



# LES SOINS PÉRINATALS

## au Canada\*

Beverley Chalmers, D.Sc. (médecine, University of Toronto), Ph.D., Shi Wu Wen, M.B., Ph.D. (Santé Canada)

### CONTEXTE

**Le Canada a la chance d'être au nombre des chefs de file du monde en ce qui concerne les normes de soins périnataux. Les taux de mortalité infantile et maternelle, indicateurs clés de la santé périnatale, reflètent tous deux des normes de soin élevées. En dépit de tout cela, il y a encore matière à amélioration au Canada, tant du point de vue des différences régionales quant aux aspects des soins périnataux que sur le plan des comparaisons mondiales des stratégies canadiennes de soins périnataux à celles que préconisent d'autres régions. Ce chapitre porte sur la surveillance continue des soins périnataux au Canada et plus particulièrement sur l'avortement, la grossesse chez les adolescentes, la grossesse chez les femmes âgées et les naissances multiples.**

### MÉTHODES

Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) de Santé Canada ([http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/about\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/about_f.html)) produit périodiquement un rapport détaillé sur les indicateurs de la santé périnatale au Canada. Les constatations indiquées dans la section des Résultats reposent principalement sur le *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000*, [1] qui présente des statistiques canadiennes jusqu'en 1997. Une mise à jour du rapport du SCSP sur la santé périnatale courante au Canada était sous presse au moment où nous rédigeons ce texte.

Le SCSP surveille actuellement 24 indicateurs de la santé périnatale qui portent à la fois sur les déterminants de la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né et sur les résultats périnataux. Les déterminants de la santé qu'on évalue sont les comportements pendant la grossesse, comme le tabagisme et la consommation d'alcool, le niveau d'études, l'âge de la mère et l'allaitement, sans oublier les services de santé comme l'induction, la césarienne, l'accouchement chirurgical, les traumatismes au périnée et les congés rapides. Les résultats évalués dans le cas de la mère comprennent la mortalité, l'avortement provoqué, la grossesse ectopique, la morbidité grave et une réhospitalisation après le congé. Les résultats reliés à la santé du fœtus et du nouveau-né que l'on mesure comprennent les naissances prématurées, le poids compte tenu de l'âge de la grossesse, la mortalité et les causes de décès, la morbidité grave, les naissances multiples, les anomalies congénitales et les taux de réhospitalisation après le congé.

Les principales sources de données qui servent à la production des rapports sur la santé périnatale du SCSP sont les statistiques démographiques canadiennes, les données sur les hospitalisations (tirées de la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], de la base de données de surveillance périnatale de Santé Manitoba et du Système canadien de surveillance des anomalies congénitales), ainsi que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). On utilise aussi des estimations démographiques et des statistiques sur les avortements provoqués provenant de Statistique Canada.

\* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institut canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



## RÉSULTATS

### Mortalité maternelle

Les taux de mortalité maternelle au Canada sont tombés de 8,2 par 100 000 naissances vivantes en 1973-1977 à 4,4 par 100 000 en 1993-1997 [1] et ils sont parmi les plus bas au monde. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) gonfle maintenant d'un facteur de 1,5 les ratios indiqués de mortalité maternelle afin de tenir compte des sous-déclarations. Les statistiques canadiennes ne font pas exception et c'est pourquoi il faudrait considérer que le taux réel de mortalité maternelle est un peu plus élevé que celui qu'indiquent les statistiques du SCSP. La mort maternelle demeure néanmoins un événement rare au Canada. Les causes les plus courantes sont, comme dans les autres pays industrialisés, l'hypertension, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie et la grossesse ectopique, problèmes qui se prêtent tous à d'autres améliorations des soins.

### Morbidité maternelle

Comme le décès de la mère est rare, les mesures de la morbidité maternelle grave sont plus susceptibles d'indiquer des préoccupations en ce qui concerne les services de santé. Au Canada, la plupart des problèmes menaçant la vie que connaissent les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période qui suit immédiatement comprennent l'embolie du liquide amniotique, l'embolie pulmonaire obstétrique, l'éclampsie, le choc septique, les complications de l'anesthésie, les troubles cérébraux vasculaires, l'hémorragie qui exige une transfusion ou une hystérectomie, et la rupture de l'utérus. Il existe actuellement [1] des statistiques nationales sur un seul de ces événements, soit l'embolie du liquide amniotique, car elles indiquent que même si l'événement est rare (quelque 5,6 par 100 000 accouchements), on l'associe à un taux élevé de mortalité, qui est d'environ 80 %. L'embolie du liquide amniotique cause 15 % de tous les décès maternels directs au Canada.

D'autres indicateurs périnatals disponibles reflètent une morbidité beaucoup moins menaçante pour la vie mais qui préoccupe quand même les femmes en cause ainsi que les dispensateurs de soins de santé. La réhospitalisation de la mère après une césarienne, les accouchements chirurgicaux aux forceps ou à la ventouse, la grossesse chez les adolescentes et l'avortement provoqué, les naissances chez les femmes plus âgées et les taux d'allaitement sont au nombre des indicateurs étudiés ici.

### Réhospitalisation de la mère

Les taux de réhospitalisation de la mère après une césarienne sont passés de 3,2 par 100 césariennes en 1990 à 3,9 en 1997, ce qu'il faut expliquer. Les taux de réhospitalisation après un accouchement vaginal normal sont demeurés comparativement stables, à 2,5 par 100 accouchements, pendant la période. [1] Comme le taux de césariennes est aussi à la hausse (de 17,8 par 100 accouchements à l'hôpital en 1994 à 19,1 en 1997), il y a une possibilité encore plus importante de réhospitalisation du nouveau-né et de la mère. Il est possible d'établir un lien entre ces taux et le raccourcissement des séjours à l'hôpital après l'accouchement pendant la même période (accouchements vaginaux : < 2 jours dans le cas de 3,2 % des femmes en 1989, total qui a atteint 25,6 % en 1997; césariennes : < 4 jours dans le cas de 2,1 % des femmes en 1989, total qui est passé à 31,3 % en 1997 [1]). Il faut tout au moins, et compte tenu de la « popularité » de la césarienne qui est à la hausse dans le monde et au Canada, sensibiliser les femmes au risque de réhospitalisation à la fois pour elles-mêmes et pour leur nouveau-né, qui est plus élevé après une césarienne qu'après un accouchement vaginal normal.

### Accouchements aux forceps et à la ventouse

D'autres indicateurs périnatals révèlent des domaines de morbidité pour les mères et les nouveau-nés. En 1997, les taux d'accouchement aux forceps ont varié énormément d'un bout à l'autre du Canada (de < 3 par 100 accouchements vaginaux dans les Territoires du Nord-Ouest et au Manitoba jusqu'à plus de 8 par 100 au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et en Ontario) tout comme ceux des accouchements à la ventouse obstétricale (dont le taux est passé de quelque 4-6 par 100 accouchements vaginaux pratiqués à l'hôpital dans les Territoires du Nord-Ouest, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard à 14-15 par 100 accouchements en Saskatchewan et au Yukon), ce qui révèle des préférences locales quant au traitement.

## Grossesse chez les adolescentes et avortement provoqué

D'autres indicateurs qui préoccupent ont trait à la grossesse chez les adolescentes et aux avortements provoqués. Le taux des naissances vivantes chez les adolescentes de 15 à 19 ans a diminué au Canada pour passer de 25,8 par 1 000 en 1981 à 19,9 en 1997. De même, le taux des naissances chez les jeunes filles de 10 à 14 ans a diminué de 0,29 par 1 000 en 1981 à 0,22 en 1997, [1] année à laquelle les femmes de 15 à 19 ans ont produit 5,6 % du total des naissances au Canada, tandis que les jeunes filles de moins de 15 ans ont contribué de moins de 1 % de plus au total.

En 1997, 21,5 femmes sur 1 000 âgées de 15 à 19 ans ont subi un avortement provoqué, tout comme 2,6 par 1 000 qui avaient moins de 15 ans. Par ailleurs, 33,9 femmes par 1 000 de 20 à 24 ans ont subi un avortement provoqué. Le taux total d'avortements provoqués s'est établi à 16,8 par 1 000 femmes au Canada en 1997, total en hausse par rapport à 14,6 en 1990. [2] En 1995, les femmes de moins de 20 ans ont subi quelque 20 % du total des avortements pratiqués au Canada. [2] Il est probable que les statistiques sur les avortements provoqués fassent l'objet d'une importante sous-déclaration, car ces chiffres ne comprennent pas les avortements provoqués par des moyens médicaux ou pharmacologiques dans les cabinets de médecins. Les avortements chirurgicaux pratiqués par les médecins dans leur cabinet ne sont pas déclarés non plus lorsque le cabinet n'est pas un service d'avortement désigné. C'est pourquoi il faut interpréter les statistiques avec prudence, surtout parce qu'il est probable que les moyens médicaux de mettre fin à la grossesse serviront de plus en plus à l'avenir. Néanmoins, même si l'on tient compte de la sous-déclaration, il semble que les taux de grossesse chez les adolescentes du Canada soient à la baisse, tandis que les taux d'avortement grimpent. Il est évident qu'il y a encore matière à amélioration en ce qui a trait à la prévention des grossesses indésirées, particulièrement chez les adolescentes.

## Naissances chez les mères plus âgées

Les naissances chez les mères plus âgées constituent par ailleurs un problème qui préoccupe de plus en plus, car elles présentent un risque plus important à la fois pour la mère et pour l'enfant. La proportion des naissances qui surviennent chez les femmes âgées augmente régulièrement depuis deux décennies. En 1997, 30,2 % du total des naissances vivantes au Canada sont survenues chez des femmes de 30 à 34 ans, 12,4 % chez des femmes de 35 à 39 ans et 1,9 % chez des femmes de plus de 40 ans. Les femmes plus âgées sont plus vulnérables aux complications de la grossesse comme l'avortement spontané, le diabète de la grossesse, l'hypertension, la prééclampsie et le placenta praevia. Les complications courantes du travail chez les mères plus âgées comprennent une mauvaise présentation, une disproportion céphalopelvienne, un travail prolongé, des accouchements chirurgicaux et une hémorragie postnatale. En 2000, par exemple, le taux de naissances prématurées chez les femmes de plus de 34 ans était le plus élevé de tous les groupes d'âges : 8,8 par 1 000 naissances comparativement à la moyenne nationale qui s'est établie à 7,5 au cours de la même année. [3]

## Taux d'allaitement

Les taux d'allaitement sont, à première vue, raisonnables, mais ils ne résistent pas très bien à l'analyse attentive. En 1997, 73 % des mères ont commencé à allaiter, même si les taux mesurés par l'ELNE] sont tombés à 33 % deux mois après la naissance, [4] ce qui indique que l'on pourrait renforcer considérablement le soutien postnatal pour allaiter. Il n'y a actuellement pas de statistiques nationales claires sur les taux ni sur la durée de l'allaitement exclusif au Canada. La situation préoccupe à la fois le Comité canadien pour l'allaitement et le SCSP qui a pris des moyens pour produire de telles mesures à l'avenir.

## Mortalité infantile au Canada

Le taux de mortalité infantile a varié de 5,3 à 8,8 par 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2000. [1, 3] Ces indicateurs sont parmi les plus bas au monde. Il existe toutefois des disparités inacceptables entre des sous-populations du Canada en ce qui concerne beaucoup d'indicateurs de la santé infantile, y compris l'indicateur clé que constitue la mortalité infantile. Par exemple, en dépit de l'assurance-maladie universelle, la situation socio-économique exerce sur l'évolution de l'état de santé une influence telle que



les groupes à faible revenu présentaient un risque 1,6 fois plus élevé de mortalité infantile que les groupes à revenu élevé en 1991. Il faut aussi accorder une attention spéciale à la santé périnatale chez les Premières nations, les Métis et les Inuits. On a calculé que les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale chez les Indiens inscrits sont presque deux fois plus élevés que la moyenne nationale et que chez les Inuits des Territoires du Nord-Ouest, ils sont presque deux fois et demie plus élevés que pour l'ensemble du Canada. [1] Les disparités sanitaires demeurent un défi au Canada et démontrent qu'il faut toujours promouvoir des soins de santé équitables en dépit des disparités sociales et culturelles.

Certains indicateurs périnatals montrent par ailleurs des améliorations certaines sur le plan de la mortalité infantile au cours des dernières années. L'incidence de la mortalité infantile attribuable aux malformations congénitales en particulier a diminué considérablement, pour tomber de 3,1 par 1 000 naissances vivantes en 1985 à 1,9 en 1995. Ces chiffres reflètent probablement l'augmentation du diagnostic prénatal et de l'interruption des grossesses en cause, ainsi que des améliorations des soins des nouveau-nés qui ont des anomalies congénitales.

### Morbidité infantile

Même si la mortalité infantile et celle de la mère représentent les principales mesures de résultats des soins périnatals, elles ne révèlent que la pointe de l'iceberg que constituent les préoccupations reliées aux soins de santé périnatals. Les mesures de la morbidité plutôt que de la mortalité sont plus importantes lorsque les taux de mortalité sont faibles, comme au Canada. Les taux de naissances prématurées et multiples sont des indicateurs clés de la morbidité infantile.

### Naissances prématurées

Une des variables les plus importantes et révélatrices de la morbidité infantile est le taux de naissances prématurées. Ce dernier a augmenté au Canada au lieu de diminuer entre 1981 et 2000 (de 6,4 à 7,5 par 100 accouchements), [1, 3] probablement à cause des augmentations du nombre de naissances multiples et d'interventions obstétriques comme le recours croissant à l'échographie. Le taux de mortinatalité a par ailleurs diminué, ce qui indique que le recours croissant à l'échographie sauve la vie de certains bébés, mais au risque de provoquer un accouchement prématuré.

### Naissances multiples

Le taux de naissances multiples augmente régulièrement depuis des décennies, mais il a accéléré rapidement depuis peu. Cette augmentation préoccupe considérablement, non seulement parce que les naissances multiples entraînent des risques plus élevés, mais aussi parce qu'on les associe aux naissances prématurées. Le taux des naissances multiples est passé de 18,2 par 1 000 naissances totales en 1974 à 19,3 en 1980, 20,8 en 1990 et 25,0 en 1997. Cette augmentation est survenue aussi dans d'autres pays industrialisés et on l'associe à des augmentations du pourcentage de femmes plus âgées qui donnent naissance et au recours croissant aux traitements contre la stérilité. On ne sait pas trop dans quelle proportion il est possible d'attribuer le taux de naissances multiples au Canada aux traitements contre la stérilité. Aux États-Unis, 38,9 % du total des naissances associées à l'insémination in vitro et aux techniques d'assistance à la procréation ont été des accouchements multiples en 1996 (dernière année sur laquelle il existe un rapport). [5] Le taux de naissances multiples chez ces mères augmente d'environ 3 % par année. [6]

Même si ces progrès de la technologie sont les bienvenus, il faut aussi reconnaître qu'il y a un lien entre les naissances multiples (qui suivent souvent des traitements contre la stérilité) et des taux plus élevés de mortalité et de morbidité fœtales et infantiles. Au Royaume-Uni, le taux de mortalité périnatale s'établit à 1,4 % dans le cas des accouchements simples, 5,8 % chez les jumeaux et 9,1 % chez les triplets. [7] Au Canada, la morbidité lourde est plus élevée chez les jumeaux et les triplets. On estime, par exemple, que les taux de paralysie cérébrale chez les jumeaux et les triplets sont 47 fois et 8 fois respectivement plus élevés que chez les naissances simples. [1]

Le deuxième problème qui a trait aux naissances multiples est le risque accru de naissances prématurées qui en découle. Le pourcentage des naissances prématurées en proportion des naissances multiples a augmenté pour passer de 33 % en 1974 à 40 % en 1981-1983, 50 % en 1992-1994 et

53,5 % en 1997. En 2000, 51,5 % des grossesses de jumeaux ont produit des naissances prématurées, ce qui a été le cas chez 97,7 % des triplets ou des naissances multiples plus nombreuses. [3] Ces augmentations des naissances prématurées sont spectaculaires comparativement aux taux plus modestes de naissances prématurées à la suite d'une grossesse unique (6,2 par 100 naissances). [3] Nonobstant ces statistiques, le taux global de naissances prématurées au Canada demeure assez faible, 7,5 % en 2000. [3]

## DISCUSSION

### Lacunes

Même si la qualité des sources de données est généralement bonne, il y a encore des défis à surmonter pour assurer la production de données d'une grande qualité uniforme. Il faut notamment réunir plus rapidement des données d'un bout à l'autre du Canada, assurer que toutes les données sont complètes, suivre des diagnostics plus obscurs ou complexes, signaler les événements qui se produisent en dehors des hôpitaux comme les naissances à la maison et les avortements spontanés, et uniformiser la définition, la consignation et la déclaration des événements périnataux entre les provinces et les territoires. Le SCSP fait constamment des efforts importants pour surmonter les obstacles qui restent afin d'offrir une couverture de grande qualité des indicateurs périnataux. On discute plus en détail de ces aspects dans les rapports sur la santé périnatale du SCSP.

Pour renforcer le système actuel de surveillance périnatale au Canada assurée par l'entremise du SCSP, une recommandation porte sur la surveillance des répercussions financières des soins périnataux. Il n'existe actuellement pas d'analyse systématique des coûts de certaines pratiques périnatales en particulier au Canada. Les soins de santé coûtent cher au pays et certains aspects, comme les soins intensifs néonataux, sont extrêmement coûteux. On établit un lien entre les naissances multiples, et le risque plus élevé de morbidité, de mortalité et de prématurité qui en découle, et le recours accru aux unités néonatales des soins intensifs, au prolongement des hospitalisations et aux taux plus élevés d'administration de médicaments. Les problèmes qui surviennent plus tard dans l'enfance peuvent être les plus graves, même s'ils sont difficiles à quantifier. En ce qui concerne les coûts, les bébés de faible poids à la naissance sans incapacité entraînent deux fois plus de dépenses de santé et d'éducation jusqu'à neuf ans et ceux qui ont une incapacité, cinq fois plus que les bébés de poids normal nés après une grossesse unique. [8] Ces exigences imposées à la famille, à l'enfant qui grandit, au système d'éducation et au système d'aide sociale peuvent avoir des répercussions importantes. Les coûts physiologiques, psychologiques et financiers peuvent être énormes.

Étant donné que certaines pratiques de soins périnataux particulièrement coûteuses, comme les traitements de la stérilité (qui entraînent le recours accru aux unités néonatales des soins intensifs) ou l'accouchement chirurgical, semblent être à la hausse au Canada, il est de plus en plus important de trouver des indicateurs économiques de ces pratiques — non pas pour limiter le recours aux soins coûteux mais nécessaires, mais plutôt pour évaluer le recours inutile ou excessif à des pratiques qui, sans compter qu'elles ne sont pas factuelles, pourraient aussi s'avérer coûteuses. Le SCSP est conscient de cette préoccupation et envisage d'évaluer à l'avenir des indicateurs économiques.

### Recommandations

- Il faudrait inclure des indicateurs économiques dans le contexte de la surveillance des soins périnataux assurés par le SCSP.
- Le SCSP devrait produire une évaluation de la réussite du Canada par rapport aux normes internationales de soins périnataux (actuellement au programme du Comité directeur du SCSP).
- L'OMS a formulé des recommandations sur les pratiques périnatales qui sont applicables dans le monde entier. Le SCSP devrait établir un moyen de comparer les pratiques du Canada aux normes de l'OMS (actuellement au programme du Comité directeur du SCSP).



## Références

1. Health Canada. *Canadian perinatal health report*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, 2000.
2. Canadian Perinatal Surveillance System. *Induced abortion fact sheet*. Ottawa: Health Canada, 1998.
3. Statistics Canada. *Perinatal data*. Ottawa: Statistics Canada, 2000, Cat. No. 84F0210XPB.
4. Health Canada. *Breastfeeding in Canada: a review and update*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services, 1999.
5. Society for Assisted Reproductive Technology, American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 1996 results generated from the American Society for Reproductive Technology/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril* 1999;71:798-807.
6. Collins J. Too much of a good thing. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000;3:177.
7. *The human fertilisation and embryology authority report*. London: HFEA, 1996.
8. Stevenson RC, McCabe CJ, Pharoah POD, Cooke RWI. Cost of caring for a geographically determined population of low birthweight infants to age 8-9 years. I. Children with disability. *Arch Dis Child* 1999;74:F118-F121.