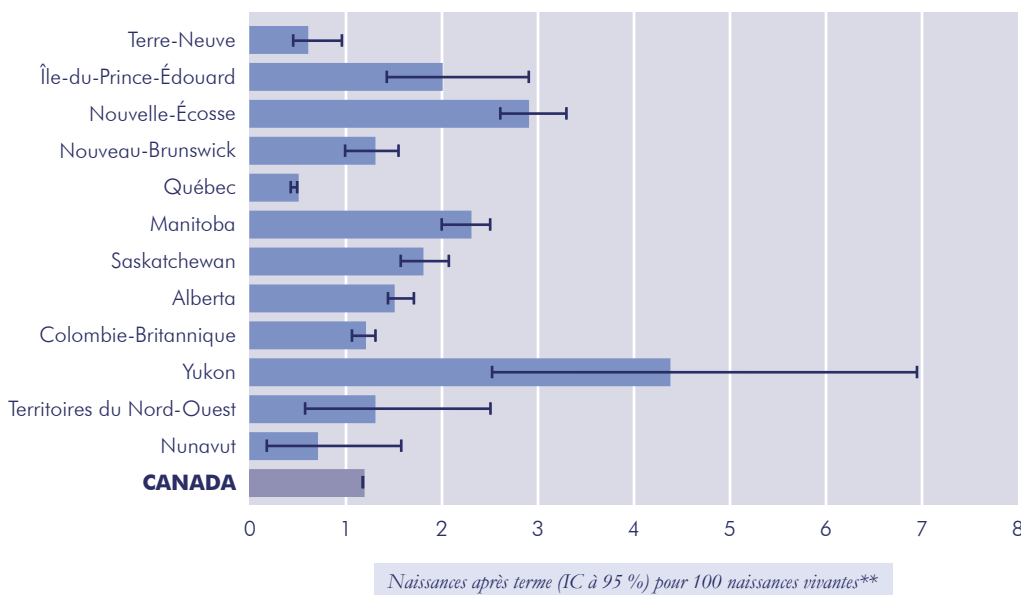


Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

FIGURE 4.5 Taux de postmaturité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

IC — intervalle de confiance.



Références

1. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:169-73.
2. Shea K, Wilcox A, Little R. Postterm delivery: a challenge for epidemiologic research. *Epidemiology* 1998;9:199-204.
3. Sue-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999;160:1145-9.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A, et le Canadian Multicenter Post-Term Pregnancy Trial Group. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy: a randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1992;326:1587-92.
5. Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA* 1988;260:3306-8.
6. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993;15:414-43.



Taux d'hypotrophie néonatale

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux d'hypotrophie néonatale désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). D'autres critères sont parfois utilisés pour définir l'hypotrophie néonatale, p. ex., le 3^e percentile de poids à la naissance selon l'âge gestationnel.

Dans les pays industrialisés, de 30 % à 40 % environ des cas de retard de croissance intra-utérin sont liés au tabagisme maternel; de 20 % à 30 % s'expliquent par des facteurs d'ordre génétique, comme des antécédents de retard de croissance intra-utérin, la race de la mère, le petit gabarit de la mère et le sexe du fœtus; de 10 % à 15 % sont imputables à des facteurs nutritionnels (poids avant la grossesse, gain pondéral et faible apport calorique) et de 5 % à 10 %, à la parité et aux problèmes de santé de la mère en général¹.

Le retard de croissance intra-utérin est associé à un taux accru de morbidité et de mortalité fœto-infantiles². Comme il est difficile de mesurer la croissance du fœtus dans l'utérus, on a recours à une mesure transversale de la croissance fœtale, le poids à la naissance selon l'âge gestationnel, tant en pratique clinique qu'en santé publique^{2,3}. La surveillance des indicateurs de croissance fœtale peut s'avérer utile pour repérer les populations qui présentent un risque accru de retard de croissance intra-utérin, ainsi que pour planifier et évaluer des programmes de santé publique visant à réduire les risques sur ce plan.

Les taux d'hypotrophie néonatale ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil. Comme le nombre d'accouchements multiples est restreint et le profil de croissance intra-utérin associé à ce phénomène est sans doute différent, notre analyse n'a porté que sur les naissances d'un seul enfant vivant. Les critères utilisés pour ces analyses reposent sur une norme récemment établie au Canada³.

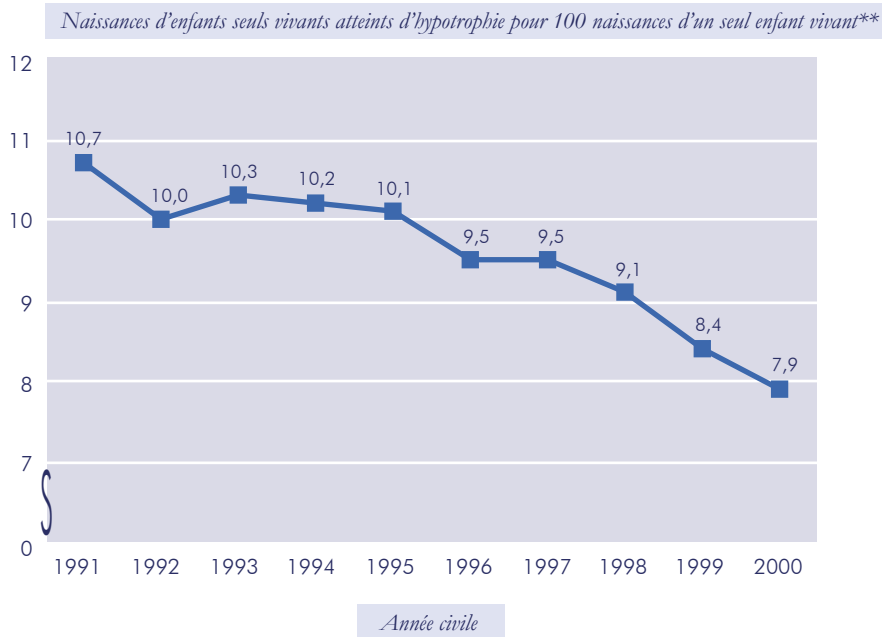
Résultats

- Entre 1991 et 2000, le taux d'hypotrophie néonatale a diminué au Canada (figure 4.6). Cette baisse peut s'expliquer en partie par l'utilisation accrue de l'échographie pour déterminer l'âge gestationnel (qui accroît l'exactitude de la mesure) et également par le recours accru aux mesures anthropométriques de la mère, la réduction du tabagisme et les changements socio-démographiques⁴.
- En 2000, le taux d'hypotrophie néonatale oscillait entre 5,0 % des naissances vivantes dans les Territoires du Nord-Ouest et 8,6 % des naissances vivantes en Alberta (figure 4.7). Ces variations régionales pourraient être dues en partie à des différences dans le profil (entre autres ethnique et socio-économique) des populations. Il y aurait lieu de pousser plus loin les recherches pour mieux comprendre ces tendances et écarts. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.6 Taux d'hypotrophie néonatale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

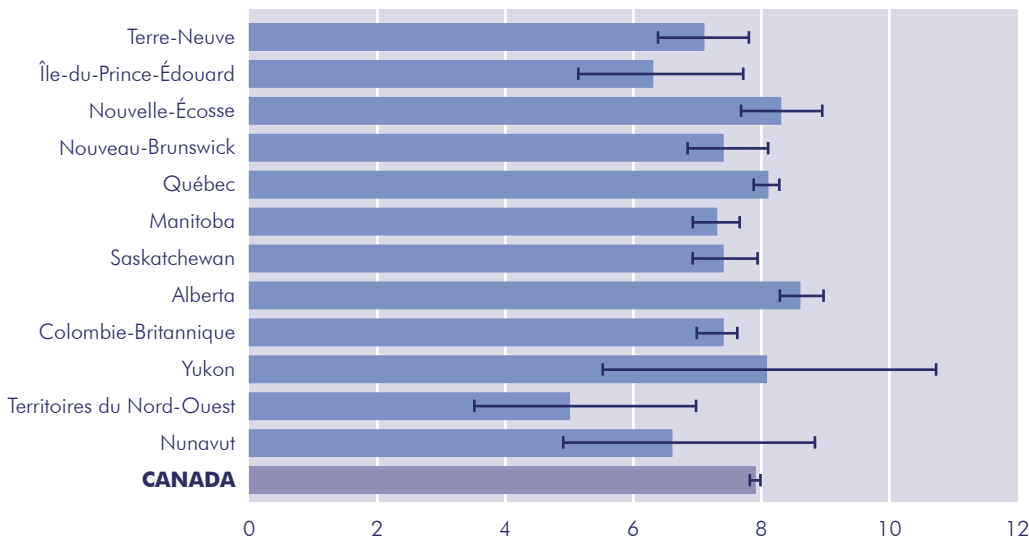


Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.

FIGURE 4.7 Taux d'hypotrophie néonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Naissances d'enfants seuls vivants atteints d'hypotrophie (IC à 95 %) pour 100 naissances d'un seul enfant vivant**

Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.

IC — intervalle de confiance.



Limites des données

Le risque d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, surtout lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations, nuit considérablement à la surveillance de l'hypotrophie néonatale⁵. Le recours à l'échographie tôt au cours du second trimestre permettrait d'accroître sensiblement l'exactitude des estimations de l'âge gestationnel⁵. L'hypotrophie néonatale est une mesure relative, qui varie selon le critère utilisé pour le calcul. La norme utilisée ici³ a été récemment mise au point à la lumière de données plus solides sur l'âge gestationnel et de méthodes d'analyse plus pointues. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'*annexe G*.

Références

1. Kramer MS. Determinants of low birth weights: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 1987;65:663-737.
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et coll. (Éditeur). *Williams Obstetrics*, 21^e édition. Toronto : McGraw-Hill, 2001.
3. Kramer MS, Platt R, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108(2):E35.
4. Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara H, et coll. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr* 2002;141:538-42.
5. Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA* 1988;260:3306-8.



Taux d'hypertrophie néonatale

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux d'hypertrophie néonatale désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessus du 90^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total de naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). D'autres critères sont parfois utilisés pour définir l'hypertrophie néonatale, p. ex., le 97^e percentile de poids à la naissance selon l'âge gestationnel.

On trouve dans la littérature peu d'information sur les facteurs de risque d'hypertrophie néonatale ou, plus précisément, de macrosomie. Le diabète maternel en fait évidemment partie¹. D'autres facteurs, comme la prédisposition génétique et l'alimentation de la mère, entrent également en jeu. On associe la macrosomie aux complications obstétricales¹. Comme il est difficile de mesurer la croissance du fœtus dans l'utérus, on a recours à une mesure transversale de la croissance fœtale, le poids à la naissance selon l'âge gestationnel, tant en pratique clinique qu'en santé publique^{1,2}. La surveillance des indicateurs de croissance fœtale peut s'avérer utile pour repérer les populations qui présentent un risque élevé de macrosomie, et pour élaborer des programmes de santé publique visant à réduire ce risque. L'hypertrophie néonatale serait un phénomène plus répandu chez les femmes autochtones du Canada³.

Les taux d'hypertrophie néonatale ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil. Comme le nombre d'accouchements multiples est restreint et le profil de croissance intra-utérin associé à ce phénomène est sans doute différent, notre analyse n'a porté que sur les naissances d'un seul enfant. Les critères utilisés pour ces analyses reposent sur une norme récemment établie au Canada².

Résultats

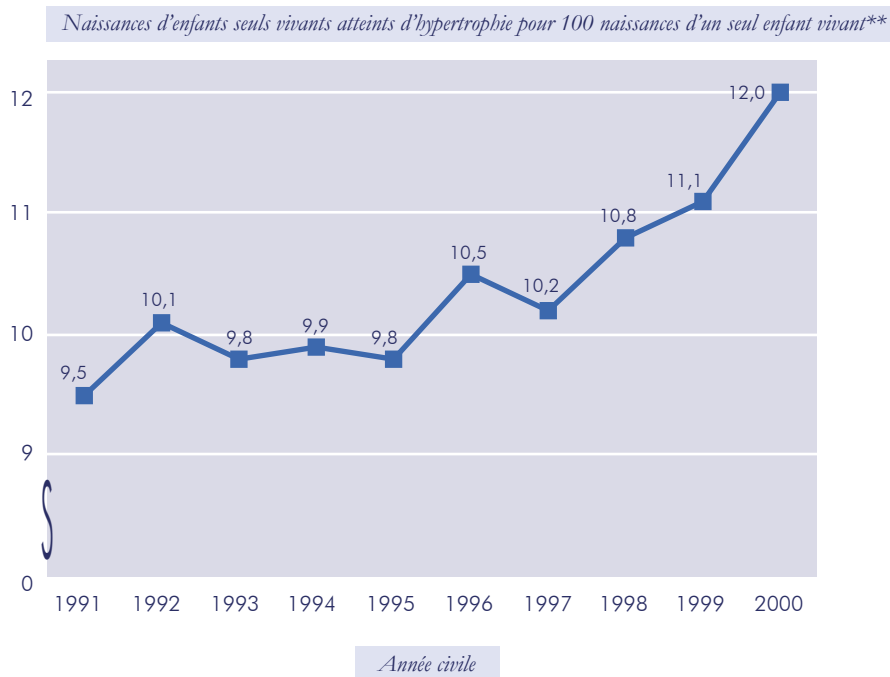
- Entre 1991 et 2000, le taux d'hypertrophie néonatale a augmenté (figure 4.8). Cette hausse peut être attribuée, d'une part, à une plus grande exactitude des mesures de l'âge gestationnel et, d'autre part, au recours accru aux mesures anthropométriques de la mère, à la réduction du tabagisme et à des changements socio-démographiques⁴.
- En 2000, le taux d'hypertrophie néonatale a varié de 10,4 % des naissances vivantes au Québec à 18,1 % des naissances vivantes dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 4.9). Ces variations régionales pourraient être dues en partie à des différences dans le profil (entre autres ethnique, socio-économique et démographique) des populations. Il y aurait lieu de pousser plus loin les recherches pour mieux comprendre ces tendances et écarts. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

Limites des données

Le risque d'erreur dans la détermination de l'âge gestationnel, surtout lorsqu'on a recours aux dates des dernières menstruations, nuit considérablement à la surveillance et à l'étude de l'hypertrophie néonatale⁵. Le recours à l'échographie tôt au cours du second trimestre permettrait d'accroître sensiblement l'exactitude des estimations de l'âge gestationnel⁵. L'hypertrophie néonatale est une mesure relative, qui varie selon le critère utilisé pour le calcul. La norme utilisée ici² a été récemment mise au point à la lumière de données plus solides sur l'âge gestationnel et de méthodes d'analyse plus pointues. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



FIGURE 4.8 Taux d'hypertrophie néonatale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

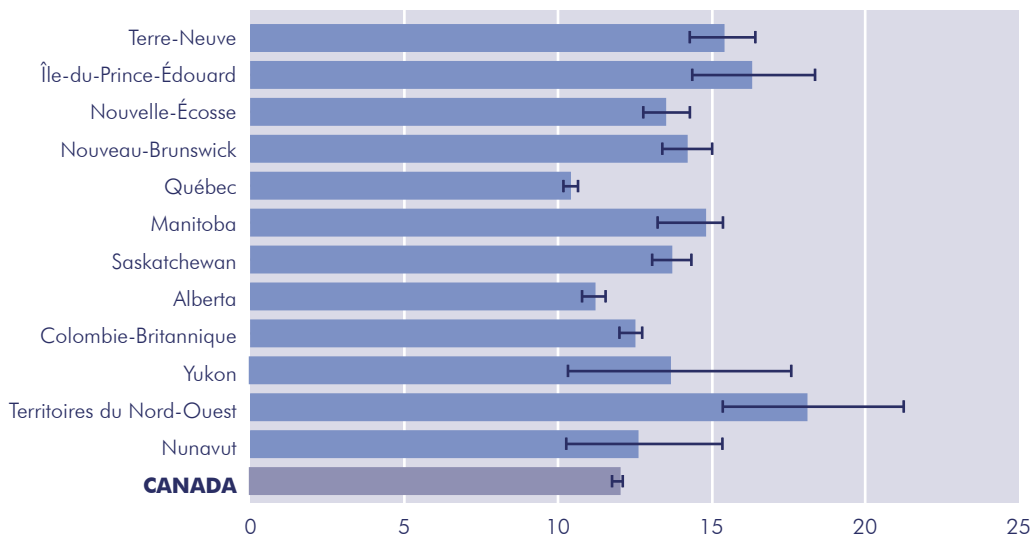


Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.

FIGURE 4.9 Taux d'hypertrophie néonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



*Naissances d'enfants seuls vivants atteints d'hypertrophie (IC à 95 %) pour 100 naissances d'un seul enfant vivant***

Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants, dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.

IC — intervalle de confiance.



Références

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV, et coll. (Éditeur). *Williams Obstetrics*, 21^e édition. Toronto : McGraw-Hill, 2001.
2. Kramer MS, Platt R, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108(2):E35.
3. Thomson M. Heavy birthweight in native Indians of British Columbia. *Revue canadienne de santé publique* 1990;81:443-6.
4. Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara H, et coll. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr* 2002;141:538-42.
5. Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA* 1988;260:3306-8.



Taux de mortalité fœtale

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux brut de mortalité fœtale désigne le nombre de mortinaissances pour 1 000 naissances totales (enfants vivants et enfants mort-nés), dans un lieu donné et à un moment donné. Le taux de mortalité pour les fœtus pesant 500 g ou plus exclut toutes les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ou, si le poids à la naissance est inconnu, dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines. On peut subdiviser la mortalité fœtale en deux composantes, soit la mortalité fœtale précoce entre 20 et 27 semaines de gestation et la mortalité fœtale tardive à 28 semaines révolues de gestation ou plus.

Dans les pays développés, la proportion des cas de mortalité fœtale par rapport à l'ensemble des cas de mortalité fœto-infantile va en augmentant. Les mortinaissances sont en grande partie attribuables aux anomalies congénitales, aux infections prénatales et au retard de croissance intra-utérin. Parmi les autres causes figurent les troubles liés à la grossesse, comme le diabète gestationnel et la pré-éclampsie. Il reste qu'une forte proportion de cas de mortinatalité demeurent inexpliqués. Certains facteurs de risque ont cependant été relevés, comme l'âge maternel avancé, la primiparité, le tabagisme maternel durant la grossesse et le poids élevé avant la grossesse¹⁻³. Deux de ces facteurs, l'âge maternel avancé et le poids élevé avant la grossesse, sont en progression dans de nombreux pays développés. Les taux de mortalité fœtale sont faibles au Canada, et la tendance à la baisse se maintient, en partie en raison du recours accru aux interventions obstétricales^{4,5}.

Les taux de mortalité fœtale ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil.

Résultats

- Entre 1991 et 2000, le taux brut de mortalité fœtale a fluctué entre 5,4 pour 1 000 naissances totales et 5,9 pour 1 000 naissances totales. En 2000, il s'élevait à 5,8 pour 1 000 naissances totales (figure 4.10). Le taux de mortalité pour les fœtus pesant 500 g ou plus variait de 4,9 pour 1 000 naissances totales en 1991 à 4,1 pour 1 000 naissances totales en 1998 (figure 4.10). En 2000, il s'établissait à 4,5 pour 1 000 naissances totales.
- En 2000, le taux brut de mortalité fœtale était le plus élevé dans les Territoires du Nord-Ouest, soit 11,7 cas pour 1 000 naissances totales (figure 4.11). C'est à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nunavut qu'ont été enregistrés les plus bas taux bruts de mortalité fœtale (4,1 pour 1 000 naissances totales). Le taux de mortalité pour les fœtus pesant 500 g ou plus était le plus bas à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse (3,5 pour 1 000 naissances totales) en 2000, et le plus élevé dans les Territoires du Nord-Ouest (8,8). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

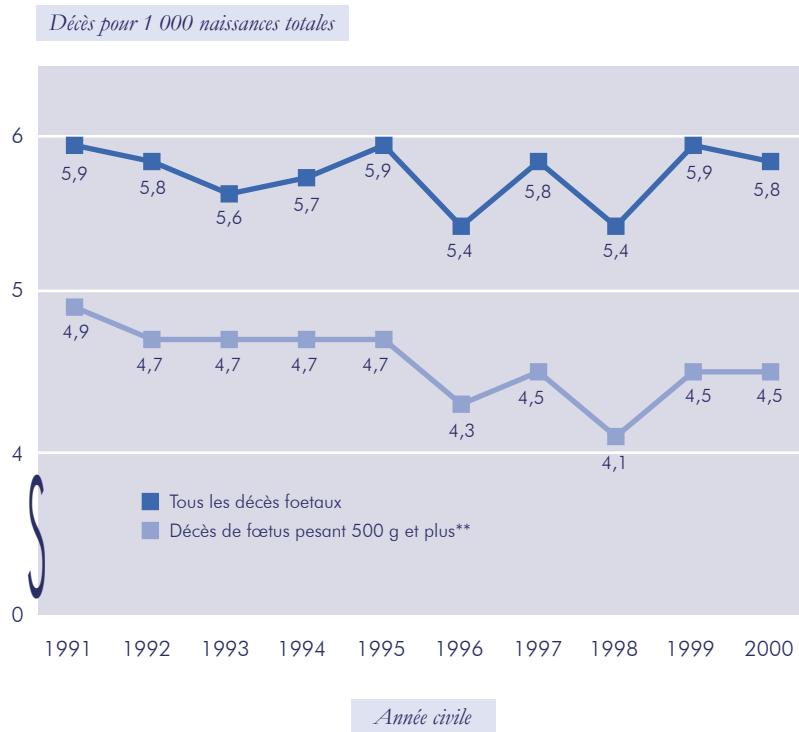
Limites des données

Les variations, d'une période et d'une région à l'autre, des modes d'enregistrement des naissances, surtout en ce qui a trait aux mortinaissances et aux naissances vivantes qui se situent à l'extrémité inférieure de la distribution du poids à la naissance et de l'âge gestationnel, peuvent avoir une incidence sur les statistiques de l'état civil⁶. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.10 Taux de mortalité fœtale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



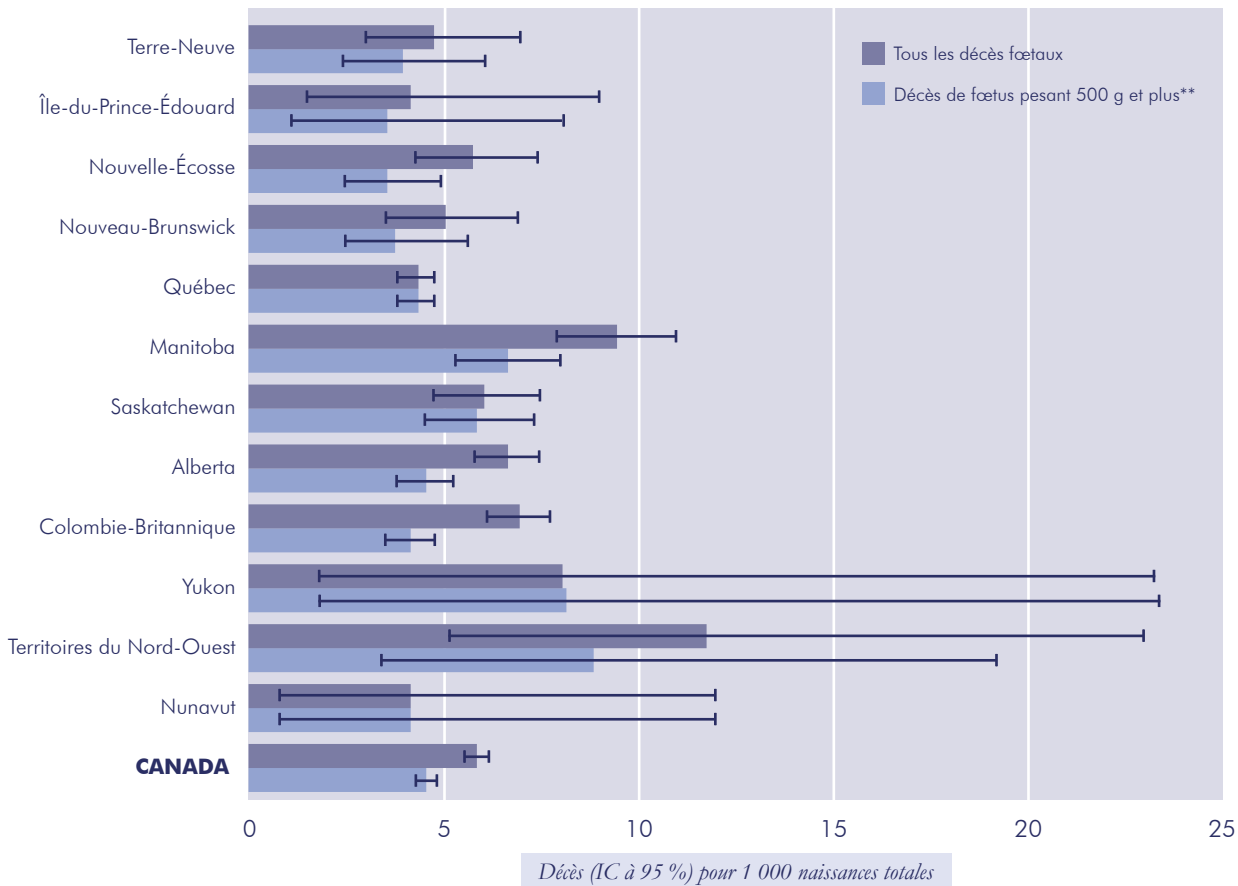
Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les taux de mortalité fœtale excluent les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants pesant 500 g ou moins à la naissance ou, si le poids à la naissance est inconnu, dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines.



FIGURE 4.11 Taux de mortalité fœtale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les taux de mortalité fœtale excluent les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants pesant 500 g ou moins à la naissance ou, si le poids à la naissance est inconnu, dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines.

IC — intervalle de confiance.

Références

1. Cnattingius S, Stephansson O. The epidemiology of stillbirths. *Semin Perinatol* 2002;26:25-30.
2. Winbo I, Serenius F, Dahlquist G, Källén B. Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:235-44.
3. Huang GY, Usher RH, Kramer MS, Yang H, Morin L, Fretts RC. Determinants of unexplained antepartum fetal deaths. *Obstet Gynecol* 2000;95:215-21.
4. Sue-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999;160:1145-9.
5. Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A, et. coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339:1434-9.
6. Joseph KS, Allen A, Kramer MS, Cyr M, Fair ME, pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985-95. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:278-87.



Taux de mortalité infantile et causes de décès

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux de mortalité infantile désigne le nombre de décès d'enfants au cours de la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes (dans un lieu donné et à un moment donné). La mortalité infantile peut se subdiviser en trois composantes : la mortalité néonatale précoce (0-6 jours de vie), la mortalité néonatale tardive (7-27 jours) et la mortalité postnéonatale (28-364 jours) (*annexe D*, page 145). Il est possible de préciser les taux de mortalité fœtale et infantile en calculant les taux de mortalité spécifiques au poids à la naissance et à l'âge au moment du décès, et spécifiques à l'âge gestationnel et à l'âge au moment du décès. On peut aussi les préciser en calculant les taux de mortalité selon la cause.

Le taux de mortalité infantile est considéré comme le meilleur indice de l'état de santé d'une société donnée. Les taux de mortalité infantile ont chuté radicalement dans presque tous les pays au cours du siècle dernier grâce à l'amélioration des méthodes d'assainissement, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins de santé maternels et infantiles¹. Cette baisse a toutefois ralenti ces dernières années², et les écarts entre les sous-populations sur le plan du risque de mortalité infantile persistent toujours, même dans des pays comme le Canada³.

Le taux de mortalité infantile selon la cause est présenté conformément à une version modifiée du mode de classification mis au point par l'International Collaborative Effort (ICE) qui englobe huit catégories : anomalie congénitale, asphyxie, infection, syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), autre décès infantile subit inexplicé, causes externes et autres affections⁴.

Les taux de mortalité infantile ont été calculés à partir de statistiques de l'état civil.

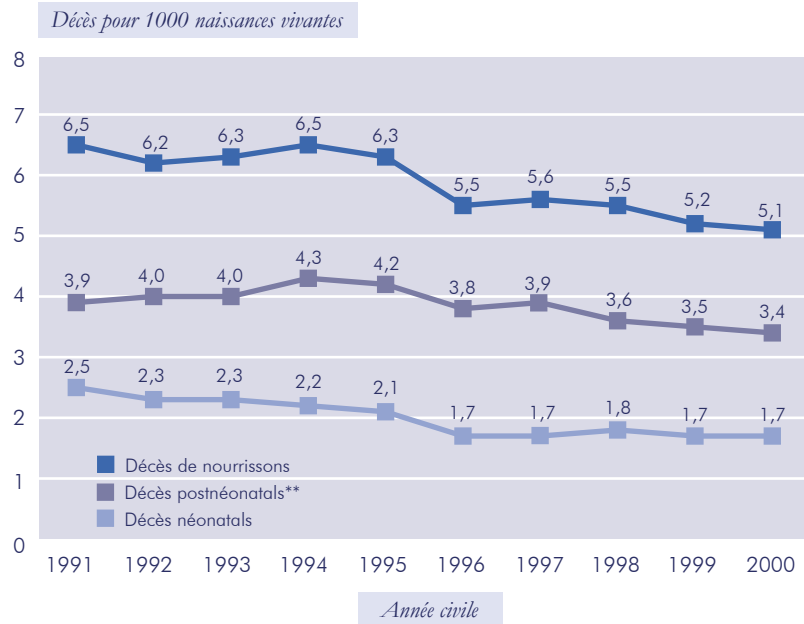
Résultats

- Le taux de mortalité infantile est passé de 6,5 pour 1 000 naissances vivantes en 1991 à 5,1 en 2000 (figure 4.12). Les taux les plus bas et les plus élevés ont été enregistrés au Yukon et au Nunavut, respectivement, en 2000 (figure 4.13).
- Le taux de mortalité néonatale a globalement fléchi, passant de 3,9 pour 1 000 naissances vivantes en 1991 à 3,4 en 2000 (figure 4.12). En 2000, le Yukon n'a déclaré aucun décès néonatal, et les Territoires du Nord-Ouest ont affiché le taux le plus élevé, soit 7,4 pour 1 000 naissances vivantes (figure 4.14).
- Dans l'ensemble, le taux de mortalité postnéonatale a aussi chuté, passant de 2,5 pour 1 000 nouveau-nés survivants en 1991 à 1,7 en 2000 (figure 4.12). En 2000, le Nunavut affichait le taux de mortalité postnéonatale le plus élevé, soit 5,5 pour 1 000 nouveau-nés survivants (figure 4.15); le Nouveau-Brunswick enregistrait le taux le plus faible, soit 0,6 pour 1 000 nouveau-nés survivants (figure 4.15).
- En 1999, les anomalies congénitales, responsables de 26,5 % de tous les décès infantiles, étaient la principale cause de mortalité infantile au Canada. Elles étaient suivies de l'immatunité et de la SMSN (figure 4.16). Elles comprennent des tableaux détaillés sur la mortalité spécifique au poids à la naissance et spécifique à l'âge gestationnel. Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.12 Taux de mortalité infantile, néonatale et postnéonatale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

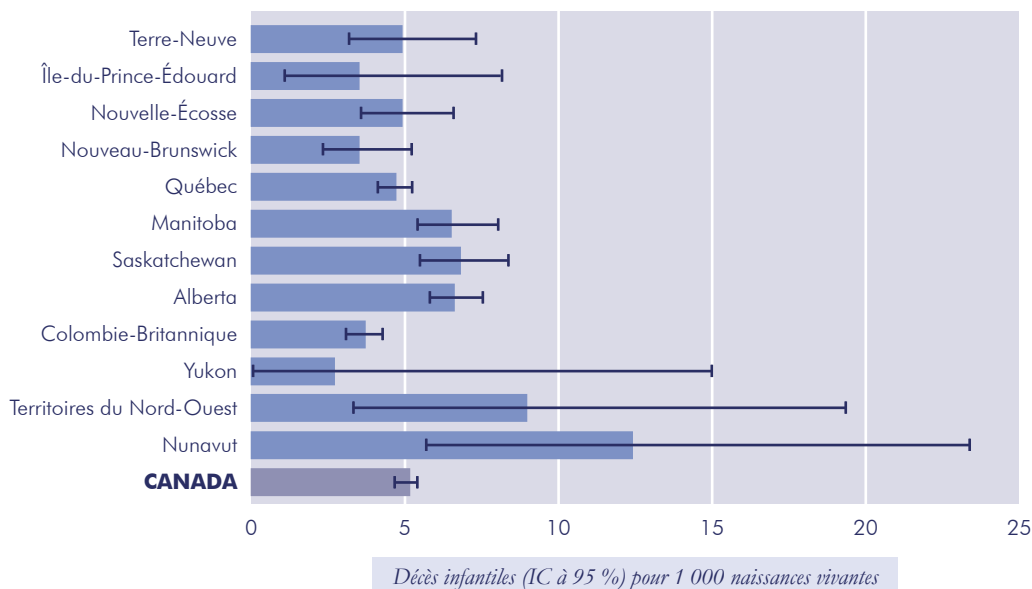


Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil 1991-2000 (calcul pour la période fondé sur les fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Pour 1 000 nouveau-nés survivants.

FIGURE 4.13 Taux de mortalité infantile, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



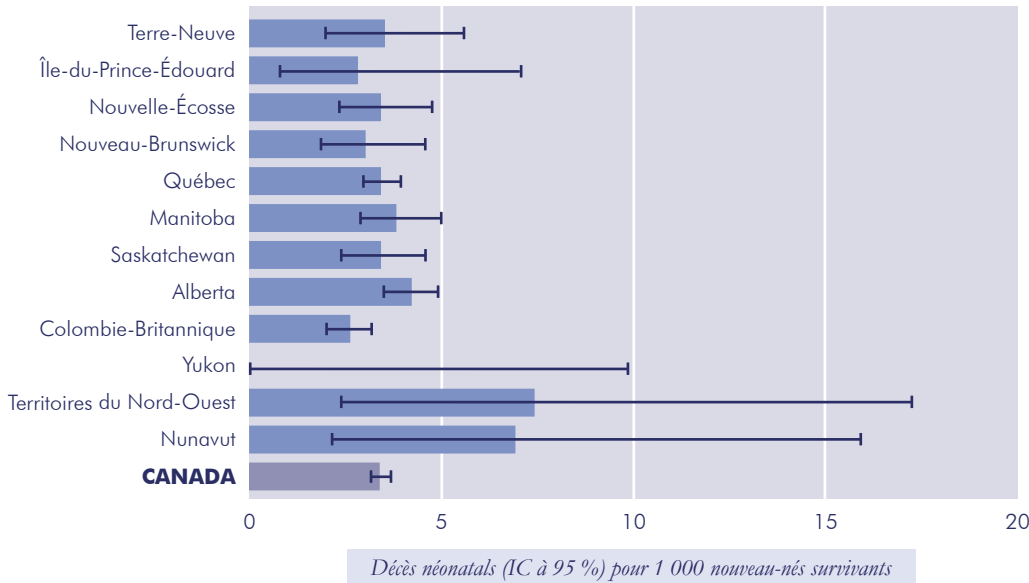
Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (calcul pour la période fondé sur les fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

IC — intervalle de confiance.



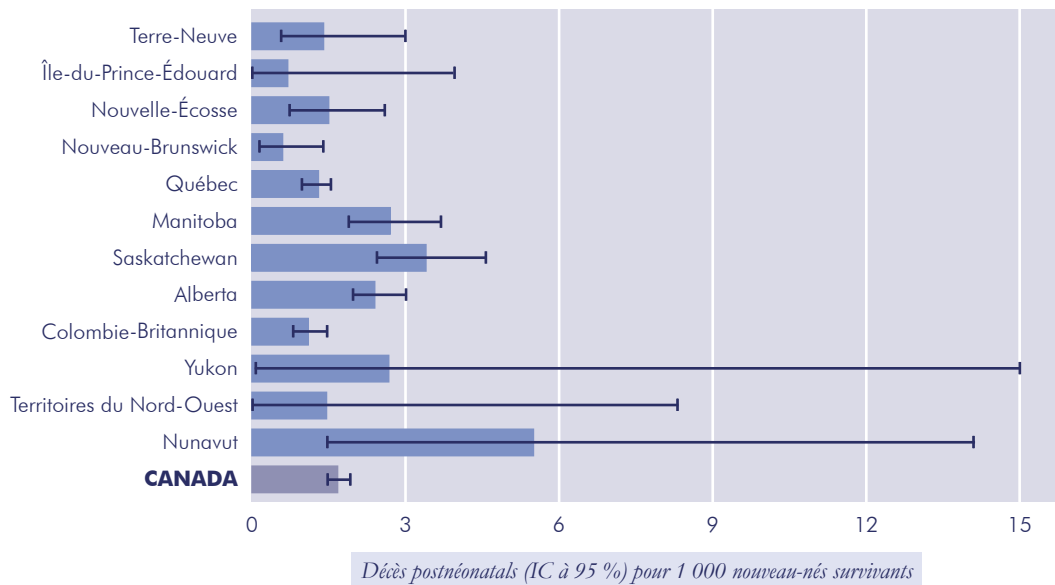
FIGURE 4.14 Taux de mortalité néonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (calcul pour la période fondé sur les fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G. IC — intervalle de confiance.

FIGURE 4.15 Taux de mortalité postnéonatale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



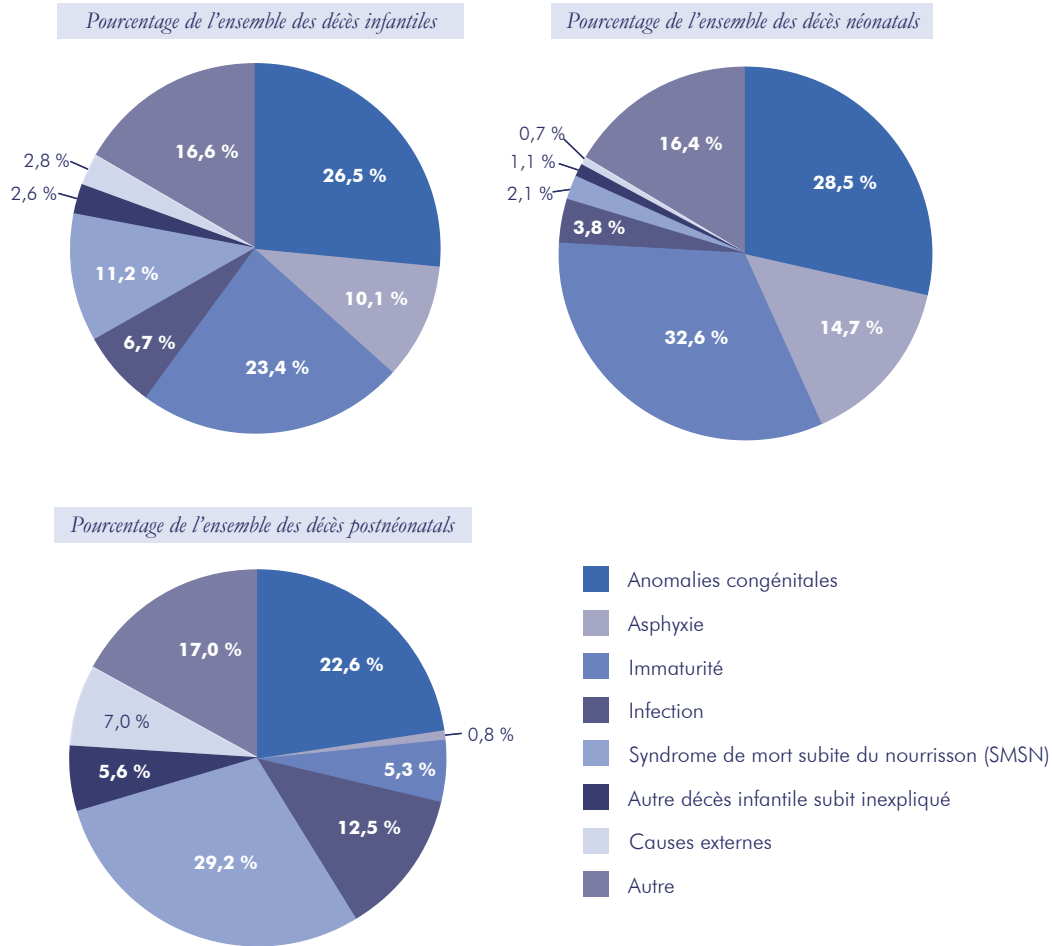
Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (calcul pour la période fondé sur les fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G. CI — intervalle de confiance.



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.16 Causes de mortalité infantile, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1999**



Source : Statistique Canada, Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1999 (calcul pour la période fondé sur le fichier non couplé de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les causes de mortalité infantile sont présentées pour 1999 parce que la classification de l'ICE est fondée sur la CIM-9. En 2000, les causes de décès dans le fichier de décès de Statistique Canada ont été codées au moyen de la CIM-10.



Limites des données

Les écarts entre les régions dans l'enregistrement des naissances, surtout dans le cas des nouveau-nés immatures extrêmement petits, pourraient avoir une incidence sur les données de l'état civil^{5,6}. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

Références

1. Buehler JW, Kleinman JC, Hodgue CJ, Strauss LT, Smith JC. Birth weight-specific infant mortality, United States, 1960 to 1980. *Public Health Rep* 1987;102:151-61.
2. Kleinman JC. The slowdown in the infant mortality decline. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990;4:373-81.
3. Wilkins R., Houle C, Berthelot JM, Ross N. Évolution de l'état de santé des enfants au Canada. *Isuma* 2000;1:52-9.
4. Cole S, Hartford RB, Bergsjö P, McCarthy B. International Collaborative Effort (ICE) on birthweight, plurality, perinatal, and infant mortality: a method of grouping underlying causes of infant death to aid international comparisons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:113-7.
5. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 grams. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1996;155:1047-52.
6. Joseph KS, Allen AC, Kramer MS, Cyr M, Fair ME, pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985-95. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:278-87.



Taux de morbidité néonatale grave

Auteur : Shiliang
Liu, MB, PhD

Le taux de morbidité néonatale grave désigne le nombre de nourrissons atteints d'une affection néonatale grave au cours du premier mois de leur vie par rapport au nombre total de naissances d'enfants vivants (dans un lieu donné et à un moment donné).

Une affection grave au cours de la période néonatale constitue un prédicteur important de morbidité et d'incapacité postnéonatales¹⁻³. La classification de ces affections peut certes varier, mais il n'en reste pas moins que certaines affections sont plus susceptibles que d'autres de donner lieu à une incapacité à long terme, notamment le syndrome de détresse respiratoire grave (SDR), la septicémie, les convulsions, l'hémorragie intra-ventriculaire grave, la persistance de la circulation fœtale et les malformations congénitales atteignant plusieurs systèmes. Qui plus est, ces affections sont souvent associées les unes aux autres. Par exemple, l'hémorragie intra-ventriculaire permet de prévoir la survenue de convulsions; la persistance de la circulation fœtale chronique est liée à la septicémie et au syndrome de détresse respiratoire (SDR).

Nous mettrons l'accent ici sur le SDR et sur la septicémie. D'autres affections seront sans doute abordées dans de prochains rapports sur la santé périnatale du Système canadien de surveillance périnatale. Les taux de SDR et de septicémie ont été calculés à partir de données sur l'hospitalisation. Les cas de SDR et de septicémie néonatale ne comprennent que les nourrissons dont l'affection a été diagnostiquée lors du séjour hospitalier suivant la naissance.

Résultats

- Le taux de SDR a diminué au début des années 90. Cette tendance a été suivie d'une légère hausse, observée ces dernières années (figure 4.17). En 2000-2001, le taux de SDR s'élevait à 11,6 pour 1 000 naissances vivantes au Canada.
- Entre 1991-1992 et 2000-2001, le taux de septicémie néonatale a sensiblement augmenté, passant de 16,9 à 24,8 pour 1 000 naissances vivantes au Canada (figure 4.17).
- En 2000-2001, les taux provinciaux et territoriaux de SDR ont varié énormément, allant de 3,0 pour 1 000 naissances vivantes dans les Territoires du Nord-Ouest à 13,4 à Terre-Neuve (figure 4.18). Les taux de septicémie néonatale étaient également très variables d'une province et d'un territoire à l'autre en 2000-2001, allant de 0,0 au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest à 43,4 pour 1 000 naissances vivantes en Ontario. Ces écarts marqués entre les régions sont très vraisemblablement attribuables à des différences dans la définition de cas de SDR et de septicémie ou dans le codage de ces deux affections, ainsi qu'au caractère plus ou moins complet des données. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

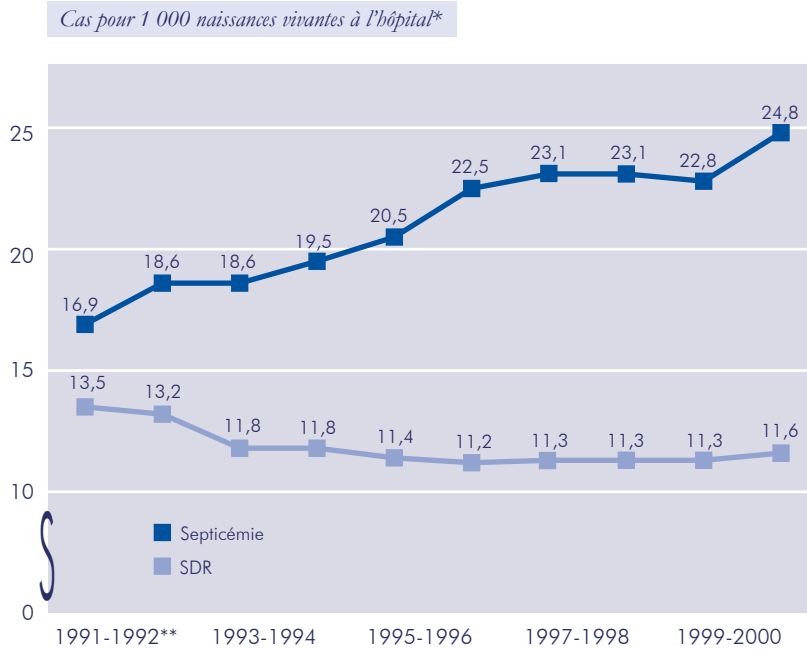
Limites des données

Les limites de la surveillance de la morbidité néonatale grave tiennent avant tout aux limites des bases de données sur les hospitalisations. En général, les limites des bases de données utilisées devraient se traduire par une sous-estimation de la morbidité néonatale grave. Plus précisément, les variations dans les définitions de cas et dans le codage d'affections particulières pourraient avoir une incidence sur les cas déclarés. De même, l'information telle que codée ne fait aucune distinction entre les degrés de gravité d'une affection particulière.



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.17 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001



Année financière

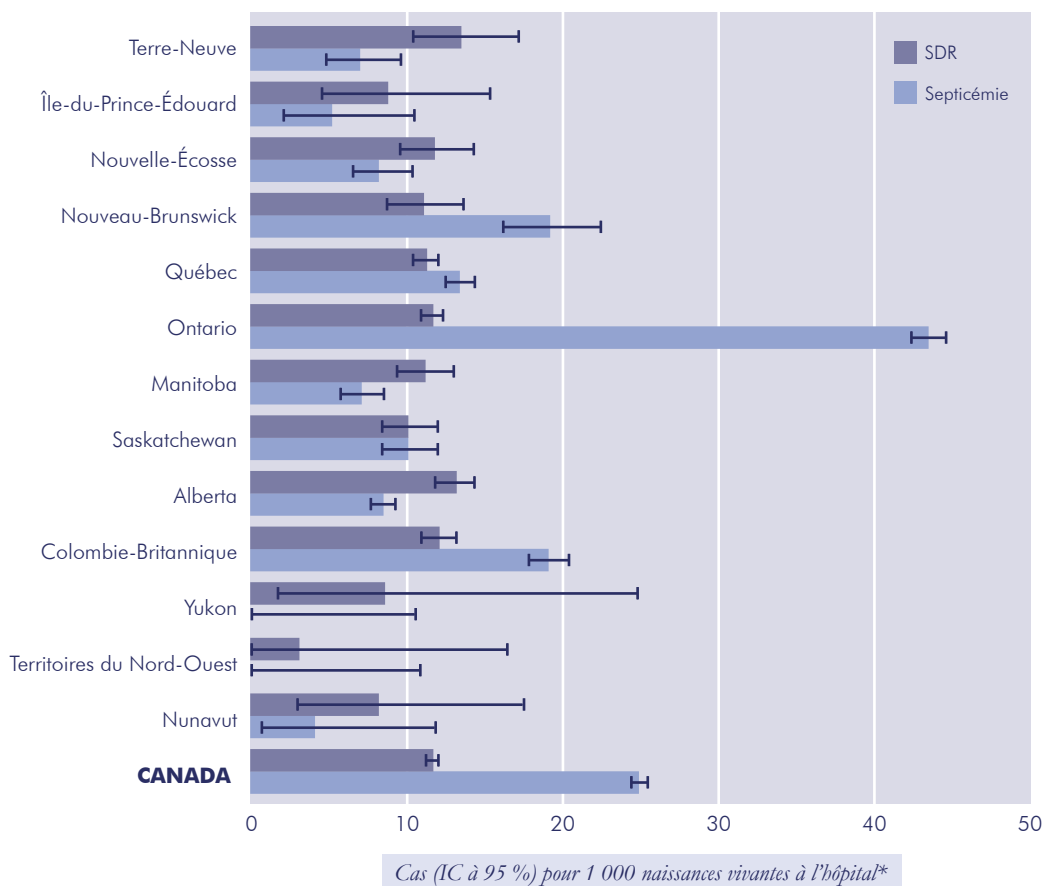
Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001.
 Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 1992-1993 à 2000-2001.
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.
 Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les enfants nés vivants pesant moins de 500 g à la naissance ont été exclus.

**Comme on n'a pu obtenir de données complètes sur la Nouvelle-Écosse pour 1991-1992, la province n'a pas été incluse dans les estimations applicables à cette année.



FIGURE 4.18 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.
 Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. ASD, 2000-2001.
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.
 Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

*Les enfants nés vivants pesant moins de 500 g à la naissance ont été exclus.
 IC — intervalle de confiance.

Références

- Behrman RE, Shiono PH. Neonatal risk factors. Dans : Fanhroff AA, Martin RJ (Éditeur), *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant*, 6^e édition, volume 1. St. Louis : Mosby Publications, 1997;3-12.
- Boyer KM, Hayden WR. Sepsis and septic shock. Dans : Oski FA, D'Angelis CD, McMillan JA, Feigin RA (Éditeur), *Principles and Practice of Pediatrics*, 2^e édition. Philadelphie : J.B. Lippincott Company, 1994;1119-24.
- Schmidt B, Asztalos EV, Roberts RS, Robertson CM, Sauve RS, Whitfield MF, pour Trial of Indomethacin Prophylaxis in Preterms Investigators. Impact of bronchopulmonary dysplasia, brain injury, and severe retinopathy on the outcome of extremely low-birth-weight infants at 18 months: results from the Trial of Indomethacin Prophylaxis in Preterms. *JAMA* 2003;289:1124-9.



Taux d'accouchement multiple

Auteur :
Shi Wu Wen,
MB, PhD

Le taux d'accouchement multiple désigne le nombre de naissances vivantes et de mortinaissances suivant une grossesse multiple par rapport au nombre total des naissances vivantes et des mortinaissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

Les risques de prématurité¹ et de retard de croissance intra-utérin, ainsi que leurs conséquences comme la rétinopathie de prématurité, l'hémorragie intra-ventriculaire et la dysplasie bronchopulmonaire², sont plus élevés dans les cas de grossesses multiples. La récente tendance à la hausse des accouchements multiples tient principalement à l'augmentation des naissances chez les mères d'âge avancé, au recours accru aux traitements contre l'infertilité et à la procréation assistée^{3,4}. Il est souvent difficile de distinguer les effets des deux facteurs sur l'augmentation du taux d'accouchement multiple. Le report des tentatives de procréation constitue une cause majeure d'infertilité et, par le fait même, est associé au traitement de l'infertilité. La hausse des maternités tardives est responsable du tiers au quart de l'augmentation des grossesses gémellaires et triples⁴. Dans les pays industrialisés, où le taux d'accouchement multiple est élevé, de 30 % à 50 % des grossesses gémellaires et au moins 75 % des grossesses triples surviennent après un traitement contre l'infertilité⁴. Le recours accru aux techniques de procréation assistée et l'augmentation des accouchements multiples ont eu une incidence marquée sur la famille et sur la société canadienne. Le coût plus élevé des techniques de procréation assistée intègre le coût des traitements contre l'infertilité, les frais liés aux services de santé et autres services découlant du risque accru de prématurité et ses séquelles. Soulignons également d'importants coûts indirects imposés aux familles et à la société.

Le taux d'accouchement multiple a été calculé à partir de statistiques de l'état civil.

Résultats

- Le taux d'accouchement multiple n'a cessé de croître au fil du temps, passant de 2,1 pour 100 naissances totales en 1991 à 2,7 en 2000 (figure 4.19).
- En 2000, le taux d'accouchement multiple était semblable dans les provinces et les territoires. Le Yukon affichait le taux le plus élevé, soit 3,5 pour 100 naissances totales, et l'Île-du-Prince-Édouard, le taux le plus faible, soit 1,7 pour 100 naissances totales (figure 4.20). *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*

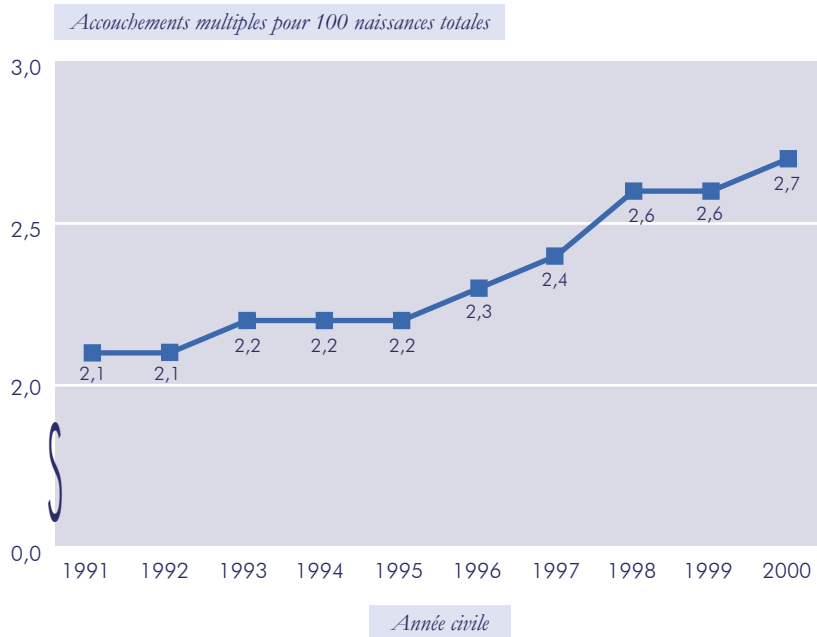
Limites des données

Les données canadiennes sur les accouchements multiples proviennent des certificats de naissance et pourraient être sujettes à certaines erreurs de transcription. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Répercussions sur la santé fœtale et infantile

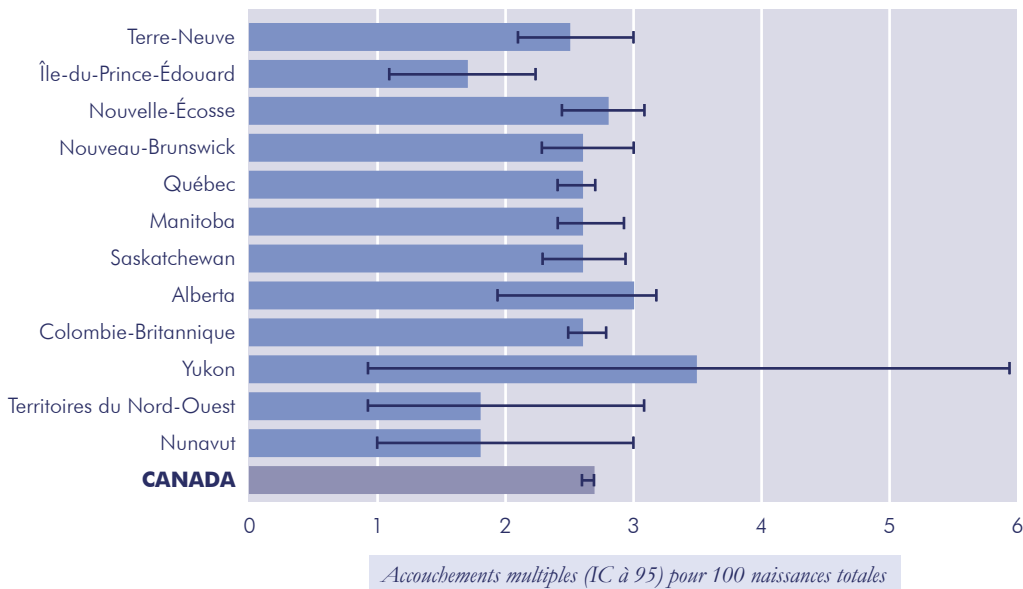
FIGURE 4.19 Taux d'accouchement multiple, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000



Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

FIGURE 4.20 Taux d'accouchement multiple, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000



Source : Statistique Canada. Système canadien de statistiques sur l'état civil, 2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G. IC — intervalle de confiance.



Références

1. Newman RB, Ellings JM. Antepartum management of the multiple gestation: the case for specialized care. *Semin Perinatol* 1995;19:387-403.
2. Millar, WJ, Wadhera S, Nimrod C. Naissances multiples : tendances et comportements au Canada, 1974 -1990. *Rapports sur la santé* 1992;4:223-50.
3. Wilcox LS, Kiely JL, Melvin CL, Martin MC. Assisted reproductive technologies: estimates of their contribution to multiple births and newborn hospital days in the United States. *Fertil Steril* 1996;65:361-6.
4. Blondel B, Kaminski M. Trends in the occurrence, determinants, and consequences of multiple births. *Semin Perinatol* 2002;26:239-49.



Prévalence des anomalies congénitales

Auteure :
Ruth Kohut,
RN, MSc

La prévalence des anomalies congénitales (AC) désigne le nombre de naissances vivants ou de mortinaissances avec au moins une anomalie congénitale par rapport au nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances (dans un lieu donné et à un moment donné).

Les termes anomalies et malformations congénitales sont employés indistinctement pour décrire une anomalie d'ordre structurel, fonctionnel ou métabolique présente à la naissance (même si elle n'est diagnostiquée que plus tard)¹. Chaque année, de telles anomalies sont détectées dans 2 % à 3 % des naissances. Il s'agit de l'une des principales causes de décès chez le nourrisson et de l'une des 10 premières causes d'années potentielles de vie perdues²⁻⁴. Les catégories les plus fréquentes d'anomalies congénitales au Canada sont les malformations musculosquelettiques, les cardiopathies congénitales et les anomalies du système nerveux central, comme les anomalies du tube neural (ATN).

Le présent rapport met l'accent sur la prévalence à la naissance de deux anomalies congénitales, le syndrome de Down (SD) ou trisomie 21 et les anomalies du tube neural (ATN). Deux raisons expliquent notre choix de mettre en relief le syndrome de Down. D'abord, les femmes enceintes âgées risquent davantage de mettre au monde un enfant atteint du SD. Or, au cours des deux dernières décennies, la proportion de naissances chez les femmes dans la trentaine avancée et dans la quarantaine n'a cessé d'augmenter. Ensuite, le dépistage prénatal du SD (échographie et dépistage sérologique chez la mère) a considérablement évolué et est couramment offert dans le cadre du suivi prénatal. Les anomalies du tube neural retiennent particulièrement l'attention pour deux raisons. D'une part, elles sont lourdes de conséquences pour la santé et le bien-être des enfants touchés et de leur famille. D'autre part, il est possible de réduire la prévalence de ces anomalies au moyen de stratégies efficaces de prévention primaire, comme l'administration de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle et l'enrichissement des aliments en acide folique⁵.

La prévalence des anomalies congénitales a été estimée à partir des données du Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC).

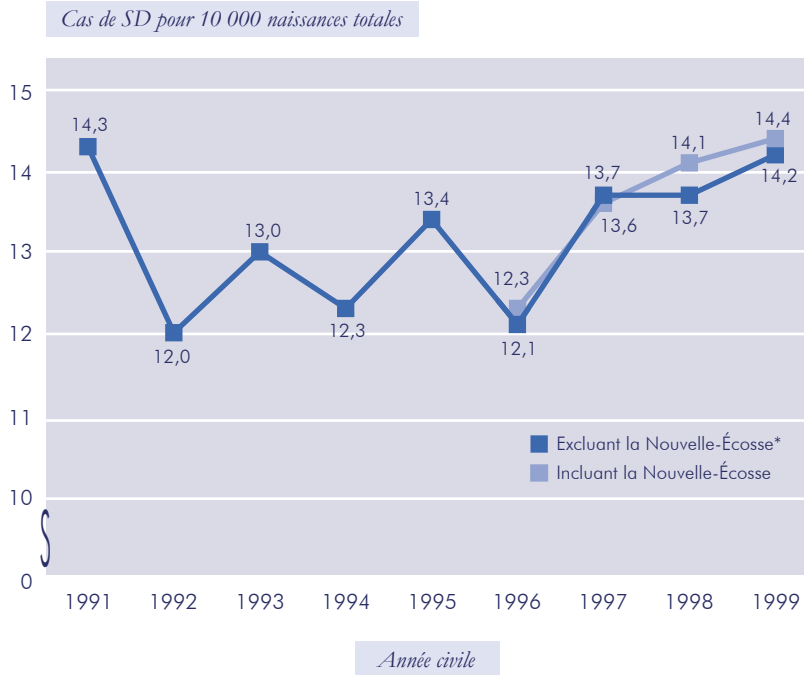
Résultats : Syndrome de Down (SD)

- En 1999 au Canada, la prévalence à la naissance du SD était de 14,4 pour 10 000 naissances totales (figure 4.21).
- Si l'on exclut la Nouvelle-Écosse, la prévalence à la naissance du SD, entre 1991 et 1999, est demeurée relativement constante, fluctuant entre 12,0 et 14,3 pour 10 000 naissances totales (figure 4.21). Cette tendance pourrait être attribuable aux effets opposés de deux facteurs, l'âge maternel avancé et le recours accru au diagnostic prénatal suivi de l'interruption des grossesses en présence d'une anomalie.
- Au cours de la période de 1997 à 1999 (données combinées), la prévalence du SD à la naissance dans les provinces et les territoires a varié de 10,9 pour 10 000 naissances totales en Alberta à 24,7 au Yukon (figure 4.22). Cet écart est probablement attribuable avant tout aux différences régionales dans l'âge de la mère et dans l'accès ou le recours au diagnostic prénatal. L'accessibilité du diagnostic prénatal ainsi que l'accès et le recours à cette technique, ainsi que leur lien avec la prévalence à la naissance du SD sont des questions qui n'ont pas encore été étudiées à fond. *Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.*



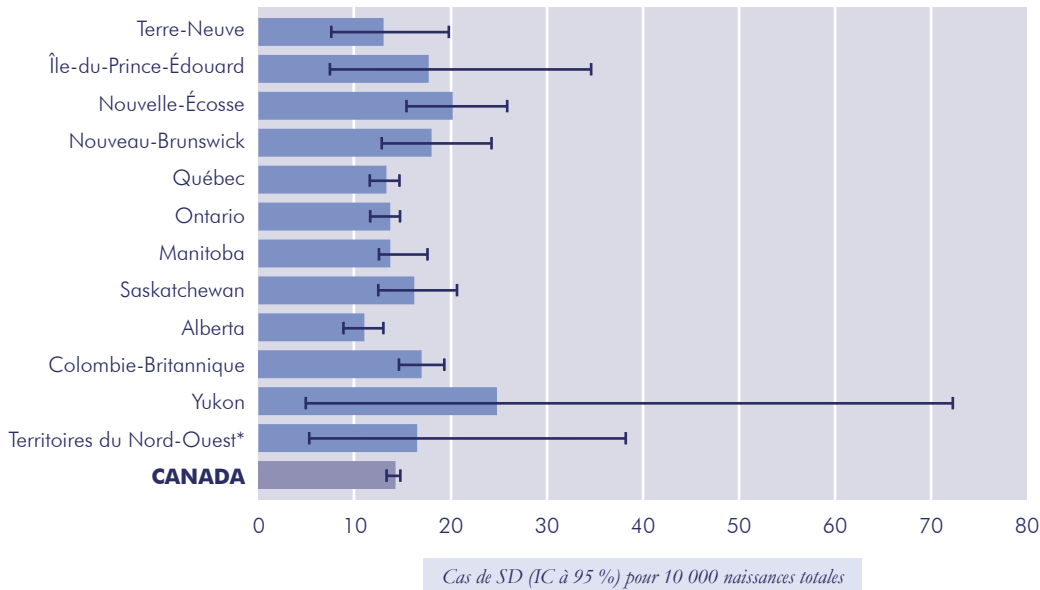
Répercussions sur la santé fœtale et infantile

FIGURE 4.21 Taux de syndrome de Down (SD), Canada, 1991-1999



Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1991-1999.
*Les données de la Nouvelle-Écosse ne figuraient pas dans le SCSAC avant 1996.

FIGURE 4.22 Taux de syndrome de Down (SD), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999



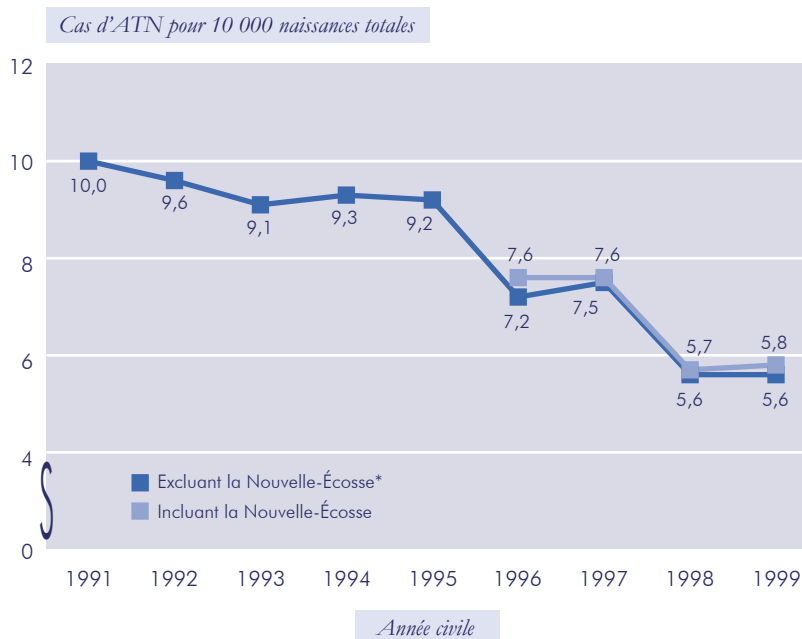
Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997-1999.
*Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi au Nunavut.
IC — intervalle de confiance



Résultats : Anomalies du tube neural (ATN)

- En 1999, la prévalence à la naissance de l'ATN au Canada s'élevait à 5,8 cas pour 10 000 naissances totales (figure 4.23). La prévalence à la naissance des deux principales sous-catégories d'ATN était de 0,9 pour 10 000 naissances totales pour l'anencéphalie et de 4,0 pour 10 000 pour le spina bifida (*annexe F*, tableaux F4.33 et F4.35).
- Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une baisse sensible de la prévalence à la naissance de l'anencéphalie comme du spina bifida (*annexe F*, tableaux F4.33 et F4.35). La tendance nationale de l'ATN observée au cours de la période de 1991 à 1999 est illustrée dans la figure 4.23. Cette baisse pourrait s'expliquer par le recours accru aux suppléments vitaminiques, au diagnostic prénatal et à l'interruption des grossesses en présence d'une anomalie. En novembre 1998, l'enrichissement en acide folique de la farine blanche, des pâtes alimentaires et de la farine de maïs est devenu obligatoire au Canada. Il est donc possible que les effets d'une telle mesure sur les taux de prévalence des ATN commencent à se faire sentir.
- Pour la période de 1997 à 1999 (données combinées), les taux provinciaux et territoriaux de prévalence à la naissance des ATN ont oscillé entre 0,0 pour 10 000 naissances totales à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest et 9,7 à Terre-Neuve (figure 4.24). Les différences dans l'apport alimentaire en acide folique et la supplémentation vitaminique, le bagage génétique et l'accès et le recours aux services de dépistage prénatal sont autant de facteurs qui expliquent ces écarts. Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.

FIGURE 4.23 Taux d'anomalies du tube neural (ATN), Canada, 1991-1999

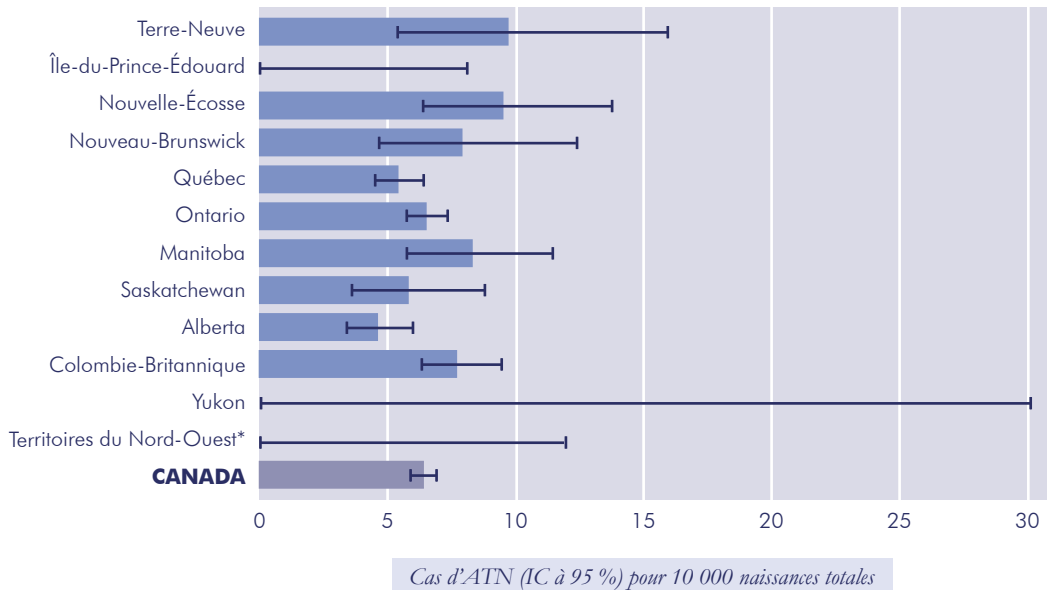


Source : Santé Canada, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1991-1999.

*Les données de la Nouvelle-Écosse ne figuraient pas dans le SCSAC avant 1996.



FIGURE 4.24 Taux d'anomalies du tube neural (ATN), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999



Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, données combinées de 1997 à 1999.
 *Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi au Nunavut.
 IC — intervalle de confiance.

Limites des données

La plupart des systèmes de surveillance des AC dans la population sont limités par des problèmes de détermination des cas et d'uniformité du codage, découlant de l'absence de définitions de cas et de critères d'inclusion et d'exclusion normalisés. De plus, l'omission des données sur les interruptions de grossesse se traduit par une sous-estimation de l'incidence des ATN et du SD, et restreint l'interprétation des tendances temporelles et de l'impact du diagnostic prénatal et de l'interruption des grossesses après détection d'une anomalie.

Références

1. March of Dimes Resource Center. *Birth Defects* 1998. Site Web : < <http://www.modimes.org> >.
2. Perspectives in disease prevention and health promotion. Premature mortality due to congenital anomalies — United States. *MMWR* 1988;37:505-6.
3. Wen SW, Liu S, Joseph KS, Rouleau J, Allen A. Patterns of infant mortality caused by major congenital anomalies. *Teratology* 2000;61:342-6.
4. Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada. *JAMA* 2002;12:1561-7.
5. Van Allen MI, McCourt C, Lee NS. *Santé avant la grossesse : l'acide folique pour la prévention primaire des anomalies du tube neural. Un document de référence à l'intention des professionnels de la santé 2002*. Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002.



Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital

Auteur :
Shiliang Liu,
MB, PhD

Le taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital désigne le nombre de nouveau-nés réhospitalisés dans les 28 jours suivant leur naissance par rapport au nombre total de nouveau-nés qui obtiennent leur congé de l'hôpital après la naissance (dans un lieu donné et à un moment donné). Cet indicateur peut aussi s'appliquer au taux de réadmission des nouveau-nés dans les sept jours qui suivent la naissance.

Le taux de réadmission des nouveau-nés a servi d'indicateur pour évaluer la qualité des soins de santé périnataux¹⁻³. Il est lié à la durée de séjour hospitalier après la naissance⁴⁻⁶, et c'est l'un des indicateurs de l'impact des politiques hospitalières relatives aux congés. Il peut aussi rendre compte des démarches suivies par les hôpitaux, les praticiens et les services communautaires pour surveiller et traiter l'ictère néonatal et des mesures prises à l'appui du mode d'allaitement du nourrisson.

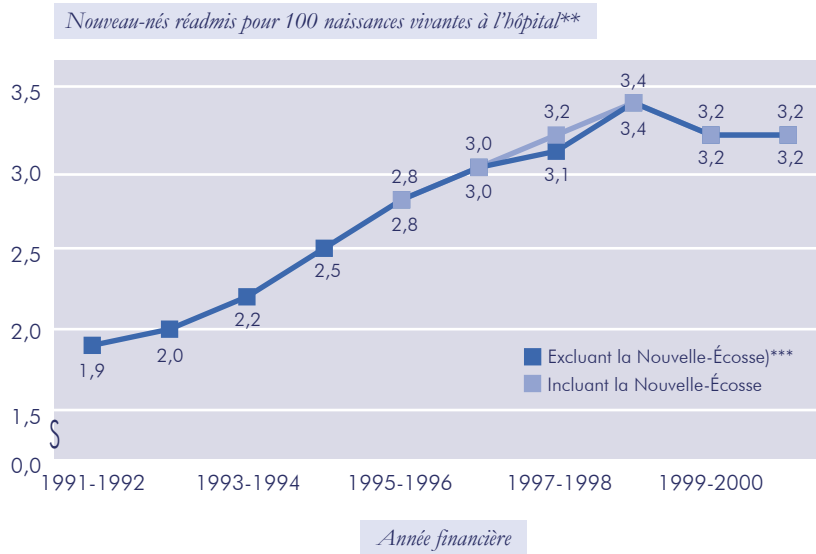
Les taux de réadmission des nouveau-nés ont été calculés à partir de données sur l'hospitalisation. On a identifié les cas réadmis par couplage interne des données sur les congés des patients, notamment en appariant les données sur les naissances vivantes et les cas de réadmission. On a établi le nombre de réadmissions de nouveau-nés dans les 28 jours suivant le premier congé de l'hôpital. Les nouveau-nés ayant été directement transférés à un autre établissement après la naissance ou dont la durée de séjour initial était supérieure à 20 jours ont été exclus des calculs. En outre, les congés obtenus après une chirurgie d'un jour n'ont pas été considérés comme des cas de réadmission aux fins de l'analyse.

Résultats

- De 1991-1992 à 2000-2001, le taux de réadmission de nouveau-nés au Canada (à l'exclusion de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba) est passé de 1,9 pour 100 naissances vivantes à l'hôpital à 3,2 pour 100 naissances vivantes (figure 4.25). Il est vrai qu'une foule de facteurs ont peut-être contribué au phénomène, mais la pratique des congés précoces accordés aux nouveau-nés en l'absence de lignes directrices⁶ pourrait expliquer en partie la récente tendance à la hausse des réadmissions de nouveau-nés.
- En 2000-2001, les taux de réadmission de nouveau-nés (à l'exclusion du Manitoba) ont varié d'une province et d'un territoire à l'autre (figure 4.26). Le taux de réadmission était le plus élevé au Nunavut (9,3 pour 100 naissances vivantes) et le plus bas à l'Île-du-Prince-Édouard (1,5 pour 100 naissances vivantes). De même, dans les provinces et territoires qui affichaient des taux plus élevés, la durée moyenne des séjours hospitaliers après la naissance était généralement plus courte et l'âge du bébé au moment de la réadmission était plus bas⁷.
- Les raisons le plus fréquemment invoquées pour la réadmission des nouveau-nés étaient l'ictère néonatal, les problèmes d'allaitement, la septicémie, la déshydratation et le gain de poids insuffisant (figure 4.27). Les principales causes des réadmissions ont considérablement varié avec le temps. Ainsi, 27,9 % des cas ont été réadmis pour un ictère néonatal en 1991-1992 contre 38,8 % en 2000-2001. Cette information est présentée sous forme de tableau à l'annexe F.



FIGURE 4.25 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 1991-1992 à 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, ASD 1995-1996 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

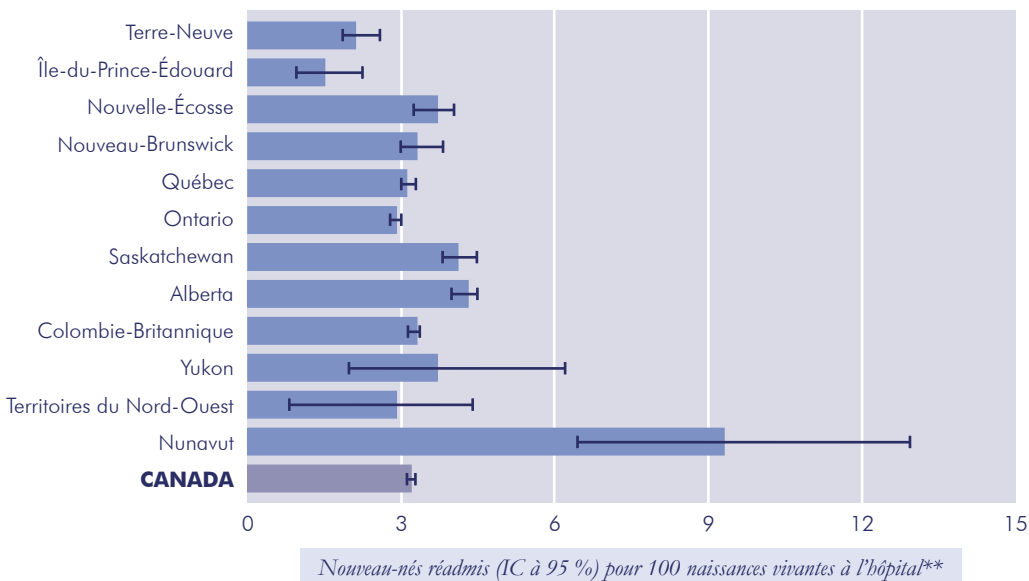
*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

**Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus.

***Les données complètes de 1991-1992 à 1994-1995 sur la Nouvelle-Écosse n'étaient pas disponibles.

Pour en savoir plus long sur l'identification des cas, lire l'introduction.

FIGURE 4.26 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, ASD 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

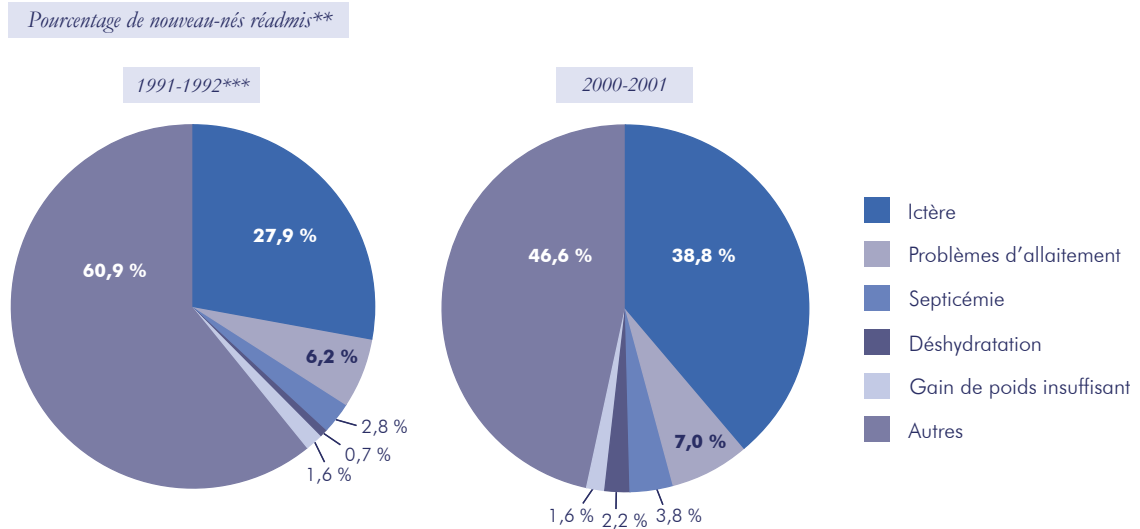
*Les données du Manitoba n'ont pas été incluses parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

**Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus.

Pour en savoir plus long sur l'identification des cas, lire l'introduction.



FIGURE 4.27 Diagnostic principal établi chez les nouveau-nés réadmis, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 1991-1992 et 2000-2001



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 et 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, ASD, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 et 2000-2001.

*Les données du Manitoba n'ont pas été incluses parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

**Les données de 1991-1992 sur la Nouvelle-Écosse étant incomplètes, elles n'ont pas été incluses dans les estimations pour cette année-là.

***Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus.

Pour en savoir plus long sur l'identification des cas, lire l'introduction.

Limites des données

L'exactitude et l'exhaustivité du couplage des données pourraient poser problème en raison des transferts de nouveau-nés et des naissances à domicile. De même, la variabilité de facteurs comme l'état de santé à la naissance et la durée initiale du séjour hospitalier pourrait fausser l'association entre la durée de séjour à l'hôpital après la naissance et la réadmission subséquente des nouveau-nés.

Références

1. Braverman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96:716-26.
2. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA* 1997;278:293-8.
3. Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 1994;94:291-5.
4. Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr* 1995;127:758-66.
5. Lee KS, Perlman M. The impact of early obstetric discharge on newborn health care. *Curr Opin Pediatr* 1996;8:96-101.
6. Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Facilitating discharge home following a normal term birth. *Paediatr Child Health* 1996;1:165-8.
7. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 2000;91:46-50.



Bibliographie

- Alexander GR, Slay M. Prematurity at birth: trends, racial disparities and epidemiology. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:215-20.
- American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
- American College of Obstetrician and Gynecologists Women's Health Care Physicians, Task Force on Cesarean Delivery Rates. *Evaluation of Cesarean Delivery*. Washington, DC : American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: *Operative vaginal delivery*. Bulletin technique 196, août 1994.
- Ananth CV, Wen SW. Trends in fetal growth among singleton gestations in the United States and Canada, 1985 through 1998. *Semin Perinatol* 2002;26:260-7.
- Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health* 2001;91:436-40.
- Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:981-4.
- Behrman RE, Shiono PH. Neonatal risk factors. Dans : Fanhroff AA, Martin RJ (Éditeur), *Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant*, 6^e édition, volume 1. St. Louis : Mosby Publications, 1997;3-12.
- Berenson AB, San Miguel VV, Wilinkson GS. Prevalence of physical and sexual assault in pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 1992;13:466-9.
- Bergh T, Ericson A, Hillensjö T, Nygren KG, Wennerholm UB. Deliveries and children born after in-vitro fertilisation in Sweden 1982-95: a retrospective cohort study. *Lancet* 1999;354:1579-85.
- Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993;15:414-43.
- Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990;322:659-64.
- Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:30-8.
- Bienefeld M, Woodward GL, Ardal S. *Under-reporting of Live Births in Ontario: 1991-97*. Central East Health Information Partnership. Site Web : <<http://www.cehip.org/Library/student%20projects/missing%20births%20final.PDF>>.
- Blondel B, Kaminski M. Trends in the occurrence, determinants, and consequences of multiple births. *Semin Perinatol* 2002;26:239-49.
- Boufous S, Quartararo M, Mohsin M, Parker J. Trends in the incidence of ectopic pregnancy in New South Wales between 1990-1998. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 41:436-8.
- Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *J Epidemiol* 1991;20:717-21.
- Boyer KM, Hayden WR. Sepsis and septic shock. Dans : Oski FA, D'Angelis CD, McMillan JA, Feigin RA (Éditeur), *Principles and Practice of Pediatrics*, 2^e édition. Philadelphie : J.B. Lippincott Company, 1994;1119-24.



Bibliographie

- Braverman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96:716-26.
- Britton JR. postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States. *Birth* 1998;25:161-8.
- Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 1994;94:291-5.
- Brost BC, Goldenberg RL, Mercer BM, Iams JD, Meis PJ, Moawad AH, et coll. The Preterm Prediction Study: association of cesarean delivery with increases in maternal weight and body mass index. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:333-41.
- Buehler J. Surveillance. Dans Rothman KJ, Greenland S (Éditeur). *Modern Epidemiology*, 2^e édition. Philadelphie : Lippincott-Raven, 1998.
- Buehler JW, Kleinman JC, Hodgue CJ, Strauss LT, Smith JC. Birth weight-specific infant mortality, United States, 1960 to 1980. *Public Health Rep* 1987;102:151-61.
- Burrows A, Khoo SK. The amniotic fluid embolism syndrome: 10 years experience at a major teaching hospital. *Aust NZ J Obstet-Gynaecol* 1995;35:245-50.
- Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy policies in vaginal births. Dans : Neilson JP, Crowther CA, Hofmeyer GJ (Éditeur), *The Cochrane Collaboration: Pregnancy and Childbirth Database*. Hochett ED, 1998, Disk Issue I. Site Web : <<http://www.members.tripod.com/~gineco/EPISIOTO.HTM>>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Trends in length of stay for hospital deliveries: United States, 1970-1992. *MMWR* 1995;44:335-7.
- Chen J, Fair M, Wilkins R, Cyr M, et le Groupe d'étude sur la mortalité foetale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec, *Rapports sur la santé* 1998;10:53-64.
- Clark SL, Hankins GD, Dudley DA, Dildy GA, Porter TF. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1158-69.
- Clark SL. New concepts of amniotic fluid embolism: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1990;45:360-8.
- Claussen B, Cnattingius S, Axelsson O. Preterm and term births of small for gestational age infants: a population-based study of risk factors among nulliparous women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1011-7.
- Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications and adverse pregnancy outcomes. *Semin Perinatol* 2002;26:286-95.
- Cnattingius S, Stephansson O. The epidemiology of stillbirths. *Semin Perinatol* 2002;26:25-30.
- Cole S, Hartford RB, Bergsjö P, McCarthy B. International Collaborative Effort (ICE) on birthweight, plurality, perinatal, and infant mortality: a method of grouping underlying causes of infant death to aid international comparisons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68:113-7.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministre d'Approvisionnement et Services Canada, 1994.
- Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk-factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors. *Am J Epidemiol* 1991;133:839-49.
- Cragan JD, Roberts HE, Edmonds LD, Koury MJ, Kirby RS, Shaw G, et coll. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis — United States, 1985-1994. *MMWR* 1995;44:1-13.
- Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library*, numéro 1, 2003. Oxford : Update Software.



Bibliographie

- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV et coll. (Éditeur). *Williams Obstetrics*, 21^e édition. Toronto : McGraw-Hill, 2001.
- D'Ascoli PI, Alexander GR, Petersen DJ, Kogan MD. Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization. *J Perinatol* 1997;17:283-7.
- Dalby DM, Williams JI, Hodnett E, Rush J. postpartum safety and satisfaction following early discharge. *Revue canadienne de santé publique* 1996;87:90-4.
- Danel I, Johnson C, Berg C, Flowers L, Atrash H. Length of maternal hospital stay for uncomplicated deliveries, 1988-1995: the impact of maternal and hospital characteristics. *Matern Child Health J* 1997;1:237-42.
- Dryburgh H. Grossesse chez les adolescentes. *Rapports sur la santé*, 2000;12(1): 9-19.
- Dwyer T, Cochrane J. Population trends in Sudden Infant Death Syndrome. *Semin Perinatol* 2002;26:296-305.
- Éditorial. Vacuum versus forceps. *Lancet* 1984;i:144.
- Egger M, Low N, Smith GD, Lindblom B, Herrmann B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. *Br Med J* 1998;316:1776-80.
- EUROCAT Working Group. Prevalence of neural tube defects in 20 regions of Europe and the impact of prenatal diagnosis, 1980-1986. *J Epidemiol Community Health* 1991;45:52-8.
- Fair M. Historique de la statistique de l'état civil au Canada : première partie — de 1605 à 1945. *Rapports sur la santé* 1994;6:355-68.
- Fair, M. Cyr M. La Base de données canadienne sur les naissances : Un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue des grossesses, *Rapports sur la santé* 1993; 5:281-90.
- Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, MacDonald RC. *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada*, Ottawa : Statistique Canada, 1999 (N^o 84F0013-XIF au catalogue).
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *The State of the World's Children 2003*. New York : UNICEF, 2002.
- Forrester MB, Merz RD, Yoon PW. Impact of prenatal diagnosis and elective termination on the prevalence of selected birth defects in Hawaii. *Am J Epidemiol* 1998;148:1201-11.
- Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;332:1113-7.
- Gladstone J, Levy M, Nulman I, Koren G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997; 156:789-94.
- Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:282-7.
- Gloor JE, Kisson N, Joubert GI. Appropriateness of hospitalization in a Canadian pediatric hospital. *Pediatrics* 1993;91:70-4.
- Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002;100:1020-37.
- Golding J. Birthweight-specific mortality rates — are they meaningful? *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1994;8:256-7.
- Graham ID, Fowler-Graham D. Episiotomy counts: trends and prevalence in Canada, 1981-1982 to 1993-1994. *Birth* 1997;24:141-7.
- Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1489-94.
- Guilhard P, Blondel B. Trends in risk factors for cesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108:48-55.
- Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Early Hum Dev* 1999;53:193-218.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A, et le Canadian Multicenter Post-Term Pregnancy Trial Group. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy: a randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1992;326:1587-92.



Bibliographie

- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356:1375-83.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmer B, Kung R, Willan A, et coll. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002;287:1822-31.
- Harmer M. Maternal mortality — is it still relevant? *Anesthesia* 1997;52:99-100.
- Harper PS. *Practical Genetic Counselling*, 5^e édition. Boston : Butterworth Heinemann, 1998:61.
- Heaman M. Smoking cessation in pregnancy: are we doing enough? [éditorial spécial]. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24:611-3.
- Helewa M. Cesarean sections in Canada: what constitutes an appropriate rate? *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1995;17:237-46.
- Hicks M, Sauvé RS, Lyon AW, Clarke M, Tough S. Alcohol use and abuse in pregnancy: an evaluation of the merits of screening. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev* 2003;12:77-80.
- Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:169-73.
- Howell EM, Blondel B. International infant mortality rates: Bias from reporting differences. *Am J Pub Health* 1994;84:850-2.
- Huang GY, Usher RH, Kramer MS, Yang H, Morin L, Fretts RC. Determinants of unexplained antepartum fetal deaths. *Obstet Gynecol* 2000;95:215-21.
- Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity and pregnancy among children and youth in three cities. *Public Health Rep* 1993;108(S1):90-6.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de santé 2002*. Ottawa, ICIS, 2002 (numéro 2 : N° 82-221-XIF au catalogue).
- Institut canadien d'information sur la santé. Site Web : <<http://www.cihi.ca>>. Consulté le 28 mars 2003.
- Johanson RB, Mendon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library*, numéro 2, 2002. Oxford : Update Software.
- Johanson RB, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim J, et coll. A randomized prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:524-30.
- Johnson JWC, Longmate JA, Frentzen B. Excessive maternal weight and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:353-72.
- Joseph KS. Core concepts in perinatal epidemiology: incidence of birth, growth restriction and death. *J Clin Epidemiol* (sous presse).
- Joseph KS. Preterm Birth in Canada. Documentation — Preterm Birth Prevention Consensus Conference. Ottawa, Ontario, 1998.
- Joseph KS, Allen A, Kramer MS, Cyr M, Fair M, pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985-95. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:278-87.
- Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Vincer MJ, Armson BA. Causes and consequences of recent increases in preterm birth among twins. *Obstetrics Gynecol* 2001;98:57-64.
- Joseph KS, Demissie K, Kramer MS. Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth. *Semin Perinatol* 2002;26:250-9.
- Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997; 157:535-41.



Bibliographie

- Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: Effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 g. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1996;155:1047-52.
- Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Cyr M, Fair M, Ohlsson A, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Gestational age and birth weight-specific declines in infant mortality in Canada, 1985-94. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:332-9.
- Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339:1434-9.
- Joseph KS, Liu S, Demissie K, Wen SW, Platt RW, Ananth CV, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. A parsimonious explanation for intersecting perinatal mortality curves: understanding the effects of plurality and of parity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2003;3:3. Site Web : <<http://www.biomedcentral.com/1471-393/3/3>>.
- Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et coll. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;102:791-800.
- Kabiru WN, Jamieson D, Graves W, Lindsay M. Trends in operative vaginal delivery rates and associated maternal complication rates in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1112-4.
- Kaiser PS, Kirby RS. Obesity as a risk factor for cesarean in a low-risk population. *Obstet Gynecol* 2001;97:39-43.
- Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic: an historical perspective. *Obes Res* 2002; 10:666-74.
- Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et coll. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:591-8.
- Kleinman JC. The slowdown in the infant mortality decline. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990; 4:373-81.
- Kramer MS. Determinants of low birth weights: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 1987;65:663-737.
- Kramer S, Demissie K, Hong Y, Platt RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA* 2000;284:843-9.
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et coll. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
- Kramer MS, McLean FH, Boyd ME, Usher RH. The validity of gestational age estimation by menstrual dating in term, preterm, and postterm gestations. *JAMA* 1988;260:3306-8.
- Kramer MS, McLean FH, Eason EL, Usher RH. Maternal nutrition and spontaneous preterm birth. *Am J Epidemiol* 1992;136:574-83.
- Kramer MS, Morin I, Yang H, Platt RW, Usher R, McNamara H, et coll. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *J Pediatr* 2002; 141:538-42.
- Kramer MS, Platt R, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108(2):E35.
- Kramer MS, Platt RW, Yang H, Haglund B, Cnattingius S, Bergsjö P. Registration artifacts in international comparisons of infant mortality. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002;16:16-22.
- Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L, et coll. Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. *JAMA* 1998;280:1849-54.
- Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding, a Guide for the Medical Profession*, 5^e édition. St. Louis : Mosby, 1999.



Bibliographie

- Lee KS, Khoshnood B, Chen L, Wall SN, Cromie WJ, Mittendorf RL. Infant mortality from congenital malformations in the United States, 1970-1997. *Obstet Gynecol* 2001; 98:620-7.
- Lee KS, Perlman M. The impact of early obstetric discharge on newborn health care. *Curr Opin Pediatr* 1996;8:96-101.
- Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr* 1995;127:758-66.
- Leyland AH, Boddy FA. Maternal age and outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990; 323:413-4.
- Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA* 1997; 278:293-8.
- Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, pour le Groupe d'étude sur la santé maternelle du Système canadien de surveillance périnatale. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;87:681-7.
- Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen A, Sauve R, Rusen ID, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada. *JAMA* 2002;287:1561-7.
- Liu S, Joseph KS, Wen SW, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Secular trends in congenital anomaly-related fetal and infant mortality in Canada, 1985-1996. *Am J Med Genetics* 2001;104:7-13.
- Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 2000;91:46-50.
- Liu S, Wen SW. Development of record linkage of hospital discharge data for the study of neonatal readmission. *Chron Dis Can* 1999;20:77-81.
- Lu GC, Rouse DJ, DuBard M, Cliver S, Kimberlin D, Hauth JC. The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:845-9.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). Dans : *The Cochrane Library*, numéro 3, 2002. Oxford : Update Software.
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411-6.
- Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:985-90.
- March of Dimes Resource Center. *Birth defects* 1998. Site Web : < <http://www.modimes.org>>.
- Matthews TG, Crowley P, Chong A, McKenna P, McGarvey C, O'Regan M. Rising caesarean section rates: a cause for concern? *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:346-9.
- McCarthy B. The risk approach revisited: a critical review of developing country experience and its use in health planning. Dans : Liljestrand J, Povey WG (Éditeur). *Maternal Health Care in an International Perspective. Proceedings of the XXII Berzelius Symposium, 27-29 mai 1991, Stockholm, Suède*. Suède : Université Uppsala, 1992:107-24.
- McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labour with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996;335:689-95.
- Meikle SF, Lyons E, Hulac P, Orleans M. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:166-71.
- Mesleh RA, Kurdi AM, Sabagh TO, Algwiser RA. Changing trends in perinatal deaths at the Armed Forces hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *J Obstet Gynecol* 2001;21:49-55.
- Millar, WJ, Wadhera S, Nimrod C. Naissances multiples : tendances et comportements au Canada, 1974 -1990. *Rapports sur la santé* 1992,4:223-50.



Bibliographie

- Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association. *Obstet Gynecol* 1996;87:83-8.
- Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003; 348:946-50.
- Morgan M. Amniotic fluid embolism. *Anesthesia* 1979;34:20-32.
- Morris CD, Menashe VD. 25-year mortality after surgical repair of congenital heart defect in childhood. A population-based cohort study. *JAMA* 1991;266:3447-52.
- Mozurkewich E, Luke B, Avni M, Wolf F. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2000;95:623-35.
- Myers KA, Farquhar DRE. Improving the accuracy of death certification. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998;158:1317-23.
- Naeye RL. Causes of perinatal excess deaths in prolonged gestations. *Am J Epidemiol* 1978; 108:429-33.
- Nair C. Tendances au niveau des césariennes au Canada. *Rapports sur la santé* 1991;3:203-19.
- Nault F. Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. *Rapports sur la santé* 1997;9:39-46.
- Newman RB, Ellings JM. Antepartum management of the multiple gestation: the case for specialized care. *Semin Perinatol* 1995;19:387-403.
- Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean-section rates. *N Engl J Med* 1987;316:386-9.
- Office of the Surgeon General. Health consequences of tobacco use among women, reproductive outcomes. Dans : *Women and Smoking*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2001;272-307.
- Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, dixième révision. Genève : OMS 1996.
- Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, dixième révision, volume 2. Manuel d'instruction, Genève : OMS, 1993, 121-34.
- Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*, neuvième révision, volume 1. Genève : OMS, 1977.
- Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*. Fondé sur les recommandations formulées à l'occasion de la Conférence de la neuvième révision, Genève : OMS, 1975.
- Organisation mondiale de la santé. *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Genève : OMS, 2001.
- Organisation mondiale de la santé. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of an Expert Consultation*, Genève : OMS, 2001.
- Organisation mondiale de la santé/UNICEF. *Révision des estimations de la mortalité maternelle de 1990 : une nouvelle approche de l'OMS et de l'UNICEF*. Genève : OMS, 1996.
- Orr P, Sherman E, Blanchard J, Fast M, Hammond G, Brunham R. Epidemiology of infection due to Chlamydia trachomatis in Manitoba, Canada. *Clin Infect Dis* 1994; 19:867-83.
- Parker JD, Schændorf KC, Kiely JL. Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature delivery in the United States. *Ann Epidemiol* 1994;4:271-8.
- Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta analysis. *Am J Public Health* 1994;84:1086-93.
- Pelletier G. L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec. Statistiques évolutives 1982-1983 à 1997-1998, Québec, MSSS, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, n° 36. (Collection Données statistiques et indicateurs), 1999.
- Perspectives in disease prevention and health promotion. Premature mortality due to congenital anomalies — United States. *MMWR* 1988;37:505-6.



Bibliographie

- Polin RA, Saiman L. Nosocomial infections in the neonatal intensive care unit. *NeoReviews* 2003;4:e81-9.
- Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995;85:65-70.
- R. *contre Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.
- Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction: present concerns and future strategies. *Obstet Gynecol* 2002;100:164-7.
- Roberts CL, Algert CS, Morris JM, Henderson-Smart DJ. Trends in twin births in New South Wales, Australia, 1990-1999. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78:213-9
- Roberts G, Nanson J. *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/ effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Division de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2000.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900-7.
- Sachs BP, Fretts RC, Gardner R, Hellerstein S, Wampler NS, Wise PH. The impact of extreme prematurity and congenital anomalies on the interpretation of international comparisons of infant mortality. *Obstet Gynecol* 1995;85:941-6.
- Santé Canada. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*. Ottawa : Santé Canada (octobre 1996) (N° H39-348/1995F au catalogue).
- Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada — Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 (N° H39-641/2002F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
- Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-135/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
- Santé Canada. *Rapport d'étape du Système canadien de surveillance périnatale*. Ottawa : Ministre d'Approvisionnement et Services Canada, 1995.
- Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-142/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
- Santé Canada. *Système canadien de surveillance périnatale. Rapport d'étape 1997-1998*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998 (N° H21-131/1998F au catalogue).
- Schmidt B, Asztalos EV, Roberts RS, Robertson CM, Sauve RS, Whitfield MF, pour Trial of Indomethacin Prophylaxis in Preterms Investigators. Impact of bronchopulmonary dysplasia, brain injury, and severe retinopathy on the outcome of extremely low-birth-weight infants at 18 months: results from the Trial of Indomethacin Prophylaxis in Preterms. *JAMA* 2003;289:1124-9.
- Sepkowitz S. International rankings of infant mortality and the United States' vital statistics natality data collection system-failure and success. *Int J Epidemiol* 1995;24:583-8.
- Sharma RK. Causal pathways to infant mortality: linking social variables to infant mortality through intermediate variables. *J Health Soc Policy* 1998;9:15-28.
- Shea K, Wilcox A, Little R. Postterm delivery: a challenge for epidemiologic research. *Epidemiology* 1998;9:199-204.
- Silva AA, Lamy-Filho F, Alves MT, Coimbra LC, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15:257-64.
- Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives* 2000;32(1):14-23.
- Smith ME, Newcombe HB. Use of the Canadian Mortality Data Base for epidemiologic follow up. *Revue canadienne de santé publique* 1982;73:39-45.



Bibliographie

- Société canadienne de pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Facilitating discharge home following a normal term birth. *Paediatr Child Health* 1996; 1:165-8.
- Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada et Santé Canada. *Nutrition pour un bébé à terme*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 1998.
- Société canadienne de pédiatrie. Fetal alcohol syndrome. *Paediatr Child Health* 2002;7:161-74.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Accouchement vaginal après césarienne. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1997.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Clinical Practice Guidelines: Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*. Ottawa : SOGC, 1998. Site Web : <www.sogc.org/sogcnet/sogc/5Fdocs/common/guide/pdfs/healthybegeng.pdf>.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1994.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Dystocie. *Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1995.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Le déclenchement du travail, Directive clinique de la SOGC en obstétrique, numéro 23*. Ottawa : SOGC, 1996.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Le déclenchement du travail à terme, Directive clinique de la SOGC en obstétrique, numéro 107*. Ottawa : SOGC, 2001.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitoring fetal pendant le travail, Parties 1 à 4, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa : SOGC, 1995.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Monitoring fetal pendant le travail, Conclusion, Énoncé de politique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*. Ottawa, SOGC, 1996.
- Statistique Canada. Causes de décès, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 82-203-XPB au catalogue (annuel)).
- Statistique Canada. Causes de décès, 1987. *Rapports sur la santé*, 1989; (11S):1(1) (N° 82-003S au catalogue).
- Statistique Canada. Causes de décès, 1988. *Rapports sur la santé*, 1990; (11S):2(1) (N° 82-003S au catalogue).
- Statistique Canada. Causes de décès, 1989. *Rapports sur la santé*, 1991; (11S):3(1) (N° 82-003S11 au catalogue).
- Statistique Canada. Causes de décès, 1990. *Rapports sur la santé*, 1992; (11S):4(1) (N° 82-003S11 au catalogue).
- Statistique Canada. Naissances 1989. *Rapports sur la santé*, 1991; (14S):3(1) (N° 82-003S14 au catalogue).
- Statistique Canada. Naissances 1990. *Rapports sur la santé*, 1992; (14S):4(1) (N° 82-003S14 au catalogue).
- Statistique Canada. *Naissances et décès 1996, 1997*. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84F0210-XPB au catalogue).
- Statistique Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Statistique Canada, 1997 (N° 82-570-XPB au catalogue).
- Statistique Canada. *Statistiques de l'état civil : Volume 1, Naissances et décès*, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 82-204 au catalogue (annuel)).
- Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : aperçu du matériel d'enquête pour 1996-1997, cycle 2*. Ottawa : Statistique Canada, 1997 (N° 89F0078-XPB au catalogue).
- Stoler JM, Huntington KS, Peterson CM, Peterson KP, Daniel P, Aboagye KK, et coll. The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers. *J Pediatr* 1998;133:346-52.



Bibliographie

- Sue-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999;160:1145-9.
- Thomson M. Heavy birthweight in native Indians of British Columbia. *Revue canadienne de santé publique* 1990;81:443-6.
- Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston, DW, Svenson, Lawrence W, Rose S, Belik J. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in low birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics* 2002;109:399-403.
- Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med* 1999;341:1709-14.
- Turner LA, Cyr M, Kinch RA, Liston R, Kramer MS, Fair M, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles du Système canadien de surveillance périnatale. Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23:26-35.
- Turner LA, Kramer MS, Liu S, pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Mortalité pendant et après la grossesse selon la cause et définition de la mortalité maternelle. *Maladies chroniques au Canada*, 2002;23:36-41.
- Van Allen MI, McCourt C, Lee NS. *Santé avant la grossesse : l'acide folique pour la prévention primaire des anomalies du tube neural. Un document de référence à l'intention des professionnels de la santé* 2002. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002.
- Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth* 2001;28:152-60.
- Wen SW, Brown A, Mitchell S, Kramer MS, pour le Système canadien de surveillance périnatale. An evaluation of the validity of obstetric/neonatal discharge abstract data by re-abstractation of medical charts (manuscrit non publié), 2002.
- Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP. Intrauterine growth retardation and preterm delivery: prenatal risk factors in an indigent population. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:213-8.
- Wen SW, Kramer MS, Platt R, Demissie K, Joseph KS, Liu S, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Secular trends of fetal growth in Canada, 1981 to 1997. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003; 17:347-54.
- Wen SW, Liu S, Fowler D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 1998;89:115-9.
- Wen SW, Liu S, Joseph KS, Rouleau J, Allen A. Patterns of infant mortality caused by congenital anomalies. *Teratology* 2000;61:342-6.
- Wen SW, Liu S, Joseph KS, Trouton K, Allen A. Regional patterns of infant mortality caused by lethal congenital anomalies. *Revue canadienne de santé publique* 1999;90:316-9.
- Wen SW, Liu S, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Sauve R, Liston R. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J Epidemiol* 2001;153:103-7.
- Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1998;158:875-80.
- Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale. *Maladies chroniques au Canada* 1997;18:125-32.
- Wilcox AJ, Skjoerven R, Buekens P, Kiely J. Birth weight and perinatal mortality: a comparison of the United States and Norway. *JAMA* 1995;272:709-11.
- Wilcox LS, Kiely JL, Melvin CL, Martin MC. Assisted reproductive technologies: estimates of their contribution to multiple births and newborn hospital days in the United States. *Fertil Steril* 1996;65:361-6.
- Wilkins R., Houle C, Berthelot JM, Ross N. Évolution de l'état de santé des enfants au Canada. *Isuma* 2000;1:52-9.



Bibliographie

- Winbo I, Serenius F, Dahlquist G, Källén B. Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:235-44.
- Yawn BP, Wollan P, McKeon K, Field CS. Temporal changes in rates and reasons for medical induction of term labor, 1980-1996. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:611-9.
- Zhang J, Yancey MK, Henderson CE. U.S. national trends in labor induction, 1989-1998. *J Reprod Med* 2002;47:120-4.



Annexes



Annexe A



Sources de données et méthodes

Sources de données

Auteure :
Susie Dzakpasu,
MHSc

Les principales sources de données pour ce rapport sur la santé périnatale ont été les statistiques de l'état civil, les données sur l'hospitalisation et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Les estimations démographiques et les statistiques sur les avortements de Statistique Canada ont également été utilisées.

Statistiques de l'état civil

Les lois sur les statistiques de l'état civil des provinces et des territoires ou les lois équivalentes rendent obligatoire l'enregistrement des naissances et des décès. Même si elles varient légèrement d'une province ou d'un territoire à l'autre, elles suivent un modèle établi pour faire en sorte que les mesures législatives et les rapports soient cohérents. Chaque année, les provinces et les territoires envoient leurs données sur les naissances vivantes, les mortinaissances et les décès à Statistique Canada. Ce ministère les regroupe dans des bases de données nationales sur les naissances vivantes, les mortinaissances et les décès qui forment le Système canadien des statistiques sur l'état civil¹⁻⁴.

Le Système canadien des statistiques sur l'état civil englobe l'ensemble des naissances et des décès survenus au Canada. Il comprend aussi parfois les naissances et les décès de résidents canadiens survenus aux États-Unis, car ils sont déclarés en vertu d'une entente réciproque. Il ne tient toutefois pas compte des naissances et des décès de résidents canadiens survenus ailleurs qu'en territoire canadien et américain¹. La préparation et la tenue de ces bases de données nationales exigent l'intégration des enregistrements tardifs et des modifications ainsi que l'élimination des enregistrements en double.

Dans le cadre de l'initiative du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP), Statistique Canada a confié à la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie le mandat de concevoir un mécanisme permettant de coupler les données sur les naissances vivantes et les décès de nourrissons à compter de 1985⁵. Le fichier couplé sur les naissances et les décès de nourrissons, qui a reçu l'aval des provinces et des territoires, constitue une source de données importante pour les analyses du SCSP. Les codes d'identification personnelle ont été supprimés de ce fichier.

Santé Canada ayant reçu des mises à jour de certains fichiers de données, les statistiques sur les naissances et les décès figurant dans ce rapport peuvent différer légèrement de celles qui ont été déjà publiées par Statistique Canada.



Qualité des données

Les données sur les naissances et les décès inscrites dans le Système canadien des statistiques sur l'état civil sont presque complètes. Le grand nombre d'enregistrements permet de faire des analyses de certaines sous-populations. Autre point fort : les lois sur la collecte des statistiques de l'état civil sont semblables dans l'ensemble des provinces et des territoires, tout comme les formulaires d'entrée, les définitions et les méthodes de collecte. Il est également possible d'accéder à des données sur chaque individu et, partant, de les appairer à d'autres sources de données. Enfin, les causes de décès sont codées selon un système de classification international, soit la Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9), pour ce qui est des décès et des mortinaissances survenus entre 1979 et 1999, et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), pour ceux qui se sont produits à partir de 2000^{6,7}.

Les statistiques nationales de l'état civil ont aussi leurs limites. Les données ne sont pas toujours accessibles en temps opportun. Au moment de la préparation de ce rapport, les dernières données sur les naissances et les décès remontaient à 2000. Les données sur Terre-Neuve sont incomplètes avant 1991, et l'information sur la cause du décès ne fait pas toujours état des résultats de l'enquête du coroner ou du médecin légiste.

Les limites les plus importantes, en ce qui concerne les statistiques nationales de l'état civil, ont trait à la qualité et à l'exhaustivité des données provenant de l'Ontario. Des études ont relevé des erreurs systématiques dans les données sur le poids à la naissance et l'âge gestationnel en Ontario au début et au milieu des années 90^{8,9}. Même si les problèmes menant à ces erreurs ont été corrigés et si les données récentes sur le poids à la naissance et l'âge gestationnel ne semblent pas entachées, d'autres écueils subsistent¹⁰. Ainsi, le projet du SCSP de coupler les données d'enregistrement des naissances vivantes et des décès de nourrissons a connu du succès dans toutes les provinces et les territoires du Canada, sauf l'Ontario. Le couplage des données sur les naissances vivantes et les décès de nourrissons en Ontario a toujours produit un taux important de décès de nourrissons non couplés, c'est-à-dire de décès de nourrissons pour lesquels on ne retrouvait pas d'enregistrement de naissance. Le couplage est impossible dans environ 25 % des décès de nourrissons en Ontario (page 227, tableau G18 et page 227, tableau G19) comparativement à 0 % à 3 % dans d'autres provinces et territoires du Canada. Les statistiques de l'état civil de l'Ontario ont été exclues du *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000* à cause de ces problèmes. Dans le présent rapport, les données de l'Ontario ont été analysées séparément et figurent à l'annexe G.

Données sur l'hospitalisation

Cinq sources de données sur l'hospitalisation ont été utilisées : la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les bases de données sur les admissions, les congés et les chirurgies d'un jour de la Nouvelle-Écosse (BACC), le Système de Maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) du Québec, le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba et le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC). Toutes les données sur l'hospitalisation sont rassemblées par exercice financier (du 1^{er} avril au 31 mars).



Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'ICIS gère la BDCP, qui recueille des données sur les sorties — transferts, congés ou décès — de la plupart des hôpitaux de soins de courte durée au Canada. La BDCP est une base de données électronique qui fournit des renseignements sur les soins de courte durée, les soins chroniques et les soins de réadaptation de même que sur les chirurgies d'un jour offerts aux patients hospitalisés, ce qui représente 75 % environ de tous les congés de patients hospitalisés au Canada. L'information provient directement des hôpitaux participants¹¹. La BDCP fournit de nombreuses données sur chaque cas d'hospitalisation, y compris des renseignements démographiques et des informations sur la durée de séjour, le diagnostic principal, les maladies secondaires et concomitantes et les interventions pratiquées au cours de la période d'hospitalisation. Dans la BDCP, les diagnostics étaient codés, jusqu'en 2000-2001, selon la Classification statistique internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9), et les interventions, selon la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC). La BDCP classe également les séjours hospitaliers selon le groupe de maladies analogues (GMA), classification effectuée en fonction du diagnostic et de l'intensité des soins requis.

Qualité des données

La Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie a évalué la BDCP et a tenté de déterminer si elle pouvait répondre aux besoins d'un système national de surveillance périnatale^{12,13}. Après examen de la qualité des données sur les femmes qui accouchent et sur les nouveau-nés consignés dans la BDCP entre le 1^{er} avril 1984 et le 31 mars 1995, elle a constaté que les valeurs illogiques et aberrantes étaient peu nombreuses, que le taux estimatif de maladies maternelles et infantiles calculé à partir des données concordait avec les taux cités dans la littérature et que les complications médicales ou obstétricales majeures signalées dans la BDCP constituaient de bons prédicteurs d'issues défavorables de la grossesse¹².

En 2001, l'ICIS a mené une étude de seconde saisie des données dans le but d'évaluer la validité des données sur les congés de l'hôpital de 1999-2000. L'étude consistait notamment à comparer les données des dossiers médicaux et les renseignements codés dans la BDCP pour un échantillon d'hôpitaux. Le SCSP a collaboré avec l'ICIS en vue d'élargir cette étude pour inclure des diagnostics qui concernent spécifiquement les mères et les nouveau-nés. Les résultats ont montré que les interventions et les diagnostics simples consignés dans les données courantes sur les congés de l'hôpital peuvent servir à la surveillance de la santé périnatale et à la recherche connexe, mais que la qualité des données doit être améliorée dans le cas des diagnostics complexes¹⁴. Les données sont probablement moins exactes aussi dans le cas des codes autres que celui du diagnostic primaire ou principal.

Outre les limites habituelles liées aux erreurs de codage possibles, l'utilisation de la BDCP aux fins de la surveillance périnatale nationale présente d'autres problèmes :

- Les données sur les naissances survenant ailleurs qu'à l'hôpital ne sont pas incluses.
- Les grossesses qui ne se terminent pas par un accouchement (p. ex., une interruption de grossesse) ne sont pas nécessairement incluses.
- La BDCP ne rend pas compte de l'ensemble des admissions et des congés au Canada. En effet, elle n'intègre pas les données sur le Québec, et les données sur le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ne sont pas complètes pour certaines



années. L'étendue de la couverture statistique dans d'autres provinces peut avoir varié au fil du temps. Il faut étudier davantage l'étendue de la couverture statistique et ses répercussions sur les données relatives à la santé périnatale. Les indicateurs qui ont été calculés à l'aide des données sur l'hospitalisation ont donc intégré des données obtenues directement du Québec, du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse (les sections suivantes comprennent de brèves descriptions de ces ensembles de données provinciales).

- Enfin, la BDCP n'inclut pas actuellement d'importantes variables périnatales comme l'âge gestationnel et la parité.

Bases de données sur les admissions, les congés et les chirurgies d'un jour de la Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse ne transmettait pas de données sur les hôpitaux à l'ICIS avant 1995. Les demandes de remboursement des hôpitaux étaient envoyées au ministère de la Santé, puis compilées dans des bases de données sur les admissions, les congés et les chirurgies d'un jour (BACC). L'information figurant dans les BACC équivaut à celle qui se trouve dans la BDCP.

Système de Maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) du Québec

La banque de données MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) contient de multiples renseignements sur les hospitalisations dans les installations hospitalières québécoises offrant des soins de courte durée, y compris les soins infirmiers d'un jour entre 1983 et 1995, et les chirurgies d'un jour depuis avril 1995.

Les renseignements sur les hospitalisations de la banque MED-ÉCHO sont comparables à ceux de la BDCP. Il est à noter que les données concernant les résidents du Québec hospitalisés dans les autres provinces ne sont pas compris dans MED-ÉCHO. Les hospitalisations hors Québec représentent environ 1 % de l'ensemble des hospitalisations des résidents québécois¹⁵.

Base de données sur la surveillance périnatale du ministère de la Santé du Manitoba

Les statistiques sur la surveillance périnatale du Manitoba sont fondées sur les résumés des dossiers d'hospitalisation du Manitoba traités entre le 1^{er} avril 1991 et le 31 mars 2001 (exercices financiers de 1991-1992 à 2000-2001). Les recherches menées dans ces dossiers ont permis de déterminer le nombre d'avortements (thérapeutiques ou spontanés), de grossesses ectopiques, d'accouchements et de dossiers de nouveau-nés. Les résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba contiennent des renseignements semblables à ceux de la BDCP.

Qualité des données

Les dossiers d'hospitalisation des bases de données provinciales partagent nombre des caractéristiques et des points faibles de la BDCP. Par exemple, ils ne contiennent pas de données sur les grossesses résultant en une naissance à la maison, les avortements provoqués pratiqués dans une clinique privée ou les avortements spontanés non déclarés.



Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC)

Les données du SCSAC proviennent dans une large mesure de la BDCP. Le système puise également à d'autres sources de données, surtout pour obtenir des renseignements au sujet des provinces sous-représentées au niveau de la BDCP. Au Manitoba, on fait appel à la base de données provinciale sur l'hospitalisation, et au Québec, on utilise les données de MED-ÉCHO. L'Alberta exploite son propre système de déclaration, l'Alberta Congenital Anomalies Surveillance System (ACASS), dont les principales sources de données sont les statistiques de l'état civil, les déclarations des hôpitaux et les communications spéciales avec les cliniques de génétique, les cliniques pédiatriques spécialisées et les laboratoires. Les données du Québec, du Manitoba et de l'Alberta sont intégrées au SCSAC et, ajoutées à celles de la BDCP, elles constituent la base de données du SCSAC.

Qualité des données

Le SCSAC est actuellement la seule base de données sur la surveillance des anomalies congénitales dans la population qui est en mesure d'estimer la prévalence à la naissance de certaines anomalies congénitales au Canada. Il présente à la fois des tendances temporelles à l'échelle nationale et des comparaisons entre les provinces et les territoires et entre les pays.

L'une des principales limites du SCSAC tient à son incapacité de mesurer l'impact du diagnostic prénatal sur la prévalence à la naissance de certaines anomalies congénitales. Le système ne fait pas état des grossesses touchées par une anomalie qui ont été interrompues avant de répondre au critère d'une mortinaissance établi par la province ou le territoire, ce qui restreint directement l'évaluation des stratégies de prévention primaire et secondaire. D'autres points forts et points faibles du SCSAC sont énoncés ailleurs¹⁶.

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes¹⁷

L'objectif premier de l'ELNEJ consiste à établir une base nationale de données portant sur les caractéristiques et les expériences de vie des enfants canadiens en développement, de la naissance à l'âge adulte. L'enquête, menée par Statistique Canada, permet de recueillir des informations transversales et des données longitudinales. Amorcée en 1994-1995, la collecte de données se fait tous les deux ans de manière à suivre l'évolution des enfants. Au cours des années subséquentes, on ajoutera un échantillon transversal pour tenir compte des groupes d'âge qui ne sont plus compris dans l'échantillon longitudinal.

Qualité des données

L'ELNEJ doit surtout servir aux analyses nationales et régionales, ainsi qu'à certaines analyses provinciales ou territoriales. La taille réduite de l'échantillon peut nuire à l'étude des taux dans certains sous-groupes de la population. L'attrition peut aussi contribuer à réduire la taille de l'échantillon longitudinal au cours des cycles de collecte de données subséquents. Dans bien des cas, les renseignements sur la santé périnatale ne sont pas assez détaillés pour servir à des analyses approfondies et peuvent être faussés par des erreurs de rappel étant donné que les informations sont recueillies rétrospectivement jusqu'à trois ans après la naissance du bébé. Les renseignements sur la santé périnatale peuvent aussi être légèrement faussés (biais de sélection), car ils portent uniquement sur les enfants vivants au moment de l'échantillonnage.



Méthodologie

Les méthodes statistiques utilisées étaient avant tout descriptives et portaient sur des fréquences, des taux, des ratios et des moyennes. Lorsque les événements considérés sont rares ou que l'échantillon est réduit, le problème est signalé; il faut alors faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats. Les dossiers dans lesquels il manquait des informations importantes ont été exclus des analyses. Les statistiques suivantes sont présentées pour la plupart des indicateurs :

- 1. Tendances temporelles à l'échelle nationale :** La période couverte dans les tendances temporelles remonte à aussi loin que 1979, selon les sources des données utilisées et l'indicateur considéré. Pour la plupart des indicateurs fondés sur les statistiques de l'état civil, nous avons dégagé les tendances à partir de 1991 afin de pouvoir inclure les données de Terre-Neuve. Les tendances sont établies à partir de 1991-1992 pour les indicateurs fondés sur les données d'hospitalisation et à compter de 1994-1995, année où le premier cycle de l'ELNEJ a été mené, dans le cas des indicateurs basés sur les données de cette enquête. Lorsque nous ne possédions pas de données provinciales complètes pour toutes les années couvertes par la tendance temporelle, les données de la province en question ont été exclues de la tendance. Dans certains cas, lorsque les événements considérés étaient rares, les données pour plusieurs années ont été regroupées.
- 2. Comparaisons entre les provinces et les territoires :** Les comparaisons entre les provinces et les territoires sont présentées pour l'année la plus récente pour laquelle nous possédions des données. Dans certains cas, les différences au plan des compétences sont évaluées et interprétées à l'aide d'écart types ou d'intervalles de confiance à 95 %. La notion de province/territoire désigne, dans les statistiques de l'état civil et les ensembles de données de l'ELNEJ, la province/le territoire de résidence. Dans la BDCP, elle désigne la province/le territoire de l'hôpital déclarant.

La majorité des indicateurs sont présentés sous forme de tableaux et figures. On trouvera les tableaux de données correspondant à chaque figure aux *annexes E* et *F*. Certains résultats sont stratifiés en fonction de facteurs pertinents comme l'âge de la mère ou les catégories de poids à la naissance. Les tableaux A1-A3 qui suivent présentent les méthodes utilisées pour chaque indicateur. Tous les indicateurs ont été calculés pour la période et le lieu précisés dans le chapitre.

**TABLEAU A1 Méthodes relatives à chaque indicateur utilisant les statistiques de l'état civil**

Indicateur	Méthode
Proportion de naissances vivantes chez les adolescentes	$\frac{\text{Proportion de naissances vivantes selon l'âge (général)}}{\text{Nombre de naissances vivantes chez les femmes d'un certain groupe d'âge} \times 1\,000}$ $\frac{\text{Nombre de femmes de ce groupe d'âge}}{\text{Proportion de naissances vivantes selon l'âge (femmes de moins de 15 ans)}} =$ $\frac{\text{Nombre de naissances vivantes chez les filles de moins de 15 ans} \times 1\,000}{\text{Nombre de filles de 14 ans}}$ $\frac{\text{Proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes}}{\text{Nombre de naissances vivantes chez les adolescentes d'un certain groupe d'âge} \times 100}$ $\text{Nombre total de naissances vivantes}$ <p>Exclusions : naissances vivantes chez les femmes dont l'âge est inconnu</p> <p>Catégories d'âge : moins de 15, 15-17, 18-19</p>
Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées	$\frac{\text{Proportion de naissances vivantes selon l'âge (général)}}{\text{Nombre de naissances vivantes chez les femmes d'un certain groupe d'âge} \times 1\,000}$ $\frac{\text{Nombre de femmes de ce groupe d'âge}}{\text{Proportion de naissances vivantes selon l'âge (femmes de 45 ans ou plus)}} =$ $\frac{\text{Nombre de naissances vivantes chez les femmes de 45 ans ou plus} \times 1\,000}{\text{Nombre de femmes de 45 à 49 ans}}$ $\frac{\text{Proportion de naissances vivantes chez les mères âgées}}{\text{Nombre de naissances vivantes chez les mères âgées appartenant à un certain groupe d'âge} \times 100}$ $\text{Nombre total de naissances vivantes}$ <p>Exclusions : naissances vivantes chez les femmes dont l'âge est inconnu</p> <p>Catégories d'âge : 30-34, 35-39, 40-44, 45+</p>
Ratio de mortalité maternelle	$\frac{\text{Nombre de décès dont la cause porte les codes 630 à 676 de la CIM-9} \times 100\,000}{\text{Nombre total de naissances vivantes}}$ <p>Les données ont été regroupées en intervalles de trois ans, à compter de 1979, à cause du petit nombre de décès maternels par année.</p> <p>Les publications de Statistique Canada (corrigées pour tenir compte du sous-enregistrement) présentent des statistiques de l'état civil estimatives pour Terre-Neuve avant 1991 parce que les données antérieures à cette date pour cette province sont incomplètes.</p>
Taux de prématurité	$\frac{\text{Nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines révolues} \times 100}{\text{Nombre de naissances vivantes}}$ <p>Exclusions : naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inconnu</p>
Taux de postmaturité	$\frac{\text{Nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est supérieur à 41 semaines révolues} \times 100}{\text{Nombre de naissances vivantes}}$ <p>Exclusions : naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inconnu</p>



Annexe A

Indicateur	Méthode
Taux d'hypotrophie néonatale	<p>Nombre de naissances d'un seul enfant vivant dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel x 100 Nombre de naissances vivantes</p> <p>Exclusions : naissances d'un seul enfant vivant dont l'âge gestationnel est inconnu, naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines, naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance est inconnu et naissances multiples</p>
Taux d'hypertrophie néonatale	<p>Nombre de naissances d'un seul enfant vivant dont le poids à la naissance se situe au-dessus du 90^e percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel x 100 Nombre de naissances d'un seul enfant vivant</p> <p>Exclusions : naissances d'un seul enfant vivant dont l'âge gestationnel est inconnu, naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines, naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance est inconnu et naissances multiples</p>
Taux de mortalité fœtale	<p>Taux de mortalité fœtale = <u>Nombre de décès fœtaux</u> x 1 000 Nombre de décès fœtaux et de naissances vivantes</p> <p>Exclusions : le taux de mortalité de fœtus pesant 500 g ou plus exclut les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants pesant moins de 500 g ainsi que les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines</p>
Taux de mortalité infantile	<p>Taux de mortalité infantile = <u>Nombre de décès de nourrissons de moins de 1 an (365 jours)</u> x 1 000 Nombre de naissances vivantes</p> <p>Taux de mortalité néonatale = <u>Nombre de décès de nourrissons de moins de 28 jours</u> x 1 000 Nombre de naissances vivantes</p> <p>Taux de mortalité postnéonatale = <u>Nombre de décès de nourrissons de 28 jours ou plus</u> x 1 000 Nombre de naissances vivantes moins nombre de décès néonatals</p> <p>Codes des catégories de causes de mortalité infantile de la CIM -9</p> <p>Anomalies congénitales : 740-759</p> <p>Affections liées à l'asphyxie : 761.6, 761.7, 762.0, 762.1, 762.2, 762.4, 762.5, 762.6, 763, 766-768, 770.1, 772.2, 779.0, 779.2</p> <p>Affections liées à l'immaturité : 761.3, 761.4, 761.5, 761.8, 761.9, 762.7, 764, 765, 769, 770.2, 770.3, 770.4, 770.5, 770.6, 770.7, 770.8, 770.9, 772.1, 774, 777.5, 777.6, 778.2, 779.6, 779.8</p> <p>Infections : 001-139, 320-326, 382, 420-422, 460-466, 475-477, 480-491, 510, 511, 513, 540, 541, 566, 567, 570, 590, 591, 770.0, 771, 790</p> <p>Syndrome de mort subite du nourrisson : 798.0</p>



Indicateur	Méthode
Taux d'accouchement multiple	<p>Autres décès subits de nourrissons sans explication : 798.1, 798.2, 798.9, 799, E913</p> <p>Causes externes : 260-263, 507, E800-E999 (sauf E913)</p> <p>Autres : tous les autres codes</p> <p>Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, nous avons supposé que tous les décès d'enfants vivants nés à moins de 22 semaines et à moins de 500 g s'étaient produits au premier jour de vie et les avons classés comme tels.</p> <hr/> <p>Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances à la suite d'une grossesse à gestation multiple x 100 Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances</p>

Méthodes particulières aux indicateurs utilisant les données sur l'hospitalisation comme source de données principale

La plupart des analyses utilisant des données sur l'hospitalisation ont porté sur deux ensembles de dossiers, soit les dossiers d'accouchement en obstétrique et les dossiers des nouveau-nés. Les dossiers d'accouchement en obstétrique de la BDCP ont été identifiés au moyen de l'algorithme présenté ci-dessous. L'algorithme utilisait les 16 champs de diagnostic et les 10 champs d'intervention mentionnés dans la BDCP. Sauf indication contraire, tous ces champs ont également été utilisés dans l'analyse de chaque indicateur. Tous les dossiers d'accouchement en obstétrique sans code indiquant une césarienne (codes de la CCADTC 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9) ont été classés comme des accouchements par voie vaginale.

Algorithme pour l'identification des dossiers d'obstétrique

Partie 1

- Identifier tous les cas portant des codes 601 à 604 et 606 à 611 de GMA.
- Conserver** tous ceux qui ont un code d'intervention ou de diagnostic de césarienne, d'accouchement par forceps ou ventouse, d'épisiotomie, d'accouchement normal ou d'issue de l'accouchement.
- Parmi les dossiers qui restent après l'étape b, **conserver** tous ceux qui portent un code de diagnostic de la CIM-9 situé entre 660 et 669.
- Parmi les dossiers qui restent à l'issue de l'étape c, exclure d'abord ceux qui portent le 644.0 comme seul code de diagnostic/d'intervention et **conserver** uniquement, parmi ceux qui restent, ceux qui portent un code de la CIM-9 situé entre 630 et 659 ou entre 670 et 676 ET un code de service principal au patient de 51.
- Compiler les dossiers retenus aux étapes b, c et d.



Partie 2

- a) Sélectionner tous les dossiers portant des codes de GMA situés entre 600 et 605 parmi les dossiers de la BDCP.
- b) Définir tous les accouchements en obstétrique à l'aide du code 51 du service principal au patient.
- c) Parmi les dossiers qui restent, définir plus précisément les accouchements en obstétrique à l'aide des codes d'intervention. Utiliser les codes d'intervention 84.0, 84.1-84.3, 84.5-84.9, 85.22, 85.6, 86.0-86.3, 86.8, 86.9.

Partie 3

- a) Exclure tous les dossiers portant des codes de GMA situés entre 600 et 611 des dossiers de la BDCP.
- b) **Conserver** tous ceux qui ont un code d'intervention ou de diagnostic de césarienne, d'accouchement par forceps ou ventouse, d'épisiotomie, d'accouchement normal (code 650 de la CIM-9) ou d'issue de l'accouchement (code V27 de la CIM-9).
- c) Parmi les dossiers qui restent après l'étape 3b, **conserver** ceux qui portent un code de la CIM-9 situé entre 660 et 669 ET le code 51 de service principal au patient.
- d) Compiler les dossiers retenus aux étapes b et c.

Partie 4

Compiler tous les dossiers identifiés et retenus dans le cadre des parties 1, 2 et 3.

L'algorithme présenté ci-haut décèle un peu plus d'accouchements en obstétrique que celui qui a servi aux analyses présentées dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000* (seule la partie 1a a servi aux analyses présentées dans ce rapport). Ainsi, 1 732 855 dossiers d'obstétrique ont été identifiés à partir de la partie 1a (algorithme antérieur) pour la période de sept ans allant de 1994-1995 à 2000-2001 (excluant les données de la Nouvelle-Écosse, du Québec et du Manitoba). Les autres étapes (celles de la partie 1b à la partie 4) ont permis d'ajouter 5 017 dossiers d'obstétrique (0,29 %). Les statistiques du présent rapport diffèrent légèrement de celles du rapport antérieur en raison de l'utilisation de ce nouvel algorithme et des mises à jour du fichier des données de la BDCP à l'issue des analyses présentées dans le rapport de 2000.

**TABLEAU A2 Méthodes relatives à chaque indicateur utilisant les données sur l'hospitalisation**

Indicateur	Méthode
Taux de déclenchement du travail	Taux de déclenchement du travail à l'aide de moyens médicaux = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 85.5 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100$
	Taux de déclenchement du travail à l'aide de moyens chirurgicaux = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 85.01 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100$
	Taux de déclenchement du travail = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 85.5 ou 85.01 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100$
Taux d'accouchement par césarienne	Taux d'accouchement par césarienne = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100$
	Taux d'accouchement par césarienne primaire = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCADTC et ne portant pas le code 654.2 de la CIM-9 (césarienne antérieure)}}{\text{Nombre d'accouchements, sauf ceux qui portent le code 654.2 de la CIM-9}} \times 100$
	Taux d'accouchement par césarienne répétée = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCADTC et le code 654.2 de la CIM-9 (césarienne antérieure)}}{\text{Nombre d'accouchements portant le code 654.2 de la CIM-9}} \times 100$
Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale	Taux d'accouchement par forceps = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 84.0, 84.1, 84.2 ou 84.3 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$
	Taux d'extraction par ventouse = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code de la CCADTC 84.7}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$
	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 84.0, 84.1, 84.2, 84.3 ou 84.7 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$
Taux de traumatisme périnéal	Taux de déchirures du premier et du deuxième degré = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 664.0 ou 664.1 de la CIM-9}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$
	Taux de déchirures du troisième degré = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 664.2 de la CIM-9}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$
	Taux de déchirures du quatrième degré = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 664.3 de la CIM-9}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$



Annexe A

Indicateur	Méthode
Taux de traumatisme périnéal (suite)	<p>Taux d'épisiotomie =</p> $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 84.1, 84.21, 84.31, 84.71 ou 85.7 de la CCADTC}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$
Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement	<p>$\frac{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale avec séjour de moins de 2 jours}}{\text{Nombre d'accouchements par voie vaginale}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{Nombre de césariennes avec séjour de moins de 4 jours}}{\text{Nombre d'accouchements par césarienne}} \times 100$</p> <p>Si la durée de séjour était de plus de 20 jours, elle a été fixée à 20 jours aux fins du calcul de la durée moyenne de séjour.</p>
Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance	<p>$\frac{\text{Nombre de nouveau-nés avec séjour de moins de 2 jours}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 100$</p> <p>Catégories de poids à la naissance : 1 000-2 499 g, 2 500+ g</p> <p>Exclusions : nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1 000 grammes</p> <p>Si la durée de séjour était de plus de 20 jours, elle a été fixée à 20 jours aux fins du calcul de la durée moyenne de séjour.</p>
Ratio d'avortement provoqué	<p>Ratio d'avortement provoqué =</p> $\frac{\text{Nombre d'avortements provoqués}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 100$ <p>Taux d'avortement provoqué =</p> $\frac{\text{Nombre de cas d'avortement provoqué}}{\text{Nombre de femmes de 15 à 44 ans}} \times 1,000$ <p>Taux d'avortement provoqué selon l'âge =</p> $\frac{\text{Nombre de cas d'avortement provoqué dans un certain groupe d'âge}}{\text{Nombre de femmes dans ce groupe d'âge}} \times 1 000$ <p>Le ratio et le taux canadiens comprennent des cas dont le lieu de résidence est inconnu et les avortements subis par des résidentes canadiennes dans certains États américains. Les ratios et les taux globaux comprennent des cas dont l'âge n'est pas précisé et des avortements chez des filles de 14 ans ou moins et des femmes de 45 ans ou plus. Les taux globaux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Les chiffres excluent les avortements subis au Canada par des non résidentes canadiennes.</p> <p>Statistique Canada a fourni les statistiques sur les avortements provoqués à la suite d'une demande de totalisation sur mesure.</p>



Annexe A

Indicateur	Méthode
Taux de grossesse ectopique	<p>Nombre de grossesses ectopiques (codes 633.0, 633.1, 633.2, 633.8 ou 633.9 de la CIM-9) x 1 000</p> <p>Nombre de grossesses ectopiques, d'avortements provoqués pratiqués à l'hôpital (code 635 de la CIM-9) et d'accouchements à l'hôpital</p> <p>Exclusions : les avortements pratiqués en clinique ont été exclus parce qu'ils étaient déclarés par année civile et que ces données n'étaient pas compatibles avec l'approche fondée sur l'exercice financier utilisée pour cet indicateur. Les avortements spontanés et « sans précision » ont également été exclus du total des grossesses déclarées.</p>
Taux de morbidité maternelle grave	<p>Taux d'incidence de l'embolie amniotique = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant le code 673.1 de la CIM-9}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100\ 000$</p> <p>Hémorragie postpartum avec hystérectomie = $\frac{\text{Nombre d'accouchements portant les codes 666.0, 666.1, 666.2 ou 666.3 de la CIM-9 (hémorragie postpartum) et les codes 802 à 806 de la CCADTC (hystérectomie)}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100\ 000$</p>
Taux de réadmission de la mère après son congé	<p>$\frac{\text{Nombre de femmes réadmisées à l'hôpital dans les 90 jours qui suivent leur admission à l'hôpital pour un accouchement}}{\text{Nombre d'accouchements}} \times 100$</p> <p>Les cas de réadmission de la mère ont été identifiés par couplage des dossiers d'accouchement en obstétrique et des dossiers de réadmission pour la période du 1^{er} janvier 1991 au 31 mars 2001. Le nombre d'accouchements est fondé sur l'année civile, et le nombre de réadmissions est calculé pour une période maximale de 90 jours après la sortie de l'hôpital à la suite d'un accouchement.</p> <p>Exclusions : les femmes qui ont été transférées directement après l'accouchement, celles dont le premier séjour à l'hôpital a duré plus de 20 jours et les admissions pour une chirurgie d'un jour</p> <p>Le diagnostic primaire au moment de la réadmission reposait seulement sur le diagnostic principal au moment de la sortie.</p> <p>Codes de la CIM-9 pour le diagnostic primaire au moment de la réadmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lithiase biliaire : 574 Complications de la grossesse, non classées ailleurs : 646 Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches : 648 Hémorragie postpartum : 666 Infection puerpérale grave : 670 Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches : 671 Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs : 674 Infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement : 675 Symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin : 789 Complications relatives à des interventions, non classées ailleurs : 998 Examen et soins postpartum : V24 Autres motifs de recours aux services de santé : V65 Mesures contraceptives : V25



Annexe A

Indicateur	Méthode
Taux de morbidité néonatale grave	<p>Taux de syndrome de détresse respiratoire = $\frac{\text{Nombre de nouveau-nés dont la maladie porte le code 769 de la CIM-9} \times 1\ 000}{\text{Nombre de naissances vivantes}}$</p> <p>Taux de septicémie = $\frac{\text{Nombre de nouveau-nés dont la maladie porte les codes 771.4 ou 771.8 de la CIM-9} \times 1\ 000}{\text{Nombre de naissances vivantes}}$</p> <p>Exclusions : nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g</p>
Prévalence des anomalies congénitales	<p>Syndrome de Down = $\frac{\text{Nombre de nourrissons dont l'anomalie porte le code 758.0 de la CIM-9} \times 10\ 000}{\text{Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances}}$</p> <p>Taux d'anomalies du tube neural = $\frac{\text{Nombre de nourrissons affichant les codes 740.0 à 742.0 de la CIM-9} \times 10\ 000}{\text{Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances}}$</p> <p>Les cas d'anomalies congénitales ont été identifiés au moyen de la base de données du SCSAC.</p>
Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital	<p>$\frac{\text{Nombre de nourrissons réadmis à l'hôpital dans les 28 jours ou plus suivant leur naissance} \times 100}{\text{Nombre de naissances vivantes à l'hôpital}}$</p> <p>Les cas de réadmission de nouveau-nés ont été identifiés par couplage des dossiers sur les nouveau-nés et des dossiers sur les réadmissions au cours de la période du 1^{er} mars 1991 au 31 mars 2001. La fréquence des réadmissions de nouveau-nés est calculée pour la période de 28 jours suivant la naissance.</p> <p>Exclusions : nouveau-nés transférés directement après la naissance, nouveau-nés dont le premier séjour à l'hôpital avait duré plus de 20 jours, nouveau-nés dont le poids à la naissance était inférieur à 1 000 grammes, nouveau-nés ayant obtenu leur congé le jour de leur naissance et ceux admis pour des chirurgies d'un jour.</p> <p>Le diagnostic primaire au moment de la réadmission reposait seulement sur le diagnostic principal au moment de la sortie.</p> <p>Codes de la CIM-9 pour le diagnostic primaire au moment de la réadmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ictère : 773.1, 774.2, 774.3, 774.6, 774.7 Problèmes alimentaires : 779.3, 783.3 Septicémie : 771.4, 771.8 Déshydratation : 276.0, 276.5, 775.5, 778.4 Gain de poids insuffisant : 783.2, 783.4

**Méthodes particulières aux indicateurs utilisant les données de l'ELNEJ**

Statistique Canada a fait des totalisations sur mesure pour les trois premiers cycles de l'ELNEJ (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999). Dans le cadre de cette enquête, les questions sur le tabagisme maternel, la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement maternel ont été posées à la personne qui connaissait le mieux l'enfant, et elles portaient sur des enfants de moins de trois ans. Comme l'enquête est menée tous les deux ans, l'analyse n'a porté que sur les enfants de moins de deux ans afin d'éviter que les estimations ne se recourent. Nous n'avons en outre analysé que les dossiers où la personne qui connaissait le mieux l'enfant était la mère biologique.

Les données sur le tabagisme maternel, la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement maternel concernaient 4 138 enfants de moins de deux ans dans le cycle 1, 3 784 enfants dans le cycle 2 et 7 584 enfants dans le cycle 3. Après pondération, ces enfants représentaient environ 654 600, 667 300 et 616 300 enfants dans chacun des cycles. Toutes les estimations présentées dans ce rapport ont été calculées au moyen de poids d'échantillonnage. Conformément aux lignes directrices de Statistique Canada sur la publication des données, les estimations fondées sur un échantillon d'au moins 30 éléments avec un coefficient de variation d'au plus 16,5 % ont été diffusées sans mise en garde. Les estimations fondées sur un échantillon d'au moins 30 éléments avec un coefficient de variation variant entre 16,6 % et 33,3 % ont été accompagnées d'une mise en garde portant sur leur niveau de précision. Les estimations fondées sur un échantillon de moins de 30 éléments avec un coefficient de variation de plus de 33,3 % n'ont pas été diffusées.

TABLEAU A3 Méthodes relatives à chaque indicateur utilisant les données de l'ELNEJ

Indicateur	Méthode
Taux de tabagisme maternel durant la grossesse	<p>Taux de tabagisme maternel =</p> $\frac{\text{Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir fumé pendant la grossesse}}{\text{Nombre d'enfants de moins de 2 ans}} \times 100$ <p>Taux d'exposition prénatale à plus de 10 cigarettes par jour =</p> $\frac{\text{Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir fumé plus de 10 cigarettes par jour}}{\text{Nombre d'enfants de moins de 2 ans}} \times 100$ <p>Taux d'exposition pendant le troisième trimestre =</p> $\frac{\text{Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir fumé pendant le troisième trimestre}}{\text{Nombre d'enfants de moins de 2 ans}} \times 100$ <p>Questions d'enquête utilisées :</p> <p>Avez-vous fumé lorsque vous étiez enceinte de ... ?</p> <p>Combien de cigarettes par jour avez-vous fumées lorsque vous étiez enceinte de ... ?</p> <p>À quel stade de votre grossesse avez-vous fumé cette quantité de cigarettes?</p> <p>Catégories d'âge de la mère : moins de 20, 20-24, 25-29, 30-34, 35 et plus, tous les âges</p>



Annexe A

Indicateur	Méthode
Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse	<p>Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse x 100 Nombre d'enfants de moins de 2 ans</p> <p>Questions d'enquête utilisées : À quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool lorsque vous étiez enceinte de ... (p. ex. bière, vin, spiritueux)?</p> <p>Catégories d'âge de la mère : moins de 25, 25-29, 30-34, 35 et plus, tous les âges</p>
Prévalence de l'allaitement maternel	<p>Taux d'allaitement maternel = Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité son enfant (peu importe la durée) x 100 Nombre d'enfants de moins de 2 ans</p> <p>Durée de l'allaitement maternel = Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité son enfant 3 mois ou plus x 100 Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité son enfant</p> <p>Les taux de durée de l'allaitement maternel s'appliquent aux enfants qui ont été initiés à l'allaitement maternel mais qui n'étaient plus allaités au moment de l'enquête.</p> <p>Questions d'enquête utilisées : Allaitez-vous actuellement ... ? L'avez-vous allaité ne serait-ce que pour une courte période? Pendant combien de temps?</p> <p>Catégories d'âge de la mère : moins de 20, 20-24, 25-29, 30 34, 35 et plus, tous les âges</p>
Proportion de mères sous-scolarisées	<p>Nombre d'enfants de moins de 2 ans dont la mère avait un niveau de scolarité particulier x 100 Nombre d'enfants de moins de 2 ans</p> <p>Questions d'enquête utilisées : Avez-vous votre diplôme d'études secondaires? Avez-vous déjà fréquenté une université, un collège communautaire, une école commerciale, une école de métiers ou une école de formation professionnelle, un CEGEP ou tout autre établissement d'enseignement postsecondaire? Quel est votre plus haut niveau de scolarité?</p>



Références

1. Statistique Canada. *Naissances et décès 1996, 1997*. Ottawa : Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (N° 84-F0210-XPB au catalogue).
2. Fair M. Historique de la statistique de l'état civil au Canada : première partie — de 1605 à 1945. *Rapports sur la santé* 1994;6:355-68.
3. Fair, M. Cyr M. La Base de données canadienne sur les naissances : Un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue des grossesses, *Rapports sur la santé* 1993;5:281-90.
4. Smith ME, Newcombe HB. Use of the Canadian Mortality Data Base for epidemiologic follow up. *Revue canadienne de santé publique* 1982;73:39-45.
5. Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, MacDonald RC. *Validation Study for a Record Linkage of Births and Infant Deaths in Canada*. Ottawa : Statistique Canada, 1999 (N° 84-F0013-XIE au catalogue).
6. Organisation mondiale de la santé. *Manuel de classification internationale des maladies, des blessures et des causes de décès*. Fondé sur les recommandations formulées à l'occasion de la Conférence de la neuvième révision. Genève : OMS, 1975.
7. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, dixième révision. Genève : OMS, 1996.
8. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;157:535-41.
9. Joseph KS. *Preterm Birth in Canada*. Background papers — Preterm Birth Prevention Consensus Conference. Ottawa, 1998.
10. Bienefeld M, Woodward GL, Ardal S. *Under-reporting of Live Births in Ontario: 1991-97*. Central East Health Information Partnership. Site Web : <<http://www.cehip.org/Library/student%20projects/missing%20births%20final.PDF>>.
11. Institut canadien d'information sur la santé. Site Web : <<http://www.cihi.ca>>. Consulté le 28 mars 2003.
12. Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale. *Maladies chroniques au Canada* 1997;18:125-32.
13. Liu S, Wen SW. Development of record linkage of hospital discharge data for the study of neonatal readmission. *Maladies chroniques au Canada* 1999;20:77-81.
14. Wen SW, Brown A, Mitchell S, Kramer MS, for the Canadian Perinatal Surveillance System. An evaluation of the validity of obstetric/neonatal discharge abstract data by re-abstractation of medical charts (manuscrit non publié), 2002.
15. Pelletier G. L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec. Statistiques évolutives 1982-1983 à 1997-1998, Québec, MSSS, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, n° 36. (Collection Données statistiques et indicateurs), 1999.
16. Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada — Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 (N° H39-641/2002F au catalogue). Site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html
17. Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : aperçu du matériel d'enquête pour 1996-1997, cycle 2*. Ottawa : Statistique Canada, 1997 (N° 89-F0078-XPB au catalogue).



Annexe B



Liste des indicateurs de la santé périnatale

Un indicateur de la santé est une mesure qui, lorsqu'elle est comparée à une norme ou à un niveau de réalisation escompté¹, donne de l'information sur un important déterminant de la santé ou ses répercussions. La Section de la santé génésique et le comité directeur du SCSP ont commencé à définir les indicateurs de la santé périnatale que devrait suivre un système national de surveillance périnatale². Ils ont étudié l'importance du déterminant ou de ses répercussions sur la santé, les propriétés scientifiques de l'indicateur, comme sa validité en tant que mesure de la répercussion ou du déterminant, et la possibilité de recueillir les données nécessaires pour le mettre au point. La série des indicateurs retenus figure ci-dessous. Les 43 premiers de la liste sont classés selon l'importance que leur accorde le comité directeur dans l'optique de la santé. Neuf autres indicateurs ont été ajoutés à la liste à l'issue de consultations. Ce rapport présente de l'information sur 27 de ces indicateurs de la santé périnatale pour lesquels nous disposons actuellement de données nationales.

Rang	Indicateur	Page
1*	Taux de mortalité fœtale	86
1*	Taux de mortalité infantile	89
2*	Taux d'hypotrophie néonatale	80
2*	Taux d'hypertrophie néonatale	83
3	Taux de prématurité	73
4	Taux de postmaturité	77
5	Ratio de mortalité maternelle	53
6	Taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes	17
7	Prévalence des anomalies congénitales	100
8	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse	3
9	Ratio de morbidité maternelle grave	58
10	Taux d'accouchement par césarienne	32
11	Taux d'allaitement maternel	9
12	Taux de consommation d'alcool pendant la grossesse	6
13	Taux d'accouchement multiple	97

*Les taux de mortalité fœto-infantile ont été classés en premier. La croissance fœtale, incluant l'hypotrophie et l'hypertrophie néonatales, a été classée en deuxième.



Annexe B

Rang	Indicateur	Page
14	Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital	104
15	Taux de grossesse ectopique	65
16	Taux de morbidité néonatale grave	94
17	Recours aux stéroïdes dans les 34 premières semaines de gestation	
18	Ratio d'avortement provoqué	61
19	Taux de déclenchement du travail	29
20	Taux de réadmission de la mère après le congé de l'hôpital	68
21	Proportion de mères affichant un faible gain de poids	
22	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale	36
23	Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance	47
24	Taux d'avortement spontané	
25	Proportion de naissances chez les femmes n'ayant pas consulté au cours du premier trimestre	
26	Taux de congé de la mère/du bébé	
27	Proportion de mères affichant un indice de masse corporelle (IMC) faible avant la grossesse	
28	Taux de congé maternel précoce de l'hôpital après l'accouchement	43
29	Taux de sous-scolarisation de la mère	13
30	Prévalence de l'exposition à la fumée de tabac ambiante pendant la grossesse	
31	Proportion de femmes enceintes sans conjoint	
32	Proportion de femmes enceintes sans soutien social	
33	Taux de recours à l'anesthésie générale lors des césariennes	
34	Taux de recours à l'anesthésie régionale pendant l'accouchement	
35	Usage de surfactants dans les 34 premières semaines de gestation	
36	Taux de réanimation des nouveau-nés hypotrophiques	
37	Taux de traumatisme périnéal	40
38	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques qui ont un faible indice d'Apgar après cinq minutes	
39	Proportion de femmes enceintes qui disent être victimes de sévices physiques	
40	Proportion de femmes enceintes qui font état d'un haut niveau de stress psychosocial	
41	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques dont le pH du sang cordonnal est faible	
42	Proportion de nouveau-nés hypotrophiques dont le sang cordonnal révèle un déficit de base	
43	Taux de circoncision	



Autres indicateurs de la santé périnatale

Taux de naissances vivantes chez les mères âgées	22
Prévalence de la consommation d'acide folique en période périconceptionnelle	
Taux de recours à l'échographie périnatale en obstétrique	
Taux de procréation assistée	
Prévalence de l'infection à streptocoque du groupe B	
Prévalence de la consommation de drogues illicites pendant la grossesse	
Prévalence de la dépression postpartum	
Taux de surveillance électronique du fœtus	
Taux de satisfaction de la clientèle à l'égard des services	



Références

1. Buehler J. Surveillance. Dans : Rothman KJ, Greenland S (Éditeur), *Modern Epidemiology*, 2^e édition. Philadelphie : Lippincott-Raven, 1998.
2. Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N^o H49-135/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index_f.html>.



Annexe C



Liste des acronymes et des abréviations

ACASS	Alberta Congenital Anomalies Surveillance System
acc.	accouchements
ATN	Anomalies du tube neural
AVAC	Accouchement par voie vaginale après une césarienne
BACC	Base de données sur les admissions, les congés et les chirurgies d'un jour
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CANSIM	Système canadien d'information socio-économique
CCADTC	Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
cés.	césarienne
CIM-10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9 ^e révision
décl.	déclenchements
DS	Durée de séjour
ECI	Effort de collaboration internationale (sur la mortalité périnatale et infantile)
EEM	Enquête sur l'expérience de la maternité
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ET	Écart type
GEEM	Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité
GESFI	Groupe d'étude sur la santé fœto-infantile
GESM	Groupe d'étude sur la santé maternelle
GMA	Groupe de maladies analogues
hypertr.	hypertrophique
hypotr.	hypotrophique



Annexe C

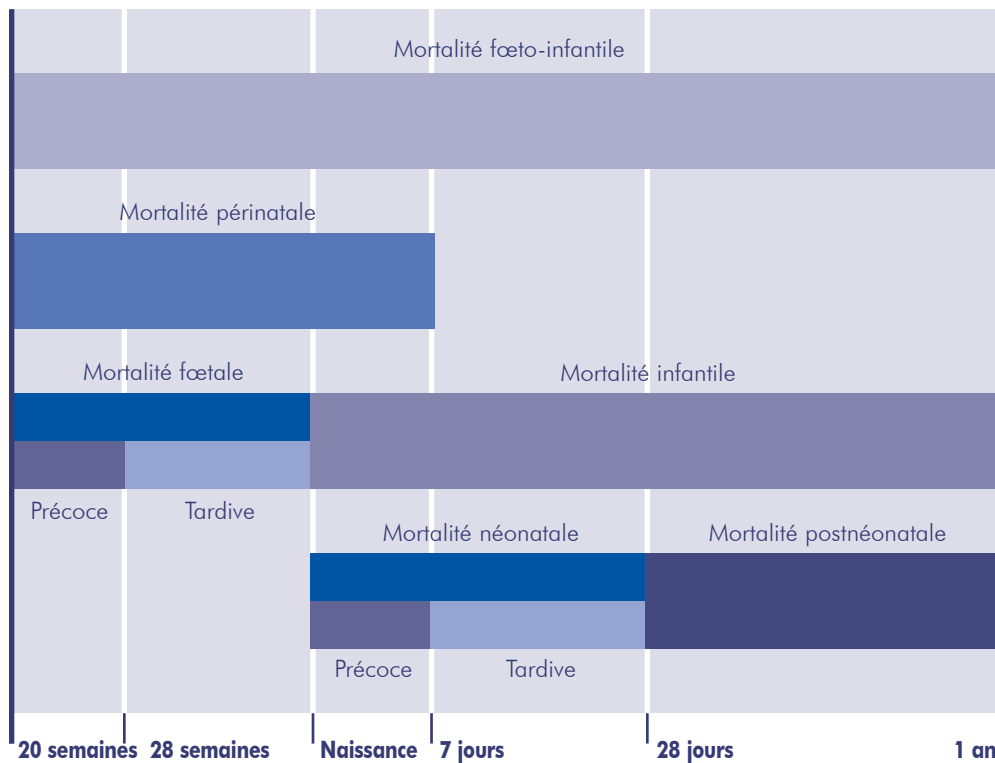
IC	Intervalle de confiance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MED-ÉCHO	Système de Maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
naiss.	naissances
NCA	non classé ailleurs
nouv.-nés	nouveau-nés
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RAM	Rupture artificielle des membranes
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
réadm.	réadmissions
RMM	Ratio de mortalité maternelle
SAF	Syndrome d'alcoolisme fœtal
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SCSAC	Système canadien de surveillance des anomalies congénitales
SCSP	Système canadien de surveillance périnatale
SD	Syndrome de Down
SDR	Syndrome de détresse respiratoire
SMSN	Syndrome de mort subite du nourrisson
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TMI	Taux de mortalité infantile
TSAF	Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance



Annexe D



Composantes de la mortalité fœto-infantile



* Adapté de Péron Y, Strohmenger C. *Indicateurs démographiques et de santé : Présentations et interprétations*. Ottawa :
 Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1985 (N° 82-543F); et Monnier, A. Les méthodes d'analyse de
 la mortalité infantile. Dans : *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris : INED, 1985:52-5.

Lorsqu'on calcule le taux de mortalité fœto-infantile, le taux de mortalité périnatale et le taux de mortinaissance, le
 dénominateur reflète le nombre total de naissances (naissances vivantes et mortinaissances), alors que lorsqu'on calcule
 le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale (précoce et tardive) et le taux de mortalité postnéonatale, le
 dénominateur reflète uniquement les naissances d'enfants vivants.



Annexe E



Tableaux de données accompagnant *La santé périnatale au Canada — Un aperçu*

Tableau E1	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-1999	149
Tableau E2	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 1 000 g ou plus, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-1999	150
Tableau E3	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 500 g ou plus et 1 000 g ou plus, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1997 à 1999	151
Tableau E4	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 500 g ou plus et 1 000 g ou plus, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999	151
Tableau E5	Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999	152
Tableau E6	Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999	152
Tableau E7	Causes de mortalité fœtale dans une cohorte de naissance d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 à 1996-1999	153
Tableau E8	Causes de mortalité fœtale dans une cohorte de naissance de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 à 1996-1999	153
Tableau E9	Causes de mortalité infantile dans une cohorte de naissance d'enfants seuls vivants pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 à 1996-1999	154
Tableau E10	Causes de mortalité infantile dans une cohorte de naissance de jumeaux vivants pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 à 1996-1999	155



Annexe E

Tableau E11	Baisse des taux de mortinatalité et de mortalité néonatale et périnatale dans une cohorte de naissance d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 par rapport à 1996-1999	156
Tableau E12	Baisse des taux de mortinatalité et de mortalité néonatale et périnatale dans une cohorte de naissance de jumeaux pesant 500 g ou plus, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1988 par rapport à 1996-1999	156



Tableaux de données

TABLEAU E1

Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-1999

Année	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de décès de nour. (couplés et non couplés)	Poids à la naissance moins de 500 g**		Nombre de décès de nour. non couplés	Taux brut de mortalité infantile (IC à 95 %)		Taux de mortalité infantile 500 g et plus*** (IC à 95 %)	
			Nombre de naiss. vivantes	Nombre de décès de nour.					
1991	250 847	1 603	153	143	39	6,39	(6,08-6,71)	5,82	(5,53-6,13)
1992	247 898	1 585	136	125	36	6,39	(6,08-6,72)	5,89	(5,60-6,20)
1993	240 468	1 494	161	149	31	6,21	(5,90-6,54)	5,60	(5,30-5,90)
1994	238 069	1 515	153	146	36	6,36	(6,05-6,69)	5,75	(5,45-6,07)
1995	231 813	1 414	190	176	13	6,10	(5,79-6,43)	5,34	(5,05-5,65)
1996	226 180	1 226	193	177	15	5,42	(5,12-5,73)	4,64	(4,37-4,93)
1997	215 588	1 192	199	185	22	5,53	(5,22-5,85)	4,68	(4,39-4,97)
1998	209 795	1 168	162	154	12	5,57	(5,25-5,90)	4,84	(4,55-5,14)
1999	206 169	1 082	187	178	7	5,25	(4,94-5,57)	4,39	(4,11-4,68)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

**Poids à la naissance inférieur à 500 g ou poids à la naissance inconnu et âge gestationnel inférieur à 22 semaines.

***Décès de nourrissons pour 1 000 naissances d'enfants vivants ayant un poids à la naissance de 500 g ou plus. Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé au certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, sauf pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU E2** Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 1 000 g ou plus, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-1999

Année	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de décès de nourr. (couplés et non couplés)	Poids à la naissance moins de 1 000 g**		Nombre de décès de nourr. non couplés	Taux brut de mortalité infantile (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile 1 000 g et plus*** (IC à 95 %)	
			Nombre de naiss. vivantes	Nombre de décès de nourr.				
1991	250 847	1 603	937	492	39	6,39 (6,08-6,71)	4,45	4,19-4,71)
1992	247 898	1 585	886	423	36	6,39 (6,08-6,72)	4,70	(4,44-4,98)
1993	240 468	1 494	907	490	31	6,21 (5,90-6,54)	4,19	(3,94-4,46)
1994	238 069	1 515	992	520	36	6,36 (6,05-6,69)	4,20	(3,94-4,47)
1995	231 813	1 414	937	475	13	6,10 (5,79-6,43)	4,07	(3,81-4,34)
1996	226 180	1 226	966	453	15	5,42 (5,12-5,73)	3,43	(3,20-3,68)
1997	215 588	1 192	995	470	22	5,53 (5,22-5,85)	3,36	(3,12-3,62)
1998	209 795	1 168	909	448	12	5,57 (5,25-5,90)	3,45	(3,20-3,71)
1999	206 169	1 082	904	432	7	5,25 (4,94-5,57)	3,17	(2,93-3,42)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

**Poids à la naissance inférieur à 1 000 g ou poids à la naissance inconnu et âge gestationnel inférieur à 28 semaines.

***Décès de nourrissons pour 1 000 naissances d'enfants vivants ayant un poids à la naissance de 1 000 g ou plus. Les décès de nourrissons non couplés (nourrissons dont le certificat de décès n'a pas pu être couplé à leur certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, sauf pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 28 semaines.

IC — intervalle de confiance.



TABLEAU E3

Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 500 g ou plus et 1 000 g ou plus, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, données combinées de 1997 à 1999

Province/territoire	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de décès de nourr. (couplés et non couplés)	Taux brut de mortalité infantile (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile 500 g et plus*** (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile 1 000 g et plus*** (IC à 95 %)
Terre-Neuve	15 465	85	5,50 (4,39-6,79)	5,11 (4,05-6,37)	3,51 (2,64-4,58)
Île-du-Prince-Édouard	4 610	31	6,72 (4,57-9,53)	5,86 (3,87-8,52)	3,71 (2,16-5,93)
Nouvelle-Écosse	29 119	128	4,40 (3,67-5,22)	3,92 (3,23-4,70)	2,93 (2,34-3,62)
Nouveau-Brunswick	23 422	129	5,51 (4,60-6,54)	4,62 (3,79-5,57)	3,26 (2,57-4,08)
Québec	229 225	1 206	5,26 (4,97-5,57)	4,38 (4,11-4,66)	3,00 (2,78-3,24)
Manitoba	43 431	320	7,37 (6,59-8,22)	5,97 (5,27-6,74)	4,17 (3,58-4,82)
Saskatchewan	38 241	289	7,56 (6,71-8,48)	6,96 (6,15-7,85)	5,23 (4,53-6,01)
Alberta	112 981	631	5,59 (5,16-6,04)	4,79 (4,40-5,21)	3,56 (3,22-3,92)
Colombie-Britannique	129 581	555	4,28 (3,94-4,65)	3,60 (3,28-3,94)	2,63 (2,36-2,93)
Yukon	1 253	7	5,59 (2,25-11,48)	5,59 (2,25-11,48)	4,80 (1,77-10,43)
Territoires du Nord-Ouest**	4 212	61	14,48 (11,10-18,57)	13,08 (9,87-16,99)	11,91 (8,85-15,67)
CANADA‡	631 552	3 442	5,45 (5,27-5,64)	4,64 (4,47-4,81)	3,33 (3,19-3,47)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

**Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent également au Nunavut.

***Décès de nourrissons pour 1 000 naissances d'enfants vivants ayant un poids à la naissance de 500 g ou plus ou de 1 000 g ou plus. Les décès de nourrissons non couplés (le certificat de décès de 41 nourrissons n'a pas pu être couplé à leur certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, sauf pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines (décès de nourrissons pesant 500 g ou plus) et ceux dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 28 semaines (décès de nourrissons pesant 1 000 g ou plus).

‡ Inclut 12 naissances d'enfants vivants dont la province de résidence était inconnue (poids à la naissance de 1 000 g ou plus, pas de décès de nourrissons).
IC — intervalle de confiance.

TABLEAU E4

Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance : enfants nés vivants pesant 500 g ou plus et 1 000 g ou plus, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1999

Province/territoire	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de décès de nourr. (couplés et non couplés)	Taux brut de mortalité infantile (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile 500 g et plus*** (IC à 95 %)	Taux de mortalité infantile 1 000 g et plus*** (IC à 95 %)
Terre-Neuve	5 055	27	5,34 (3,52-7,76)	4,75 (3,05-7,06)	2,58 (1,38-4,42)
Île-du-Prince-Édouard	1 515	9	5,94 (2,72-11,25)	4,63 (1,86-9,51)	2,66 (0,72-6,79)
Nouvelle-Écosse	9 575	33	3,45 (2,37-4,84)	2,72 (1,78-3,98)	1,78 (1,04-2,85)
Nouveau-Brunswick	7 615	33	4,33 (2,99-6,08)	3,55 (2,34-5,16)	2,37 (1,41-3,75)
Québec	73 596	349	4,74 (4,26-5,27)	3,86 (3,43-4,34)	2,70 (2,34-3,11)
Manitoba	14 315	117	8,17 (6,76-9,79)	6,23 (5,01-7,66)	4,57 (3,53-5,82)
Saskatchewan	12 604	94	7,46 (6,03-9,12)	6,91 (5,54-8,51)	5,26 (4,07-6,69)
Alberta	38 171	242	6,34 (5,57-7,19)	5,51 (4,79-6,30)	4,11 (3,49-4,80)
Colombie-Britannique	41 939	158	3,77 (3,20-4,40)	3,15 (2,64-3,73)	2,34 (1,90-2,86)
Yukon	383	1	2,61 (0,0-14,46)	2,61 (0,0-14,46)	2,61 (0,0-14,46)
Territoires du Nord-Ouest**	1 396	19	13,61 (8,21-21,17)	12,20 (7,12-19,45)	10,06 (5,51-16,83)
CANADA‡	206 169	1 082	5,25 (4,94-5,57)	4,39 (4,11-4,68)	3,17 (2,93-3,42)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1999 (fichier couplé de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

**Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent également au Nunavut.

***Décès de nourrissons pour 1 000 naissances d'enfants vivants ayant un poids à la naissance de 500 g ou plus ou de 1 000 g ou plus. Les décès de nourrissons non couplés (le certificat de décès de sept nourrissons n'a pas pu être couplé à leur certificat de naissance) et les naissances d'enfants vivants/décès de nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu ont également été inclus, sauf pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines (calcul des décès de nourrissons pesant 500 g ou plus) et ceux dont le poids à la naissance est inconnu et dont l'âge gestationnel est inférieur à 28 semaines (calcul des décès de nourrissons pesant 1 000 g ou plus).

‡ Inclut sept naissances d'enfants vivants dont la province de résidence était inconnue (poids à la naissance de 1 000 g ou plus, pas de décès de nourrissons).
IC — intervalle de confiance.



Annexe E

TABLEAU E5

Taux de mortalité fœto-infantile dans une cohorte de naissance d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario),* 1985-1999

Année	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de morti-naissances	Nombre de décès néonataux précoces	Nombre de décès néonataux tardifs	Nombre de décès post-néonataux	Morti-natalité pour 1 000 naiss. totales	Mortalité néonatale pour 1 000 naiss. vivantes	Mortalité périnatale pour 1 000 naiss. totales	Mortalité infantile pour 1 000 naiss. vivantes	Mortalité fœtale-infantile pour 1 000 naiss. totales
1985	230 148	1 191	792	176	627	5,1	4,2	8,6	6,9	12,0
1986	226 118	1 170	763	193	633	5,1	4,2	8,5	7,0	12,1
1987	222 275	1 114	678	171	625	5,0	3,8	8,0	6,6	11,6
1988	226 139	1 035	665	153	609	4,6	3,6	7,5	6,3	10,8
1989	234 345	1 170	682	167	581	5,0	3,6	7,9	6,1	11,0
1990	241 412	1 112	650	187	552	4,6	3,5	7,3	5,8	10,3
1991	238 530	1 117	580	150	551	4,7	3,1	7,1	5,4	10,0
1992	235 785	1 067	576	123	539	4,5	3,0	6,9	5,3	9,7
1993	228 924	1 023	522	137	474	4,4	2,9	6,7	4,9	9,4
1994	226 551	1 032	591	144	447	4,5	3,2	7,1	5,2	9,7
1995	220 820	989	509	142	408	4,5	2,9	6,8	4,8	9,2
1996	215 264	922	451	117	321	4,3	2,6	6,4	4,1	8,4
1997	204 957	929	420	114	319	4,5	2,6	6,6	4,2	8,7
1998	199 480	824	399	120	349	4,1	2,6	6,1	4,4	8,4
1999	195 765	852	358	102	326	4,3	2,3	6,2	4,0	8,3

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

TABLEAU E6

Taux de mortalité fœto-infantile* dans une cohorte de naissance de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario), 1985-1999**

Année	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de morti-naissances	Nombre de décès néonataux précoces	Nombre de décès néonataux tardifs	Nombre de décès post-néonataux	Morti-natalité pour 1 000 naiss. totales	Mortalité néonatale pour 1 000 naiss. vivantes	Mortalité périnatale pour 1 000 naiss. totales	Mortalité infantile pour 1 000 naiss. vivantes	Mortalité fœtale-infantile pour 1 000 naiss. totales
1985	4 423	75	120	18	42	16,9	28,6	41,2	37,1	53,3
1986	4 263	74	95	15	32	17,9	26,9	40,9	34,5	51,8
1987	4 484	91	93	13	27	17,0	24,8	37,8	31,1	47,6
1988	4 579	66	94	20	25	15,1	24,9	36,3	30,4	45,1
1989	4 677	54	109	13	24	13,8	24,3	34,3	30,1	43,5
1990	4 849	77	90	17	33	12,9	19,9	29,8	26,2	38,8
1991	4 832	57	47	10	33	13,7	18,3	28,7	24,3	37,7
1992	4 877	68	85	17	22	13,2	17,8	27,4	23,3	36,2
1993	4 749	69	76	22	25	14,7	19,1	29,9	23,8	38,2
1994	4 846	79	62	14	22	14,8	18,9	30,1	23,4	37,8
1995	4 826	68	86	12	19	13,6	17,9	28,4	22,4	35,7
1996	4 835	53	69	16	25	13,2	18,5	28,4	22,8	35,7
1997	4 809	72	69	16	18	11,7	17,4	26,1	21,7	33,1
1998	4 971	48	75	10	19	13,5	15,9	26,6	19,7	32,9
1999	4 977	82	52	13	18	12,9	15,1	25,5	18,8	31,5

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les taux correspondent à des moyennes mobiles sur trois ans et à des moyennes sur deux ans pour les années marquant le début et la fin de la période.

**Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



TABLEAU E7

Causes de mortalité fœtale dans une cohorte de naissance d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et l'Ontario)*, 1985-1988 à 1996-1999

Cause de décès (code de la CIM-9)	1985-1988		1989-1992		1993-1995		1996-1999	
	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales
Anomalies congénitales (740-759)	548	0,60	577	0,60	368	0,54	451	0,55
Brièveté de la gestation et poids insuffisant à la naissance (765)	110	0,12	81	0,08	56	0,08	82	0,10
Complications maternelles de la grossesse (761)	195	0,21	194	0,20	123	0,18	171	0,21
Complications concernant le placenta/le cordon ombilical/les membranes (762)	1 757	1,93	1 701	1,78	1 118	1,65	1 128	1,38
Infections — période périnatale (771)	13	0,01	13	0,01	15	0,02	26	0,03
Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance (768)	330	0,36	262	0,27	223	0,33	214	0,26
Sans précision (779.9)	962	1,06	1 000	1,05	762	1,12	803	0,98
Autre	595	0,65	638	0,67	379	0,56	652	0,80
TOTAL	4 510	4,96	4 466	4,68	3 044	4,48	3 527	4,31
Nombre de naissances totales	909 190		954 538		679 339		818 993	

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

TABLEAU E8

Causes de mortalité fœtale dans une cohorte de naissance de jumeaux pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 à 1996-1999

Cause de décès (code de la CIM-9)	1985-1988		1989-1992		1993-1995		1996-1999	
	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales	Nombre de morti- naissances	Morti- naissances pour 1 000 naiss. totales
Anomalies congénitales (740-759)	15	0,83	14	0,72	15	1,02	24	1,21
Brièveté de la gestation et poids insuffisant à la naissance (765)	5	0,28	5	0,26	2	0,14	8	0,40
Complications maternelles de la grossesse (761)	62	3,43	81	4,16	61	4,17	66	3,33
Complications concernant le placenta/le cordon ombilical/les membranes (762)	116	6,42	102	5,23	85	5,81	94	4,74
Infections — période périnatale (771)	1	0,06	0	0,00	3	0,20	0	0,00
Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance (768)	28	1,55	7	0,36	6	0,41	15	0,76
Sans précision (779.9)	53	2,94	34	1,74	27	1,84	28	1,41
Autre	26	1,44	13	0,67	17	1,16	21	1,06
TOTAL	306	16,95	256	13,13	216	14,76	256	12,90
Nombre de naissances totales	18 055		19 491		14 637		19 847	

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés des naissances et des décès).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



TABLEAU E9

Causes de mortalité infantile dans une cohorte de naissance d'enfants seuls vivants pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 à 1996-1999

Cause de décès (code de la CIM-9)	1985-1988		1989-1992		1993-1995		1996-1999	
	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes
Anomalies congénitales (740-759)	2 088	2,31	1 869	1,97	1 157	1,71	1 080	1,32
Brièveté de la gestation et poids insuffisant à la naissance (765)	213	0,24	215	0,23	138	0,20	144	0,18
Syndrome de mort subite du nourrisson (798.0)	900	0,99	863	0,91	462	0,68	380	0,47
Complications maternelles de la grossesse (761)	84	0,09	95	0,10	74	0,11	68	0,08
Syndrome de détresse respiratoire (769)	538	0,59	398	0,42	188	0,28	151	0,19
Complications concernant le placenta/le cordon ombilical/les membranes (762)	195	0,22	183	0,19	102	0,15	146	0,18
Infections — période périnatale (771)	82	0,09	106	0,11	56	0,08	59	0,07
Blessure et intoxication (E800-E999)	199	0,22	167	0,18	114	0,17	97	0,12
Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance (768)	164	0,18	147	0,15	132	0,20	139	0,17
Pneumonie (480.0)	25	0,03	18	0,02	13	0,02	11	0,01
Hémorragie néonatale (772)	44	0,05	32	0,03	30	0,04	30	0,04
Traumatisme obstétrical (767)	66	0,07	70	0,07	42	0,06	72	0,09
Autre	1 487	1,64	1 175	1,24	866	1,28	1 019	1,25
TOTAL	6 085	6,73	5 338	5,62	3 374	4,99	3 396	4,16
Nombre de naissances vivantes	904 680		950 072		676 295		815 466	

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



TABLEAU E10

Causes de mortalité infantile dans une cohorte de naissance de jumeaux vivants pesant 500 g ou plus, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 à 1996-1999

Cause de décès (code de la CIM-9)	1985-1988		1989-1992		1993-1995		1996-1999	
	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes	Nombre de mortalités infantiles	Décès pour 1 000 naiss. vivantes
Anomalies congénitales (740-759)	105	5,92	97	5,04	62	4,30	89	4,54
Brièveté de la gestation et poids insuffisant à la naissance (765)	44	2,48	33	1,72	19	1,32	22	1,12
Syndrome de mort subite du nourrisson (798.0)	31	1,75	39	2,03	18	1,25	15	0,77
Complications maternelles de la grossesse (761)	76	4,28	76	3,95	50	3,47	47	2,40
Syndrome de détresse respiratoire (769)	128	7,21	95	4,94	58	4,02	49	2,50
Complications concernant le placenta/le cordon ombilical/les membranes (762)	23	1,30	18	0,94	28	1,94	25	1,28
Infections — période périnatale (771)	9	0,51	9	0,47	8	0,55	7	0,36
Blessure et intoxication (E800-E999)	5	0,28	7	0,36	4	0,28	7	0,36
Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance (768)	17	0,96	12	0,62	8	0,55	7	0,36
Pneumonie (480.0)	2	0,11	0	0,00	0	0,00	2	0,10
Hémorragie néonatale (772)	6	0,34	5	0,26	4	0,28	13	0,66
Traumatisme obstétrical (767)	10	0,56	13	0,68	5	0,35	13	0,66
Autre	138	7,78	96	4,99	74	5,13	104	5,31
TOTAL	594	33,47	500	25,99	338	23,44	400	20,42
Nombre de naissances vivantes	17 749		19 235		14 421		19 592	

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).
*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.



TABLEAU E11

Baisse des taux de mortinatalité et de mortalité néonatale et périnatale dans une cohorte de naissance d'enfants seuls pesant 500 g ou plus, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 par rapport à 1996-1999

Catégories de décès selon l'âge après la conception	1985-1988			1996-1999			Risque relatif (IC à 95 %) 1996-1999 par rapport à 1985-1988	
	Nombre de décès	Fœtus à risque	Décès pour 1 000 naiss.**	Nombre de décès	Fœtus à risque	Décès pour 1 000 naiss.**		
Mortinatalité 22 semaines et plus	4 265	906 286	4,71	3 233	816 584	3,96	0,84	(0,80-0,88)
Mortinatalité 34 semaines et plus	2 366	892 330	2,65	1 679	803 779	2,09	0,79	(0,74-0,83)
Mortinatalité 40 semaines et plus	757	512 507	1,48	435	512 507	1,07	0,73	(0,64-0,81)
Mortalité néonatale 22 semaines et plus	3 485	906 286	3,85	2 032	816 584	2,49	0,65	0,61-0,68
Mortalité néonatale 34 semaines et plus	1 805	892 330	2,02	1 022	803 779	1,27	0,63	(0,58-0,68)
Mortalité néonatale 40 semaines et plus	710	512 507	1,39	343	512 507	0,85	0,61	(0,54-0,69)
Mortalité périnatale 22 semaines et plus	7 062	906 286	7,79	4 815	816 584	5,90	0,76	(0,73-0,78)
Mortalité périnatale 34 semaines et plus	3 691	892 330	4,14	2 386	803 779	2,97	0,72	(0,68-0,76)
Mortalité périnatale 40 semaines et plus	1 263	512 507	2,46	678	512 507	1,67	0,68	(0,62-0,74)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

**Les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale sont exprimés pour 1 000 naissances totales, tandis que les taux de mortalité néonatale sont exprimés pour 1 000 naissances vivantes. La mortalité périnatale inclut les mortinaissances et les décès néonataux précoces.

TABLEAU E12

Baisse des taux de mortinatalité et de mortalité néonatale et périnatale dans une cohorte de naissance de jumeaux pesant 500 g ou plus, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de Terre-Neuve et de l'Ontario)*, 1985-1988 par rapport à 1996-1999

Catégories de décès selon l'âge après la conception	1985-1988			1996-1999			Risque relatif (IC à 95 %) 1996-1999 par rapport à 1985-1988	
	Nombre de décès	Fœtus à risque	Décès pour 1 000 naiss.**	Nombre de décès	Fœtus à risque	Décès pour 1 000 naiss.**		
Mortinatalité 22 semaines et plus	294	17 980	16,35	247	19 776	12,49	0,76	(0,65-0,90)
Mortinatalité 32 semaines et plus	165	16 382	10,07	129	17 928	7,20	0,71	(0,57-0,90)
Mortinatalité 36 semaines et plus	105	12 388	8,48	64	12 853	4,98	0,59	(0,43-0,80)
Mortalité néonatale 22 semaines et plus	448	17 980	24,92	315	19 776	15,93	0,64	(0,55-0,74)
Mortalité néonatale 32 semaines et plus	91	16 382	5,55	63	17 928	3,51	0,63	(0,46-0,87)
Mortalité néonatale 36 semaines et plus	50	12 388	4,04	25	12 853	1,95	0,48	(0,30-0,78)
Mortalité périnatale 22 semaines et plus	676	17 980	37,60	507	19 776	25,64	0,68	(0,61-0,76)
Mortalité périnatale 32 semaines et plus	234	16 382	14,28	176	17 928	9,82	0,69	(0,57-0,83)
Mortalité périnatale 36 semaines et plus	142	12 388	11,46	81	12 853	6,30	0,55	(0,42-0,72)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1985-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Les données de Terre-Neuve ont été exclues parce qu'on ne possède, à l'échelle nationale, aucune information antérieure à 1991. Celles de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

**Les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale sont exprimés pour 1 000 naissances totales, tandis que les taux de mortalité néonatale sont exprimés pour 1 000 naissances vivantes. La mortalité périnatale inclut les mortinaissances et les décès néonataux précoces.



Annexe F



Tableaux de données pour les figures présentées dans le rapport

Tableau F1.1	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	163
Tableau F1.2	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	163
Tableau F1.3	Taux de consommation d'alcool durant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	164
Tableau F1.4	Taux de consommation d'alcool durant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	164
Tableau F1.5	Taux et durée de l'allaitement maternel, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	165
Tableau F1.6	Taux et durée de l'allaitement maternel, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	165
Tableau F1.7	Taux de sous-scolarisation de la mère et autres catégories de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	166
Tableau F1.8	Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	166
Tableau F1.9	Taux de consommation d'alcool durant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	167
Tableau F1.10	Taux d'allaitement maternel, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999	167
Tableau F1.11	Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	168



Annexe F

Tableau F1.12	Nombre de femmes, selon l'âge, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	168
Tableau F1.13	Proportion (%) de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	169
Tableau F1.14	Taux de naissances vivantes, selon l'âge, pour 1 000 femmes, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	169
Tableau F1.15	Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	170
Tableau F1.16	Nombre de femmes, selon l'âge et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	170
Tableau F1.17	Proportion (%) de naissances vivantes, selon l'âge de la mère et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	171
Tableau F1.18	Taux de naissances vivantes, selon l'âge de la mère et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	172
Tableau F2.1	Taux de déclenchement du travail, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	173
Tableau F2.2	Taux de déclenchement du travail, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	173
Tableau F2.3	Taux de césarienne (ces.) en général et de césarienne primaire, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	174
Tableau F2.4	Taux de césarienne (ces.) répétée, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	174
Tableau F2.5	Taux de césarienne (ces.) primaire, selon l'âge de la mère, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	175
Tableau F2.6	Proportion de naissances vivantes qui étaient des premières naissances, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	175
Tableau F2.7	Taux de césarienne (ces.) en général, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	176
Tableau F2.8	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	176
Tableau F2.9	Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	177
Tableau F2.10	Taux d'accouchement vaginal par forceps, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	177
Tableau F2.11	Taux d'accouchement vaginal par ventouse, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	178
Tableau F2.12	Taux de déchirure du périnée, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	178



Annexe F

Tableau F2.13	Taux d'épisiotomie, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	179
Tableau F2.14	Taux d'épisiotomie, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	179
Tableau F2.15	Taux de court séjour à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	180
Tableau F2.16	Taux de court séjour à l'hôpital pour un accouchement par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	180
Tableau F2.17	Taux de court séjour à l'hôpital pour un accouchement par césarienne, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	181
Tableau F2.18	Durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	181
Tableau F2.19	Durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	182
Tableau F2.20	Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	182
Tableau F2.21	Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	183
Tableau F2.22	Durée moyenne de séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	183
Tableau F2.23	Durée moyenne de séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	184
Tableau F3.1	Nombre de décès maternels et ratio de mortalité maternelle (RMM), selon la cause directe et indirecte, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1979-1981 à 1997-1999	184
Tableau F3.2	Incidence et taux de létalité de l'embolie amniotique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	185
Tableau F3.3	Incidence et taux de létalité de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	185
Tableau F3.4	Ratio et taux d'avortement provoqué, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1992-2000	186
Tableau F3.5	Ratio et taux d'avortement provoqué, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	186
Tableau F3.6	Taux d'avortement provoqué, selon l'âge, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999	187
Tableau F3.7	Taux de grossesse ectopique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	187



Annexe F

Tableau F3.8	Taux de grossesse ectopique, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	188
Tableau F3.9	Taux de grossesse ectopique, selon l'âge de la mère, Canada, 2000-2001	188
Tableau F3.10	Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, Canada (à l'exclusion du Manitoba), 1991-1992 à 2000-2001	189
Tableau F3.11	Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba), données combinées de 1998-1999 à 2000-2001 ...	190
Tableau F3.12	Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement par césarienne, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba), données combinées de 1998-1999 à 2000-2001	191
Tableau F3.13	Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, selon le diagnostic primaire, Canada (à l'exclusion du Manitoba), données combinées de 1998-1999 à 2000-2001	192
Tableau F4.1	Taux de prématurité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	193
Tableau F4.2	Taux de prématurité (naissances simples et naissances multiples), Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	193
Tableau F4.3	Taux de prématurité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	194
Tableau F4.4	Taux de postmaturité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	194
Tableau F4.5	Taux de postmaturité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	195
Tableau F4.6	Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie néonatales, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	195
Tableau F4.7	Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie néonatales, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	196
Tableau F4.8	Taux de mortalité fœtale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	196
Tableau F4.9	Taux de mortalité fœtale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	197
Tableau F4.10	Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	197
Tableau F4.11	Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	198
Tableau F4.12	Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	198



Annexe F

Tableau F4.13	Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	199
Tableau F4.14	Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	199
Tableau F4.15	Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	200
Tableau F4.16	Causes de mortalité infantile, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1999	200
Tableau F4.17	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1997 à 1999	201
Tableau F4.18	Nombre de décès de infantiles dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1997 à 1999	201
Tableau F4.19	Nombre de décès infantiles dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999	202
Tableau F4.20	Nombre de naissances vivantes dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999	202
Tableau F4.21	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999	203
Tableau F4.22	Nombre de décès infantiles dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999	204
Tableau F4.23	Nombre de naissances vivantes dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999	204
Tableau F4.24	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999	205
Tableau F4.25	Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001	206
Tableau F4.26	Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001	206



Annexe F

Tableau F4.27	Taux d'accouchement multiple, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000	207
Tableau F4.28	Taux d'accouchement multiple, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000	207
Tableau F4.29	Taux de syndrome de Down (SD), Canada, 1991-1999	208
Tableau F4.30	Taux de syndrome de Down (SD), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999 ...	208
Tableau F4.31	Taux d'anomalie du tube neural (ATN), Canada, 1991-1999 ...	209
Tableau F4.32	Taux d'anomalie du tube neural (ATN), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999	209
Tableau F4.33	Taux d'anencéphalie, Canada, 1991-1999	210
Tableau F4.34	Taux d'anencéphalie, selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999	210
Tableau F4.35	Taux de spina bifida, Canada, 1991-1999	211
Tableau F4.36	Taux de spina bifida, selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999	211
Tableau F4.37	Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, Canada (à l'exclusion du Manitoba), de 1991-1992 à 2000-2001	212
Tableau F4.38	Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba), 2000-2001	213
Tableau F4.39	Diagnostic principal établi chez les nouveau-nés réadmis, Canada (à l'exclusion du Manitoba), données combinées de 1991-1992 et 2000-2001	214



Tableaux de données

TABLEAU F1.1 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Âge de la mère (ans)	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir fumé pendant sa grossesse		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Moins de 20**	44,1	38,2	53,2
20-24	34,7	32,0	31,7
25-29	22,8	22,7	20,3
30-34	20,3	14,1	14,6
35 et plus	18,3	15,2	11,8
Tous les âges	23,5	19,9	19,4

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Ces estimations sont peu précises parce qu'elles sont fondées sur un échantillon réduit.

TABLEAU F1.2 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Région/province	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir fumé pendant sa grossesse		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Provinces de l'Atlantique	26,1	26,9	24,8
Québec	27,9	23,1	24,2
Ontario	21,3	17,0	15,8
Prairies	23,8	20,7	23,5
Colombie-Britannique	19,2	17,9	13,0
Toutes les provinces	23,5	19,9	19,4

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

* L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**TABLEAU F1.3 Taux de consommation d'alcool durant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999**

Âge de la mère (ans)	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir consommé de l'alcool pendant sa grossesse		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Moins de 25**	14,3	10,4	14,1
25-29	14,1	14,2	11,5
30-34	19,0	14,6	13,6
35 et plus	24,7	24,5	21,6
Tous les âges	17,4	15,6	14,6

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Il n'a pas été possible d'établir d'autres catégories d'âge en raison de la taille réduite des échantillons.

TABLEAU F1.4 Taux de consommation d'alcool durant la grossesse, selon la région/la province, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Région/province	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir consommé de l'alcool pendant sa grossesse		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Provinces de l'Atlantique**	8,2	7,7	7,7
Québec	26,3	23,7	25,1
Ontario	14,5	12,8	13,6
Prairies	16,9	16,7	10,2
Colombie-Britannique**	15,9	12,7	9,2
Toutes les provinces	17,4	15,6	14,6

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Ces estimations sont peu précises parce qu'elles sont fondées sur un échantillon réduit.



TABLEAU F1.5 Taux et durée de l'allaitement maternel, selon l'âge de la mère,
Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Âge de la mère (ans)	Pourcentage d'enfants de de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité au sein (peu importe la durée)			Pourcentage d'enfants de de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité au sein pendant au moins trois mois**		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Moins de 20	66,3	72,4	73,4	39,6***	46,8***	49,1***
20-24	67,9	74,2	75,3			
25-29	73,4	74,6	81,4	57,7	58,5	59,5
30-34	77,7	81,7	83,5	64,4	69,4	67,1
≥ 35	80,9	82,8	86,5	69,0	71,6	74,9
Tous les âges	75,1	78,5	81,9	58,7	63,0	63,0

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

**L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Estimation fondée sur les enfants ayant été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête.

*** Il n'a pas été possible d'établir d'autres catégories d'âge en raison de la taille réduite des échantillons.

TABLEAU F1.6 Taux et durée de l'allaitement maternel, selon la région/la province,
Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Région/province	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité au sein (peu importe la durée)			Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité au sein pendant au moins trois mois**		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Provinces de l'Atlantique	60,8	68,0	64,5	56,6	56,1	61,2
Québec	56,7	60,7	71,0	54,4	52,1	53,3
Ontario	80,5	82,3	84,1	58,4	67,2	64,6
Prairies	86,2	88,9	88,2	63,1	64,1	65,9
Colombie-Britannique	87,9	89,5	95,2	60,3	65,4	69,2
Toutes les provinces	75,1	78,5	81,9	58,7	63,0	63,0

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

**L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Les estimations sont fondées sur les enfants ayant été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête.

**TABLEAU F1.7 Taux de sous-scolarisation de la mère et autres catégories de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999**

Niveau de scolarité le plus élevé de la mère	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère avait un niveau de scolarité donné		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Études secondaires non terminées	17,2	14,9	13,4
Diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires)	16,9	17,2	16,8
Quelques études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires)	23,0	24,0	23,3
Diplôme d'études collégiales/universitaires	42,9	43,9	46,5

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

TABLEAU F1.8 Taux de tabagisme maternel durant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Niveau de scolarité le plus élevé de la mère	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir fumé pendant sa grossesse		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Études secondaires non terminées	35,0	31,4	35,9
Diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires)	21,5	19,2	18,1
Quelques études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires)	21,0	19,1	19,5
Diplôme d'études collégiales/universitaires	13,6	10,6	9,0

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).
*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**TABLEAU F1.9 Taux de consommation d'alcool durant la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999**

Niveau de scolarité le plus élevé de la mère	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir consommé de l'alcool pendant sa grossesse		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Études secondaires non terminées**	11,1	11,2	9,9
Diplôme d'études secondaires** (aucune étude postsecondaire)	12,6	12,9	12,8
Quelques études postsecondaires (no college or university degree)	21,0	15,8	11,4
University/college graduate	20,5	17,9	17,7

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

* L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Ces estimations sont peu précises parce qu'elles sont fondées sur un échantillon réduit.

TABLEAU F1.10 Taux d'allaitement maternel, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada (à l'exclusion des territoires)*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Niveau de scolarité le plus élevé de la mère	Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité au sein (peu importe la durée)			Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont la mère a déclaré avoir allaité au sein pendant au moins trois mois**		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Études secondaires non terminées	63,0	69,8	70,5	56,2	46,9	49,9
Diplôme d'études secondaires (aucune étude postsecondaire)	71,8	75,4	81,0	57,7	62,5	63,8
Quelques études postsecondaires (aucun diplôme d'études collégiales ou universitaires)	78,6	79,8	82,7	59,2	65,6	60,0
Diplôme d'études collégiales/ universitaires	81,8	85,7	89,0	65,9	70,3	71,1

Source : Statistique Canada. ELNEJ, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 (totalisations sur mesure).

*L'ELNEJ ne contenait pas de données sur les territoires.

**Les estimations sont fondées sur les enfants ayant été allaités, mais qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête.



Annexe F

TABLEAU F1.11 Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	14 ans ou moins	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45 ans et plus	Âge inconnu	Total
1991	222	5 489	11 119	54 353	94 139	64 223	18 968	2 314	75	148	251 050
1992	212	5 574	10 799	52 032	90 527	66 127	20 017	2 571	51	133	248 043
1993	205	5 303	10 480	50 430	84 548	65 743	20 921	2 733	73	106	240 542
1994	197	5 218	10 796	49 347	80 865	66 590	22 017	2 930	66	16	238 042
1995	182	5 124	10 535	48 008	75 803	66 240	22 634	3 088	108	25	231 747
1996	176	4 786	9 844	46 188	73 433	64 339	23 896	3 383	122	21	226 188
1997	170	4 422	9 212	43 762	69 586	60 756	24 047	3 517	114	4	215 590
1998	153	4 343	9 160	42 954	67 078	58 149	24 118	3 609	123	102	209 789
1999	142	4 079	8 890	42 016	65 466	56 630	24 915	3 867	140	12	206 157
2000	111	3 663	8 369	40 621	63 710	54 839	24 855	4 138	129	19	200 454

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).
 *Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

TABLEAU F1.12 Nombre de femmes, selon l'âge, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	14 ans	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
1991	118 869	355 875	237 700	631 046	759 864	805 003	741 016	663 490	523 270
1992	118 495	360 031	235 838	625 540	735 700	807 453	763 175	672 887	558 716
1993	121 465	361 277	239 394	621 533	707 553	811 429	783 218	688 364	589 248
1994	124 859	365 424	243 858	617 256	681 993	809 724	797 454	708 257	618 653
1995	125 959	371 479	246 287	614 983	662 997	801 405	808 900	730 788	646 077
1996	124 778	379 026	248 729	617 708	655 419	781 964	820 079	751 105	668 245
1997	124 473	381 261	251 010	624 198	650 020	758 665	824 275	774 707	677 651
1998	125 026	379 773	255 873	629 287	644 023	728 402	826 343	793 348	691 117
1999	124 264	378 100	258 909	638 399	639 650	701 295	823 187	805 629	709 751
2000	123 627	377 100	258 291	645 264	637 336	681 336	812 630	814 975	730 914

Source : Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle (N° 91-213-XPB au catalogue), Ottawa, 2002.

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Annexe F

TABLEAU F1.13 Proportion (%)* de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000**

Année	14 ans ou moins	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45 ans et plus
1991	0,09	2,19	4,43	21,66	37,52	25,60	7,56	0,92	0,03
1992	0,08	2,25	4,36	20,99	36,52	26,67	8,07	1,04	0,02
1993	0,09	2,21	4,36	20,97	35,16	27,34	8,70	1,14	0,03
1994	0,08	2,19	4,54	20,73	33,97	27,98	9,25	1,23	0,03
1995	0,08	2,20	4,55	20,72	32,71	28,59	9,77	1,33	0,05
1996	0,08	2,12	4,35	20,41	32,47	28,45	10,57	1,50	0,05
1997	0,08	2,05	4,27	20,31	32,28	28,18	11,15	1,63	0,05
1998	0,07	2,07	4,37	20,48	32,00	27,73	11,50	1,72	0,06
1999	0,06	1,98	4,31	20,38	31,76	27,47	12,09	1,88	0,07
2000	0,05	1,83	4,18	20,27	31,79	27,36	12,40	2,06	0,06

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

TABLEAU F1.14 Taux de naissances vivantes, selon l'âge maternel, pour 1 000 femmes, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	14 ans ou moins**	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45 ans et plus***
1991	1,9	15,4	46,8	86,1	123,9	79,8	25,6	3,5	0,14
1992	1,8	15,5	45,8	83,2	123,0	81,9	26,2	3,8	0,09
1993	1,7	14,7	43,8	81,1	119,5	81,0	26,7	4,0	0,12
1994	1,6	14,3	44,3	79,9	118,6	82,2	27,6	4,1	0,11
1995	1,4	13,8	42,8	78,1	114,3	82,7	28,0	4,2	0,17
1996	1,4	12,6	39,6	74,8	112,0	82,3	29,1	4,5	0,18
1997	1,4	11,6	36,7	70,1	107,1	80,1	29,2	4,5	0,17
1998	1,2	11,4	35,8	68,3	104,2	79,8	29,2	4,5	0,18
1999	1,1	10,8	34,3	65,8	102,3	80,8	30,3	4,8	0,20
2000	0,9	9,7	32,4	63,0	100,0	80,5	30,6	5,1	0,18

Sources : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle (N° 91-213-XPB au catalogue), Ottawa, 2002.

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 ans.

*** Les taux sont fondés sur la population féminine de 45 à 49 ans.



Annexe F

TABLEAU F1.15 Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Province/territoire	moins de 18 ans**	18-19 ans	20-24 ans	25-29 years	30-34 ans	35-39 ans	40 ans plus***	Âge inconnu	Total
Terre-Neuve	125	266	1 084	1 580	1 343	435	36	0	4 869
Île-du-Prince-Édouard	44	77	335	430	376	152	27	0	1 441
Nouvelle-Écosse	196	388	1 893	2 906	2 497	1 061	173	1	9 115
Nouveau-Brunswick	143	414	1 795	2 496	1 768	660	71	0	7 347
Québec	779	2 423	14 696	24 230	19 893	8 530	1 452	2	72 005
Manitoba	503	837	3 185	4 369	3 458	1 502	235	1	14 090
Saskatchewan	531	832	3 088	3 878	2 509	1 098	189	14	12 139
Alberta	761	1 696	7 565	11 414	10 124	4 659	786	1	37 006
Colombie-Britannique	563	1 287	6 527	11 952	12 514	6 564	1 265	0	40 672
Yukon	11	22	70	92	96	72	7	0	370
Territoires du Nord-Ouest	39	45	160	173	155	85	16	0	673
Nunavut	79	82	223	190	106	37	10	0	727
CANADA	3 774	8 369	40 621	63 710	54 839	24 855	4 267	19	200 454

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les groupes d'âge de 14 ans ou moins et de 15 à 17 ans ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.

***Les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 ans ou plus ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.

TABLEAU F1.16 Nombre de femmes, selon l'âge et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Province/territoire	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-49 ans
Terre-Neuve	15 714	8 136	19 070	18 197	20 166	22 846	45 398
Île-du-Prince-Édouard	4 114	2 010	4 722	4 542	4 559	5 729	10 637
Nouvelle-Écosse	24 765	12 588	31 059	32 029	33 818	40 671	75 902
Nouveau-Brunswick	20 019	9 988	25 165	26 300	26 773	31 805	61 135
Québec	178 253	97 221	246 897	234 128	255 638	315 148	613 843
Manitoba	32 032	15 545	38 188	38 375	38 490	45 323	85 679
Saskatchewan	31 150	14 885	35 893	32 675	31 912	39 104	73 644
Alberta	87 332	43 206	108 306	109 564	112 890	131 773	239 323
Colombie-Britannique	104 194	53 265	132 326	137 570	152 853	175 758	333 461
Yukon	977	396	884	1 090	1 260	1 570	2 796
Territoires du Nord-Ouest	1 125	572	1 567	1 749	1 803	1 970	2 826
Nunavut	1 052	479	1 187	1 117	1 174	933	1 245
CANADA	500 727	258 291	645 264	637 336	681 336	812 630	1 545 889

Source : Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle (N° 91-213-XPB au catalogue), Ottawa, 2002.

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Annexe F

TABLEAU F1.17 Proportion (%)* de naissances vivantes, selon l'âge de la mère et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)***, 2000**

Province/territoire	Moins de 18 ans****	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus*****
Terre-Neuve	2,6 (2,1-3,1)	5,5 (4,8-6,1)	22,3 (21,1-23,5)	32,4 (31,1-33,8)	27,6 (26,3-28,9)	8,9 (8,1-9,8)	0,7 (0,5-1,0)
Île-du-Prince-Édouard	3,1 (2,2-4,1)	5,3 (4,2-6,6)	23,3 (21,1-25,5)	29,8 (27,5-32,3)	26,1 (23,8-28,4)	10,5 (9,0-12,3)	1,9 (1,2-2,7)
Nouvelle-Écosse	2,1 (1,9-2,5)	4,3 (3,9-4,7)	20,8 (19,9-21,6)	31,9 (30,9-32,9)	27,4 (26,5-28,3)	11,6 (11,0-12,3)	1,9 (1,6-2,2)
Nouveau-Brunswick	1,9 (1,6-2,3)	5,6 (5,1-6,2)	24,4 (23,5-25,4)	34,0 (32,9-35,1)	24,1 (23,1-25,1)	9,0 (8,3-9,7)	1,0 (0,8-1,2)
Québec	1,1 (1,0-1,2)	3,4 (3,2-3,5)	20,4 (20,1-20,7)	33,7 (33,3-34,0)	27,6 (27,3-28,0)	11,8 (11,6-12,1)	2,0 (1,9-2,1)
Manitoba	3,6 (3,3-3,9)	5,9 (5,6-6,3)	22,6 (21,9-23,3)	31,0 (30,2-31,8)	24,5 (23,8-25,3)	10,7 (10,2-11,2)	1,7 (1,5-1,9)
Saskatchewan	4,4 (4,0-4,8)	6,7 (6,4-7,3)	25,5 (24,7-26,3)	32,0 (31,2-32,8)	20,7 (20,0-21,4)	9,1 (8,6-9,6)	1,6 (1,3-1,8)
Alberta	2,1 (1,9-2,2)	4,6 (4,4-4,8)	20,4 (20,0-20,9)	30,8 (30,4-31,3)	27,4 (26,9-27,8)	12,6 (12,3-12,9)	2,1 (2,0-2,3)
Colombie-Britannique	1,4 (1,3-1,5)	3,2 (3,0-3,3)	16,0 (15,7-16,4)	29,4 (28,9-29,8)	30,8 (30,3-31,2)	16,1 (15,8-16,5)	3,1 (2,9-3,3)
Yukon	3,0 (1,5-5,3)	5,9 (3,8-8,9)	18,9 (15,1-23,3)	24,9 (20,5-29,6)	25,9 (21,6-30,7)	19,5 (15,5-23,9)	1,9 (0,8-3,9)
Territoires du Nord-Ouest	5,8 (4,2-7,8)	6,7 (4,9-8,8)	23,8 (20,6-27,2)	25,7 (22,4-29,2)	23,0 (19,9-26,4)	12,6 (10,2-15,4)	2,4 (1,4-3,8)
Nunavut	10,8 (8,7-13,4)	11,3 (9,1-13,8)	30,7 (27,3-34,2)	26,1 (23,0-29,5)	14,6 (12,1-17,4)	5,1 (3,6-6,9)	1,4 (0,7-2,5)
CANADA	1,9 (1,8-1,9)	4,2 (4,1-4,3)	20,3 (20,1-20,4)	31,8 (31,6-32,0)	27,3 (27,2-27,6)	12,4 (12,3-12,5)	2,1 (2,1-2,2)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**Avec des IC à 95 %.

***Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

****Les groupes d'âge de 14 ans ou moins et de 15 à 17 ans ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.

*****Les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 ans ou plus ont été combinés en raison de la petitesse des nombres.



Annexe F

TABLEAU F1.18 Taux de naissances vivantes, selon l'âge de la mère* et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000**

Province/territoire	Moins de 18 ans***	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus****
Terre-Neuve	8,0 (6,6-9,5)	32,7 (28,9-36,8)	56,8 (53,6-60,2)	86,8 (82,8-91,0)	66,6 (63,2-70,1)	19,0 (17,3-20,9)	0,8 (0,6-1,1)
Île-du-Prince-Édouard	10,7 (7,8-14,3)	38,3 (30,3-47,6)	70,9 (63,8-78,6)	94,7 (86,3-103,6)	82,5 (74,6-90,8)	26,5 (22,5-31,0)	2,5 (1,7-3,7)
Nouvelle-Écosse	7,9 (6,8-9,1)	30,8 (27,9-34,0)	60,9 (58,3-63,7)	90,7 (87,6-93,9)	73,8 (71,1-76,7)	26,1 (24,6-27,7)	2,3 (2,0-2,6)
Nouveau-Brunswick	7,1 (6,0-8,4)	41,4 (37,6-45,5)	71,3 (68,2-74,6)	94,9 (91,4-98,5)	66,0 (63,1-69,1)	20,8 (19,2-22,4)	1,2 (0,9-1,5)
Québec	4,4 (4,1-4,7)	24,9 (24,0-25,9)	59,5 (58,6-60,5)	103,5 (102,3-104,7)	77,8 (76,8-78,9)	27,1 (26,5-27,6)	2,4 (2,2-2,5)
Manitoba	15,7 (14,4-17,1)	53,8 (50,3-57,5)	83,4 (80,6-86,2)	113,9 (110,7-117,1)	89,8 (87,0-92,7)	33,1 (31,5-34,8)	2,7 (2,4-3,1)
Saskatchewan	17,0 (15,6-18,5)	55,9 (52,3-59,7)	86,0 (83,2-89,0)	118,7 (115,2-122,2)	78,6 (75,7-81,6)	28,1 (26,5-29,8)	2,6 (2,2-3,0)
Alberta	8,7 (8,1-9,4)	39,3 (37,4-41,1)	69,8 (68,3-71,4)	104,2 (102,4-106,0)	89,7 (88,0-91,4)	35,4 (34,4-36,4)	3,3 (3,1-3,5)
Colombie-Britannique	5,4 (5,0-5,9)	24,2 (22,9-25,5)	49,3 (48,2-50,5)	86,9 (85,4-88,4)	81,9 (80,5-83,3)	37,3 (36,5-38,2)	3,8 (3,6-4,0)
Yukon	11,3 (5,6-20,1)	55,6 (35,1-82,9)	79,2 (62,2-99,0)	84,4 (68,6-102,5)	76,2 (62,1-92,2)	45,9 (36,1-57,4)	2,5 (1,5-5,2)
Territoires du Nord-Ouest	34,7 (24,8-47,1)	78,7 (58,8-103,9)	102,1 (87,6-118,2)	98,9 (85,3-113,9)	86,0 (73,4-99,9)	43,1 (34,6-53,1)	5,7 (3,2-9,2)
Nunavut	75,1 (59,9-92,7)	171,2 (138,5-208,0)	187,9 (166,0-211,3)	170,1 (148,5-193,4)	90,3 (74,5-108,2)	39,7 (28,1-54,2)	8,0 (3,9-14,7)
CANADA	7,5 (7,3-7,8)	32,4 (31,7-33,1)	63,0 (62,4-63,5)	100,0 (99,2-100,7)	80,5 (79,8-81,1)	30,6 (30,2-31,0)	2,8 (2,7-2,8)

Sources : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle, n° 91-213-XPB au catalogue, Ottawa, 2002.

*Avec des intervalles de confiance à 95 %.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

***Les groupes d'âge de 14 ans ou moins et de 15 à 17 ans ont été combinés en raison de la petitesse des nombres. Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 à 17 ans.

****Les groupes d'âge de 40 à 44 ans et de 45 ans ou plus ont été combinés en raison de la petitesse des nombres. Les taux sont fondés sur la population féminine de 40 à 49 ans.



Annexe F

TABLEAU F2.1 Taux de déclenchement du travail, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de décl. médicaux	Nombre d'acc. à l'hôpital	Décl. médicaux pour 100 acc. à l'hôpital	Nombre de décl. chirurgicaux (RAM)*	Décl. chirurgicaux pour 100 acc. à l'hôpital
1991-1992	51 312	398 878	12,9	25 271	6,3
1992-1993	51 504	391 015	13,2	25 562	6,5
1993-1994	54 624	383 235	14,3	29 328	7,7
1994-1995	59 662	381 890	15,6	30 620	8,0
1995-1996	63 061	372 580	16,9	29 910	8,0
1996-1997	63 048	358 161	17,6	27 090	7,6
1997-1998	64 473	344 797	18,7	28 076	8,1
1998-1999	63 381	337 261	18,7	25 559	7,6
1999-2000	65 973	334 476	19,7	25 354	7,6
2000-2001	63 622	323 455	19,7	24 772	7,7

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Rupture artificielle des membranes avant le commencement du travail (code 85.01 de la CCADTC).

TABLEAU F2.2 Taux de déclenchement du travail, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/territoire	Nombre de décl. médicaux	Nombre d'acc. à l'hôpital	Décl. médicaux (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital	Nombre de décl. chirurgicaux (RAM)*	Décl. chirurgicaux (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital
Terre-Neuve	940	4 751	19,8 (18,7-21,0)	502	10,6 (9,7-11,5)
Île-du-Prince-Édouard	299	1 365	21,9 (19,7-24,2)	189	13,8 (12,1-15,8)
Nouvelle-Écosse	1 702	8 523	20,0 (19,2-20,9)	780	9,2 (8,6-9,8)
Nouveau-Brunswick	1 208	7 390	16,3 (15,5-17,2)	572	7,7 (7,1-8,4)
Québec	14 671	69 352	21,2 (20,9-21,5)	6 484	9,3 (9,1-9,6)
Ontario	24 660	128 734	19,2 (18,9-19,4)	12 195	9,5 (9,3-9,6)
Manitoba	2 679	13 813	19,4 (18,7-20,1)	371	2,7 (2,4-3,0)
Saskatchewan	2 305	11 931	19,3 (18,6-20,0)	319	2,7 (2,4-3,0)
Alberta	8 590	36 561	23,5 (23,1-23,9)	2 008	5,5 (5,3-5,7)
Colombie-Britannique	6 422	39 597	16,2 (15,9-16,6)	1 345	3,4 (3,0-3,3)
Yukon	37	353	10,5 (7,5-14,2)	0	0,0 (0,0-1,0)
Territoires du Nord-Ouest	99	750	13,2 (10,9-15,8)	7	0,9 (0,4-1,9)
Nunavut	10	335	3,0 (1,4-5,4)	0	0,0 (0,0-1,1)
CANADA	63 622	323 455	19,7 (19,5-19,8)	24 772	7,7 (7,6-7,8)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

*Rupture artificielle des membranes avant le commencement du travail (code 85.01 de la CCADTC).

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F2.3 Taux de césarienne (cés.) en général et de césarienne primaire, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de cés.	Nombre d'acc. à l'hôpital	Cés. pour 100 acc. à l'hôpital	Nombre de cés. primaires	Nombre d'acc., aucune cés. antérieure	Cés. primaires pour 100 acc. à l'hôpital
1991-1992	72 466	398 878	18,2	44 783	361 047	12,4
1992-1993	70 043	391 015	17,9	43 588	353 064	12,3
1993-1994	68 238	383 235	17,8	43 081	346 168	12,4
1994-1995	66 974	381 890	17,5	42 664	345 147	12,4
1995-1996	65 755	372 580	17,6	42 408	335 955	12,6
1996-1997	65 131	358 161	18,2	42 218	322 825	13,1
1997-1998	63 812	344 797	18,5	41 713	310 749	13,4
1998-1999	64 026	337 261	19,0	41 884	303 371	13,8
1999-2000	65 871	334 476	19,7	43 548	301 101	14,5
2000-2001	68 455	323 455	21,2	45 353	290 476	15,6

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

TABLEAU F2.4 Taux de césarienne (cés.) répétée, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de femmes qui accouchent à nouveau par césarienne	Nombre de d'acc. à l'hôpital	Pourcentage de femmes qui accouchent à nouveau par césarienne	Nombre de césariennes répétées	Taux de césarienne répétée (%)
1991-1992	37 831	398 878	9,5	27 683	73,2
1992-1993	37 951	391 015	9,7	26 455	69,7
1993-1994	37 067	383 235	9,7	25 157	67,9
1994-1995	36 812	381 890	9,6	24 310	66,0
1995-1996	36 071	372 580	9,7	23 347	64,7
1996-1997	35 326	358 161	9,9	22 913	64,9
1997-1998	34 048	344 797	9,9	22 099	64,9
1998-1999	33 890	337 261	10,0	22 142	65,3
1999-2000	33 375	334 476	10,0	22 323	66,9
2000-2001	32 979	323 455	10,2	23 102	70,1

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

**TABLEAU F2.5 Taux de césarienne (cés.) primaire, selon l'âge de la mère, Canada, 1991-1992 à 2000-2001**

Année financière	Âge de la mère (ans)								
	Moins de 25			25-34			35 et plus		
	Nombre de cés. primaires	Nombre d'acc., aucune cés. antérieure	Cés. primaires pour 100 acc. à l'hôpital*	Nombre de cés. primaires	Nombre d'acc., aucune cés. antérieure	Cés. primaires pour 100 acc. à l'hôpital*	Nombre de cés. primaires	Nombre d'acc., aucune cés. antérieure	Cés. primaires pour 100 acc. à l'hôpital*
1991-1992	12 041	99 545	12,1	27 971	229 821	12,2	4 769	31 671	15,1
1992-1993	11 399	95 957	11,9	27 312	224 019	12,2	4 877	33 088	14,7
1993-1994	10 860	93 335	11,6	26 784	217 891	12,3	5 437	34 939	15,6
1994-1995	10 553	93 378	11,3	26 538	215 012	12,3	5 573	36 757	15,2
1995-1996	10 215	89 614	11,4	26 051	207 611	12,5	6 141	38 725	15,9
1996-1997	9 604	84 220	11,4	26 024	198 374	13,1	6 590	40 236	16,4
1997-1998	9 530	80 408	11,9	25 417	189 532	13,4	6 766	40 807	16,6
1998-1999	9 464	79 634	11,9	25 206	182 182	13,8	7 214	41 551	17,4
1999-2000	9 515	77 263	12,3	26 223	180 626	14,5	7 810	43 211	18,1
2000-2001	9 822	73 431	13,4	27 103	173 651	15,6	8 427	43 389	19,4

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Exclut les accouchements à l'hôpital quand l'âge de la mère est inconnu.

TABLEAU F2.6 Proportion de naissances vivantes qui étaient des premières naissances, selon l'âge de la mère*, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1991-2000**

Année	Âge de la mère (ans)								
	Moins de 25			25-34			35 et plus		
	Nombre de naiss. vivantes qui étaient des 1 ^{res} naiss. ***	Nombre de naiss. vivantes	1 ^{res} naiss. pour 100 naiss. vivantes	Nombre de naiss. vivantes qui étaient des 1 ^{res} naiss. ***	Nombre de naiss. vivantes	1 ^{res} naiss. pour 100 naiss. vivantes	Nombre de naiss. vivantes qui étaient des 1 ^{res} naiss. ***	Nombre de naiss. vivantes	1 ^{res} naiss. pour 100 naiss. vivantes
1991	44 686	71 183	62,8	57 908	158 362	36,6	4 960	21 357	23,2
1992	42 330	68 617	61,7	57 252	156 654	36,6	5 168	22 639	22,8
1993	40 914	66 418	61,6	55 250	150 291	36,8	5 632	23 727	23,7
1994	40 497	65 558	61,8	54 169	147 455	36,7	6 025	25 013	24,1
1995	39 626	63 849	62,1	52 957	142 043	37,3	6 374	25 830	24,7
1996	37 735	60 994	61,9	51 927	137 772	37,7	6 798	27 401	24,8
1997	35 582	57 566	61,8	49 582	130 342	38,0	7 054	27 678	25,5
1998	33 830	56 610	59,8	46 198	125 227	36,9	6 973	27 849	25,0
1999	32 937	55 127	59,8	45 586	122 096	37,3	7 387	28 922	25,5
2000	31 827	52 764	60,3	45 795	118 549	38,6	7 479	29 122	25,7

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

***Naissances vivantes chez les femmes n'ayant pas déjà mis au monde un enfant vivant ou mort-né.



TABLEAU F2.7 Taux de césarienne (cés.) en général, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/territoire	Nombre de cés.	Nombre d'accouchements à l'hôpital	Cés. (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital	
Terre-Neuve	1 209	4 751	25,4	(24,2-26,7)
Île-du-Prince-Édouard	329	1 365	24,1	(21,9-26,5)
Nouvelle-Écosse	1 998	8 523	23,4	(22,5-24,4)
Nouveau-Brunswick	1 907	7 390	25,8	(24,8-26,8)
Québec	12 864	69 352	18,5	(18,3-18,8)
Ontario	27 995	128 734	21,7	(21,5-22,0)
Manitoba	2 549	13 813	18,5	(17,8-19,1)
Saskatchewan	2 153	11 931	18,0	(17,4-18,7)
Alberta	7 642	36 561	20,9	(20,5-21,3)
Colombie-Britannique	9 613	39 597	24,3	(23,9-24,7)
Yukon	66	353	18,7	(14,8-23,2)
Territoires du Nord-Ouest	103	750	13,7	(11,3-16,4)
Nunavut	27	335	8,1	(5,4-11,5)
CANADA	68 455	323 455	21,2	(21,0-21,3)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.
IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F2.8 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Nombre d'acc. chirurgicaux par voie vaginale	Acc. chirurgicaux par voie vaginale pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	Nombre d'acc. par accouchement par forceps	Recours aux forceps pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	Nombre d'extractions par ventouse	Extractions par ventouse pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital
1991-1992	326 412	56 678	17,4	36 478	11,2	22 223	6,8
1992-1993	320 972	55 665	17,3	33 708	10,5	24 005	7,5
1993-1994	314 997	53 409	16,9	30 723	9,7	25 113	8,0
1994-1995	314 916	53 066	16,8	27 587	8,8	27 393	8,7
1995-1996	306 825	50 770	16,5	23 893	7,8	28 766	9,4
1996-1997	293 030	48 861	16,7	20 911	7,1	29 827	10,2
1997-1998	280 985	47 788	17,0	19 235	6,8	30 381	10,8
1998-1999	273 235	46 365	17,0	17 406	6,4	30 695	11,2
1999-2000	268 605	44 466	16,5	17 226	6,4	28 851	10,7
2000-2001	255 000	41 626	16,3	15 856	6,2	27 138	10,6

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

**TABLEAU F2.9 Taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001**

Province/territoire	Nombre d'acc. chirurgicaux par voie vaginale	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Acc. chirurgicaux par voie vaginale (IC à 95 %) pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	
Terre-Neuve	667	3 542	18,8	(17,6-20,2)
Île-du-Prince-Édouard	103	1 036	9,9	(8,2-11,9)
Nouvelle-Écosse	904	6 525	13,9	(13,0-14,7)
Nouveau-Brunswick	933	5 483	17,0	(16,0-18,0)
Québec	9 001	56 488	15,9	(15,6-16,2)
Ontario	17 046	100 739	16,9	(16,7-17,2)
Manitoba	1 030	11 264	9,1	(8,6-9,7)
Saskatchewan	1 676	9 778	17,1	(16,4-17,9)
Alberta	5 338	28 919	18,5	(18,0-18,9)
Colombie-Britannique	4 835	29 984	16,1	(15,7-16,6)
Yukon	40	287	13,9	(10,2-18,5)
Territoires du Nord-Ouest	48	647	7,4	(5,5-9,7)
Nunavut	5	308	1,6	(0,5-3,8)
CANADA	41 626	255 000	16,3	(16,2-16,5)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F2.10 Taux d'accouchement vaginal par forceps, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/territoire	Nombre d'accouchements par forceps	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Recours aux forceps (IC à 95 %) pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	
Terre-Neuve	315	3 542	8,9	(8,0-9,9)
Île-du-Prince-Édouard	62	1 036	6,0	(4,6-7,6)
Nouvelle-Écosse	514	6 525	7,9	(7,2-8,6)
Nouveau-Brunswick	414	5 483	7,6	(6,9-8,3)
Québec	2 840	56 488	5,0	(4,8-5,2)
Ontario	6 921	100 739	6,9	(6,7-7,1)
Manitoba	466	11 264	4,1	(3,8-4,5)
Saskatchewan	419	9 778	4,3	(3,9-4,7)
Alberta	1 890	28 919	6,5	(6,3-6,8)
Colombie-Britannique	2 001	29 984	6,7	(6,4-7,0)
Yukon	4	287	1,4	(0,4-3,6)
Territoires du Nord-Ouest	8	647	1,2	(0,5-2,4)
Nunavut	2	308	0,7	(0,1-2,3)
CANADA	15 856	255 000	6,2	(6,1-6,3)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU F2.11 Taux d'accouchement vaginal par ventouse, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001**

Province/territoire	Nombre d'extractions par ventouse	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Extractions par ventouse (IC à 95 %) pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	
Terre-Neuve	358	3 542	10,1	(9,1-11,2)
Île-du-Prince-Édouard	50	1 036	4,8	(3,6-6,3)
Nouvelle-Écosse	390	6 525	6,0	(5,4-6,6)
Nouveau-Brunswick	551	5 483	10,1	(9,3-10,9)
Québec	6 465	56 488	11,4	(11,2-11,7)
Ontario	10 662	100 739	10,6	(10,4-10,8)
Manitoba	564	11 264	5,0	(4,6-5,4)
Saskatchewan	1 348	9 778	13,8	(13,2-14,5)
Alberta	3 685	28 919	12,7	(12,4-13,1)
Colombie-Britannique	2 985	29 984	10,0	(9,7-10,4)
Yukon	36	287	12,5	(9,0-17,1)
Territoires du Nord-Ouest	41	647	6,3	(4,6-8,5)
Nunavut	3	308	1,0	(0,2-2,9)
CANADA	27 138	255 000	10,6	(10,5-10,8)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F2.12 Taux de déchirure du périnée, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de déchirures du 1 ^{er} et du 2 ^e degré	Nombre de déchirures du 3 ^e degré	Nombre de déchirures du 4 ^e degré	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Déchirures du 1 ^{er} et du 2 ^e degré pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	Déchirures du 3 ^e degré pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	Déchirures du 4 ^e degré pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital
1991-1992	107 851	12 427	4 623	326 412	33,0	3,8	1,4
1992-1993	118 431	12 088	4 261	320 972	36,9	3,8	1,3
1993-1994	126 785	11 148	3 830	314 997	40,2	3,5	1,2
1994-1995	134 258	11 146	3 506	314 916	42,6	3,5	1,1
1995-1996	137 694	10 420	3 111	306 825	44,9	3,4	1,0
1996-1997	135 326	10 356	2 952	293 030	46,2	3,5	1,0
1997-1998	131 470	9 926	2 772	280 985	46,8	3,5	1,0
1998-1999	128 634	9 753	2 731	273 235	47,1	3,6	1,0
1999-2000	127 776	9 547	2 713	268 605	47,6	3,5	1,0
2000-2001	126 722	9 586	2 509	255 000	49,7	3,7	1,0

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.



Annexe F

TABLEAU F2.13 Taux d'épisiotomie, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Épisiotomies pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital
1991-1992	160 363	326 412	49,1
1992-1993	142 161	320 972	44,3
1993-1994	123 692	314 997	39,3
1994-1995	108 868	314 916	34,6
1995-1996	94 786	306 825	30,9
1996-1997	84 529	293 030	28,8
1997-1998	76 356	280 985	27,2
1998-1999	71 950	273 235	26,3
1999-2000	67 611	268 605	25,2
2000-2001	60 829	255 000	23,8

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

TABLEAU F2.14 Taux d'épisiotomie, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/territoire	Nombre d'épisiotomies	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Épisiotomies (IC à 95 %) pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital
Terre-Neuve	892	3 542	25,2 (23,8-26,7)
Île-du-Prince-Édouard	257	1 036	24,8 (22,2-27,5)
Nouvelle-Écosse	1 451	6 525	22,2 (21,2-23,3)
Nouveau-Brunswick	1 477	5 483	26,9 (25,8-28,1)
Québec	17 013	56 488	30,1 (29,7-30,5)
Ontario	24 523	100 739	24,3 (24,1-24,6)
Manitoba	1 629	11 264	14,5 (13,8-15,1)
Saskatchewan	1 913	9 778	19,6 (18,8-20,4)
Alberta	5 911	28 919	20,4 (20,0-20,9)
Colombie-Britannique	5 699	29 984	19,0 (18,6-19,5)
Yukon	15	287	5,2 (3,0-8,5)
Territoires du Nord-Ouest	40	647	6,2 (4,5-8,4)
Nunavut	9	308	2,9 (1,4-5,6)
CANADA	60 829	255 000	23,8 (23,7-24,0)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU F2.15 Taux de court séjour à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001**

Année financière	Accouchement par voie vaginale			Césarienne		
	Nombre de femmes dont la DS est moins de 2 jours	Nombre de d'acc. à l'hôpital	Femmes dont la DS est moins de 2 jours pour 100 acc vaginaux à l'hôpital	Nombre de femmes dont la DS est moins de 4 jours	Nombre d'acc. à l'hôpital	Femmes dont la DS est moins 4 jours pour 100 acc. par césarienne à l'hôpital
1991-1992	12 159	326 412	3,7	1 970	72 466	2,7
1992-1993	15 501	320 972	4,8	3 041	70 043	4,3
1993-1994	22 159	314 997	7,0	5 181	68 238	7,6
1994-1995	39 953	314 916	12,7	9 178	66 974	13,7
1995-1996	51 340	306 825	16,7	12 301	65 755	18,7
1996-1997	52 286	293 030	17,8	14 156	65 131	21,7
1997-1998	55 777	280 985	19,9	16 899	63 812	26,5
1998-1999	58 796	273 235	21,5	19 377	64 026	30,3
1999-2000	55 027	268 605	20,5	21 494	65 871	32,6
2000-2001	50 454	255 000	19,8	24 410	68 455	35,7

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

TABLEAU F2.16 Taux de court séjour à l'hôpital pour un accouchement par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/territoire	Nombre de femmes dont la DS est moins de 2 jours	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Femmes dont la DS est moins de 2 jours (IC à 95 %) pour 100 acc. vaginaux à l'hôpital	
Terre-Neuve	226	3 542	6,4	(5,6-7,2)
Île-du-Prince-Édouard	23	1 036	2,2	(1,4-3,3)
Nouvelle-Écosse	815	6 525	12,5	(11,7-13,3)
Nouveau-Brunswick	303	5 483	5,5	(4,9-6,2)
Québec	2 490	56 488	4,4	(4,2-4,6)
Ontario	25 263	100 739	25,1	(24,8-25,3)
Manitoba	1 468	11 264	13,0	(12,4-13,7)
Saskatchewan	1 109	9 778	11,3	(10,7-12,0)
Alberta	10 536	28 919	36,4	(35,9-37,0)
Colombie-Britannique	7 927	29 984	26,4	(25,9-26,9)
Yukon	32	287	11,1	(7,8-15,4)
Territoires du Nord-Ouest	84	647	13,0	(10,5-15,8)
Nunavut	178	308	57,8	(52,1-63,4)
CANADA	50 454	255 000	19,8	(19,6-19,9)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001. Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU F2.17 Taux de court séjour à l'hôpital pour un accouchement par césarienne, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001**

Province/territoire	Nombre de femmes dont la DS est moins de 4 jours	Nombre d'acc. par césarienne à l'hôpital	Femmes dont la DS est moins de 4 jours (IC à 95 %) pour 100 acc. par césarienne à l'hôpital	
Terre-Neuve	305	1 209	25,2	(22,8-27,8)
Île-du-Prince-Édouard	7	329	2,1	(0,9-4,3)
Nouvelle-Écosse	663	1 998	33,2	(31,1-35,3)
Nouveau-Brunswick	633	1 907	33,2	(31,1-35,4)
Québec	1 982	12 864	15,4	(14,8-16,0)
Ontario	11 344	27 995	40,5	(40,0-41,1)
Manitoba	846	2 549	33,2	(31,4-35,1)
Saskatchewan	618	2 153	28,7	(26,8-30,7)
Alberta	3 924	7 642	51,4	(50,2-52,5)
Colombie-Britannique	4 040	9 613	42,0	(41,0-43,0)
Yukon	12	66	18,2	(9,8-29,6)
Territoires du Nord-Ouest	21	103	20,4	(13,1-29,5)
Nunavut	15	27	55,6	(35,3-74,5)
CANADA	24 410	68 455	35,7	(35,3-36,0)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F2.18 Durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année	Accouchement vaginal		Accouchement par césarienne	
	Nombre d'acc. à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)	Nombre d'acc. à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)
1991-1992	326 412	3,6 (1,8)	72 466	6,3 (2,7)
1992-1993	320 972	3,3 (1,7)	70 043	6,0 (2,7)
1993-1994	314 997	3,1 (1,7)	68 238	5,6 (2,6)
1994-1995	314 916	2,8 (1,6)	66 974	5,3 (2,6)
1995-1996	306 825	2,6 (1,6)	65 755	5,0 (2,5)
1996-1997	293 030	2,5 (1,5)	65 131	4,8 (2,5)
1997-1998	280 985	2,4 (1,5)	63 812	4,6 (2,5)
1998-1999	273 235	2,4 (1,5)	64 026	4,5 (2,5)
1999-2000	268 605	2,4 (1,5)	65 871	4,5 (2,4)
2000-2001	255 000	2,4 (1,5)	68 455	4,4 (2,4)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

ET — écart type.

**TABLEAU F2.19** Durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital pour un accouchement, selon la province/le territoire, *Canada, 2000-2001*

Province/territoire	Nombre d'acc. vaginaux	DS moyenne en jours (ET) – acc. vaginaux	Nombre d'acc. par césarienne à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET) – acc. par césarienne
Terre-Neuve	3 542	3,4 (2,3)	1 209	5,5 (3,6)
Île-du-Prince-Édouard	1 036	3,1 (1,6)	329	5,5 (2,3)
Nouvelle-Écosse	6 525	2,9 (2,0)	1 998	4,7 (2,9)
Nouveau-Brunswick	5 483	2,8 (1,6)	1 907	4,6 (2,5)
Québec	56 488	2,7 (1,4)	12 864	4,8 (2,3)
Ontario	100 739	2,2 (1,4)	27 995	4,2 (2,3)
Manitoba	11 264	2,6 (1,4)	2 549	4,6 (2,7)
Saskatchewan	9 778	2,8 (1,6)	2 153	4,6 (2,4)
Alberta	28 919	2,0 (1,4)	7 642	4,0 (2,5)
Colombie-Britannique	29 984	2,3 (1,6)	9 613	4,2 (2,4)
Yukon	287	3,1 (1,4)	66	4,7 (1,6)
Territoires du Nord-Ouest	647	2,7 (1,4)	103	4,9 (2,0)
Nunavut	308	1,6 (0,9)	27	3,9 (2,9)
CANADA	255 000	2,4 (1,5)	68 455	4,4 (2,4)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

ET — écart type.

TABLEAU F2.20 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, *Canada, 1991-1992 à 2000-2001*

Année financière	Poids à la naissance 1 000-2 499 g			Poids à la naissance 2 500 g et plus		
	Nombre de nouveau-nés dont la DS est moins de 2 jours	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés dont la DS est moins de 2 jours pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital	Nombre de nouveau-nés dont la DS est moins de 2 jours	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	Nouveau-nés dont la DS est moins de 2 jours pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital
1991-1992*	1 874	20 101	9,3	15 633	367 385	4,3
1992-1993	1 942	20 257	9,6	21 731	372 764	5,8
1993-1994	2 006	20 131	10,0	31 348	365 004	8,6
1994-1995	2 400	20 700	11,6	54 762	362 772	15,1
1995-1996	2 500	20 083	12,4	70 886	354 003	20,0
1996-1997	2 279	19 217	11,9	70 143	341 042	20,6
1997-1998	2 124	18 707	11,4	75 056	327 900	22,9
1998-1999	2 118	18 116	11,7	78 802	321 080	24,5
1999-2000	2 069	17 762	11,6	74 649	318 682	23,4
2000-2001	1 526	16 912	9,0	68 872	308 236	22,3

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1992-1993 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les données de 1991-1992 sur la Nouvelle-Écosse n'ont pas été incluses dans les estimations pour cette année-là parce qu'elles n'étaient pas complètes.

DS — durée du séjour.

**TABLEAU F2.21 Taux de congé néonatal précoce de l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001**

Province/territoire	Poids à la naissance 1 000-2 499 g			Poids à la naissance 2 500 g et plus		
	Nombre de nouv.-nés dont la DS est moins de 2 jours	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	Nouv.-nés dont la DS est moins de 2 jours (IC à 95 %) pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital	Nombre de nouv.-nés dont la DS est moins de 2 jours	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	Nouv.-nés dont la DS est moins de 2 jours (IC à 95 %) pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital
Terre-Neuve	15	233	6,4 (3,7-10,4)	401	4 521	8,9 (8,1-9,7)
Île-du-Prince-Édouard	1	51	2,0 (0,1-10,5)	26	1 320	2,0 (1,3-2,9)
Nouvelle-Écosse	28	448	6,3 (4,2-8,9)	1 264	8 233	15,4 (14,6-16,1)
Nouveau-Brunswick	17	356	4,8 (2,8-7,5)	438	7 074	6,2 (5,6-6,8)
Québec	229	3 706	6,2 (5,4-7,0)	3 966	66 378	6,0 (5,8-6,2)
Ontario	677	6 805	9,9 (9,3-10,7)	33 167	122 568	27,1 (26,8-27,3)
Manitoba	50	650	7,7 (5,8-10,0)	2 117	13 034	16,2 (15,6-16,9)
Saskatchewan	37	565	6,5 (4,7-8,9)	1 658	11 382	14,6 (13,9-15,2)
Alberta	290	2 115	13,7 (12,3-15,3)	14 596	34 579	42,2 (41,7-42,7)
Colombie-Britannique	168	1 930	8,7 (7,5-10,1)	10 825	37 769	28,7 (28,2-29,2)
Yukon	1	13	7,7 (0,2-36,0)	49	338	14,5 (10,9-18,7)
Territoires du Nord-Ouest	3	24	12,5 (2,7-32,4)	120	321	37,4 (32,1-42,9)
Nunavut	10	16	62,5 (35,4-84,8)	245	719	34,1 (31,6-37,7)
CANADA	1 526	16 912	9,0 (8,6-9,5)	68 872	308 236	22,3 (22,2-22,5)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé, Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

DS — durée du séjour.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F2.22 Durée moyenne de séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Poids à la naissance 1 000-2 499 g		Poids à la naissance 2 500 g et plus	
	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)
1991-1992*	20 101	8,5 (6,6)	367 385	3,5 (1,8)
1992-1993	20 257	8,2 (6,7)	372 764	3,2 (1,7)
1993-1994	20 131	8,1 (6,8)	365 004	2,9 (1,7)
1994-1995	20 700	7,8 (6,8)	362 772	2,6 (1,6)
1995-1996	20 083	7,7 (6,8)	354 003	2,5 (1,6)
1996-1997	19 217	7,8 (6,8)	341 042	2,4 (1,6)
1997-1998	18 707	7,9 (6,8)	327 900	2,3 (1,6)
1998-1999	18 116	7,9 (6,8)	321 080	2,3 (1,6)
1999-2000	17 762	8,0 (6,8)	318 682	2,3 (1,6)
2000-2001	16 912	8,5 (6,8)	308 236	2,4 (1,7)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1992-1993 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les données de 1991-1992 sur la Nouvelle-Écosse n'ont pas été incluses dans les estimations pour cette année-là parce qu'elles n'étaient pas complètes.

ET — écart type.

**TABLEAU F2.23** Durée moyenne de séjour du nouveau-né à l'hôpital après la naissance, selon la province/le territoire, *Canada, 2000-2001*

Province/territoire	Poids à la naissance 1 000-2 499 g		Poids à la naissance 2 500 g et plus	
	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	DS moyenne en jours (ET)
Terre-Neuve	233	9,7 (6,8)	4 521	3,0 (1,7)
Île-du-Prince-Édouard	51	11,5 (7,2)	1 320	3,4 (2,0)
Nouvelle-Écosse	448	10,5 (7,2)	8 233	2,9 (1,9)
Nouveau-Brunswick	356	12,2 (7,3)	7 074	3,0 (2,1)
Québec	3 706	9,3 (7,0)	66 378	2,8 (1,6)
Ontario	6 805	8,1 (6,7)	122 568	2,3 (1,6)
Manitoba	650	9,6 (7,0)	13 034	2,6 (1,9)
Saskatchewan	565	9,5 (7,2)	11 382	2,7 (1,8)
Alberta	2 115	7,6 (6,5)	34 579	2,1 (1,6)
Colombie-Britannique	1 930	9,0 (6,7)	37 769	2,4 (1,7)
Yukon	13	4,6 (3,3)	338	3,0 (1,8)
Territoires du Nord-Ouest	24	5,8 (5,9)	321	2,6 (1,7)
Nunavut	16	5,5 (8,3)	719	1,4 (1,2)
CANADA	16 912	8,5 (6,8)	308 236	2,4 (1,7)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDPC), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

ET — écart type.

TABLEAU F3.1 Nombre de décès maternels et ratio de mortalité maternelle, selon la cause directe et indirecte, *Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1979-1981 à 1997-1999*

Période	Nombre de décès maternels			Nombre de naiss. vivantes	Décès maternels (IC à 95 %) pour 100 000 naiss. vivantes	
	Causes directes	Causes indirectes	Total		Causes directes seulement	Causes directes et indirectes
1979-1981	43	2	45	740 965	5,8 (4,2-7,9)	6,1 (4,4-8,1)
1982-1984	23	0	23	740 824	3,1 (2,0-4,7)	3,1 (2,0-4,7)
1985-1987	25	1	26	717 675	3,5 (2,3-5,2)	3,6 (2,4-5,3)
1988-1990	29	2	31	740 615	3,9 (2,6-5,6)	4,2 (2,8-6,0)
1991-1993	27	2	29	739 635	3,7 (2,4-5,3)	3,9 (2,6-5,6)
1994-1996	19	1	20	695 977	2,7 (1,7-4,3)	2,9 (1,8-4,4)
1997-1999	14	2	16	631 536	2,2 (1,2-3,7)	2,5 (1,5-4,1)

Sources : Pour les années 1979-1990 : voir les références 3-11 de la section portant sur la mortalité maternelle.

Pour les années 1991-1999 : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU F3.2 Incidence et taux de létalité de l'embolie amniotique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001**

Année financière	Nombre de cas	Nombre d'acc. à l'hôpital	Incidence pour 100 000 acc.	Nombre de décès	Taux de létalité* (pour 100 cas)
1991-1992	13	398 878	3,3	1	7,7
1992-1993	30	391 015	7,7	7	23,3
1993-1994	16	383 235	4,2	2	12,5
1994-1995	18	381 890	4,7	2	11,1
1995-1996	25	372 580	6,7	4	16,0
1996-1997	23	358 161	6,4	5	21,7
1997-1998	26	344 797	7,5	2	7,7
1998-1999	19	337 261	5,6	0	0,0
1999-2000	11	334 476	3,3	0	0,0
2000-2001	16	323 455	4,9	1	6,3
TOTAL	197	3 625 748	5,4	24	12,2

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Le taux global de létalité observé, de 12,2 % et les taux de létalité pour chaque année sont tous faibles comparativement aux taux de létalité d'environ 80 % déclarés dans les études menées dans les hôpitaux. Ce constat donne à penser que l'embolie amniotique pourrait faire l'objet d'une surdéclaration dans les données d'hospitalisation, peut-être à cause d'une tendance à diagnostiquer des événements moins graves, comme des embolies amniotiques (voir la référence 5 dans la section portant sur la morbidité maternelle).

TABLEAU F3.3 Incidence et taux de létalité de l'hémorragie postpartum nécessitant une hystérectomie, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de cas	Nombre d'acc. à l'hôpital	Incidence pour 100 000 acc.	Nombre de décès	Taux de létalité (pour 100 cas)
1991-1992	93	398 878	23,3	1	1,1
1992-1993	105	391 015	26,9	3	2,9
1993-1994	109	383 235	28,4	2	1,8
1994-1995	112	381 890	29,3	3	2,7
1995-1996	130	372 580	34,9	2	1,5
1996-1997	125	358 161	34,9	2	1,6
1997-1998	128	344 797	37,1	1	0,8
1998-1999	133	337 261	39,4	3	2,3
1999-2000	157	334 476	46,9	0	0,0
2000-2001	143	323 455	44,2	1	0,7
TOTAL	1 235	3 625 748	34,1	18	1,5

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.



Annexe F

TABLEAU F3.4 Ratio et taux* d'avortement provoqué, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 1992-2000**

Année***	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de femmes de 15 à 44 ans	Avortements provoqués pour 100 naiss. vivantes	Avortements provoqués pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans
1992	59 102	248 043	4 200 624	23,8	14,1
1993	59 512	240 542	4 212 768	24,7	14,1
1994	61 149	238 042	4 223 966	25,7	14,5
1995	62 153	231 747	4 236 839	26,8	14,7
1996	64 741	226 188	4 254 030	28,6	15,2
1997	67 663	215 590	4 264 136	31,4	15,9
1998	67 879	209 789	4 255 457	32,4	16,0
1999	65 627	206 157	4 245 169	31,8	15,5
2000	65 883	200 454	4 227 539	32,9	15,6

Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 2003).

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 1992-2000.

Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1992-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Inclut les cas dont le lieu de résidence est inconnu et les avortements pratiqués chez des résidentes canadiennes dans certains États américains. Inclut les cas dont l'âge n'est pas précisé et les avortements pratiqués chez les filles de 14 ans ou moins et les femmes de 45 ans ou plus. Les taux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Les chiffres excluent les avortements pratiqués au Canada chez des résidentes non canadiennes.

** Les données sur les résidentes de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

***Les données de 1991 ne sont pas présentées parce qu'on n'a pu obtenir d'information antérieure à 1992 sur la province de résidence dans le cas des avortements pratiqués en clinique.

TABLEAU F3.5 Ratio et taux* d'avortement provoqué, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000**

Province/territoire	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de femmes de 15 à 44 ans	Avortements provoqués (IC à 95 %) pour 100 naiss. vivantes	Avortements provoqués (IC à 95 %) pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans
Terre-Neuve	898	4 869	123 269	18,4 (17,4-19,6)	7,3 (6,8-7,8)
Île-du-Prince-Édouard	158	1 441	30 134	11,0 (9,4-12,7)	5,2 (4,5-6,1)
Nouvelle-Écosse	1 989	9 115	208 612	21,8 (21,0-22,7)	9,5 (9,1-10,0)
Nouveau-Brunswick	1 098	7 347	166 572	14,9 (14,1-15,8)	6,6 (6,2-7,0)
Québec	31 125	72 005	1 606 900	43,2 (42,9-43,6)	19,4 (19,2-19,6)
Manitoba	3 366	14 090	244 586	23,9 (23,2-24,6)	13,8 (13,3-14,2)
Saskatchewan	1 956	12 139	216 931	16,1 (15,5-16,8)	9,0 (8,6-9,4)
Alberta	10 432	37 006	701 795	28,2 (27,7-28,7)	14,9 (14,6-15,2)
Colombie-Britannique	14 009	40 672	904 913	34,4 (34,0-34,9)	15,5 (15,2-15,7)
Yukon	135	370	7 405	36,5 (31,6-41,6)	18,2 (15,3-21,5)
Territoires du Nord-Ouest	281	673	10 105	41,8 (38,0-45,6)	27,8 (24,7-31,2)
Nunavut	178	727	6 317	24,5 (21,4-27,8)	28,2 (25,6-34,1)
CANADA***	65 883	200 454	4 227 539	32,9 (32,7-33,1)	15,6 (15,5-15,7)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques. (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 2003).

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 2000.

Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Inclut les cas dont l'âge n'est pas précisé et les avortements pratiqués chez des filles de 14 ans ou moins et des femmes de 45 ans ou plus. Les taux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Ils excluent les avortements pratiqués au Canada chez des résidentes non canadiennes.

**Les données sur les résidentes de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

***Inclut les cas dont le lieu de résidence est inconnu et les avortements pratiqués chez des résidentes canadiennes dans certains États américains.

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F3.6 Taux d'avortement provoqué*, selon l'âge, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), 2000**

Âge(années)	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de femmes	Taux d'avortement provoqué (IC à 95 %) pour 1 000 femmes	
Moins de 15***	282	123 624	2,3	(2,0-2,6)
15-19	13 149	635 540	20,7	(20,3-21,0)
20-24	20 938	645 696	32,4	(32,0-32,9)
25-29	13 436	636 921	21,1	(20,7-21,5)
30-34	9 488	682 115	13,9	(13,6-14,2)
35-39	6 198	812 780	7,6	(7,4-7,8)
40-44****	2 173	814 487	2,7	(2,6-2,8)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques. (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 2003)

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 2000.

*Inclut les cas dont le lieu de résidence est inconnu. Exclut les avortements pratiqués au Canada chez des résidentes non canadiennes, ceux pratiqués chez des résidentes de l'Ontario et ceux pratiqués aux États-Unis chez des résidentes canadiennes.

**Les données sur les résidentes de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème.

*** Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 ans.

****Inclut les avortements provoqués subis par des femmes de 45 ans ou plus. Les taux sont fondés sur la population féminine de 40 à 44 ans.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F3.7 Taux de grossesse ectopique, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de grossesses déclarées*	Nombre de grossesses ectopiques	Grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses déclarées
1991-1992	498 467	8 191	16,4
1992-1993	488 075	8 151	16,7
1993-1994	482 468	7 838	16,2
1994-1995	477 691	7 720	16,2
1995-1996	466 041	7 364	15,8
1996-1997	444 385	6 911	15,6
1997-1998	424 102	6 436	15,2
1998-1999	409 268	6 199	15,1
1999-2000	401 766	5 665	14,1
2000-2001	387 978	5 364	13,8

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les grossesses déclarées comprennent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques, mais non les avortements spontanés ni les avortements provoqués pratiqués en clinique.

**TABLEAU F3.8 Taux de grossesse ectopique, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001**

Province/territoire	Nombre de grossesses déclarées*	Nombre de grossesses ectopiques	Grossesses ectopiques (IC à 95 %) pour 1 000 grossesses déclarées	
Terre-Neuve	5 322	71	13,3	(10,4-16,8)
Île-du-Prince-Édouard	1 451	13	9,0	(4,8-15,3)
Nouvelle-Écosse	10 792	139	12,9	(10,8-15,2)
Nouveau-Brunswick	8 374	106	12,7	(10,4-15,3)
Québec	79 793	1 102	13,8	(13,0-14,6)
Ontario	157 940	1 985	12,6	(12,0-13,1)
Manitoba	17 061	259	15,2	(13,4-17,1)
Saskatchewan	14 715	205	13,9	(12,1-16,0)
Alberta	38 990	685	17,6	(16,3-18,9)
Colombie-Britannique	51 442	762	14,8	(13,8-15,9)
Yukon	537	5	9,3	(3,0-21,6)
Territoires du Nord-Ouest	1 094	20	18,3	(11,2-28,1)
Nunavut	467	12	25,7	(13,4-44,5)
CANADA	387 978	5 364	13,8	(13,5-14,2)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

*Les grossesses déclarées comprennent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques, mais non les avortements spontanés ni les avortements provoqués pratiqués en clinique.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F3.9 Taux de grossesse ectopique, selon l'âge de la mère, Canada, 2000-2001

Âge (ans)	Nombre de grossesses déclarées*	Nombre de grossesses ectopiques	Grossesses ectopiques (IC à 95 %) pour 1 000 grossesses déclarées	
15-19	27 475	259	9,4	(8,3-10,6)
20-24	75 807	877	11,6	(10,8-12,4)
25-29	113 266	1 307	11,5	(10,9-12,2)
30-34	106 759	1 533	14,4	(13,7-15,1)
35-39	53 237	1 104	20,7	(19,5-22,0)
40-44	10 558	270	25,6	(22,6-28,8)
45-49	445	10	22,5	(10,8-40,9)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

*Exclut les grossesses déclarées où l'âge de la mère est inconnu. Les grossesses déclarées comprennent tous les accouchements à l'hôpital, les avortements provoqués pratiqués à l'hôpital et les grossesses ectopiques, mais non les avortements spontanés ni les avortements provoqués pratiqués en clinique.

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F3.10

Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Accouchements par voie vaginale			Accouchements par césarienne		
	Nombre de réadm.	Nombre d'acc. à l'hôpital	Réadm. pour 100 acc. à l'hôpital	Nombre de réadm.	Nombre d'acc. à l'hôpital	Réadm. pour 100 acc. à l'hôpital
1991-1992	6 315	310 014	2,0	1 772	68 516	2,6
1992-1993	7 033	307 530	2,3	1 931	67 102	2,9
1993-1994	6 885	300 380	2,3	1 968	65 150	3,0
1994-1995	6 584	300 574	2,2	1 958	63 958	3,1
1995-1996	6 500	294 290	2,1	2 100	62 601	3,4
1996-1997	5 946	282 560	2,1	1 986	62 420	3,2
1997-1998	5 769	269 564	2,1	1 969	60 363	3,3
1998-1999	5 524	262 234	2,1	2 018	60 793	3,3
1999-2000	5 288	256 633	2,1	2 078	62 172	3,3
2000-2001	5 012	245 512	2,0	2 088	64 056	3,3

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

Nota : 1. Le nombre d'accouchements est fondé sur l'année civile. Le nombre de réadmissions est calculé pour les trois mois suivant le congé de l'hôpital.

2. Les femmes qui ont été transférées directement dans un autre hôpital après l'accouchement et celles dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclues.

3. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.



TABEAU F3.11 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement par voie vaginale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, données combinées de 1998-1999 à 2000-2001

Province/territoire	Nombre de réadm.	Nombre d'acc. vaginaux à l'hôpital	Réadm. (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital	
Terre-Neuve	284	11 162	2,5	(2,3-2,9)
Île-du-Prince-Édouard	90	3 389	2,7	(2,1-3,3)
Nouvelle-Écosse	504	21 166	2,4	(2,2-2,6)
Nouveau-Brunswick	480	17 521	2,7	(2,5-3,0)
Québec	3 359	175 304	1,9	(1,9-2,0)
Ontario	5 282	315 960	1,7	(1,6-1,7)
Saskatchewan	862	30 804	2,8	(2,6-3,0)
Alberta	2 806	90 192	3,1	(3,0-3,2)
Colombie-Britannique	2 075	95 143	2,2	(2,1-2,3)
Yukon	24	900	2,7	(1,7-4,0)
Territoires du Nord-Ouest	41	2 293	1,8	(1,3-2,4)
Nunavut	17	545	3,1	(1,8-5,0)
CANADA	15 824	764 379	2,1	(2,0-2,1)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), de 1998-1999 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, de 1998-1999 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, de 1998-1999 à 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

Nota : 1. Le nombre d'accouchements est fondé sur l'année civile. Le nombre de réadmissions est calculé pour les trois mois suivant le congé de l'hôpital.

2. Les femmes qui ont été transférées directement dans un autre hôpital après l'accouchement et celles dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclues.

3. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.

IC — intervalle de confiance.



TABLEAU F3.12 Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement par césarienne, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, données combinées de 1998-1999 à 2000-2001

Province/territoire	Nombre de réadm.	Nombre d'acc. par cés. à l'hôpital	Réadm. (IC à 95 %) pour 100 acc. à l'hôpital	
Terre-Neuve	152	3 557	4,3	(3,6-5,0)
Île-du-Prince-Édouard	42	965	4,4	(3,2-5,8)
Nouvelle-Écosse	226	5 497	4,1	(3,6-4,7)
Nouveau-Brunswick	241	5 522	4,4	(3,8-4,9)
Québec	1 268	37 434	3,4	(3,2-3,6)
Ontario	2 123	78 710	2,7	(2,6-2,8)
Saskatchewan	240	6 173	3,9	(3,4-4,4)
Alberta	944	20 769	4,5	(4,3-4,8)
Colombie-Britannique	931	27 799	3,3	(3,1-3,6)
Yukon	3	206	1,5	(0,3-4,2)
Territoires du Nord-Ouest	12	46	26,1	(14,3-41,1)
Nunavut	2	343	0,6	(0,1-2,1)
CANADA	6 184	187 021	3,3	(3,2-3,4)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

Nota : 1. Le nombre d'accouchements est fondé sur l'année civile. Le nombre de réadmissions est calculé pour les trois mois suivant le congé de l'hôpital.

2. Les femmes qui ont été transférées directement dans un autre hôpital après l'accouchement et celles dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclues.

3. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.

IC — intervalle de confiance.



TABLEAU F3.13

Taux de réadmission de la mère dans les trois mois suivant le congé de l'hôpital après un accouchement, selon le diagnostic primaire, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, données combinées de 1998-1999 à 2000-2001

Diagnostic primaire à la réadmission (code de la CIM-9)	Total		Acc. par césarienne		Acc. vaginal	
	Nombre de réadm.	Pourcentage de réadmissions maternelles	Nombre de réadm.	Pourcentage de réadmissions maternelles	Nombre de réadm.	Pourcentage de réadmissions maternelles
1. Hémorragie postpartum (666)	3 174	14,4	379	6,1	2 795	17,7
2. Lithiase biliaire (574)	2 890	13,1	740	12,0	2 150	13,6
3. Infection puerpérale grave (670)	2 668	12,8	786	12,7	1 882	11,9
4. Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs (674)	1 807	8,2	1 355	21,9	452	2,9
5. Infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement (675)	646	2,9	123	2,0	523	3,3
6. Autres motifs de recours aux soins de santé (V65)	546	2,5	81	1,3	465	2,9
7. Autres affections de la mère, classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (648)	533	2,4	160	2,6	373	2,4
8. Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	514	2,3	140	2,3	374	2,4
9. Autres symptômes relatifs à l'abdomen et au bassin (789)	376	1,7	120	1,9	256	1,6
10. Autres complications relatives à des interventions non classées ailleurs (998)	328	1,5	202	3,3	126	0,8
11. Examen et soins postpartum (V24)	184	0,9	45	0,7	139	0,9
12. Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	183	0,9	68	1,1	115	0,7
13. Mesures contraceptives (V25)	137	0,6	14	0,2	123	0,8
14. Autres diagnostics	8 022	36,5	1 971	31,9	6 051	38,2
TOTAL	22 008	100,0	6 184	100,0	15 824	100,0

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

Nota : 1. Le nombre d'accouchements est fondé sur l'année civile. Le nombre de réadmissions est calculé pour les trois mois suivant le congé de l'hôpital.

2. Les femmes qui ont été transférées directement dans un autre hôpital après l'accouchement et celles dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclues.

3. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.



Annexe F

TABLEAU F4.1 Taux de prématurité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre de naiss. prématurées	Nombre de naiss. vivantes**	Naiss. prématurées pour 100 naiss. vivantes
1991	16 405	247 584	6,6
1992	16 361	244 989	6,7
1993	15 862	238 409	6,6
1994	16 100	237 633	6,8
1995	16 125	231 436	7,0
1996	15 892	224 520	7,1
1997	15 174	214 414	7,1
1998	15 009	209 629	7,2
1999	15 213	206 004	7,4
2000	15 289	200 355	7,6

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU F4.2 Taux de prématurité (naissances simples et naissances multiples), Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Pluralité	Nombre de naiss. prématurées	Nombre de naiss. vivantes**	Naiss. prématurées pour 100 naiss. vivantes
Enfants seuls	12 420	195 076	6,4
Jumeaux	2 710	5 115	53,0
Triplés ou rang supérieur	159	164	97,0
Toutes les naissances vivantes	15 289	200 355	7,6

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.



Annexe F

TABLEAU F4.3 Taux de prématurité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Province/territoire	Nombre de naiss. prématurées	Nombre de naiss. vivantes**	Naiss. prématurées (IC à 95 %) pour 100 naiss. vivantes	
Terre-Neuve	387	4 864	8,0	(7,2-8,8)
Île-du-Prince-Édouard	83	1 438	5,8	(4,6-7,1)
Nouvelle-Écosse	614	9 109	6,7	(6,2-7,3)
Nouveau-Brunswick	495	7 347	6,7	(6,2-7,3)
Québec	5 604	72 003	7,8	(7,6-8,0)
Manitoba	1 121	14 048	8,0	(7,5-8,4)
Saskatchewan	824	12 139	6,8	(6,3-7,3)
Alberta	3 120	37 004	8,4	(8,2-8,7)
Colombie-Britannique	2 892	40 651	7,1	(6,9-7,4)
Yukon	27	370	7,3	(4,9-10,4)
Territoires du Nord-Ouest	48	669	7,2	(5,3-9,4)
Nunavut	74	713	10,4	(8,2-12,9)
CANADA	15 289	200 355	7,6	(7,5-7,7)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.4 Taux de postmaturité, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre de naiss. après terme	Nombre de naiss. vivantes**	Naiss. après terme pour 100 naiss. vivantes
1991	10 788	247 584	4,4
1992	9 149	244 989	3,7
1993	9 132	238 409	3,8
1994	7 388	237 633	3,1
1995	5 751	231 436	2,5
1996	4 353	224 520	1,9
1997	3 928	214 414	1,8
1998	3 439	209 629	1,6
1999	2 999	206 004	1,5
2000	2 397	200 355	1,2

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

**TABLEAU F4.5 Taux de postmaturité, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000**

Province/territoire	Nombre de naiss. après terme	Nombre de naiss. vivantes**	Naiss. après terme (IC à 95 %) pour 100 naiss. vivantes	
Terre-Neuve	31	4 864	0,6	(0,4-0,9)
Île-du-Prince-Édouard	29	1 438	2,0	(1,4-2,9)
Nouvelle-Écosse	263	9 109	2,9	(2,6-3,3)
Nouveau-Brunswick	93	7 347	1,3	(1,0-1,6)
Québec	352	72 003	0,5	(0,4-0,5)
Manitoba	317	14 048	2,3	(2,0-2,5)
Saskatchewan	223	12 139	1,8	(1,6-2,1)
Alberta	565	37 004	1,5	(1,4-1,7)
Colombie-Britannique	494	40 651	1,2	(1,1-1,3)
Yukon	16	370	4,3	(2,5-6,9)
Territoires du Nord-Ouest	9	669	1,3	(0,6-2,5)
Nunavut	5	713	0,7	(0,2-1,6)
CANADA	2 397	200 355	1,2	(1,2-1,2)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.6 Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie néonatales, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant hypotr.	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant hypertr.	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant**	Naiss. d'un seul enfant vivant hypotr. pour 100 naiss. d'un seul enfant vivant**	Naiss. d'un seul enfant vivant hypertr. pour 100 naiss. d'un seul enfant vivant**
1991	25 798	22 830	241 378	10,7	9,5
1992	23 808	24 228	238 946	10,0	10,1
1993	23 979	22 729	232 460	10,3	9,8
1994	23 657	22 876	232 200	10,2	9,9
1995	22 704	22 137	224 864	10,1	9,8
1996	20 726	22 966	218 246	9,5	10,5
1997	19 783	21 111	207 926	9,5	10,2
1998	18 639	22 012	204 004	9,1	10,8
1999	16 904	22 310	200 486	8,4	11,1
2000	15 354	23 351	194 917	7,9	12,0

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.



Annexe F

TABLEAU F4.7 Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie néonatales, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Province/territoire	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant hypotr.	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant hypertr.	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant**	Naiss. d'un seul enfant vivant hypotr. (IC à 95 %) pour 100 naiss. d'un seul enfant vivant**	Naiss. d'un seul enfant vivant hypertr. (IC à 95 %) pour 100 naiss. d'un seul enfant vivant**
Terre-Neuve	335	727	4 735	7,1 (6,4-7,8)	15,4 (14,3-16,4)
Île-du-Prince-Édouard	89	230	1 413	6,3 (5,1-7,7)	16,3 (14,4-18,3)
Nouvelle-Écosse	735	1 193	8 848	8,3 (7,7-8,9)	13,5 (12,8-14,2)
Nouveau-Brunswick	533	1 017	7 157	7,4 (6,8-8,1)	14,2 (13,4-15,0)
Québec	5 677	7 322	70 119	8,1 (7,9-8,3)	10,4 (10,2-10,7)
Manitoba	998	2 021	13 678	7,3 (6,9-7,7)	14,8 (14,2-15,4)
Saskatchewan	872	1 622	11 819	7,4 (6,9-7,9)	13,7 (13,1-14,4)
Alberta	3 090	4 027	35 852	8,6 (8,3-8,9)	11,2 (10,9-11,6)
Colombie-Britannique	2 917	4 937	39 590	7,4 (7,1-7,6)	12,5 (12,1-12,8)
Yukon	29	49	357	8,1 (5,5-11,5)	13,7 (10,3-17,7)
Territoires du Nord-Ouest	33	119	656	5,0 (3,5-7,0)	18,1 (15,3-21,3)
Nunavut	46	87	693	6,6 (4,9-8,8)	12,6 (10,2-15,3)
CANADA	15 354	23 351	194 917	7,9 (7,8-8,0)	12,0 (11,8-12,1)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.8 Taux de mortalité fœtale, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Tous les décès fœtaux			Décès de fœtus pesant 500 g et plus**		
	Nombre de décès fœtaux	Naissances totales	Décès pour 1 000 naissances totales	Nombre de décès fœtaux	Naissances totales	Décès pour 1 000 naissances totales
1991	1 492	252 542	5,9	1 226	252 121	4,9
1992	1 450	249 493	5,8	1 175	249 082	4,7
1993	1 363	241 905	5,6	1 135	241 518	4,7
1994	1 355	239 397	5,7	1 135	239 025	4,7
1995	1 380	233 127	5,9	1 082	232 636	4,7
1996	1 220	227 408	5,4	972	226 967	4,3
1997	1 263	216 853	5,8	983	216 373	4,5
1998	1 146	210 935	5,4	866	210 493	4,1
1999	1 230	207 387	5,9	933	206 903	4,5
2000	1 175	201 629	5,8	903	201 180	4,5

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les taux de mortalité fœtale excluent les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants pesant moins de 500 g à la naissance ou, si le poids à la naissance est inconnu, dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines.



Annexe F

TABLEAU F4.9 Taux de mortalité fœtale, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Province/territoire	Tous les décès fœtaux			Décès de fœtus pesant 500 g et plus**			
	Nombre de décès fœtaux	Naissances totales	Décès (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales	Nombre de décès fœtaux	Naissances totales	Décès (IC à 95 %) pour 1 000 naissances totales	
Terre-Neuve	23	4 892	4,7 (3,0-7,0)	19	4 886	3,9 (2,3-6,1)	
Île-du-Prince-Édouard	6	1 447	4,1 (1,5-9,0)	5	1 445	3,5 (1,1-8,1)	
Nouvelle-Écosse	52	9 167	5,7 (4,2-7,4)	32	9 132	3,5 (2,4-4,9)	
Nouveau-Brunswick	37	7 384	5,0 (3,5-6,9)	27	7 371	3,7 (2,4-5,3)	
Québec	311	72 316	4,3 (3,8-4,8)	308	72 250	4,3 (3,8-4,8)	
Manitoba	134	14 224	9,4 (7,9-11,1)	93	14 171	6,6 (5,3-8,0)	
Saskatchewan	73	12 212	6,0 (4,7-7,5)	71	12 206	5,8 (4,5-7,3)	
Alberta	244	37 250	6,6 (5,8-7,4)	167	37 125	4,5 (3,8-5,2)	
Colombie-Britannique	281	40 953	6,9 (6,1-7,7)	169	40 815	4,1 (3,5-4,8)	
Yukon	3	373	8,0 (1,7-23,3)	3	372	8,1 (1,7-23,4)	
Territoires du Nord-Ouest	8	681	11,7 (5,1-23,0)	6	678	8,8 (3,3-19,2)	
Nunavut	3	730	4,1 (0,8-12,0)	3	729	4,1 (0,8-12,0)	
CANADA	1 175	201 629	5,8 (5,5-6,2)	903	201 180	4,5 (4,2-4,8)	

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

** Les taux de mortalité fœtale excluent les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants pesant moins de 500 g à la naissance ou, si le poids à la naissance est inconnu, dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.10 Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre de décès néonataux	Nombre de naissances vivantes	Décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes
1991	987	251 050	3,9
1992	983	248 043	4,0
1993	964	240 542	4,0
1994	1 016	238 042	4,3
1995	976	231 747	4,2
1996	857	226 188	3,8
1997	840	215 590	3,9
1998	762	209 789	3,6
1999	712	206 157	3,5
2000	687	200 454	3,4

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**TABLEAU F4.11 Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000**

Province/territoire	Nombre de décès néonataux	Nombre de naissances vivantes	Décès néonataux (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes	
Terre-Neuve	17	4869	3,5	(2,0-5,6)
Île-du-Prince-Édouard	4	1441	2,8	(0,8-7,1)
Nouvelle-Écosse	31	9115	3,4	(2,3-4,8)
Nouveau-Brunswick	22	7347	3,0	(1,9-4,6)
Québec	248	72005	3,4	(3,0-3,9)
Manitoba	54	14090	3,8	(2,9-5,0)
Saskatchewan	41	12139	3,4	(2,4-4,6)
Alberta	154	37006	4,2	(3,5-4,9)
Colombie-Britannique	106	40672	2,6	(2,1-3,2)
Yukon	0	370	0,0	(0,0-9,9)
Territoires du Nord-Ouest	5	673	7,4	(2,4-17,3)
Nunavut	5	727	6,9	(2,2-16,0)
CANADA	687	200 454	3,4	(3,2-3,7)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.
IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.12 Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre de décès postnéonataux	Nombre de nouv.-nés survivants	Décès postnéonataux pour 1 000 nouv.-nés survivants
1991	633	250 063	2,5
1992	562	247 060	2,3
1993	560	239 578	2,3
1994	523	237 026	2,2
1995	475	230 771	2,1
1996	392	225 331	1,7
1997	359	214 750	1,7
1998	382	209 027	1,8
1999	359	205 445	1,7
2000	336	199 767	1,7

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**TABLEAU F4.13 Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000**

Province/territoire	Nombre de décès postnéonataux	Nombre de nouv.-nés survivants	Décès postnéonataux (IC à 95 %) pour 1 000 nouv.-nés survivants	
Terre-Neuve	7	4 852	1,4	(0,6-3,0)
Île-du-Prince-Édouard	1	1 437	0,7	(0,0-3,9)
Nouvelle-Écosse	14	9 084	1,5	(0,8-2,6)
Nouveau-Brunswick	4	7 325	0,6	(0,2-1,4)
Québec	91	71 757	1,3	(1,0-1,6)
Manitoba	38	14 036	2,7	(1,9-3,7)
Saskatchewan	41	12 098	3,4	(2,4-4,6)
Alberta	90	36 852	2,4	(2,0-3,0)
Colombie-Britannique	44	40 566	1,1	(0,8-1,5)
Yukon	1	370	2,7	(0,1-15,0)
Territoires du Nord-Ouest	1	668	1,5	(0,0-8,3)
Nunavut	4	722	5,5	(1,5-14,1)
CANADA	336	199 767	1,7	(1,5-1,9)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.
IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.14 Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes
1991	1 620	251 050	6,5
1992	1 545	248 043	6,2
1993	1 524	240 542	6,3
1994	1 539	238 042	6,5
1995	1 451	231 747	6,3
1996	1 249	226 188	5,5
1997	1 199	215 590	5,6
1998	1 144	209 789	5,5
1999	1 071	206 157	5,2
2000	1 023	200 454	5,1

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**TABLEAU F4.15 Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000**

Province/territoire	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes	
Terre-Neuve	24	4 869	4,9	(3,2-7,3)
Île-du-Prince-Édouard	5	1 441	3,5	(1,1-8,1)
Nouvelle-Écosse	45	9 115	4,9	(3,6-6,6)
Nouveau-Brunswick	26	7 347	3,5	(2,3-5,2)
Québec	339	72 005	4,7	(4,2-5,2)
Manitoba	92	14 090	6,5	(5,3-8,0)
Saskatchewan	82	12 139	6,8	(5,4-8,4)
Alberta	244	37 006	6,6	(5,8-7,5)
Colombie-Britannique	150	40 672	3,7	(3,1-4,3)
Yukon	1	370	2,7	(0,1-15,0)
Territoires du Nord-Ouest	6	673	8,9	(3,3-19,3)
Nunavut	9	727	12,4	(5,7-23,4)
CANADA	1 023	200 454	5,1	(4,8-5,4)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.
IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.16 Causes de mortalité infantile, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1999**

Cause selon la classification modifiée de l'ECI***	Nombre de décès de nourr.	Pourcentage de décès de nourrissons	Nombre de décès néonataux	Pourcentage de décès néonataux	Nombre de décès postnéonataux	Pourcentage de décès post-néonataux
Anomalies congénitales	284	26,5	203	28,5	81	22,6
Asphyxie	108	10,1	105	14,7	3	0,8
Immaturité	251	23,4	232	32,6	19	5,3
Infection	72	6,7	27	3,8	45	12,5
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	120	11,2	15	2,1	105	29,2
Autres décès de nourrissons inexpliqués	28	2,6	8	1,1	20	5,6
Causes externes	30	2,8	5	0,7	25	7,0
Autre	178	16,6	117	16,4	61	17,0
TOTAL	1 071	100,0	712	100,0	359	100,0

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1999 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de décès).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

**Les causes de mortalité infantile sont présentées pour 1999 parce que la classification de l'ECI est fondée sur la CIM-9. En 2000, les causes de décès du Fichier de décès de Statistique Canada ont été codées au moyen de la CIM-10.

***Voir la référence 4 dans la section qui porte sur les taux de mortalité infantile et les causes de décès.



Annexe F

TABLEAU F4.17 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance*, selon l'âge gestationnel, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1997 à 1999**

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes	
Moins de 22	342	345	991,3	(974,8-998,2)
22-23	432	472	915,3	(886,4-938,8)
24-25	364	791	460,2	(425,0-495,6)
26-27	199	1 108	179,6	(157,4-203,5)
28-31	238	3 959	60,1	(52,9-68,00)
32-33	141	5 445	25,9	(21,84-30,5)
34-36	327	33 350	9,8	(8,8-10,9)
37-41	1 315	575 228	2,3	(2,2-2,4)
42 et plus	30	10 379	2,9	(2,0-4,1)
Âge gestationnel inconnu	13	475	27,4	(14,7-46,3)
Dossiers non couplés	41	—	—	—
Tous les âges gestationnels	3 442	631 552	5,4	(5,3-5,6)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU F4.18 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance*, selon le poids à la naissance, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1997 à 1999**

Poids à la naissance (grammes)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes	
Moins de 500	513	544	943,0	(920,1-961,0)
500-749	575	1 041	552,4	(521,6-582,9)
750-999	254	1 206	210,6	(187,9-234,7)
1 000-1 249	135	1 387	97,3	(82,2-114,2)
1 250-1 499	70	1 720	40,7	(31,9-51,1)
1 500-1 999	203	6 965	29,1	(25,3-33,4)
2 000-2 499	284	22 821	12,4	(11,1-14,0)
2 500-3 999	1 191	515 148	2,3	(2,2-2,5)
4 000 et plus	149	80 100	1,9	(1,6-2,2)
Poids à la naissance inconnu	27	620	43,5	(28,9-62,7)
Dossiers non couplés	41	—	—	—
Tous les poids à la naissance	3 442	631 552	5,4	(5,3-5,6)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1997-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F4.19 Nombre de décès infantiles dans une cohorte de naissance*, selon l'âge gestationnel et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, données combinées de 1995 à 1999

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Moins de 22	8	6	19	16	213	58	23	111	96	2	7
22-23	15	8	30	20	263	69	50	150	129	0	5
24-25	28	3	14	24	218	51	58	108	115	0	2
26-27	11	4	15	9	123	34	36	61	54	0	7
28-31	16	8	19	16	151	30	40	77	76	1	10
32-33	7	2	11	10	75	13	32	43	41	2	7
34-36	23	3	32	24	214	69	41	110	100	2	8
37-41	48	12	93	85	772	205	211	440	419	9	48
42 et plus	4	1	4	3	12	10	6	12	8	0	0
Âge gestationnel inconnu	0	0	0	0	9	3	0	1	12	0	0
Dossiers non couplés	11	0	0	1	18	0	16	3	14	0	5
Tous les âges gestationnels	171	47	237	208	2 068	542	513	1 116	1 064	16	99

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

TABLEAU F4.20 Nombre de naissances vivantes dans une cohorte de naissance*, selon l'âge gestationnel et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, données combinées de 1995 à 1999

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Moins de 22	9	6	19	16	214	59	24	111	99	2	8
22-23	18	9	32	22	291	73	52	164	143	0	5
24-25	47	10	41	41	466	108	91	260	262	1	7
26-27	60	14	77	58	622	152	141	336	362	3	19
28-31	213	57	328	248	2 381	442	389	1 299	1 348	15	81
32-33	276	65	418	299	3 265	647	523	1 750	1 770	8	76
34-36	1 356	334	2 748	1 885	22 233	4 116	3 243	10 054	10 503	87	477
37-41	24 800	7 341	44 246	36 462	366 855	66 851	58 924	172 093	203 018	1 939	6 575
42 et plus	289	219	2 501	1 129	3 778	2 506	1 651	3 669	4 539	111	91
Âge gestationnel inconnu	7	6	23	2	1 771	85	2	12	495	1	48
Tous les âges gestationnels	27 075	8 061	50 433	40 162	401 876	75 039	65 040	189 748	222 537	2 167	7 386

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Annexe F

TABEAU F4.21 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance*, selon l'âge gestationnel et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999**

Âge gestationnel (semaines)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc
moins de 22	888,9 (517,5-997,2)	1 000,0 (540,7-1 000,0)	(823,5-1 000,0) 1 000,0	1 000,0 (794,1-1 000,0)	995,3 (974,2-999,9)
22-23	833,3 (585,8-964,2)	888,9 (517,5-997,2)	937,5 (791,9-992,3)	909,1 (708,4-988,8)	903,8 (863,9-935,1)
24-25	595,7 (442,7-736,3)	300,0 (66,7-652,5)	341,5 (200,8-506,0)	585,4 (421,1-736,8)	467,8 (421,8-514,3)
26-27	183,3 (95,2-304,4)	285,7 (83,9-581,0)	194,8 (113,3-300,9)	155,2 (73,5-274,2)	197,7 (167,1-231,3)
28-31	75,1 (43,5-119,1)	140,4 (62,6-258,0)	57,9 (35,2-89,0)	64,5 (37,3-102,7)	63,4 (54,0-74,0)
32-33	25,4 (10,3-51,6)	30,8 (3,8-106,8)	26,3 (13,2-46,6)	33,4 (16,2-60,6)	23,0 (18,1-28,7)
34-36	17,0 (10,8-25,3)	9,0 (1,9-26,0)	11,6 (8,0-16,4)	12,7 (8,2-18,9)	9,6 (8,4-11,0)
37-41	1,9 (2,6-1,9)	1,6 (0,8-2,9)	2,1 (1,7-2,6)	2,3 (1,9-2,9)	2,1 (2,0-2,3)
42 et plus	13,8 (3,8-35,1)	4,6 (0,1-25,2)	1,6 (0,4-4,1)	2,7 (0,6-7,8)	3,2 (1,6-5,5)
Âge gestationnel inconnu	0,0 (0,0-409,6)	0,0 (0,0-459,3)	0,0 (0,0-148,2)	0,0 (0,0-841,9)	5,1 (2,3-9,6)
Tous les âges gestationnels	6,3 (5,4-7,3)	5,8 (4,3-7,8)	4,7 (4,1-5,3)	5,2 (4,5-5,9)	5,1 (4,9-5,4)

Âge gestationnel (semaines)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
moins de 22	983,1 (909,1-999,6)	958,3 (788,8-999,0)	1 000,0 (967,3-1 000,0)	969,7 (914,0-993,7)	1 000,0 (158,1-1 000,0)	875,0 (473,5-996,8)
22-23	945,2 (865,6-984,9)	961,5 (867,9-995,3)	914,6 (860,9-952,5)	902,1 (841,2-945,4)	0,0 (0,0-975,0)	1000,0 (478,2-1000,0)
24-25	472,2 (375,4-570,6)	637,4 (529,9-735,6)	415,4 (354,8-477,9)	438,9 (377,9-501,3)	0,0 (0,0-975,0)	285,7 (36,7-709,6)
26-27	223,7 (160,2-298,3)	255,3 (185,7-335,5)	181,5 (141,8-227,0)	149,2 (114,1-190,1)	0,0 (0,0-707,6)	368,4 (162,9-616,4)
28-31	67,9 (46,3-95,5)	102,8 (74,8-137,4)	59,3 (47,1-73,53)	56,4 (44,7-70,1)	66,7 (1,7-319,5)	123,5 (60,8-215,4)
32-33	20,1 (10,7-34,1)	61,2 (42,2-85,3)	24,6 (17,8-33,0)	23,2 (16,7-31,3)	250,0 (31,9-650,9)	92,1 (37,8-180,6)
34-36	16,8 (13,1-21,2)	12,6 (9,1-17,1)	10,9 (9,00-13,2)	9,5 (7,8-11,6)	23,0 (2,8-80,6)	16,8 (7,3-32,8)
37-41	3,1 (2,7-3,5)	3,6 (3,1-4,1)	2,6 (2,3-2,8)	2,1 (1,9-2,3)	4,6 (2,1-8,8)	7,3 (5,4-9,7)
42 et plus	4,0 (1,9-7,3)	3,6 (1,3-7,9)	3,3 (1,7-5,7)	1,8 (0,8-3,5)	0,0 (0,0-32,7)	0,0 (0,0-39,7)
Âge gestationnel inconnu	35,3 (7,3-99,7)	0,0 (0,0-841,9)	83,3 (2,1-384,8)	24,2 (12,6-42,0)	0,0 (0,0-975,0)	0,0 (0,0-74,0)
Tous les âges gestationnels	7,2 (6,6-7,9)	7,9 (7,2-8,6)	5,9 (5,5-6,2)	4,8 (4,5-5,1)	7,4 (4,2-12,0)	13,4 (10,9-16,3)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).
 *Décès (intervalle de confiance à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes. Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Annexe F

TABEAU F4.22 Nombre de décès infantiles dans une cohorte de naissance*, selon le poids à la naissance et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, données combinées de 1995 à 1999

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Moins de 500	12	6	36	29	320	100	42	166	144	1	7
500-749	35	12	29	24	354	78	76	190	174	0	6
750-999	15	3	19	19	146	37	44	68	63	1	3
1 000-1 249	7	2	10	12	75	19	23	51	43	0	7
1 250-1 499	7	3	7	4	59	12	15	27	23	0	3
1 500-1 999	9	4	18	13	135	28	30	72	77	1	10
2 000-2 499	15	2	18	26	162	40	44	96	87	3	10
2 500-3 999	47	12	85	73	698	200	192	402	369	9	43
4 000 et plus	7	2	13	7	72	26	29	39	50	1	5
Poids à la naissance inconnu	6	1	2	0	29	2	2	2	20	0	0
Dossiers non couplés	11	0	0	1	18	0	16	3	14	0	5
Tous les poids à la naissance	171	47	237	208	2 068	542	513	1 116	1 064	16	99

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

TABEAU F4.23 Nombre de naissances vivantes dans une cohorte de naissance*, selon le poids à la naissance et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)**, données combinées de 1995 à 1999

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Moins de 500	18	6	37	30	335	107	43	175	163	1	7
500-749	54	18	56	43	619	157	127	335	319	1	10
750-999	53	18	108	78	713	162	128	379	354	4	8
1 000-1 249	75	22	114	93	836	171	169	457	448	3	25
1 250-1 499	94	18	135	120	1 130	206	166	541	576	3	24
1 500-1 999	305	83	556	406	4 473	790	641	2 199	2 224	15	109
2 000-2 499	919	242	1 817	1 325	15 618	2 513	2 144	7 417	7 352	69	268
2 500-3 999	21 286	6 273	39 882	31 927	335 092	59 596	52 280	15 5643	180 403	1 732	5 758
4 000 et plus	4 242	1 357	7 689	6 134	41 556	11 320	9 333	22 594	30 195	338	1 038
Poids à la naissance inconnu	29	24	39	6	1 504	17	9	8	505	1	140
Tous les poids à la naissance	27 075	8 061	50 433	40 162	401 876	75 039	65 040	189 748	222 537	2 167	7 386

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Annexe F

TABLEAU F4.24

Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance*, selon le poids à la naissance et la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario), données combinées de 1995 à 1999**

Poids à la naissance (grammes)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc
Moins de 500	666,7 (409,9-866,6)	1000,0 (540,7-1000,0)	973,0 (858,4-999,3)	966,7 (827,8-999,2)	955,2 (927,2-974,7)
500-749	648,1 (506,2-773,2)	666,7 (409,9-866,6)	517,9 (380,3-653,5)	558,1 (398,8-709,2)	571,9 (531,8-611,3)
750-999	283,0 (167,9-423,5)	166,7 (35,8-414,2)	175,9 (109,4-261,0)	243,6 (153,5-354,0)	204,8 (175,7-236,3)
1 000-1 249	93,3 (38,4-182,9)	90,9 (11,2-291,6)	87,7 (42,9-155,4)	129,0 (68,5-214,6)	89,7 (71,2-111,2)
1 250-1 499	74,5 (30,5-147,4)	166,7 (35,8-414,2)	51,9 (21,1-103,9)	33,3 (9,2-83,2)	52,2 (40,0-66,8)
1 500-1 999	29,5 (13,6-55,3)	48,2 (13,3-118,8)	32,4 (19,3-50,7)	32,0 (17,2-54,1)	30,2 (25,4-35,6)
2 000-2 499	16,3 (9,2-26,8)	8,3 (1,0-29,5)	9,9 (5,9-15,6)	19,6 (12,9-28,6)	10,4 (8,8-12,1)
2 500-3 999	2,2 (1,6-2,9)	1,9 (1,0-3,3)	2,1 (1,7-2,6)	2,3 (1,8-2,9)	2,1 (1,9-2,2)
4 000 et plus	1,7 (0,7-3,4)	1,5 (0,2-5,3)	1,7 (0,9-2,9)	1,1 (0,5-2,4)	1,7 (1,4-2,2)
Poids à la naissance inconnu	206,9 (79,9-397,3)	41,7 (1,1-211,2)	51,3 (6,3-173,3)	0,0 (0,0-459,3)	19,3 (13,0-27,6)
Tous les poids à la naissance	6,3 (5,4-7,3)	5,8 (4,3-7,8)	4,7 (4,1-5,3)	5,2 (4,5-5,9)	5,1 (4,9-5,4)

Poids à la naissance (grammes)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Moins de 500	934,6 (869,9-973,3)	976,7 (877,1-999,4)	948,6 (904,6-976,2)	883,4 (824,0-928,3)	1 000,0 (25,0-1 000,0)	1 000,0 (590,4-1 000,0)
500-749	496,8 (416,1-577,6)	598,4 (507,8-684,4)	567,2 (512,2-620,9)	545,5 (489,0-601,0)	0,0 (0,0-975,0)	600,0 (262,4-878,5)
750-999	228,4 (166,2-300,8)	343,8 (262,1-432,8)	179,4 (142,1-221,8)	178,0 (139,6-221,9)	250,0 (6,3-805,9)	375,0 (85,2-755,1)
1 000-1 249	111,1 (68,2-168,1)	136,1 (88,3-197,2)	111,6 (84,2-144,1)	96,0 (70,3-127,1)	0,0 (0,0-707,6)	280,0 (120,7-493,9)
1 250-1 499	58,3 (30,5-99,54)	90,4 (51,5-144,66)	49,9 (33,1-71,8)	39,9 (25,5-59,3)	0,0 (0,0-707,6)	125,0 (26,6-323,6)
1 500-1 999	35,4 (23,7-50,8)	46,8 (31,8-66,1)	32,7 (25,7-41,1)	34,6 (27,4-43,1)	66,7 (1,7-319,5)	91,7 (44,9-162,3)
2 000-2 499	15,9 (11,4-21,6)	20,5 (15,0-27,5)	12,9 (10,5-15,8)	11,8 (9,5-14,6)	43,5 (9,1-121,9)	37,3 (18,0-67,6)
2 500-3 999	3,4 (2,9-3,9)	3,7 (3,2-4,2)	2,6 (2,3-2,9)	2,0 (1,8-2,3)	5,2 (2,4-9,8)	7,5 (5,4-10,1)
4 000 et plus	2,3 (1,5-3,4)	3,1 (2,1-4,5)	1,7 (1,2-2,4)	1,7 (1,2-2,2)	3,0 (0,1-16,4)	4,8 (1,6-11,2)
Poids à la naissance inconnu	117,6 (14,6-364,4)	222,2 (28,2-600,1)	250,0 (31,9-650,9)	39,6 (24,4-60,5)	0,0 (0,0-975,0)	0,0 (0,0-26,0)
Tous les poids à la naissance	7,2 (6,6-7,9)	7,9 (7,2-8,6)	5,9 (5,5-6,2)	4,8 (4,5-5,1)	7,4 (4,2-12,0)	13,4 (10,9-16,3)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).
 *Décès (intervalle de confiance à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes. Dans les fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons, tous les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines et dont le poids à la naissance est inférieur à 500 g ont été considérés comme étant décédés au premier jour de vie et ont été classés comme tels.

**Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.



Annexe F

TABLEAU F4.25 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, Canada, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de cas de SDR	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	Cas de SDR pour 1 000 naiss. vivantes à l'hôpital	Nombre de cas de septicémie	Cas de septicémie pour 1 000 naiss. vivantes à l'hôpital
1991-1992*	5 268	389 776	13,5	6 568	16,9
1992-1993	5 215	394 290	13,2	7 346	18,6
1993-1994	4 553	386 519	11,8	7 186	18,6
1994-1995	4 520	384 583	11,8	7 485	19,5
1995-1996	4 286	375 463	11,4	7 687	20,5
1996-1997	4 064	361 582	11,2	8 126	22,5
1997-1998	3 918	347 948	11,3	8 022	23,1
1998-1999	3 854	340 464	11,3	7 869	23,1
1999-2000	3 813	337 723	11,3	7 692	22,8
2000-2001	3 797	326 410	11,6	8 104	24,8

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 à 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 1992-1993 à 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 1991-1992 à 2000-2001.

Nota : 1. Les enfants nés vivants pesant moins de 500 g à la naissance ont été exclus.

2. Seuls les nourrissons dont l'état a été diagnostiqué au moment de l'admission pour la naissance ont été inclus dans les cas de SDR et de septicémie néonatale.

*Les données de 1991-1992 sur la Nouvelle-Écosse n'ont pas été incluses dans les estimations pour cette année-là parce qu'elles n'étaient pas complètes.

TABLEAU F4.26 Taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie néonatale, selon la province/le territoire, Canada, 2000-2001

Province/ territoire	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital	Nombre de cas de SDR	Cas de SDR (IC à 95 %) pour 1 000 naiss. vivantes à l'hôpital	Nombre de cas de septicémie	Cas de septicémie (IC à 95 %) pour 1 000 naiss. vivantes à l'hôpital
Terre-Neuve	4 769	64	13,4 (10,4-17,1)	33	6,9 (4,8-9,7)
Île-du-Prince-Édouard	1 372	12	8,7 (4,5-15,2)	7	5,1 (2,1-10,5)
Nouvelle-Écosse	8 714	102	11,7 (9,6-14,2)	71	8,1 (6,4-10,3)
Nouveau-Brunswick	7 451	82	11,0 (8,8-13,6)	142	19,1 (16,1-22,4)
Québec	70 346	786	11,2 (10,4-12,0)	936	13,3 (12,5-14,2)
Ontario	129 914	1 508	11,6 (11,0-12,2)	5632	43,4 (42,3-44,5)
Manitoba	13 749	153	11,1 (9,4-13,0)	96	7,0 (5,7-8,5)
Saskatchewan	11 988	120	10,0 (8,3-12,0)	120	10,0 (8,3-12,0)
Alberta	36 858	482	13,1 (11,9-14,3)	308	8,4 (7,5-9,3)
Colombie-Britannique	39 817	478	12,0 (11,0-13,1)	756	19,0 (17,7-20,4)
Yukon	351	3	8,5 (1,8-24,8)	0	0,0 (0,0-10,5)
Territoires du Nord-Ouest	338	1	3,0 (0,1-16,4)	0	0,0 (0,0-10,9)
Nunavut	743	6	8,1 (3,0-17,5)	3	4,0 (0,8-11,8)
CANADA	326 410	3 797	11,6 (11,3-12,0)	8 104	24,8 (24,3-25,4)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse. BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

Ministère de la Santé du Manitoba, Gestion de l'information sur la santé. Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation du Manitoba, 2000-2001.

Nota : 1. Les enfants nés vivants pesant moins de 500 g à la naissance ont été exclus.

2. Seuls les nourrissons dont l'état a été diagnostiqué au moment où leur mère a été admise pour l'accouchement ont été inclus parmi les cas de SDR et de septicémie néonatale.

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F4.27 Taux d'accouchement multiple, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 1991-2000

Année	Nombre d'acc. multiples	Naissances totales	Acc. multiples pour 100 naissances totales
1991	5 271	252 542	2,1
1992	5 286	249 493	2,1
1993	5 231	241 905	2,2
1994	5 278	239 397	2,2
1995	5 230	233 127	2,2
1996	5 235	227 408	2,3
1997	5 304	216 853	2,4
1998	5 423	210 935	2,6
1999	5 448	207 387	2,6
2000	5 384	201 629	2,7

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.

TABLEAU F4.28 Taux d'accouchement multiple, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion de l'Ontario)*, 2000

Province/territoire	Nombre d'acc. multiples	Naissances totales	Acc. multiples (IC à 95 %) pour 100 naissances totales
Terre-Neuve	124	4 892	2,5 (2,1-3,0)
Île-du-Prince-Édouard	24	1 447	1,7 (1,1-2,5)
Nouvelle-Écosse	253	9 167	2,8 (2,4-3,1)
Nouveau-Brunswick	195	7 384	2,6 (2,3-3,0)
Québec	1 853	72 316	2,6 (2,4-2,7)
Manitoba	372	14 224	2,6 (2,4-2,9)
Saskatchewan	320	12 212	2,6 (2,3-2,9)
Alberta	1 136	37 250	3,0 (2,9-3,2)
Colombie-Britannique	1 069	40 953	2,6 (2,5-2,8)
Yukon	13	373	3,5 (1,9-5,9)
Territoires du Nord-Ouest	12	681	1,8 (0,9-3,1)
Nunavut	13	730	1,8 (1,0-3,0)
CANADA	5 384	201 629	2,7 (2,6-2,7)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les données de l'Ontario ont été exclues parce que leur qualité pose problème; elles sont présentées à l'annexe G.
IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F4.29 Taux de syndrome de Down (SD), Canada*, 1991-1999

Année	Nombre de cas de SD (à l'exclusion de la N.-É.)	Naissances totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Nombre de cas de SD pour 10 000 naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Nombre de cas de SD (y compris la N.-É.)	Naissances totales (y compris la N.-É.)	Nombre de cas de SD pour 10 000 naiss. totales (y compris la N.-É.)
1991	556	389 926	14,3	—	—	—
1992	460	384 740	12,0	—	—	—
1993	490	377 167	13,0	—	—	—
1994	461	375 451	12,3	—	—	—
1995	493	368 100	13,4	—	—	—
1996	430	356 188	12,1	450	366 811	12,3
1997	468	341 122	13,7	478	351 139	13,6
1998	458	334 133	13,7	486	343 822	14,1
1999	466	328 493	14,2	487	338 133	14,4

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1991-1999.
*Les données de la Nouvelle-Écosse ne figuraient pas dans le SCSAC avant 1996.

TABLEAU F4.30 Taux de syndrome de Down (SD), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999

Province/territoire	Nombre de cas de SD	Naiss. totales	Cas de SD (IC à 95 %) pour 10 000 naiss. totales	
Terre-Neuve	20	15 538	12,9	(7,8-19,9)
Île-du-Prince-Édouard	8	4 550	17,6	(7,6-34,6)
Nouvelle-Écosse	59	29 346	20,1	(15,3-25,9)
Nouveau-Brunswick	43	24 017	17,9	(12,9-24,1)
Québec	298	225 053	13,2	(11,8-14,8)
Ontario	553	406 064	13,6	(12,5-14,8)
Manitoba	59	43 232	13,6	(10,4-17,6)
Saskatchewan	61	37 957	16,1	(12,3-20,6)
Alberta	124	113 844	10,9	(9,0-13,0)
Colombie-Britannique	218	129 230	16,9	(14,7-19,3)
Yukon	3	1 213	24,7	(5,0-72,3)
Territoires du Nord-Ouest*	5	3 050	16,4	(5,3-38,2)
CANADA	1 451	1 033 094	14,0	(13,3-14,8)

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997-1999.
*Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi au Nunavut.
IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU F4.31 Taux d'anomalie du tube neural (ATN), Canada*, 1991 à 1999**

Année	Nombre de cas d'ATN (à l'exclusion de la N.-É.)	Naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Cas d'ATN pour 10 000 naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Nombre de cas d'ATN (y compris la N.-É.)	Naissances totales (y compris la N.-É.)	Cas d'ATN pour 10 000 naiss. totales (y compris la N.-É.)
1991	389	389 926	10,0	—	—	—
1992	370	384 740	9,6	—	—	—
1993	345	377 167	9,1	—	—	—
1994	349	375 451	9,3	—	—	—
1995	340	368 100	9,2	—	—	—
1996	257	356 188	7,2	278	366 811	7,6
1997	257	341 122	7,5	267	351 139	7,6
1998	188	334 133	5,6	196	343 822	5,7
1999	185	328 493	5,6	195	338 133	5,8

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1991-1999.
*Les données de la Nouvelle-Écosse ne figuraient pas dans le SCSAC avant 1996.

TABLEAU F4.32 Taux d'anomalie du tube neural (ATN), selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999

Province/territoire	Nombre de cas d'ATN	Naissances totales	Cas d'ATN (IC à 95 %) pour 10 000 naiss. totales
Terre-Neuve	15	15 538	9,7 (5,4-15,9)
Île-du-Prince-Édouard	0	4 550	0,0 (0,0-8,1)
Nouvelle-Écosse	28	29 346	9,5 (6,3-13,8)
Nouveau-Brunswick	19	24 017	7,9 (4,8-12,3)
Québec	121	225 053	5,4 (4,5-6,4)
Ontario	265	406 064	6,5 (5,8-7,4)
Manitoba	36	43 232	8,3 (5,8-11,5)
Saskatchewan	22	37 957	5,8 (3,6-8,8)
Alberta	52	113 844	4,6 (3,4-6,0)
Colombie-Britannique	100	129 230	7,7 (6,3-9,4)
Yukon	0	1 213	0,0 (0,0-30,2)
Territoires du Nord-Ouest*	0	3 050	0,0 (0,0-12,0)
CANADA	658	1 033 094	6,4 (5,9-6,9)

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997-1999.
*Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi au Nunavut.
IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F4.33 Taux d'anencéphalie*, Canada, 1991-1999**

Année	Nombre de cas (à l'exclusion de la N.-É.)	Naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Taux de prévalence pour 10 000 naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Nombre de cas (y compris la N.-É.)	Naiss. totales (y compris la N.-É.)	Taux de prévalence pour 10 000 naiss. totales (y compris la N.-É.)
1991	75	389 926	1,9	—	—	—
1992	63	384 740	1,6	—	—	—
1993	72	377 167	1,9	—	—	—
1994	68	375 451	1,8	—	—	—
1995	65	368 100	1,8	—	—	—
1996	40	356 188	1,1	42	366 811	1,1
1997	51	341 122	1,5	54	351 139	1,5
1998	30	334 133	0,9	31	343 822	0,9
1999	31	328 493	0,9	31	338 133	0,9

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1991-1999.

*Comprend des anomalies du tube neural similaires comme le craniocischisis et l'inencéphalie.

** Les données de la Nouvelle-Écosse ne figuraient pas dans le SCSAC avant 1996.

TABLEAU F4.34 Taux d'anencéphalie*, selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999

Province/territoire	Nombre de cas	Naissances totales	Cas (IC à 95 %) pour 10 000 naiss. totales	
Terre-Neuve	3	15 538	1,9	(0,4-5,6)
Île-du-Prince-Édouard	0	4 550	0,0	(0,0-8,1)
Nouvelle-Écosse	4	29 346	1,4	(0,4-3,5)
Nouveau-Brunswick	2	24 017	0,8	(0,1-3,0)
Québec	14	225 053	0,6	(0,3-1,0)
Ontario	52	406 064	1,3	(0,9-1,7)
Manitoba	7	43 232	1,6	(0,6-3,3)
Saskatchewan	3	37 957	0,8	(0,1-2,3)
Alberta	13	113 844	1,1	(0,6-1,9)
Colombie-Britannique	18	129 230	1,4	(0,8-2,2)
Yukon	0	1 213	0,0	(0,0-30,2)
Territoires du Nord-Ouest**	0	3 050	0,0	(0,0-12,0)
CANADA	116	1 033 094	1,1	(0,9-1,3)

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997-1999.

*Comprend des anomalies du tube neural similaires comme le craniocischisis et l'inencéphalie.

**Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi au Nunavut.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU F4.35 Taux de spina bifida, Canada*, 1991-1999**

Année	Nombre de cas (à l'exclusion de la N.-É.)	Naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Cas pour 10 000 naiss. totales (à l'exclusion de la N.-É.)	Nombre de cas (y compris la N.-É.)	Naiss. totales (y compris la N.-É.)	Cas pour 10 000 naiss. totales (y compris la N.-É.)
1991	268	389 926	6,9	—	—	—
1992	265	384 740	6,9	—	—	—
1993	239	377 167	6,3	—	—	—
1994	237	375 451	6,3	—	—	—
1995	238	368 100	6,5	—	—	—
1996	184	356 188	5,2	200	366 811	5,4
1997	182	341 122	5,3	188	351 139	5,3
1998	138	334 133	4,1	144	343 822	4,2
1999	130	328 493	4,0	136	338 133	4,0

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1991-1999.

*Les données de la Nouvelle-Écosse ne figuraient pas dans le SCSAC avant 1996.

TABLEAU F4.36 Taux de spina bifida, selon la province/le territoire, Canada, données combinées de 1997 à 1999

Province/territoire	Nombre de cas	Naissances totales	Cas (IC à 95 %) pour 10 000 naiss. totales
Terre-Neuve	9	15 538	5,8 (2,6-11,0)
Île-du-Prince-Édouard	0	4 550	0,0 (0,0-8,1)
Nouvelle-Écosse	18	29 346	6,1 (3,6-9,7)
Nouveau-Brunswick	14	24 017	5,8 (3,2-9,8)
Québec	86	225 053	3,8 (3,0-4,7)
Ontario	190	406 064	4,7 (4,0-5,4)
Manitoba	24	43 232	5,6 (3,5-8,3)
Saskatchewan	17	37 957	4,5 (2,6-7,2)
Alberta	34	113 844	3,0 (2,1-4,2)
Colombie-Britannique	76	129 230	5,9 (4,6-7,4)
Yukon	0	1 213	0,0 (0,0-30,2)
Territoires du Nord-Ouest*	0	3 050	0,0 (0,0-12,0)
CANADA	468	1 033 094	4,5 (4,1-4,9)

Source : Santé Canada. Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, 1997-1999.

*Les données de 1999 sur les Territoires du Nord-Ouest s'appliquent aussi au Nunavut.

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F4.37 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 1991-1992 à 2000-2001

Année financière	Nombre de nouv.-nés réadmis (à l'exclusion de la N.-É.)**	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital*** (à l'exclusion de la N.-É.)**	Nouv.-nés réadmis pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital*** (à l'exclusion de la N.-É.)**	Nombre de nouv.-nés réadmis*** (y compris la N.-É.)	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital*** (y compris la N.-É.)	Nouv.-nés réadmis pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital*** (y compris la N.-É.)
1991-1992	7 039	369 093	1,9	—	—	—
1992-1993	7 293	363 159	2,0	—	—	—
1993-1994	7 980	355 142	2,2	—	—	—
1994-1995	8 881	353 993	2,5	—	—	—
1995-1996	9 656	345 951	2,8	10 107	356 998	2,8
1996-1997	9 971	333 013	3,0	10 466	343 729	3,0
1997-1998	10 046	320 563	3,1	10 457	330 589	3,2
1998-1999	10 548	314 024	3,4	10 969	323 688	3,4
1999-2000	9 933	310 889	3,2	10 369	320 441	3,2
2000-2001	9 609	300 772	3,2	9 927	309 453	3,2

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC), 1991-1992 à 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, BACC 1995-1996 à 2000-2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 à 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

**Les données de 1991-1992 et de 1994-1995 sur la Nouvelle-Écosse n'étaient pas disponibles.

***Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus. Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus. Le nombre de réadmissions de nouveau-nés a été calculé pour la période de 28 jours suivant le congé de l'hôpital. Les nouveau-nés qui ont été transférés directement dans un autre hôpital après la naissance ou ceux dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclus. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.



TABLEAU F4.38 Taux de réadmission de nouveau-nés après le congé de l'hôpital suivant la naissance, selon la province/le territoire, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, 2000-2001

Province/territoire	Nombre de nouv.-nés réadmis**	Nombre de naiss. vivantes à l'hôpital**	Nouv.-nés réadmis (IC à 95 %) pour 100 naiss. vivantes à l'hôpital**	
Terre-Neuve	101	4 699	2,1	(1,8-2,6)
Île-du-Prince-Édouard	20	1 367	1,5	(0,9-2,3)
Nouvelle-Écosse	318	8 681	3,7	(3,3-4,1)
Nouveau-Brunswick	245	7 318	3,3	(3,0-3,8)
Québec	2 185	70 084	3,1	(3,0-3,3)
Ontario	3 674	128 229	2,9	(2,8-3,0)
Saskatchewan	486	11 839	4,1	(3,8-4,5)
Alberta	1 544	36 299	4,3	(4,0-4,5)
Colombie-Britannique	1 288	39 501	3,3	(3,1-3,4)
Yukon	13	353	3,7	(2,0-6,2)
Territoires du Nord-Ouest	22	748	2,9	(1,8-4,4)
Nunavut	31	335	9,3	(6,4-12,9)
CANADA	9 927	309 453	3,2	(3,1-3,3)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2000-2001. Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, BACC 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

**Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus. Le nombre de réadmissions de nouveau-nés a été calculé pour la période de 28 jours suivant le congé de l'hôpital. Les nouveau-nés qui ont été transférés directement dans un autre hôpital après la naissance ou ceux dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclus. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.

IC — intervalle de confiance.



Annexe F

TABLEAU F4.39 Diagnostic principal établi chez les nouveau-nés réadmis, Canada (à l'exclusion du Manitoba)*, données combinées de 1991-1992 et 2000-2001

Diagnostic principal	1991-1992**		2000-2001	
	Nombre de nouv.-nés réadmis***	Pourcentage de nouv.-nés réadmis selon le diagnostic principal***	Nombre de nouv.-nés réadmis***	Pourcentage de nouv.-nés réadmis selon le diagnostic principal***
Ictère	1 965	27,9	3 855	38,8
Problèmes d'allaitement	436	6,2	692	7,0
Septicémie	199	2,8	379	3,8
Déshydratation	46	0,7	218	2,2
Gain de poids insuffisant	109	1,6	162	1,6
Autres	4 284	60,9	4 621	46,6
TOTAL	7 039	100,0	9 927	100,0

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), 1991-1992 et 2000-2001.

Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, BACC, 2000-2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Banque de données sur les hospitalisations du système MED-ÉCHO, 1991-1992 et 2000-2001.

*Les données du Manitoba ont été exclues parce que le Système de traitement des résumés de dossiers d'hospitalisation de cette province ne distingue pas les patients réadmis de ceux qui ont été transférés d'un établissement à un autre.

**Les données de 1991-1992 sur la Nouvelle-Écosse étant incomplètes, elles n'ont pas été incluses dans les estimations pour cette année-là.

***Les enfants nés vivants pesant moins de 1 000 g à la naissance ont été exclus. Le nombre de réadmissions de nouveau-nés a été calculé pour la période de 28 jours suivant le congé de l'hôpital. Les nouveau-nés qui ont été transférés directement dans un autre hôpital après la naissance ou ceux dont le séjour initial à l'hôpital a duré plus de 20 jours ont été exclus. Les dossiers sur les congés de l'hôpital après une chirurgie d'un jour n'ont pas été comptés parmi les réadmissions au cours de l'analyse.



Annexe G



Statistiques de l'état civil de l'Ontario

Des études antérieures ont démontré que la qualité des statistiques de l'état civil de la province de l'Ontario posait problème¹⁻³. Des erreurs touchant le poids à la naissance et l'âge gestationnel ont entraîné de fortes augmentations artéfactuelles des taux d'hypotrophie néonatale et de prématurité en Ontario au début et au milieu des années 90. Les problèmes à la source de ces erreurs ont été corrigés et les données récentes sur le poids à la naissance et l'âge gestationnel ne semblent plus poser de difficultés. D'autres problèmes subsistent toutefois, notamment l'augmentation du sous-enregistrement des naissances vivantes en général et des naissances vivantes dans des populations vulnérables, par exemple les mères adolescentes³. Le projet du Système canadien de surveillance périnatale, qui relie les données sur les enregistrements de naissances vivantes et les données sur les enregistrements de décès de nourrissons, a connu du succès dans l'ensemble des provinces et des territoires sauf l'Ontario, où la proportion de décès de nourrissons obtenue, c'est-à-dire le nombre de décès de nourrissons pour lesquels on ne retrouvait aucun enregistrement de naissance, n'a cessé d'être importante. Environ 25 % des décès de nourrissons en Ontario ne peuvent ainsi être couplés (tableaux G18 et G19), contre 1 % à 2 % de décès de nourrissons non couplés dans d'autres provinces et territoires.

Les erreurs susmentionnées concernant le poids à la naissance et l'âge gestationnel en Ontario ont donné lieu, en 1993 et en 1994, à des valeurs d'indicateurs plus élevées que prévu, comme dans les cas de naissances prématurées (page 222), d'hypotrophie (page 224), etc. Le taux de mortalité infantile en Ontario a augmenté de 5,0 % pour 1 000 naissances vivantes en 1998, à 5,4 % pour 1 000 naissances vivantes en 1999 et à 5,6 % pour 1 000 naissances vivantes en 2000 (page 226). Les taux de décès néonatal et postnéonatal (page 225 et page 226) ont également augmenté pendant la même période. Des analyses détaillées révèlent que cette augmentation ne tient pas à une hausse de l'enregistrement des naissances vivantes de bébés de 500 g ou moins. Les mortalités infantiles liées à des anomalies congénitales, au syndrome de mort subite du nourrisson et au syndrome de détresse respiratoire ont diminué en Ontario en 1998 et en 2000. Cela dit, le nombre de décès de nourrissons résultant de troubles liés à une courte grossesse et à un faible poids à la naissance non précisé a augmenté. Les obstétriciens et les néonatalogistes membres du comité directeur du SCSP recommandent d'examiner les taux de mortalité infantile en fonction de l'âge gestationnel, surtout dans le cas des nourrissons modérément prématurés (p. ex., 32 ou 33 semaines). Ces analyses supposent toutefois un fichier couplé des naissances vivantes et des décès de nourrissons. À l'heure actuelle, il n'est pas clair si la récente hausse du taux de mortalité infantile constatée en Ontario constitue une hausse réelle ou un artéfact. Statistique Canada déclarait récemment qu'en 2001, le taux de mortalité infantile en Ontario s'établissait à 5,4 pour 1 000 naissances vivantes.



Annexe G

Puisque la qualité de l'information sur l'âge gestationnel et le poids à la naissance posait problème, les données de l'Ontario ont donc été exclues des indicateurs utilisés dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*, qui utilise ces variables. Elles sont toutefois présentées dans la présente annexe accompagnées de cette mise en garde, car elles peuvent néanmoins s'avérer utiles dans des contextes particuliers.



Références

1. Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;157:535-41.
2. Joseph KS. *Preterm Birth in Canada*. Background papers — Preterm Birth Prevention Consensus Conference. Ottawa, Ontario, 1998.
3. Bienefeld M, Woodward GL, Ardal S. *Under-reporting of live births in Ontario: 1991-1997*. Newmarket, Ontario : Central East Health Information Partnership. Février 2001. Site Web : <<http://www.cehip.org/Library/missing%20births%20final.PDF>>.

**Liste des tableaux de données**

Tableau G1	Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Ontario, 1991-2000	218
Tableau G2	Nombre de femmes, selon l'âge, Ontario, 1991-2000	218
Tableau G3	Proportion (%) de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Ontario, 1991-2000	219
Tableau G4	Taux de naissances vivantes selon l'âge maternel pour 1 000 femmes, Ontario, 1991-2000	219
Tableau G5	Proportion de naissances vivantes qui étaient des premières naissances, selon l'âge de la mère, Ontario, 1991-2000	220
Tableau G6	Nombre de décès maternels et ratios de mortalité maternelle (RMM), selon la cause directe et indirecte, Ontario, 1979-1981 à 1997-1999	220
Tableau G7	Décès maternels directs, selon la cause, Ontario, 1979-1999	221
Tableau G8	Ratio et taux d'avortement provoqué, Ontario, 1992-2000	222
Tableau G9	Taux de prématurité, Ontario, 1992-2000	222
Tableau G10	Taux de prématurité (naissances simples et naissances multiples), Ontario, 2000	223
Tableau G11	Taux de postmaturité, Ontario, 1991-2000	223
Tableau G12	Taux d'hypotrophie et d'hypertrophie néonatales, Ontario, 1991-2000	224
Tableau G13	Taux de mortalité fœtale, Ontario, 1991-2000	224
Tableau G14	Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), Ontario, 1991-2000	225
Tableau G15	Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), Ontario, 1991-2000	225
Tableau G16	Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), Ontario, 1991-2000	226
Tableau G17	Causes de mortalité infantile, Ontario, 1999	226
Tableau G18	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon l'âge gestationnel, Ontario, données combinées de 1995 à 1999	227
Tableau G19	Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance, selon le poids à la naissance, Ontario, données combinées de 1995 à 1999	227
Tableau G20	Taux d'accouchement multiple, Ontario, 1991-2000	228



Tableaux de données pour les statistiques de l'état civil de l'Ontario

TABLEAU G1 Nombre de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Ontario, 1991-2000

Année	14 ans ou moins	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus*	Âge inconnu	Total
1991	43	2 575	4 997	26 370	55 885	43 337	14 139	1 873	2 259	151 478
1992	51	2 627	4 983	25 658	54 951	45 162	14 935	2 025	201	150 593
1993	51	2 672	4 982	24 697	50 949	46 337	15 795	2 193	168	147 844
1994	55	2 686	5 028	23 953	48 848	47 099	16 461	2 418	518	147 066
1995	59	2 722	5 035	23 134	46 172	48 272	17 784	2 626	457	146 261
1996	51	2 383	4 584	21 327	43 290	46 683	18 745	2 762	185	140 010
1997	48	2 005	4 061	19 760	40 623	44 370	19 040	2 967	123	132 997
1998	39	2 110	4 108	20 083	39 814	43 265	19 679	3 112	396	132 606
1999	35	1 907	3 928	19 462	39 202	42 815	20 241	3 366	105	131 061
2000	42	1 708	3 608	18 895	37 355	41 506	20 535	3 654	90	127 393

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).
*Les groupes d'âge de 40-44 ans et de 45 ans et plus ont été combinés en raison des faibles nombres.

TABLEAU G2 Nombre de femmes, selon l'âge, Ontario, 1991-2000

Année	14 ans	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-49 ans
1991	64 584	201 418	141 783	394 757	477 307	478 625	432 159	703 703
1992	64 880	201 651	139 703	391 590	465 736	485 811	443 582	729 017
1993	66 129	200 461	139 383	384 311	448 146	492 476	454 476	754 025
1994	68 275	201 660	140 650	379 524	432 975	498 688	464 676	781 835
1995	70 021	205 500	140 131	375 031	421 250	500 616	475 627	811 849
1996	70 213	210 808	139 432	368 944	414 384	494 189	488 432	838 268
1997	72 057	214 296	140 516	368 082	411 241	484 761	499 397	854 825
1998	73 302	217 245	143 555	367 688	408 760	470 675	510 347	874 033
1999	74 977	219 909	147 074	370 464	406 687	457 650	519 198	895 786
2000	75 810	224 607	148 977	374 840	407 294	450 701	524 431	920 963

Source : Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle (N° 91-213-XPB au catalogue), Ottawa, 2002.

**TABLEAU G3 Proportion (%)* de naissances vivantes, selon l'âge de la mère, Ontario, 1991-2000**

Année	14 ans ou moins	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus**
1991	0,03	1,73	3,35	17,67	37,45	29,04	9,48	1,25
1992	0,03	1,75	3,31	17,06	36,54	30,03	9,93	1,35
1993	0,03	1,81	3,37	16,72	34,50	31,38	10,70	1,49
1994	0,04	1,83	3,43	16,34	33,33	32,14	11,23	1,66
1995	0,04	1,87	3,45	15,86	31,67	33,11	12,20	1,80
1996	0,04	1,70	3,28	15,25	30,96	33,39	13,41	1,97
1997	0,04	1,51	3,06	14,87	30,57	33,39	14,33	2,23
1998	0,03	1,60	3,11	15,19	30,11	32,72	14,88	2,36
1999	0,03	1,46	3,00	14,86	29,93	32,69	15,46	2,57
2000	0,03	1,34	2,85	14,84	29,34	32,60	16,13	2,87

Sources : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).
Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle (N° 91-213-XPB au catalogue), Ottawa, 2002.

*Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**Les groupes d'âge de 40-44 ans et de 45 ans et plus ont été combinés en raison des faibles nombres.

TABLEAU G4 Taux de naissances vivantes selon l'âge maternel pour 1 000 femmes, Ontario, 1991-2000

Année	14 ans ou moins*	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus**
1991	0,7	12,8	35,2	66,8	117,1	90,5	32,7	2,7
1992	0,8	13,0	35,7	65,5	118,0	93,0	33,7	2,8
1993	0,8	13,3	35,7	64,3	113,7	94,1	34,8	2,9
1994	0,8	13,3	35,8	63,1	112,8	94,5	35,4	3,1
1995	0,8	13,3	35,9	61,7	109,6	96,4	37,4	3,2
1996	0,7	11,3	32,9	57,8	104,5	94,5	38,4	3,3
1997	0,7	9,4	28,9	53,7	98,8	91,5	38,1	3,5
1998	0,5	9,7	28,6	54,6	97,4	91,9	38,6	3,6
1999	0,5	8,7	26,7	52,5	96,4	93,6	39,0	3,8
2000	0,6	7,6	24,2	50,4	91,7	92,1	39,2	4,0

Sources : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).
Statistique Canada. Statistiques démographiques annuelles, 2001. Division de la démographie, publication annuelle (N° 91-213-XPB au catalogue), Ottawa, 2002.

*Les taux sont fondés sur la population féminine de 14 ans.

**Les taux sont fondés sur la population féminine de 40 à 49 ans. Les groupes d'âge de 40-44 ans et de 45 ans et plus ont été combinés en raison des faibles nombres.



TABLEAU G5

Proportion* de naissances vivantes qui étaient des premières naissances, selon l'âge de la mère, Ontario, 1991-2000

Année	Mères de moins de 25 ans			Mères de 25 à 34 ans			Mères de 35 ans et plus		
	Nombre de naiss. vivantes qui étaient des 1 ^{res} naiss. **	Nombre de naiss. vivantes	1 ^{res} naiss. pour 100 naiss. vivantes	Nombre de naiss. vivantes qui étaient des 1 ^{res} naiss. **	Nombre de naiss. vivantes	1 ^{res} naiss. pour 100 naiss. vivantes	Nombre de naiss. vivantes qui étaient des 1 ^{res} naiss. **	Nombre de naiss. vivantes	1 ^{res} naiss. pour 100 naiss. vivantes
1991	22 499	33 985	66,2	38 933	99 222	39,2	3 749	16 012	23,4
1992	21 664	33 319	65,0	39 060	100 113	39,0	4 033	16 960	23,8
1993	21 138	32 402	65,2	38 212	97 286	39,3	4 396	17 988	24,4
1994	20 482	31 722	64,6	37 641	95 947	39,2	4 585	18 879	24,3
1995	20 013	30 950	64,7	36 911	94 444	39,1	4 925	20 409	24,1
1996	18 369	28 345	64,8	35 560	89 973	39,5	5 391	21 506	25,1
1997	16 537	25 874	63,9	34 064	84 993	40,1	5 411	22 007	24,6
1998	16 975	26 340	64,5	33 156	83 079	39,9	5 707	22 790	25,0
1999	16 457	25 332	65,0	33 816	82 017	41,2	6 030	23 605	25,6
2000	15 920	24 253	65,6	33 310	78 861	42,2	6 241	24 189	25,8

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les naissances vivantes où l'âge de la mère est inconnu.

**Naissances vivantes chez les femmes n'ayant pas déjà mis au monde un enfant vivant ou mort-né.

TABLEAU G6

Nombre de décès maternels et ratios de mortalité maternelle (RMM), selon la cause directe et indirecte, Ontario, 1979-1981 à 1997-1999

Période	Nombre de décès maternels			Nombre de naissances vivantes	Décès maternels (IC à 95 %) pour 100 000 naissances vivantes			
	Causes directes	Causes indirectes	Total		Causes directes seulement		Causes directes et indirectes	
1979-1981	26	7	33	367 154	7,1	(4,6-10,4)	9,0	(6,2-12,7)
1982-1984	15	1	16	382 978	3,9	(2,2-6,4)	4,2	(2,4-6,8)
1985-1987	12	3	15	400 707	3,0	(1,5-5,2)	3,7	(2,1-6,2)
1988-1990	13	0	13	434 327	3,0	(1,6-5,1)	3,0	(1,6-5,1)
1991-1993	14	3	17	449 915	3,1	(1,7-5,3)	3,8	(2,2-6,0)
1994-1996	26	3	29	433 337	6,0	(3,9-8,8)	6,7	(4,5-9,6)
1997-1999	22	2	24	396 664	5,5	(3,5-8,4)	6,1	(3,9-9,0)

Sources : Pour les années 1979-1990 : voir les références 3-11 de la section qui porte sur la mortalité maternelle.

Pour les années 1991-1999 : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

IC — intervalle de confiance.



TABEAU G7 Décès maternels directs, selon la cause, Ontario, 1979-1999*

Cause	1979-1984		1985-1990		1991-1996		1997-1999	
	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 naiss. vivantes	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 naiss. vivantes	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 naiss. vivantes	Nombre de décès	Ratio (IC à 95 %) pour 1 000 000 naiss. vivantes
Grossesse ectopique et molaire (630-633)	4	5,3 (1,7-13,4)	0	0,0 (0,0-4,3)	2	2,3 (0,3-8,5)	2	5,0 (0,3-17,9)
Autres grossesses menant à un avortement (634-639)	2	2,7 (0,3-9,8)	2	2,4 (0,3-8,6)	1	1,1 (0,3-6,4)	1	2,5 (0,3-14,4)
Hémorragie antepartum et placenta praevia (641)	1	1,3 (0,3-7,5)	1	1,2 (0,3-6,4)	3	3,4 (0,4-9,6)	3	7,6 (1,4-22,3)
Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (642)	6	8,0 (2,5-17,1)	3	3,6 (0,5-10,8)	12	13,6 (7,2-23,6)	5	12,6 (4,3-29,3)
Autres complications de la grossesse, NCA (640, 643, 644, 645, 646)	1	1,3 (0,3-7,5)	0	0,0 (0,0-4,3)	0	0,0 (0,0-4,3)	0	0,0 (0,0-9,1)
Accouchement normal et autres indications de soins au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement (650-659)	3	4,0 (0,5-12,1)	0	0,0 (0,0-4,3)	0	0,0 (0,0-4,3)	1	2,5 (0,3-14,4)
Hémorragie postpartum (666)	6	8,0 (2,5-17,1)	6	7,2 (2,3-15,3)	1	1,1 (0,3-6,4)	0	0,0 (0,0-9,1)
Complications survenant principalement au cours du travail et de l'accouchement, NCA (660-665, 667-669)	2	2,7 (0,3-9,8)	3	3,6 (0,5-10,8)	5	5,7 (1,8-12,8)	2	5,0 (0,3-17,9)
Infection puerpérale grave (670)	0	0,0 (0,0-5,3)	0	0,0 (0,0-4,3)	1	1,1 (0,3-6,4)	1	2,5 (0,3-14,4)
Complications veineuses au cours de la grossesse et des suites de couches (671)	2	2,7 (0,3-9,8)	3	3,6 (0,5-10,8)	4	4,5 (1,4-11,7)	1	2,5 (0,3-14,4)
Embolie pulmonaire obstétricale (673)	7	9,3 (3,8-19,4)	6	7,2 (2,3-15,3)	7	7,9 (3,5-16,0)	3	7,6 (1,4-22,3)
Troubles cérébrovasculaires pendant les suites de couches (674.0)	7	9,3 (3,8-19,4)	1	1,2 (0,3-6,4)	4	4,5 (1,4-11,7)	2	5,0 (0,3-17,9)
Complications des suites de couches, autres et sans précision, non classées ailleurs, NCA (674.1-674.9)	0	0,0 (0,0-5,3)	0	0,0 (0,0-4,3)	0	0,0 (0,0-4,3)	1	2,5 (0,3-14,4)

Sources : Pour les années 1979-1990 : voir les références 3-11 de la section qui porte sur la mortalité maternelle.

Pour les années 1991-1999 : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-1999 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les décès maternels sont codés conformément au code de la DIM-10 pour 2000 et les années subséquentes et ils seront présentés dans les prochains rapports.

IC — intervalle de confiance.



Annexe G

TABLEAU G8 Ratio et taux* d'avortement provoqué, Ontario, 1992-2000

Année**	Nombre d'avortements provoqués	Nombre de naiss. vivantes	Nombre de femmes de 15-44 years	Avortements provoqués pour 100 naiss. vivantes	Avortements provoqués pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans
1992	42 983	150 593	2 526 647	28,5	17,0
1993	44 891	147 844	2 523 588	30,4	17,8
1994	45 106	147 066	2 532 706	30,7	17,8
1995	46 095	146 261	2 545 354	31,5	18,1
1996	46 918	140 010	2 555 857	33,5	18,4
1997	44 046	132 997	2 572 297	33,1	17,1
1998	42 452	132 606	2 584 909	32,0	16,4
1999	39 981	131 061	2 599 826	30,5	15,4
2000	39 544	127 393	2 622 915	31,0	15,1

Sources : Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Enquête sur les avortements thérapeutiques. (Totalisation sur mesure, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada. 2003.)

Statistique Canada. CANSIM II, tableau 051-0001 — Estimations de la population canadienne, 1992-2000.

Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1992-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Inclut les cas dont l'âge n'est pas précisé et les avortements pratiqués chez des filles de 14 ans ou moins et des femmes de 45 ans ou plus. Les taux sont fondés sur la population féminine de 15 à 44 ans. Les chiffres excluent les avortements pratiqués en Ontario chez des non-résidentes de l'Ontario. La prudence est de mise lorsque l'on compare les données de 1999 et des années subséquentes à celles de 1998 et des années antérieures. Depuis 1999, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ne tient plus de système de collecte de données détaillées sur les avortements pratiqués en clinique en Ontario. La province communique désormais le nombre d'avortements pratiqués en clinique aux responsables de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques en se fondant sur le système de facturation du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO). Elle ne dispose donc plus d'information sur les avortements subis en clinique par des non-résidentes de l'Ontario ou par des résidentes de l'Ontario qui ne demandent pas de remboursement au RAMO. Une comparaison des données recueillies au moyen des deux sources pour les années 1995 à 1998 montre que la nouvelle source a sous-estimé les avortements pratiqués en clinique chez des résidentes de l'Ontario de 5,4 % (950 cas) en moyenne par année ou d'environ 1 % si l'on prend l'ensemble des avortements pratiqués au Canada. La nouvelle source n'inclut pas les avortements pratiqués chez des non-résidentes, qui représentent en moyenne 70 cas par année ou 0,4 % de l'ensemble des avortements pratiqués en clinique en Ontario.

**Les données de 1991 ne sont pas présentées parce qu'on n'a pu obtenir d'information antérieure à 1992 sur la province de résidence dans le cas des avortements pratiqués en clinique.

TABLEAU G9 Taux de prématurité, Ontario, 1991-2000

Année	Nombre de naiss. prématurées	Nombre de naiss. vivantes*	Naiss. prématurées pour 100 naiss. vivantes
1991	9 931	149 075	6,7
1992	10 354	150 345	6,9
1993	11 956	147 638	8,1
1994	12 200	146 738	8,3
1995	13 454	145 474	9,2
1996	13 370	139 492	9,6
1997	10 684	132 848	8,0
1998	9 509	132 380	7,2
1999	9 359	130 961	7,1
2000	9 323	127 318	7,3

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

**TABLEAU G10 Taux de prématurité (naissances simples et naissances multiples), Ontario, 2000**

Pluralité	Nombre de naiss. prématurées	Nombre de naiss. vivantes*	Naiss. prématurées pour 100 naiss. vivantes
Enfants seuls	7 409	123 639	6,0
Jumeaux	1 716	3 478	49,3
Triplés ou rang supérieur	198	201	98,5
Toutes les naissances vivantes	9 323	127 318	7,3

Source : Statistique Canada, Système canadien des statistiques sur l'état civil, 2000 (fichier non couplé de naissances vivantes).

*Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

TABLEAU G11 Taux de postmaturité, Ontario, 1991-2000

Année	Nombre de naiss. après terme	Nombre de naiss. vivantes*	Naiss. après terme pour 100 naiss. vivantes
1991	7 482	149 075	5,0
1992	6 605	150 345	4,4
1993	8 123	147 638	5,5
1994	6 671	146 738	4,5
1995	5 251	145 474	3,6
1996	3 816	139 492	2,7
1997	3 717	132 848	2,8
1998	2 445	132 380	1,8
1999	1 602	130 961	1,2
2000	1 211	127 318	1,0

Source : Statistique Canada, Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel est inconnu.

**TABLEAU G12 Taux d'hypotrophie et hypertrophie néonatales, Ontario, 1991-2000**

Année	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant hypotr.	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant hypertr.	Nombre de naiss. d'un seul enfant vivant*	Naiss. d'un seul enfant vivant hypotr. pour 100 naiss. d'un seul enfant vivant*	Naiss. d'un seul enfant vivant hypertr. pour 100 naiss. d'un seul enfant vivant*
1991	16 263	14 695	145 928	11,1	10,1
1992	15 435	15 945	146 956	10,5	10,9
1993	16 453	15 413	144 385	11,4	10,7
1994	17 609	14 921	142 853	12,3	10,4
1995	ND	ND	ND	ND	ND
1996	13 872	16 303	135 747	10,2	12,0
1997	13 423	14 351	129 261	10,4	11,1
1998	12 315	14 550	128 648	9,6	11,3
1999	11 359	15 083	127 170	8,9	11,9
2000	10 477	15 751	123 594	8,5	12,7

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes).

*Exclut les enfants nés vivants dont l'âge gestationnel ou le poids à la naissance est inconnu, ou dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines ou supérieur à 43 semaines.

ND — non disponible.

TABLEAU G13 Taux de mortalité fœtale, Ontario, 1991-2000

Année	Tous les décès fœtaux			Décès de fœtus pesant 500 g et plus*		
	Nombre de décès fœtaux	Naissances totales	Décès pour 1 000 naiss. totales*	Nombre de décès fœtaux	Naissances totales	Décès pour 1 000 naiss. totales
1991	802	152 280	5,3	623	151 926	4,1
1992	1 070	151 663	7,1	837	151 359	5,5
1993	972	148 816	6,5	746	148 419	5,0
1994	945	148 011	6,4	708	147 698	4,8
1995	978	147 239	6,6	738	146 947	5,0
1996	905	140 915	6,4	678	140 585	4,8
1997	881	133 878	6,6	651	133 577	4,9
1998	850	133 456	6,4	611	133 115	4,6
1999	837	131 898	6,3	599	131 559	4,6
2000	815	128 208	6,4	564	127 874	4,4

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).

*Les taux de mortalité fœtale excluent les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants pesant moins de 500 g à la naissance ou, si le poids à la naissance est inconnu, dont l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines.

**TABLEAU G14 Taux de mortalité néonatale (0 à 27 jours), Ontario, 1991-2000**

Année	Nombre de décès néonataux	Nombre de naissances vivantes	Décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes
1991	651	151 478	4,3
1992	596	150 593	4,0
1993	647	147 844	4,4
1994	618	147 066	4,2
1995	608	146 261	4,2
1996	584	140 010	4,2
1997	518	132 997	3,9
1998	501	132 606	3,8
1999	510	131 061	3,9
2000	505	127 393	4,0

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

TABLEAU G15 Taux de mortalité postnéonatale (28 à 364 jours), Ontario, 1991-2000

Année	Nombre de décès postnéonataux	Nombre de nouv.-nés survivants	Décès postnéonataux pour 1 000 nouv.-nés survivants
1991	302	150 827	2,0
1992	289	149 997	1,9
1993	275	147 197	1,9
1994	261	146 448	1,8
1995	262	145 653	1,8
1996	218	139 426	1,6
1997	210	132 479	1,6
1998	165	132 105	1,2
1999	195	130 551	1,5
2000	208	126 888	1,6

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

**TABLEAU G16 Taux de mortalité infantile (0 à 364 jours), Ontario, 1991-2000**

Année	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes
1991	953	151 478	6,3
1992	885	150 593	5,9
1993	922	147 844	6,2
1994	879	147 066	6,0
1995	870	146 261	5,9
1996	802	140 010	5,7
1997	728	132 997	5,5
1998	666	132 606	5,0
1999	705	131 061	5,4
2000	713	127 393	5,6

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

TABLEAU G17 Causes de mortalité infantile, Ontario, 1999*

Cause selon la classification modifiée de l'ECI**	Nombre de décès de nourr.	Pourcentage de l'ensemble des décès de nourr.	Nombre de décès néonataux	Pourcentage de l'ensemble des décès néonataux	Nombre de décès post-néonataux	Pourcentage de l'ensemble des décès postnéonataux
Anomalies congénitales	206	29,2	149	29,2	57	29,2
Asphyxie	59	8,4	57	11,2	2	1,0
Immaturité	209	29,6	194	38,0	15	7,7
Infection	60	8,5	33	6,5	27	13,8
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	46	6,5	7	1,4	39	20,0
Autres décès subits de nourrissons inexpliqués	19	2,7	9	1,8	10	5,1
Causes externes	10	1,4	1	0,2	9	4,6
Autre	96	13,6	60	11,8	36	18,5
TOTAL	705	100,0	510	100,0	195	100,0

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1999 (calcul pour la période à l'aide de fichiers non couplés de naissances vivantes et de décès).

*Les causes de mortalité infantile sont présentées pour 1999 parce que la classification de l'ECI est fondée sur la CIM-9. En 2000, les causes de décès dans le Fichier de décès de Statistique Canada ont été codées au moyen de la CIM-10.

**Voir la référence 4 dans la section qui porte sur les taux de mortalité infantile et les causes de décès.

**TABLEAU G18 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance*, selon l'âge gestationnel, Ontario, données combinées de 1995 à 1999**

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes	
Moins de 22	167	182	917,6	(867,7-953,1)
22-23	367	413	888,6	(854,2-917,3)
24-25	313	866	361,4	(329,4-394,4)
26-27	179	1 302	137,5	(119,2-157,4)
28-31	220	4 723	46,6	(40,8-53,0)
32-33	109	6 249	17,4	(14,3-21,0)
34-36	298	42 612	7,0	(6,2-7,8)
37-41	1 067	608 372	1,8	(1,7-1,9)
42 et plus	35	16 852	2,1	(1,5-2,9)
Âge gestationnel inconnu	8	1 784	4,5	(2,0-8,8)
Dossiers non couplés	1 014	—	—	—
Tous les âges gestationnels	3 777	683 355	5,5	(5,4-5,7)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de mortalité infantile à la naissance, on a établi que tous les nourrissons vivants à la naissance âgés de moins de 22 semaines et pesant moins de 500 g sont décédés au cours de la première journée de vie et ont été classés ainsi.

IC — intervalle de confiance.

TABLEAU G19 Taux de mortalité infantile dans une cohorte de naissance*, selon le poids à la naissance, Ontario, données combinées de 1995 à 1999

Poids à la naissance (grammes)	Nombre de décès de nourrissons	Nombre de naissances vivantes	Décès de nourrissons (IC à 95 %) pour 1 000 naissances vivantes	
Moins de 500	351	520	675,0	(632,9-715,1)
500-749	446	1 088	409,9	(380,5-439,8)
750-999	208	1 356	153,4	(134,6-173,7)
1 000-1 249	112	1 659	67,5	(55,9-80,7)
1 250-1 499	87	2 069	42,0	(33,8-51,6)
1 500-1 999	191	7 959	24,0	(20,8-27,6)
2 000-2 499	232	25 740	9,0	(7,9-10,2)
2 500-3 999	960	554 189	1,7	(1,6-1,9)
4 000 et plus	127	87 841	1,4	(1,2-1,7)
Poids à la naissance inconnu	49	934	52,5	(39,1-68,8)
Dossiers non couplés	1 014	—	—	—
Tous les poids à la naissance	3 777	683 355	5,5	(5,4-5,7)

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1995-1999 (fichiers couplés de naissances et de décès de nourrissons).

*Dans les fichiers couplés de mortalité infantile à la naissance, on a établi que tous les nourrissons vivants à la naissance âgés de moins de 22 semaines et pesant moins de 500 g sont décédés au cours de la première journée de vie et ont été classés ainsi.

IC — intervalle de confiance.

**TABLEAU G20** Taux d'accouchement multiple, *Ontario, 1991-2000*

Année	Nombre d'acc. multiples	Naissances totales	Acc. multiples pour 100 naissances totales
1991	3 039	152 280	2,0
1992	3 198	151 663	2,1
1993	3 069	148 816	2,1
1994	3 610	148 011	2,4
1995	3 592	147 239	2,4
1996	3 711	140 915	2,6
1997	3 583	133 878	2,7
1998	3 764	133 456	2,8
1999	3 829	131 898	2,9
2000	3 734	128 208	2,9

Source : Statistique Canada. Système canadien des statistiques sur l'état civil, 1991-2000 (fichiers non couplés de naissances vivantes et de mortinaissances).



Annexe H



Publications du Système canadien de surveillance périnatale (au mois d'octobre 2003)

Communications publiées (ou sous presse) dans des revues dotées d'un comité de lecture de pairs

- Wen SW, Kramer MS, Platt R, Demissie K, Joseph KS, Liu S, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Secular trends of fetal growth in Canada, 1981 to 1997. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17:347-54.
- Joseph KS, Liu S, Demissie K, Wen SW, Platt RW, Ananth CV, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. A parsimonious explanation for intersecting perinatal mortality curves: understanding the effects of plurality and of parity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2003;3:3.
- Wen SW, Chen LM, Li CY, Kramer MS, Allen AC, pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Comparaison de la mortalité fœto-infantile selon le poids à la naissance : Impact de l'absence de données relatives au poids à la naissance des fœtus et des bébés décédés par rapport aux survivants. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23:164-70.
- Kramer MS, Liu S, Luo Z, Yuan H, Platt RW, Joseph KS. Analysis of perinatal mortality and its components: time for a change? *Am J Epidemiol* 2002;156:493-7.
- Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:681-7.
- Joseph KS, Marcoux S, Ohlsson A, Kramer MS, Allen AC, Liu S, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Preterm birth, stillbirth and infant mortality among triplet births in Canada, 1985-96. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002;16:141-8.
- Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination on overall infant mortality in Canada. *JAMA* 2002;287:1561-7.
- Turner LA, Kramer MS, Liu S, pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Mortalité pendant et après la grossesse selon la cause et définition de la mortalité maternelle. *Maladies chroniques au Canada*, 2002;23:36-41.
- Turner LA, Cyr M, Kinch RA, Liston R, Kramer MS, Fair M, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité et la morbidité maternelles du Système canadien de surveillance périnatale. Sous-déclaration de la mortalité maternelle au Canada : Une question de définition. *Maladies chroniques au Canada* 2002;23:26-35.



Annexe H

- Joseph KS, Marcoux S, Ohlsson A, Liu S, Allen A, Kramer MS, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Changes in stillbirth and infant mortality associated with increases in preterm birth among twins. *Pediatrics* 2001;108:1055-61.
- Liu S, Joseph KS, Wen SW, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Secular trends in congenital anomaly-related fetal and infant mortality in Canada, 1985-1996. *Am J Med Genet* 2001;104:7-13.
- Kramer MS, Platt R, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowicz M, et coll. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108(2):E35.
- Wen SW, Joseph KS, Kramer MS, Demissie K, Oppenheimer L, Liston R, et coll., pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile, Système canadien de surveillance périnatale. Tendances récentes de l'issue fœto-infantile des grossesses prolongées. *Maladies chroniques au Canada* 2001;22:1-6.
- Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Mery LS, Platt RW, Wen SW. Implausible birth weight for gestational age. *Am J Epidemiol* 2001;153:110-3.
- Wen SW, Liu S, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson, Sauve R, et coll. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J Epidemiol* 2001;153:103-7.
- Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Cyr M, Fair M, Ohlsson A, Wen SW, pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Gestational age and birth weight specific declines in infant mortality in Canada, 1985-94. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:332-9.
- Wen SW, Liu S, Kramer MS, Joseph KS, Marcoux S, Levitt C, et coll. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. *Am J Epidemiol* 2000;152:1009-14.
- Kramer MS, Marcoux S, Joseph KS, Ohlsson A, McCarthy B. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA* 2000;284:843-9.
- Dzakpasu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC. The Matthew effect: infant mortality in Canada and internationally. *Pediatrics* 2000;106:e5.
- Wen SW, Rouleau J, Lowry RB, Kinakin B, Anderson-Redick S, Sibbald B, et coll. Congenital anomalies ascertained by two record systems run in parallel in the Canadian province of Alberta. *Revue canadienne de santé publique* 2000;91:193-6.
- Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 2000;91:46-50.
- Wen SW, Liu S, Joseph KS, Rouleau J, Allen A. Patterns of infant mortality caused by congenital anomalies. *Teratology* 2000;61:342-6.
- Wen SW, Kramer MS, Liu S, Dzakpasu S, Sauve R, et coll., pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994. *Maladies chroniques au Canada* 2000;21:15-24.
- Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, MacDonald RC, pour le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile. Une évaluation de la validité d'un système informatique pour le couplage probabiliste des enregistrements de naissance et de décès de nourrissons au Canada. *Maladies chroniques au Canada* 2000;21:8-14.



- Wen SW, Liu S, Joseph KS, Trouton K, Allen A. Regional patterns of infant mortality caused by lethal congenital anomalies. *Revue canadienne de santé publique* 1999;90:316-9.
- Wen SW, Mery L, Kramer MS, Jimenez V, Trouton K, Herbert P, et coll. Attitudes of Canadian women towards birthing centre and nurse/midwife care for childbirth. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999;161:708-9.
- Joseph KS, Allen A, Kramer MS, Cyr M, Fair M. Changes in the registration of stillbirths less than 500 g in Canada, 1985-95. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:278-87.
- Liu S, Wen SW. Élaboration du couplage des données sur les congés d'hôpitaux pour l'étude des réadmissions chez les nouveau-nés. *Maladies chroniques au Canada* 1999;20:86-91.
- Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, Ohlsson A, Wen SW, Allen A, et coll. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *N Engl J Med* 1998;339:1434-9.
- Fair M, Wilkins R, Cyr M, Chen J, et le Groupe d'étude sur la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. Maternal education and fetal and infant mortality in Quebec. *Health Rep* 1998;10:53-64.
- Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1998;158:875-9.
- Wen SW, Liu S, Fowler D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada. *Revue canadienne de santé publique* 1998;115-9.
- Wen SW, Liu S, Marcoux S, Fowler D. Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale. *Maladies chroniques au Canada* 1997;18:125-32.
- Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;157:535-41.
- Joseph KS, Kramer MS. Canadian infant mortality: 1994 update. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1997;156:161-3.
- Joseph KS, Kramer MS. Recent trends in Canadian infant mortality rates: effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 g. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1996;155:1047-52.

Rapports

- Santé Canada. *Les anomalies congénitales au Canada — Rapport sur la santé périnatale, 2002*. Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 (N° H39-641/2002F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
- Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-142/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
- Santé Canada. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000 (N° H49-135/2000F au catalogue). Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/index_f.html>.
- Fair M, Cyr M, Allen AC, Wen SW, Guyon G, Macdonald RC, pour le Groupe d'étude sur la santé fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale. *Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada*. Ottawa : Statistique Canada, 1999.



Annexe H

- Santé Canada. *Système canadien de surveillance périnatale. Rapport d'étape 1997-1998*. Ottawa :
Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
(N° H21-131/1998F au catalogue).
- Santé Canada. *Système canadien de surveillance périnatale : Rapport d'étape*. Ottawa :
Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995 (N° H12-131/1996F au catalogue).

Fiches d'information

Violence physique pendant la grossesse	Décembre 2003
Prématurité	Octobre 1999
Syndrome de mort subite du nourrisson	Septembre 1999
L'acool et la grossesse	Novembre 1998
L'allaitement maternel	Novembre 1998
Avortement provoqué	Avril 1998
Rapport sur la santé maternelle au Canada	Avril 1998
Mortalité infantile	Mars 1998