

A photograph of a woman with dark hair and glasses, wearing a dark top, holding a baby. The baby is wearing a light purple top and is looking to the right. The background is a soft-focus green, suggesting an outdoor setting. The image is partially covered by a dark green horizontal band at the top and bottom.

# Donner naissance au Canada

Un profil régional



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé  
377, rue Dalhousie  
Bureau 200  
Ottawa (Ontario)  
K1N 9N8  
Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-466-5

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

Cette publication est aussi disponible en anglais sous le titre :  
*Giving Birth in Canada: A Regional Profile* ISBN 1-55392-465-7



# Donner naissance au Canada

Un profil régional



# Table des matières



|  |           |
|--|-----------|
| Au sujet de l'Institut canadien d'information sur la santé ..... | v         |
| Remerciements .....  | vii       |
| Au sujet du présent rapport .....                                | ix        |
| <b>Méthodes d'accouchement : Un retour en arrière .....</b>      | <b>1</b>  |
| <b>Donner naissance au Canada de nos jours .....</b>             | <b>3</b>  |
| Lorsque les mères ont besoin d'aide .....                        | 5         |
| Un coup de pouce pour déclencher le travail .....                | 5         |
| Les douleurs de l'accouchement .....                             | 6         |
| L'anesthésie épidurale : un choix prisé .....                    | 7         |
| Lorsque la nature a besoin d'aide .....                          | 9         |
| Tirer au lieu de pousser .....                                   | 9         |
| Qui fait quoi? .....   | 13        |
| Épisiotomie ou pas? .....  | 14        |
| Lorsque la nature a besoin d'un coup de pouce supplémentaire —   |           |
| Accouchements par césarienne au Canada .....                     | 15        |
| C'est mon premier... ..  | 15        |
| Après une césarienne... ..                                       | 18        |
| Pourquoi pratiquer une césarienne? .....                         | 18        |
| Quel est le bon nombre? .....                                    | 19        |
| <b>Bébé arrive .....</b>   | <b>21</b> |
| Trop prématuré, trop petit .....                                 | 22        |
| Les soins intensifs à la rescousse des nouveau-nés .....         | 24        |
| Séjours à l'hôpital après la naissance .....                     | 25        |
| <b>Du passé au futur .....</b>                                   | <b>29</b> |
| Ce que nous savons .....   | 31        |
| Ce que nous ne savons pas .....                                  | 31        |
| Ce qui se passe .....  | 31        |
| Annexe A : Les faits en bref .....                               | 33        |
| Annexe B : Notes techniques .....                                | 43        |
| Pour en savoir davantage .....                                   | 59        |



# Au sujet de l'Institut canadien d'information sur la santé



Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme pancanadien, autonome et sans but lucratif, œuvre à améliorer le système de santé et la santé des Canadiens en fournissant une information fiable et opportune sur la santé. Le mandat de l'Institut, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, consiste à élaborer et à maintenir un système commun d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information visant à faire progresser les politiques canadiennes en matière de santé, à améliorer la santé de la population, à renforcer notre système de santé et à aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions avisées.

Voici les membres du Conseil d'administration de l'ICIS au 1<sup>er</sup> août 2004 :

- **M. Graham W. S. Scott**, cr. (président), associé directeur, McMillan Binch LLP
- **M. Rick Roger**, président-directeur général, Vancouver Island Health Authority (et vice-président du Conseil d'administration de l'ICIS)
- **D<sup>re</sup> Penny Ballem**, sous-ministre, British Columbia Ministry of Health Services
- **D<sup>r</sup> Peter Barrett**, médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **D<sup>r</sup> Laurent Boisvert**, directeur, Affaires clinico-administratives, Association des hôpitaux du Québec
- **M<sup>me</sup> Roberta Ellis**, vice-présidente, Prevention Division, Workers' Compensation Board of British Columbia
- **M. Kevin Empey**, vice-président, Services financiers et corporatifs, University Health Network
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M. Ian Green**, sous-ministre de la Santé, Santé Canada
- **M. Phil Hassen**, sous-ministre, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- **M<sup>me</sup> Nora Kelly**, sous-ministre de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick
- **M<sup>me</sup> Alice Kennedy**, vice-présidente, Resident Care St. John's Nursing Home Board, Terre-Neuve-et-Labrador
- **M. David Levine** (observateur), président-directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- **M. Cameron Mustard**, président, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **D<sup>r</sup> Brian Postl**, président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg
- **M<sup>me</sup> Sheila Weatherill**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority, Edmonton, Alberta
- **M<sup>me</sup> Glenda Yeates** (d'office), présidente-directrice générale, ICIS



# Remerciements



L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire remercier les nombreuses personnes et les nombreux organismes qui ont collaboré à l'élaboration du rapport.

Nous aimerions notamment exprimer notre reconnaissance aux membres du Groupe d'experts dont les conseils judicieux se sont avérés précieux tout au long du processus. En voici la composition :

- **D<sup>re</sup> Elizabeth Whynot** (présidente), présidente, British Columbia's Women's Hospital & Health Centre
- **M. Jack Bingham** (d'office), directeur, Rapports sur la santé et Analyse, ICIS
- **D<sup>re</sup> Beverley Chalmers**, conseillère internationale en matière de santé, Centre for Research in Women's Health, Sunnybrook et Women's College Health Science Centre, University of Toronto
- **D<sup>re</sup> Jan Christalaw**, British Columbia's Women's Hospital & Health Centre
- **D<sup>r</sup> K. S. Joseph**, professeur agrégé, Départements d'obstétrique/gynécologie et de pédiatrie, Dalhousie University
- **D<sup>r</sup> Terry P. Klassen**, professeur et président, Department of Pediatrics, University of Alberta Hospital
- **D<sup>r</sup> Michael S. Kramer**, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents, IRSC
- **D<sup>re</sup> Vyta Senikas**, vice-présidente exécutive, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- **D<sup>re</sup> Carolyn Lane**, médecin de famille, The Low Risk Maternity Clinic, Calgary, Alberta
- **D<sup>re</sup> Kyong-Soon Lee**, néonatalogiste, McMaster University
- **D<sup>re</sup> Hajnal Molnar-Szakács**, chef, Section de la santé maternelle et infantile, Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada,
- **M<sup>me</sup> Marianne Stewart**, chef principale des opérations, Primary Care Division, Capital Health

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du Groupe d'experts ou des organismes auxquels ils sont associés.

Le comité de rédaction du rapport se compose des personnes suivantes : Kira Leeb, Jennifer Zelmer, Jeanie Lacroix et Jack Bingham. Parmi les autres principaux membres de l'équipe, on trouve Raghda AlAtia, Akerke Baibergenova, Lynne Duncan, Patricia Finlay, Cheryl Gula, Sharon Gushue, Thi Ho, Luciano Ieraci, Tina LeMay, Geneviève Martin, Mary Neill, Jennifer Phillips, Karin Schoeberle et Benjamin Taylor.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'appui généreux et l'aide de plusieurs autres personnes qui ont compilé les données, entrepris la recherche, travaillé sur l'impression et la conception du site Web ainsi que sur la traduction et la distribution. Nous tenons aussi à remercier ceux et celles qui ont élaboré et mis en oeuvre le plan de communication et fourni un soutien continu à l'équipe de base. Nous remercions aussi le personnel de l'ICIS et leur famille pour avoir fourni les photos de bébés utilisées dans le rapport.

L'ICIS aimerait également remercier les personnes des régions sanitaires et des provinces et territoires qui ont participé au processus de validation des données régionales sur les indicateurs de santé.



# Au sujet du présent rapport



Le présent rapport, rédigé par l'Institut canadien d'information sur la santé, est le deuxième d'une série de quatre ouvrages spéciaux sur la santé des mères et des bébés au Canada et les soins qui leur sont prodigués. Le premier rapport, intitulé *Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant*, mettait l'accent sur les tendances des naissances et des soins à la mère et jetait un regard sur l'évolution de la pratique des dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant. Il a été publié au printemps 2004 et peut être commandé ou téléchargé sur le site Web de l'ICIS à l'adresse [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

Le deuxième rapport, *Donner naissance au Canada : Un profil régional*, dresse le portrait d'indicateurs de santé choisis pour les mères et les bébés du Canada. Ces indicateurs englobent les nouvelles données présentées à l'échelle régionale pour les régions comptant 75 000 habitants ou plus ou à l'échelle provinciale et territoriale. La publication en ligne sur les indicateurs de santé, accessible sur le site Web de l'ICIS, contient d'autres indicateurs régionaux de santé.

Les autres rapports de cette série auront pour titre :

- **Donner naissance au Canada : Les coûts** — Les dépenses consacrées aux soins à la mère et à l'enfant;
- **Donner naissance au Canada : Un profil des mères au Canada** — Ce que nous savons et ce que nous ne savons pas au sujet des changements démographiques des mères au Canada et de leurs expériences en matière du système de santé.

Chacun de ces rapports présente une compilation factuelle de la recherche actuelle, des tendances historiques, ainsi que des nouvelles données et des nouveaux résultats. Ils visent à aider les dispensateurs de soins et les décideurs à planifier les services de soins à la mère et à l'enfant. Ils complètent également le processus de déclaration continu de l'ICIS et les initiatives des partenaires comme le Système canadien de surveillance périnatale (voir ci-dessous).

1  
FIGURE

## D'où proviennent les données

La figure ci-dessous présente les données pancanadiennes sur la santé utilisées dans le présent rapport; ces données proviennent de l'ICIS, de Santé Canada et du Collège des médecins de famille du Canada.



Sources : † Données recueillies par l'ICIS.

‡ Données recueillies par le Collège des médecins de famille du Canada.

\* Données recueillies par Statistique Canada.

\*\* Données compilées par Santé Canada.

\*\*\* Banque de données sur les hospitalisations du système Med-Écho, Ministère de la Santé et des Services sociaux.



FF

Le présent rapport renferme une section intitulée *Les faits en bref* qui fournit une large gamme de données comparatives sur l'ensemble du pays. Lorsque l'icône des faits en bref apparaît en marge du texte, cela signifie que des données connexes se trouvent à la fin du rapport (voir l'annexe A).



## Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003

Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par Santé Canada pour renforcer la capacité de surveillance nationale en matière de santé. Le SCSP permet d'exercer un suivi des déterminants de la santé périnatale et des résultats et d'établir des rapports à leur sujet grâce à un cycle permanent de collecte de données, de leur analyse et de leur interprétation par des spécialistes, et de leur divulgation.

Récemment, le SCSP a publié son *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*. Ce dernier comprend des données sur 27 indicateurs de la santé périnatale en matière de déterminants de la santé maternelle, foetale et infantile et des effets sur la santé. Les données statistiques sur chaque indicateur consistent surtout en des tendances temporelles à l'échelle nationale et en des comparaisons entre les provinces et les territoires pour les années les plus récentes dont les données sont disponibles. On peut télécharger ce rapport gratuitement à l'adresse [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cphr-rspc03](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cphr-rspc03).

## Faits saillants du présent rapport

### Aperçu général

- Au Canada, les grossesses et les accouchements représentaient 14 % de toutes les hospitalisations en 2001-2002. Elles arrivent en seconde position après les maladies du système circulatoire. Chaque année, approximativement 330 000 bébés voient le jour et environ 99 % des accouchements prennent place dans des hôpitaux.
- En 2001-2002, environ un quart des naissances au Canada n'ont pas nécessité d'intervention chirurgicale (utilisation d'instruments, induction, anesthésie épidurale ou générale).

### Faits saillants sur les indicateurs

Le rapport est axé sur cinq indicateurs qui décrivent le processus d'accouchement. Dans chaque cas, il existait des écarts considérables dans la pratique au pays. En effet, les taux dans certaines régions sont au moins deux fois plus élevés que ceux d'autres secteurs.

En voici des exemples :

- On a eu recours à l'anesthésie épidurale dans près de la moitié (45,4 %) de tous les accouchements vaginaux survenus au Canada en 2001-2002. Son utilisation au pays s'échelonnait de 3,9 % à 74,6 %. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer ces écarts, dont les préférences des patientes et des dispensateurs de soins ainsi que l'accès aux services d'anesthésie;
- Bien que le taux global d'accouchements vaginaux assistés au Canada soit demeuré relativement stable entre les années 1991-1992 et 2000-2001, les méthodes utilisées ont changé avec le temps. La proportion d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de l'extraction par ventouse obstétricale a augmenté de 56 %, alors que l'utilisation des forceps a diminué de 45 % au cours de la même période. D'autres pays, comme l'Angleterre, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, ont connu des tendances similaires;
- Les taux de césariennes primaires ont présenté des variations trois fois plus importantes entre les régions sanitaires, soit de 7,6 % à 25,5 % des naissances. Dans le même ordre d'idées, les taux provinciaux variaient de 12,4 % au Manitoba à 21,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard;
- La proportion de nouveau-nés admis dans des unités néonatales de soins intensifs (UNSI) au Canada est passée de 12,6 % en 1994-1995 à 14,4 % en 2001-2002. Ces bébés sont restés pendant un nombre médian de deux jours dans une unité néonatale de soins intensifs. Toutefois, environ 1 % d'entre eux sont décédés avant d'en sortir. Les bébés de faible et de très faible poids à la naissance risquaient de rester plus longtemps dans une unité néonatale que les autres bébés et de mourir au cours de leur séjour.







## Méthodes d'accouchement : Un retour en arrière

La naissance d'un enfant peut bouleverser notre vie, mais les naissances royales peuvent souvent changer le cours de l'histoire. Le prince Léopold George Duncan, le septième enfant de la reine Victoria, avait peu de chances

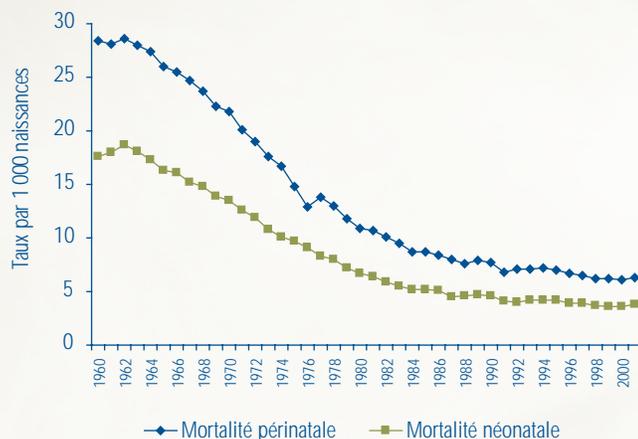
d'accéder au trône. Néanmoins, l'utilisation que sa mère faisait du chloroforme pour soulager les douleurs de l'accouchement lui a assuré une place dans l'histoire de l'obstétrique<sup>1</sup>.

L'introduction de l'anesthésie ne représente qu'un des nombreux changements apportés aux méthodes d'accouchement au fil du temps. Bien avant que les hôpitaux ne deviennent les principaux centres de soins, les mères accouchaient à la maison avec l'aide de sages-femmes, de proches ou d'amis. Les connaissances sur l'accouchement et sur l'utilisation d'herbes et de préparations liées au processus d'accouchement étaient transmises de personne en personne. Les sages-femmes de l'Europe, par exemple, se servaient parfois d'opium pour aider les femmes à supporter la douleur lors d'un accouchement difficile<sup>2</sup>.

2  
FIGURE

### Meilleurs taux de survie

Pour les mères et leurs bébés, le risque de mortalité pendant l'accouchement ou immédiatement après est beaucoup plus faible qu'il ne l'a déjà été. La figure qui suit fait état des changements au fil du temps dans les taux de mortalité périnatale (décès d'un enfant âgé de moins d'une semaine ou mortinaissance après 28 semaines de gestation ou plus) et de mortalité néonatale (décès d'un enfant âgé de 0 à 27 jours) au Canada.



Remarques : On calcule le taux de mortalité périnatale par 1 000 naissances au total. On calcule le taux de mortalité néonatale par 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité néonatale de 1975 et 1976 est estimé.

Sources : Éco-santé OCDE, 1975-1976; Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, 1921-1990 (82-549, hors série), Statistique Canada; Naissances, 1991 (84-210), Statistique Canada; Naissances et décès, 1993 (84-210), Statistique Canada; Naissances et décès, 1996 (84F0210XPB), Statistique Canada; Mortalité, liste sommaire des causes, 1992, 1995 (84-209), Statistique Canada; Mortalité, liste sommaire des causes, 1996-1998 (84F0209XPB), Statistique Canada; Décès, 1998-1999 (84F0211XPB), Statistique Canada; Statistique de l'état civil au Canada, Bases de données sur les naissances, les décès et les mortinaissances, Statistique Canada.



La chirurgie constituait autrefois une option hautement risquée pratiquée, lorsque cela était nécessaire, par des « barbiers-chirurgiens »<sup>3</sup>. Une famille française de barbiers-chirurgiens a également inventé les forceps vers le milieu des années 1600. Elle a eu recours à cet outil pour pratiquer le premier accouchement vaginal assisté, un secret que les membres de la famille ont bien gardé pendant des générations<sup>4</sup>.

Entre le XVIII<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle, les méthodes d'accouchement ont continué à évoluer. On a introduit l'anesthésie générale vers les années 1850 avec l'utilisation de l'éther et, plus tard, du chloroforme comme médicament destiné à atténuer la douleur<sup>5</sup>. Au début, l'utilisation de l'anesthésie se heurtait à une résistance. Toutefois, à partir de 1914-1915, on dit que les employés de l'hôpital de maternité d'Ottawa ont administré du chloroforme ou de l'éther à 75 % des mères durant l'accouchement pour apaiser leurs douleurs<sup>6</sup>.



Les résultats des mères et des bébés se sont également améliorés considérablement au cours de cette période, et ce, en partie en raison du progrès réalisé dans les soins obstétricaux<sup>7</sup>. Selon les experts, certaines des améliorations peuvent également être attribuables à une meilleure alimentation et à d'autres facteurs<sup>8</sup>.



## Donner naissance au Canada de nos jours

La gestion de la douleur au cours des accouchements est maintenant monnaie courante, comme c'est le cas des césariennes et des accouchements vaginaux assistés. De nombreuses autres innovations font maintenant partie intégrante du processus d'accouchement. Par exemple, même avant la naissance, beaucoup de parents font appel à une aide technologique pour concevoir un enfant. Un plus grand nombre de parents tirent profit des techniques avancées de surveillance du fœtus, de l'amniocentèse et de l'échographie pour l'évaluation prénatale. De même, en 2002, la vaste majorité des bébés (99 %) au Canada naissaient dans des hôpitaux<sup>9</sup>. Après

la naissance, on dispense maintenant des soins hautement spécialisés aux nouveau-nés qui sont très malades.

Dans le présent rapport, nous présentons pour la première fois un ensemble d'indicateurs mis à jour décrivant les soins à la mère et à l'enfant à l'échelle régionale, provinciale, territoriale et nationale. Nous mettons notamment en évidence les écarts régionaux dans l'utilisation de l'anesthésie épidurale, ainsi que dans les accouchements assistés par forceps ou par extraction par ventouse obstétricale. Nous comparons également les taux de césariennes de l'ensemble du Canada, en mettant l'accent sur les mères pour lesquelles il s'agit de leur première césarienne. Pour finir, nous nous penchons sur les écarts dans la façon dont les bébés sont admis aux unités néonatales de soins intensifs et dont les nouveau-nés sont hospitalisés à nouveau.

### Techniques de reproduction assistée

La Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction de 1993 a estimé que 1 couple canadien sur 14 connaît des problèmes d'infertilité (un taux mesuré sur une période de deux ans)<sup>10</sup>. Un nombre beaucoup plus important d'options s'offrent aujourd'hui aux couples dans la même situation.

« L'utilisation des techniques de reproduction assistée a augmenté de façon spectaculaire depuis la première fécondation in vitro en 1981<sup>11</sup> » [Traduction]. Aux États-Unis, par exemple, 40 687 enfants sont nés grâce à l'utilisation de l'une de ces techniques en 2001<sup>12</sup>. Toutefois, on ne compte que 29 344 naissances vivantes, ce qui reflète un lien entre cette technologie et les naissances multiples<sup>13</sup>.

Au Canada, les données et les statistiques sur les techniques de reproduction assistée ne sont actuellement pas disponibles, même si Santé Canada croit que nos tendances concernant les accouchements multiples liés à ces techniques sont similaires à celles des États-Unis<sup>14</sup>. Selon la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, qui recueille des données de 21 des 22 centres de fécondation in vitro au Canada, 1 237 enfants ont vu le jour au Canada grâce à la fécondation in vitro en 2001, soit environ 0,4 % des naissances vivantes pour cette année-là<sup>15, 16</sup>.



Nous présentons un profil de chaque indicateur ainsi que des données canadiennes actuelles qui y sont liées. Ces données mettent en évidence les écarts frappants dans la fréquence d'utilisation des différents outils et des différentes techniques. Des écarts doubles, au minimum, séparent les régions qui possèdent les taux les plus élevés de celles qui affichent les taux les plus bas pour la plupart de ces indicateurs. Dans quelques cas, les taux de certaines régions sont plus de 10 fois supérieurs à ceux d'autres régions.

## Qu'est-ce qu'un indicateur?

Les indicateurs de santé sont des mesures sommaires simples, le plus souvent exprimées en termes quantitatifs, qui représentent des dimensions clés de l'état de santé, du système de santé ou de facteurs connexes. Tout comme un témoin lumineux sur le tableau de bord d'une voiture, ils laissent entrevoir les secteurs qui exigent une enquête plus approfondie, plutôt que de confirmer la présence d'un problème. (Pour obtenir des notes techniques précises sur les méthodologies utilisées dans le calcul des indicateurs compris dans le présent rapport, consultez l'annexe B.)

Afin que l'ICIS puisse remplir son mandat, c'est-à-dire produire des données de qualité sur la santé, il lui est indispensable de maintenir et d'améliorer la qualité des données soumises. De plus, l'ICIS a entrepris les actions qui suivent afin d'élaborer les indicateurs de la santé des mères et des enfants qui figurent dans le rapport :

- *Examiner les faits et les données* : Nous avons commencé avec une liste d'indicateurs fondés sur des preuves dérivés des données administratives que le Groupe de surveillance de la santé périnatale au Canada, de Santé Canada, a identifiés. Pour chaque indicateur, nous avons mené une étude de faisabilité afin de savoir s'il était possible d'en faire rapport à l'échelle régionale, provinciale, territoriale ou nationale au moyen des données du Canada. Cette étape comprenait une analyse documentaire, la révision de la définition clinique et l'identification des enjeux potentiels liés à la taille de l'échantillon, à la codification, à la qualité des données et à la production de rapports.
- *Consulter les experts* : En collaboration avec notre groupe d'experts, nous avons révisé les indicateurs de la santé des mères et des enfants et nous avons mis à jour certaines des définitions pour qu'elles soient davantage pertinentes pour le rapport.
- *Extraire et vérifier les données* : En se basant sur les spécifications sur lesquelles on s'est entendu, au moins deux analystes ont chacun extrait les résultats des indicateurs de nos bases de données. Lorsque cela était possible, on a essayé de valider ces résultats avec des sources externes (p. ex. études de recherche ou données internationales). Les valeurs aberrantes et les autres anomalies ont fait l'objet d'un examen plus approfondi au moyen des données de l'ICIS ou en communiquant avec les établissements de santé pertinents. Tout au long des étapes du processus, des spécialistes de la codification, de la base de données et des indicateurs ont révisé les indicateurs afin de s'assurer qu'ils sont de haute qualité.
- *Vérification externe* : Nous avons envoyé les résultats préliminaires et les spécifications techniques aux régions sanitaires, aux ministères de la Santé et à leurs partenaires pour qu'ils les vérifient. Nous avons travaillé de concert pour résoudre les questions soulevées.
- *Repérer les erreurs* : Au moins deux membres du personnel ont vérifié les résultats des indicateurs figurant dans le présent rapport ainsi que dans d'autres publications pour s'assurer qu'ils ne contenaient pas d'erreurs de transcription ou d'autres erreurs qui auraient pu se produire au cours du processus de publication.

Et voilà uniquement les faits saillants! Il est important de nous assurer que nous diffusons les meilleures données possibles aux décideurs, même s'il faut passer par un long processus pour y arriver. Néanmoins, il serait préférable de considérer les résultats des indicateurs comme des tests de dépistage susceptibles de produire des faux positifs et des faux négatifs. Ils peuvent s'avérer utiles dans l'amorce d'enquêtes plus approfondies sur des aspects précis des soins et dans l'identification des meilleures pratiques au pays.



Nous ne connaissons pas le nombre exact dans aucun de ces cas. Il est évident que les interventions sont utiles et qu'elles peuvent même sauver la vie de certaines mères et de leur bébé. Dans d'autres cas, elles sont contre-indiquées. Pour chaque indicateur, nous donnons une idée du discours des experts sur les causes possibles des écarts. Nous encourageons les lecteurs intéressés à approfondir leur recherche à consulter les références fournies afin d'obtenir de plus amples renseignements.

### Lorsque les mères ont besoin d'aide

Que ce soit pour déclencher les contractions, soulager la douleur ou faciliter l'arrivée du bébé, il existe diverses méthodes pour aider les femmes qui en ont besoin pendant l'accouchement. Il peut simplement s'agir du soutien d'un moniteur d'accouchement ou de l'utilisation de méthodes qui déclencheront le processus d'accouchement ou qui aideront la mère à mettre son enfant au monde. Dans la présente section, nous nous penchons sur la fréquence d'utilisation de deux de ces méthodes au Canada : le déclenchement artificiel du travail et l'anesthésie épidurale.

### Un coup de pouce pour déclencher le travail

Vers le neuvième mois de la grossesse, le travail se déclenche habituellement spontanément, le nombre de contractions de l'utérus augmentant sans cesse pour finir par provoquer la perte des eaux. Lorsque le travail ne se déclenche pas spontanément, les cliniciens peuvent recommander qu'on le fasse de façon artificielle ou par induction. Il peut s'avérer nécessaire de

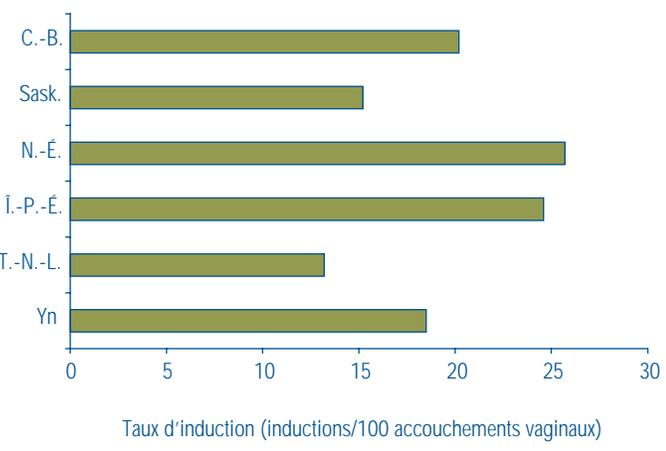
provoquer l'accouchement lorsque les bébés sont en retard ou trop gros, lorsque la mère ou le fœtus présentent des problèmes médicaux ou que la mère perd ses eaux trop tôt<sup>17</sup>. On peut provoquer l'accouchement au moyen de médicaments (induction médicale) ou d'outils spéciaux qui permettront à la mère de perdre ses eaux (induction chirurgicale)<sup>18, 19</sup>.

Tout comme bien d'autres interventions obstétricales, le taux de déclenchement du travail a augmenté de façon constante au cours des 10 à 15 dernières années<sup>20</sup>. Entre 1991-1992 et 2000-2001, l'induction médicale a augmenté, passant à un accouchement sur cinq. Le nombre d'inductions chirurgicales était moins commun (8 % des accouchements vaginaux)<sup>21</sup>. Ces taux varient selon la province ou le territoire.

FIGURE 3

#### Provoquer l'accouchement

En 2001-2002, six secteurs de compétence ont commencé à utiliser un nouveau système plus précis de codification des diagnostics et des interventions que le Canada tout entier est maintenant en train d'adopter. Ce système permet de calculer la fréquence à laquelle on provoque des accouchements par des médicaments ou une chirurgie. Parmi ces secteurs de compétence, deux provinces maritimes, soit la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, affichaient les taux d'induction les plus élevés.



Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.



Un certain nombre de raisons plausibles ont été avancées pour expliquer l'augmentation des taux d'induction. En voici quelques-unes :

- Une plus grande utilisation des interventions obstétricales au cours des 20 dernières années<sup>20</sup>;
- Une proportion plus élevée de grossesses prolongées<sup>22</sup>;
- Des taux croissants de déclenchements programmés<sup>23</sup> utilisés, entre autres, dans la planification de la date et du lieu de l'accouchement chez les mères qui habitent dans une région éloignée<sup>24</sup>.

Un déclenchement nécessaire sur le plan médical peut contribuer à la diminution du risque de mort chez les bébés en retard<sup>22</sup> et augmenter les chances d'accouchement lorsque le travail progresse lentement ou pas du tout<sup>17</sup>. Cependant, une certaine controverse entoure les déclenchements motivés par des raisons non médicales. Par exemple, les recherches semblent indiquer que, comparativement aux femmes dont le travail n'a pas été déclenché, les femmes dont on provoque l'accouchement risquent davantage d'avoir une césarienne<sup>25, 26</sup> et de connaître des contractions utérines douloureuses ou des ruptures utérines<sup>27</sup>.

### Les douleurs de l'accouchement

« C'est moi, la Reine, qui donne naissance au bébé et j'aurai du chloroforme! » [Traduction] (Reine Victoria, 1853)<sup>28</sup>.

L'utilisation de médicaments pour apaiser les douleurs de l'accouchement a toujours été controversée. De nos jours, l'Organisation mondiale de la Santé recommande d'adopter d'autres méthodes que les médicaments, comme la marche, les changements de position, les massages, la relaxation, la respiration et l'acupuncture<sup>29</sup>. Les études portent à croire que la présence d'un soutien personnalisé continu peut également encourager les femmes à renoncer aux analgésiques. Une analyse méthodique de 15 études incluant 12 791 femmes provenant de 11 pays s'est penchée sur les avantages d'offrir un soutien durant le travail, soit l'aide d'un soignant professionnel (infirmière, sage-femme ou doula) ou non professionnel (membre de la famille ou ami) qui offre des conseils, des renseignements, du réconfort et un soutien émotionnel aux femmes tout au long du travail. Les chercheurs ont découvert un lien entre le soutien ininterrompu durant le travail apporté par un soignant professionnel ou non professionnel et la diminution importante des accouchements par césariennes, des accouchements assistés et du recours aux analgésiques<sup>30</sup>.



Néanmoins, les progrès réalisés dans l'anesthésie obstétrique ont fait des analgésiques un choix prisé des femmes. Une récente analyse méthodique de 11 études a démontré que l'utilisation de l'anesthésie épidurale n'entraîne pas l'augmentation du taux de césariennes, bien que cette méthode puisse ralentir la progression des deux premières étapes du travail et augmenter le taux d'accouchements assistés, de présentation anormale du fœtus et d'utilisation d'oxytocine pour accélérer le travail<sup>31</sup>. De plus, l'anesthésie épidurale peut être liée aux effets secondaires des médicaments chez la mère et l'enfant<sup>32, 33</sup>.



## L'anesthésie épidurale : un choix prisé

L'analgésie épidurale est la méthode de soulagement de la douleur la plus efficace; son utilisation a pris de l'ampleur au cours des 20 dernières années<sup>33</sup>.

Au Canada, on s'est servi de l'anesthésie épidurale dans près de la moitié (45,4 %) de tous les accouchements vaginaux survenus en 2001-2002. Aux États-Unis, une enquête nationale sur la procréation chez les femmes a révélé que cette méthode était utilisée dans environ 59 % des accouchements vaginaux<sup>34</sup>. L'Angleterre, par contre, a enregistré le taux le plus bas, soit 12 % des accouchements vaginaux non assistés<sup>35</sup>. Selon certains experts, ce faible pourcentage pourrait refléter le fait qu'en Angleterre, ce sont principalement les sages-femmes qui ont la responsabilité de pratiquer les accouchements<sup>36</sup>.

### D'où vient le nom?

L'épidural correspond à l'espace dans la portion inférieure de la colonne vertébrale qui sépare la moelle épinière de la dure-mère. On y insère un tube mince et flexible (cathéter épidural) que l'on fixe au dos. Le cathéter permet alors d'administrer l'analgésique dans l'espace épidural, analgésique qui soulagera la douleur du bas du corps.

Une anesthésie épidurale classique comprend l'utilisation d'un anesthésique local seul (comme la bupivacaïne). Dans le passé, de fortes concentrations de médicaments empêchaient la mère de ressentir le besoin de pousser ou d'avoir la capacité de le faire<sup>37, 38</sup>. Aujourd'hui cependant, les techniques perfectionnées comme l'injection épidurale à faible dose, l'anesthésie et l'analgésie spinale-épidurale contribuent à la résolution du problème. Certaines techniques plus récentes offrent également aux femmes la possibilité de marcher pendant le travail ou de déterminer elles-mêmes leur propre posologie<sup>39</sup>.

La fréquence d'utilisation de l'anesthésie épidurale varie entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. En 2001-2002, les taux d'anesthésie épidurale variaient grandement dans l'ensemble du Canada, 4,0 % de tous les accouchements vaginaux dans les Territoires du Nord-Ouest et 60,2 % au Québec. Au sein des régions sanitaires comptant 75 000 habitants ou plus, la différence dans les taux était encore plus importante : de 3,9 % dans la Zone 2 (région de Kentville) en Nouvelle-Écosse à 74,6 % dans la Région 2 (St. John's) au Nouveau-Brunswick.

FF





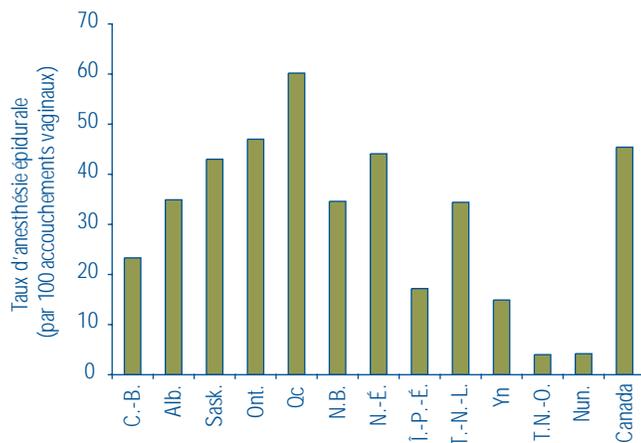
## Comment a-t-on calculé les taux d'anesthésie épidurale?

On a établi des définitions strictes pour délimiter les cas admissibles d'utilisation de l'anesthésie épidurale. Les notes techniques, figurant à l'annexe B à la fin du rapport, fournissent des détails supplémentaires sur le sujet. Les taux et les intervalles de confiance visent les régions comptant au moins 75 000 habitants.

- Les données proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.
- Les résultats s'appuient sur le lieu de résidence des patientes, et non sur l'endroit où elles sont traitées.
- Les intervalles de confiance à 95 % pour les taux d'anesthésie épidurale (qu'il s'agisse des accouchements vaginaux ou de tous les accouchements) sont souvent plus grands (c.-à-d. que l'estimation du taux est moins précise) pour les régions dans lesquelles on utilise cette technique moins souvent au cours d'une année donnée, ainsi que pour les régions à faible population. Par exemple, on estime que le taux d'anesthésie épidurale des accouchements vaginaux de Toronto est exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 0,64 %.

### 4 Écart dans l'utilisation de l'anesthésie épidurale

L'utilisation de l'anesthésie épidurale dans les accouchements variait d'un bout à l'autre du pays, passant de 4 % des accouchements vaginaux dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut à 60 % au Québec en 2001-2002. De toutes les provinces, l'Île-du-Prince-Édouard a enregistré le taux le plus bas (17 %).



Remarques : La province du Manitoba, la région sanitaire de Calgary (Alberta), les régions régionales de la santé de Chinook (Alberta) et de Palliser (Alberta) ont été exclues de l'analyse car elles n'ont pas déclaré toutes leurs données. Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.

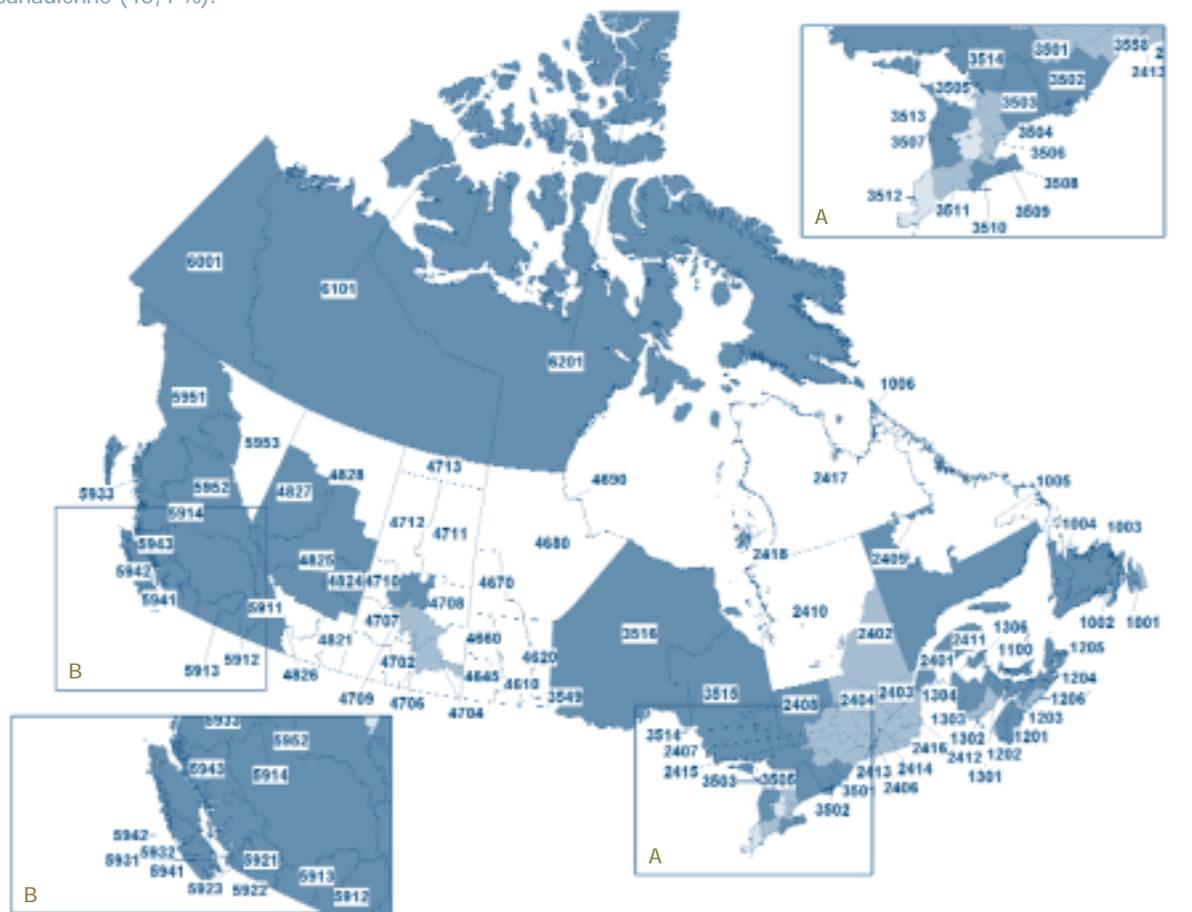
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Un certain nombre de facteurs expliquent l'écart dans les taux régionaux; un grand nombre d'entre eux sont mal compris. Certains médecins, par exemple, peuvent être davantage enclins à recommander l'anesthésie épidurale que toute autre méthode<sup>40</sup>. De plus, les femmes qui accouchent pour la première fois, qui sont plus âgées ou les femmes de race blanche sont plus susceptibles de demander une anesthésie épidurale<sup>41</sup>.

Par ailleurs, la disponibilité des membres du personnel et des ressources peut jouer un rôle dans cet écart. Étant donné que les services d'anesthésie épidurale requièrent les compétences d'un anesthésiste, ainsi que du matériel et des médicaments destinés à la réanimation, les hôpitaux en région rurale ou les petits hôpitaux communautaires peuvent ne pas être en mesure d'offrir ce service<sup>42, 43</sup>. Ce fait peut expliquer la raison pour laquelle on avait recours à l'anesthésie épidurale dans 23,6 % des accouchements vaginaux dans les petits hôpitaux communautaires de l'Est et du Sud-Est de l'Ontario en 2003, alors que les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires affichaient des taux de 65,0 % et 58,7 % respectivement<sup>42</sup>. Ces hôpitaux sont plus susceptibles d'avoir à leur disposition des anesthésistes internes ou sur appel 24 heures par jour<sup>44, 45</sup>.

### Anesthésie épidurale au Canada

La figure ci-dessous présente la variation dans les taux d'anesthésie épidurale dans les régions sanitaires comptant 75 000 habitants ou plus. La plupart des régions affichaient un taux qui se situe notablement loin de la moyenne canadienne (45,4 %).



Remarques : La province du Manitoba, la région sanitaire de Calgary (Alberta), les régions régionales de la santé de Chinook (Alberta) et de Palliser (Alberta) ont été exclues de l'analyse car elles n'ont pas déclaré toutes leurs données. Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.  
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Taux d'anesthésie épidurale en 2001-2002 (par 100 accouchements vaginaux)

- Données supprimées
- Au-dessus de la moyenne canadienne
- Sous la moyenne canadienne
- Égal à la moyenne canadienne

### Lorsque la nature a besoin d'aide

Une fois que le travail est commencé et que l'on a pris toutes les décisions relatives au soulagement de la douleur, la naissance du bébé devient la priorité. Dans certains cas, cela signifie qu'on surveille le bébé et qu'on offre à la mère un soutien au moment où elle entreprend les dernières étapes du travail et de l'accouchement. Dans d'autres cas, toutefois, il se peut que l'on ait à prendre des décisions sur la façon de faciliter le processus d'accouchement. La présente section met de l'avant des renseignements sur certaines méthodes d'accouchements vaginaux assistés. La section suivante fournit un profil des naissances par césarienne.

### Tirer au lieu de pousser

Gardés secrets au moment de leur invention dans les années 1600, les forceps et les autres formes d'accouchements assistés sont maintenant largement utilisés dans le monde. Le fait que le travail ne progresse pas, la souffrance du fœtus, l'insuffisance cardiaque congestive apparaissant durant la grossesse ou les malformations cérébrales vasculaires constituent certaines des raisons qui motivent les cliniciens à envisager l'utilisation des forceps ou l'extraction par ventouse obstétricale pour aider les bébés à naître par voie vaginale<sup>46, 47</sup>.



## Les instruments de travail

Les forceps sont des instruments de métal lisses, de forme semblable à celle de longues cuillères étroites. On s'en sert pour saisir la tête du bébé et extraire ce dernier au moyen d'une traction ou d'une rotation. Depuis l'invention des forceps par Chamberlen dans les années 1600, on a mis au point divers autres types de forceps (p. ex. Kielland, Simpson, Tucker-McLane)<sup>46</sup>. Dans le cas de l'extraction par ventouse obstétricale, on fixe une ventouse sur la tête du bébé que l'on guide par la suite hors du canal génital par succion.

Ces méthodes ne sont pas sans risque<sup>48-53</sup>. Pendant plus de 200 ans, on a mis en doute les directives d'utilisation et la sécurité des forceps, particulièrement les forceps appliqués à la partie moyenne dans le but de résoudre les problèmes au cours de la seconde étape du travail<sup>54</sup>. Dans le même ordre d'idées, vers la fin des années 1990, le secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques ainsi que Santé Canada ont émis des avertissements concernant des complications pouvant être associées à l'extraction par ventouse obstétricale. Bien qu'elles soient rares, ces complications pourraient tout de même représenter un danger de mort (p. ex. hémorragie sousgaleale)<sup>55, 56</sup>.

Néanmoins, utilisés de façon appropriée, ces instruments peuvent assurer la réussite de l'accouchement pour les mères et leurs bébés<sup>54</sup>. Des groupes tels que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont examiné les preuves pour déterminer dans quelles situations il serait préférable de pratiquer – ou non – un accouchement assisté. Dans leurs plus récentes lignes directrices<sup>47</sup>, ils semblent affirmer que les directives liées à l'extraction par ventouse obstétricale et par forceps sont généralement similaires. Selon eux, les autres facteurs qui jouent un rôle dans le choix de l'instrument englobent les pratiques conventionnelles, la formation des médecins<sup>57</sup> ainsi que le profil de santé de la mère (p. ex. présence d'hypertension due à la grossesse)<sup>52</sup>.

En 2000-2001, on a eu recours aux forceps ou à l'extraction par ventouse obstétricale dans 16 % des accouchements vaginaux, une légère baisse par rapport aux 17 % en 1991-1992<sup>21</sup>. Même si le taux global d'accouchements assistés est demeuré relativement stable au cours des 10 dernières années, les méthodes de prédilection ont changé. Les accouchements assistés par forceps sont en baisse. Ils représentaient 11 % des accouchements vaginaux au début des années 1990, mais seulement 6 % en 2000-2001. Quant aux taux d'extraction par ventouse obstétricale, ils ont augmenté au cours de la même période, passant de 7 % des accouchements vaginaux à 11 %. On a également observé des tendances similaires aux États-Unis<sup>20</sup>, en Australie<sup>58</sup>, en Nouvelle-Zélande<sup>59</sup> et en Angleterre<sup>35</sup>. Les experts semblent croire que cette fluctuation pourrait refléter les changements dans les lignes directrices en matière de pratique clinique, particulièrement dans le cas des accouchements par application de forceps dans la partie moyenne<sup>60-63</sup>, ainsi que les préoccupations relatives aux questions médico-légales<sup>64, 65</sup>.





## Comprendre les taux d'accouchements assistés

Ces calculs sont adaptés à partir des méthodes élaborées pour le Système canadien de surveillance périnatale<sup>21</sup>. Les notes techniques, situées à la fin du rapport, fournissent des détails supplémentaires sur le sujet.

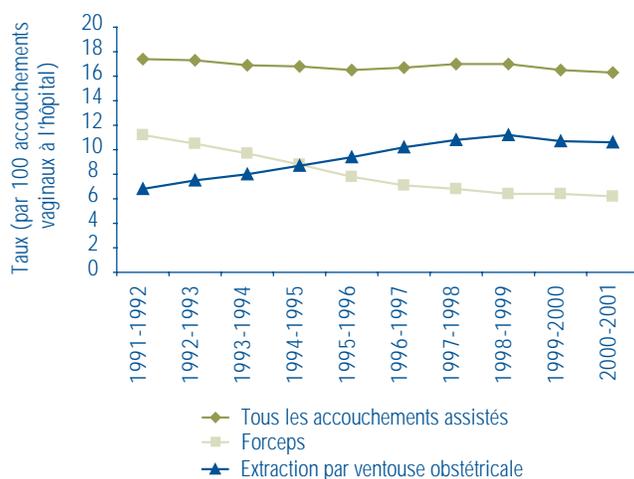
- Les données sur les accouchements assistés de l'exercice 2000-2001 proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.
- Les patientes dont l'accouchement a été effectué à l'aide de forceps, d'une ventouse obstétricale ou les deux sont incluses. On a exclu les accouchements pour lesquels un avortement ou une césarienne a été pratiqué.
- Les taux et les intervalles de confiance visent les régions comptant au moins 75 000 habitants.
- Les résultats s'appuient sur le lieu de résidence des patientes, et non sur l'endroit où elles ont été traitées.
- Le taux global d'accouchements assistés de chaque région sanitaire peut ne pas être égal à la somme des taux d'extraction par forceps et par ventouse obstétricale, car on utilise les deux chez certaines patientes.
- Les intervalles de confiance à 95 % pour les accouchements assistés (qu'il s'agisse de l'utilisation de tous les instruments ou d'un seul) sont souvent plus grands (c.-à-d. que l'estimation du taux est moins précise) pour les régions dans lesquelles

on pratique moins d'accouchements assistés au cours d'une année donnée, ainsi que pour les régions à faible population. Par exemple, on estime que le taux global d'accouchements assistés du conseil de la santé du district de Waterloo Region-Wellington-Dufferin est exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 0,93 %. Pour ce qui est du taux de la Zone 5 (Cape Breton) de la Nouvelle-Écosse, il serait exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 2,3 %.

6  
FIGURE

### Tendances nationales en matière d'accouchement assisté

La figure ci-dessous présente le taux d'utilisation des forceps, de l'extraction par ventouse obstétricale et de tous les accouchements assistés (à l'aide d'un des deux instruments) au Canada entre 1991-1992 et 2000-2001. Bien que le taux global d'accouchements assistés soit demeuré relativement stable au cours de cette période, le nombre d'accouchements effectués à l'aide de forceps a diminué de 45 %, contrairement à celui des accouchements effectués à l'aide de l'extraction par ventouse obstétricale qui a augmenté de 56 %.



Source : Santé Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003* (Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003).

Même si les tendances nationales sont évidentes, il existe des écarts importants dans la pratique au pays. Les taux d'accouchements assistés (effectués à l'aide de l'un des deux instruments) s'échelonnent



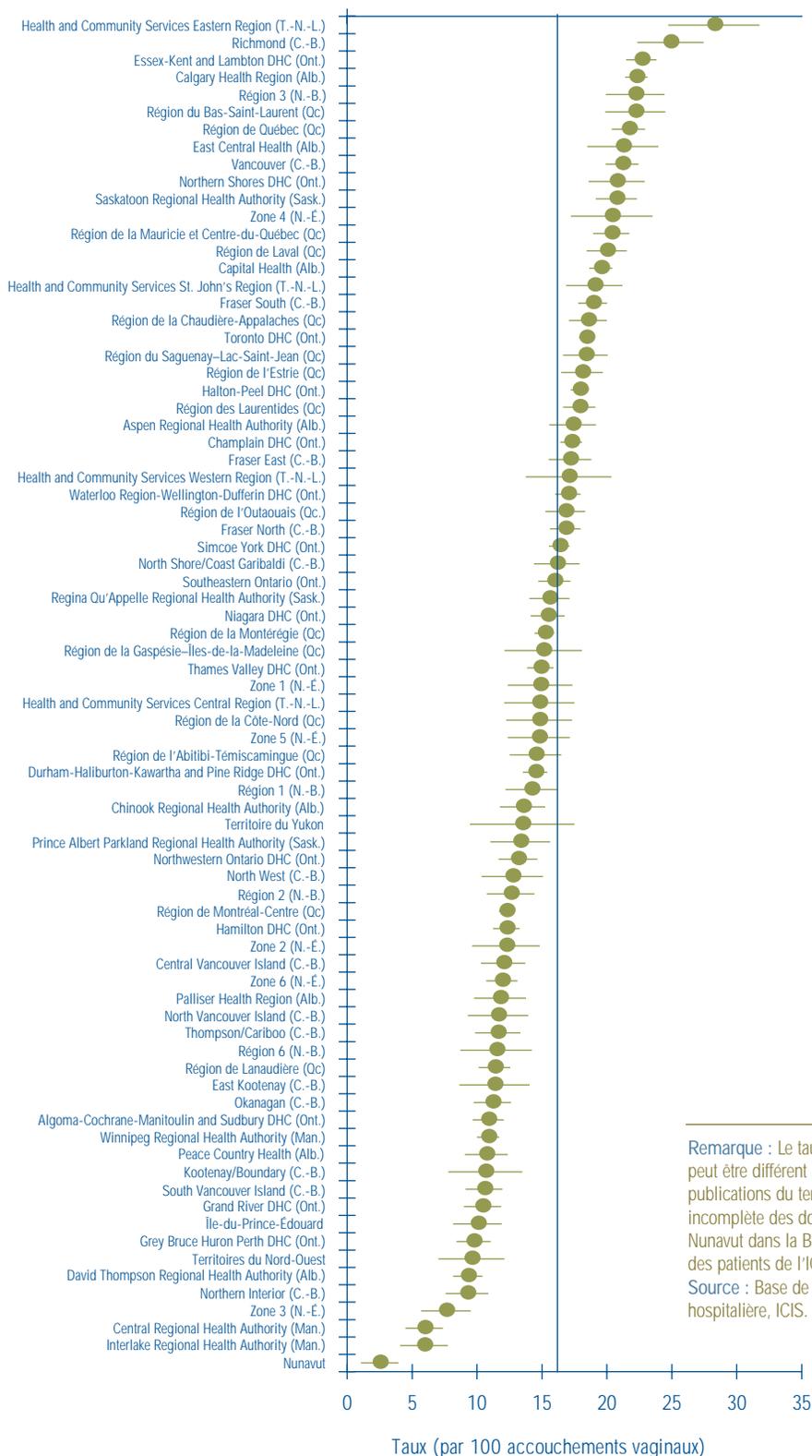
naient de 2,5 % des accouchements vaginaux au Nunavut à 28,2 % dans la région de l'Est de Terre-Neuve-et-Labrador.



7  
FIGURE

### Accouchements assistés au Canada

La figure qui suit fait état des taux d'accouchements assistés (forceps et extraction par ventouse obstétricale combinés) dans les régions sanitaires du Canada comptant 75 000 habitants ou plus en 2000-2001. On estime que les taux (représentés par des points) sont exacts 19 fois sur 20 dans l'intervalle délimité par chaque ligne horizontale. La ligne verticale continue représente la moyenne nationale (16,2 par 100 accouchements vaginaux). Le taux de la plupart des régions était considérablement différent de la moyenne nationale. Les taux régionaux variaient de 2,5 par 100 accouchements vaginaux au Nunavut à 28,2 dans la région de l'Est de Terre-Neuve-et-Labrador.



Remarque : Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.  
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

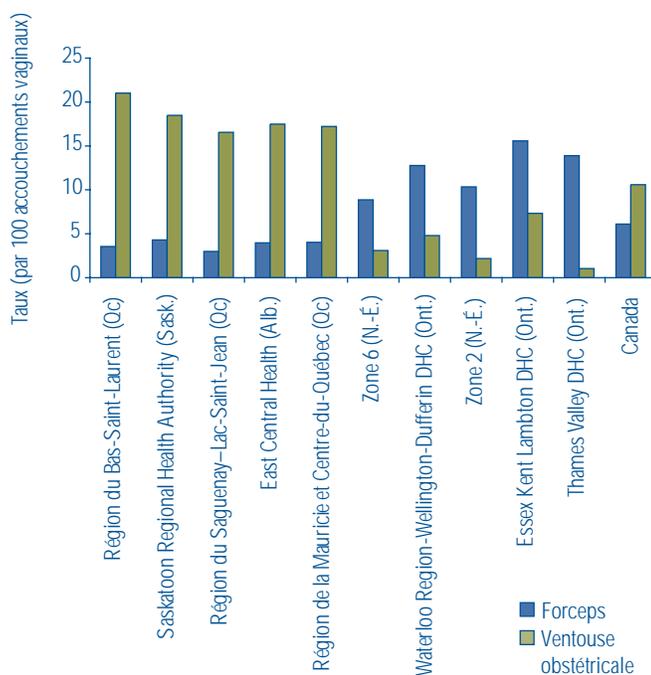


On s'est servi des deux types d'instruments dans toutes les régions sanitaires, mais à des fréquences différentes. Par exemple, les taux d'accouchements assistés variaient de 1 à 16 % dans le cas des forceps et de 1 à 21 % dans le cas de l'extraction par ventouse obstétricale. Lorsque nous avons comparé les taux d'utilisation d'un instrument par rapport à l'autre, nous avons découvert que, en général, dans les régions sanitaires où on utilisait davantage les forceps, on avait habituellement moins recours à la ventouse obstétricale, et vice versa.

FIGURE ∞

### Utilisation des forceps par rapport à l'extraction par ventouse obstétricale

Même au sein des provinces, il existe d'importants écarts dans la fréquence d'utilisation des forceps et de l'extraction par ventouse obstétricale. La figure ci-dessous présente les 10 grandes régions sanitaires qui affichent les plus grands écarts dans les taux d'utilisation des deux techniques. Les taux nationaux d'utilisation des forceps et de l'extraction par ventouse obstétricale s'élèvent à 6 % et 11 % respectivement.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Nous ne comprenons pas entièrement les raisons de cet écart dans les taux d'accouchements assistés. Nous savons, par contre, que la pratique d'accouchements assistés requiert des professionnels de santé hautement qualifiés<sup>47</sup>, ainsi que l'accès à certains types d'instruments et à d'autres ressources<sup>66</sup>. Ces derniers facteurs en conjonction avec d'autres, comme la préférence du médecin<sup>67</sup>, les changements dans l'environnement médico-légal<sup>68, 69</sup> et les récents résultats de recherche<sup>49, 51, 52</sup>, peuvent avoir une influence sur les variations régionales.

### Qui fait quoi?

La plupart des médecins qui accouchent des mères ont pratiqué les deux formes d'accouchements assistés (forceps et ventouse obstétricale). Selon le Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale de 2001 (connu sous le nom de Projet Janus), mené par le Collège

des médecins de famille du Canada, près de 18 % des médecins de famille ont dispensé des soins périnataux (c.-à-d. qu'ils ont aidé des mères à accoucher). Parmi les médecins dans cette situation<sup>†</sup> :

- 94 % ont déclaré avoir utilisé la ventouse obstétricale;
- 50 % ont affirmé utiliser les forceps (c.-à-d. dans la partie moyenne avec rotation ou dans la partie basse);
- La moitié (50 %) des médecins qui pratiquent dans des petites villes, des régions rurales ou éloignées ont affirmé avoir utilisé plusieurs techniques, comparativement à une proportion de 40 % chez les médecins des régions urbaines et de la banlieue;
- Près de deux tiers (67 %) des médecins de famille qui utilisent les forceps sont âgés de 45 ans ou plus.

† On a permis aux médecins de donner plusieurs réponses. Par conséquent, la somme des pourcentages ne correspond pas à 100.



On ne dispose pas de données similaires sur les obstétriciens. Cependant, une enquête menée en 1996 sur les programmes de résidence en obstétrique au Canada et aux États-Unis<sup>70</sup> a permis de constater que presque tous les programmes enseignaient la pratique des accouchements assistés. Trois programmes sur cinq, toutefois, présentaient des taux d'accouchements assistés de 10 % ou moins. De plus, 36 % des responsables des programmes ont dit qu'ils n'enseignaient plus l'extraction par application de forceps à la partie moyenne. Les raisons les plus souvent mentionnées pour expliquer cette décision sont les suivantes : confiance accrue dans la sécurité des césariennes et possibilité de litiges. Les changements dans les pratiques d'enseignement des programmes de résidence ont poussé certains à se demander si les capacités à pratiquer des accouchements vaginaux assistés deviendront chose du passé pour les personnes qui fournissent des soins obstétriques<sup>71, 72</sup>.

Une enquête plus récente<sup>65</sup> sur les médecins résidents en obstétrique et en gynécologie du Canada révèle que presque tous les résidents qui ont obtenu leur diplôme en 2000 avaient l'intention d'utiliser les deux techniques d'accouchement (97 % penchaient pour la ventouse obstétricale et 93 % pour les forceps). Les personnes interrogées ont toutefois exprimé leurs inquiétudes au sujet de l'utilisation de ces instruments, dont les suivantes :

- Manque de préparation professionnelle (48 %);
- Possibilités de complications chez la mère et le nouveau-né (48 %);
- Possibilités de répercussions médico-légales (44 %);
- Préoccupation relative à la capacité de maintenir leurs compétences à niveau (28 %).

## Épisiotomie ou pas?

L'épisiotomie, tout d'abord définie vers les années 1740, correspond à une incision qui vise à élargir la voie vaginale au cours des dernières étapes du travail<sup>73</sup>. À l'origine, on en a fait la proposition comme moyen de prévention contre les complications douloureuses et parfois chroniques associées à la déchirure du vagin. Parmi ces complications, on classait la douleur, les problèmes sexuels et l'incontinence<sup>46, 74</sup>. Bien qu'il puisse sembler étrange de prévenir une déchirure par une coupure, on a pensé qu'une incision en douceur et contrôlée serait moins douloureuse et plus facile à recoudre qu'une déchirure non contrôlée.



**Saviez vous que...**

Selon les données de l'ICIS, environ 1 femme sur 20 entre 1999-2000 et 2001-2002 a connu une déchirure au troisième ou au quatrième degré à la suite d'un accouchement vaginal. Afin d'éviter les déchirures, on encourage maintenant de nombreuses femmes enceintes à masser leur périnée (c.-à-d. la peau qui sépare le vagin de l'anus) au cours des semaines qui précèdent l'accouchement afin de le rendre plus souple au cours de l'accouchement<sup>75</sup>. Par ailleurs, on conseille de faire sortir lentement la tête du bébé<sup>76</sup>.

Jusque dans les années 1970, la majorité des femmes qui accouchaient pour la première fois avaient des épisiotomies<sup>46, 73</sup>. Cependant, la tendance s'est renversée au cours des 20 dernières années. Des études ont démontré que les épisiotomies ne sont pas utiles pour protéger les mères contre les déchirures graves, la douleur, les lésions au muscle pelvien ou les problèmes sexuels et peuvent en fait aggraver certains de ces problèmes<sup>74, 77-80</sup>.

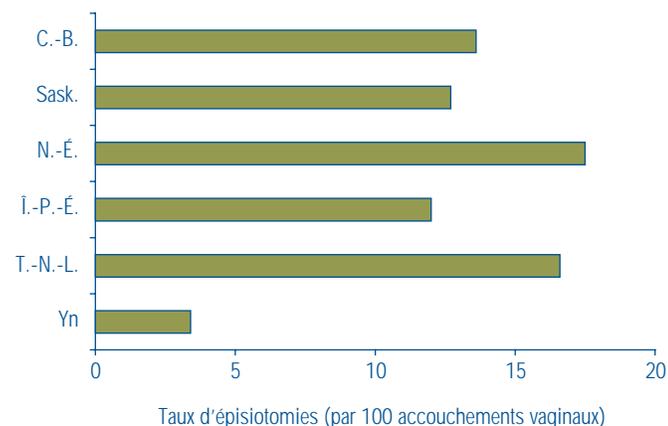




FIGURE 9

### Taux d'épisiotomies dans certaines provinces

Les taux d'épisiotomies varient grandement d'une province et d'un territoire à l'autre, comme l'illustre la figure ci-dessous.



Remarque : Afin de maximiser la comparabilité, la figure ne comprend que les secteurs de compétence qui déclarent des données au moyen des normes de codification de la CIM-10-CA/CCI.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Au cours de la même période, les taux d'épisiotomies au Canada ont diminué. Selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003* récemment publié par Santé Canada<sup>21</sup>, on a pratiqué des épisiotomies dans près de la moitié de tous les accouchements vaginaux (49,1 %) en 1991-1992. En 2000-2001, cette procédure n'a eu lieu que dans moins d'un quart de tous les accouchements (23,8 %). Ces taux ont également chuté dans d'autres pays, comme les États-Unis<sup>20, 81</sup>.

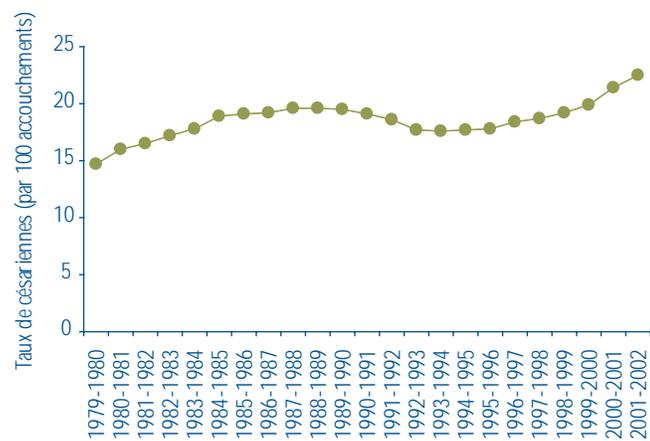
## Lorsque la nature a besoin d'un coup de pouce supplémentaire — Accouchements par césarienne au Canada

De nos jours, plus d'un bébé sur cinq au Canada naît par césarienne, et ce taux connaît une croissance constante depuis le milieu des années 1990. Un plus grand nombre de femmes ont une césarienne pour la première fois (césarienne primaire) et moins de femmes accouchent par voie vaginale à la suite d'une césarienne<sup>82</sup>.

FIGURE 10

### Taux de césariennes au Canada : un niveau record

La figure ci-dessous montre la courbe d'augmentation du taux de césariennes au Canada entre 1979-1980 et 2001-2002. Ce taux a atteint le niveau record de 22,5 % des accouchements en milieu hospitalier en 2001-2002.



Sources : Statistique Canada (de 1979-1980 à 1993-1994); Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS (de 1994-1995 à 2001-2002).

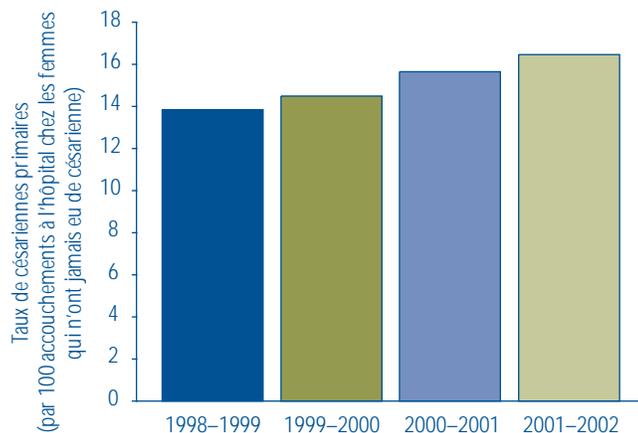
### C'est mon premier...

Relativement peu de futures mères (10,5 % en 2001-2002) ont subi une césarienne par le passé. Parmi celles sans antécédent de césarienne au Canada, en 2001-2002, un peu plus de 16 % ont eu une césarienne, une augmentation par rapport aux 14 % en 1998-1999. Le taux actuel de césariennes primaires du Canada est comparable à celui d'autres pays. Les États-Unis, l'Angleterre, le pays de Galles et l'Irlande du Nord, entre autres, déclarent tous des taux de 16 à 17 %<sup>82, 83</sup>.



11  
FIGURE**Taux de césariennes primaires à la hausse**

Au Canada, en 2001-2002, un peu plus de 16 % (16,5 %) des accouchements chez les mères sans antécédent de césarienne sont des césariennes primaires, une augmentation de près de 3 % depuis 1998-1999. Le taux du Canada est semblable à celui de l'Angleterre et du pays de Galles (16,7 %), ainsi que celui de l'Irlande du Nord (17 %) et des États-Unis (16,9 %).



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

monde (parité)<sup>61</sup>. Les notes techniques, situées à la fin du rapport, fournissent des détails supplémentaires sur le sujet.

- Les données de l'exercice 2001-2002 proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.
- Les résultats s'appuient sur le lieu de résidence des patientes, et non sur l'endroit où elles ont été traitées.
- Les taux de césariennes primaires n'englobent que les femmes qui n'ont jamais eu de césarienne. Le nombre total d'accouchements (dénominateur) exclut les patientes pour lesquelles on a pratiqué un avortement.
- Les intervalles de confiance à 95 % pour les taux de césariennes primaires sont souvent plus grands (c.-à-d. que l'estimation du taux est moins précise) pour les régions à faible population. Par exemple, on estime que le taux de Toronto est exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 0,5 %. Pour ce qui est du taux de la Zone 2 (Kentville) de la Nouvelle-Écosse, il serait exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 2,7 %.

**Comprendre les taux de césariennes primaires**

Le taux de césariennes primaires se définit comme le nombre d'accouchements par césarienne en pourcentage de tous les accouchements chez les femmes qui n'ont jamais eu de césarienne. Les taux et les intervalles de confiance visent les régions comptant au moins 75 000 habitants. Ces taux ne sont pas ajustés pour tenir compte des facteurs pouvant être associés aux césariennes primaires, comme l'âge de la mère et le nombre d'enfants qu'elle a mis au

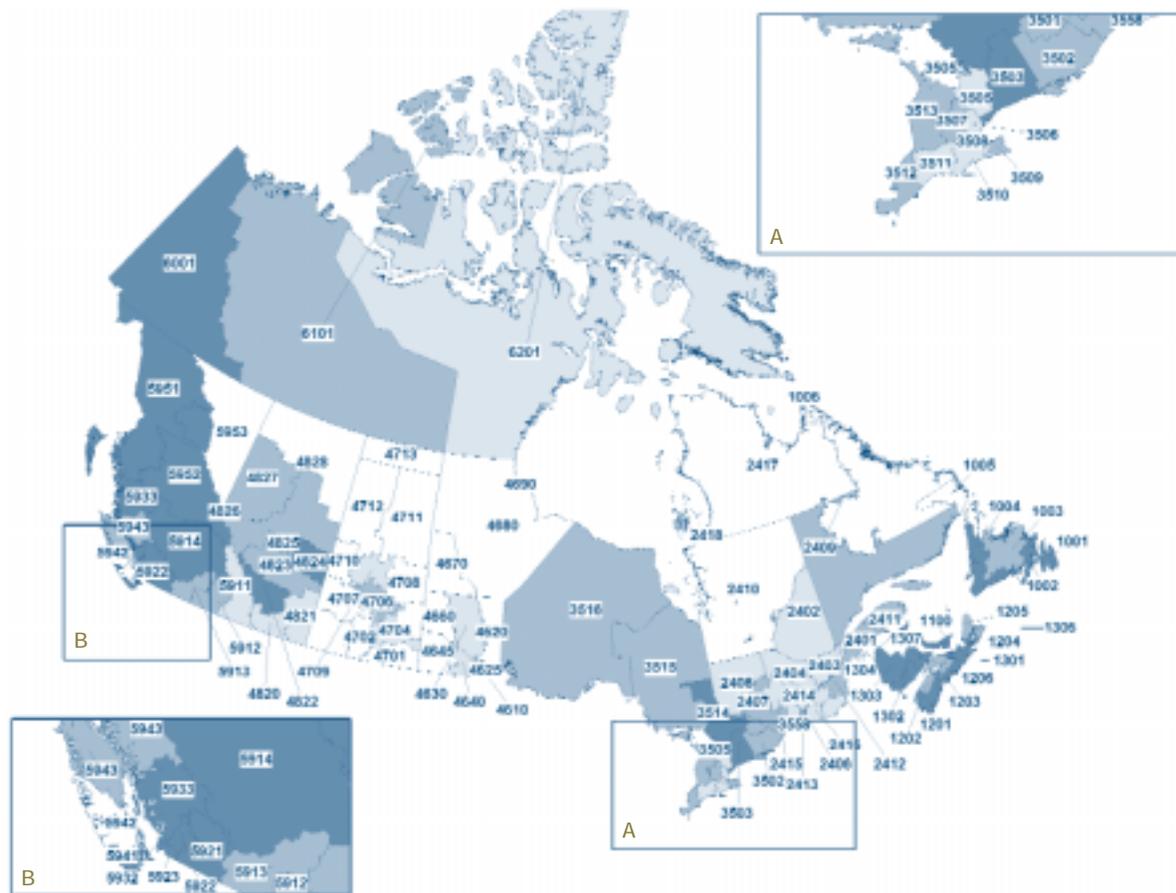
## FF

Au sein des régions sanitaires à forte population au Canada, les taux de césariennes primaires de 2001-2002 s'échelonnaient de 7,6 au Nunavut à 25,5 dans la Région 6 (Bathurst) au Nouveau-Brunswick. De même, dans les provinces, les taux variaient entre 12,4 au Manitoba et 21,0 à l'Île-du-Prince-Édouard.

Les variations dans les caractéristiques de la mère, les pratiques obstétriques et d'autres facteurs à l'échelle régionale peuvent contribuer à accentuer ces différences. Par exemple, l'âge plus avancé des mères, la parité, le poids de la femme avant la grossesse et le gain de poids durant la grossesse ont tous été associés aux césariennes primaires<sup>61</sup>. De plus, il a été démontré que les facteurs suivants influencent la décision de pratiquer une césarienne : préoccupations relatives aux lésions périnéales causées par l'accouchement vaginal, position du fœtus et nombre de fœtus (p. ex. accouchements par le siège et naissances multiples) et fréquence d'utilisation des technologies comme la surveillance électronique du fœtus et le déclenchement du travail (ainsi que la façon dont les cliniciens réagissent à ces technologies)<sup>84-86</sup>.

### Écarts dans les taux de césariennes primaires du pays

La figure qui suit présente les écarts dans les taux de césariennes primaires au sein des régions sanitaires canadiennes comptant 75 000 habitants ou plus. La plupart des régions avaient enregistré des taux considérablement différents de la moyenne canadienne (16,5 %).



Remarque : Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.  
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

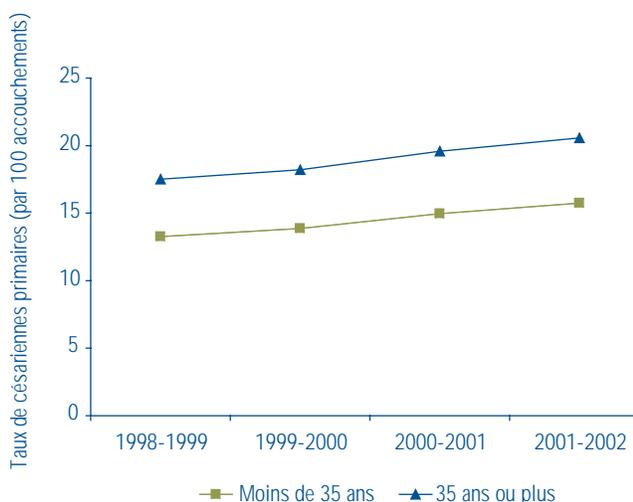
Taux de césariennes primaires (par 100 accouchements) selon la région sanitaire 2001-2002

- Données supprimées
- Au-dessus de la moyenne canadienne
- Égal à la moyenne canadienne
- Sous la moyenne canadienne

### Mères plus âgées davantage susceptibles d'avoir une césarienne primaire

Les taux de césariennes primaires sont à la hausse au Canada depuis au moins 1998-1999. De plus, au cours de cette période, le nombre de césariennes primaires est demeuré plus élevé chez les femmes de 35 ans ou plus que chez les femmes plus jeunes.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.





## Après une césarienne...

Chaque année, environ 10 % des femmes qui donnent naissance au Canada ont subi une césarienne dans le passé. Ces femmes se trouvent confrontées entre la décision d'avoir une césarienne à nouveau (césarienne répétée) ou un accouchement vaginal, connu sous le nom de « AVAC » (accouchement vaginal après césarienne). Dans ce cas-ci également, on se questionne sur le meilleur type d'accouchement à pratiquer dans certaines situations<sup>87</sup>. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada fait remarquer que la plupart des femmes, et même une forte proportion de celles qui présentent des antécédents de césarienne, peuvent accoucher par voie vaginale de façon sécuritaire. En fait, ils prétendent que les accouchements vaginaux réussis après une césarienne comportent habituellement moins de risques pour les mères et entraînent un séjour à l'hôpital plus court que les chirurgies électorives<sup>87</sup>.

FF

En 2001-2002, 27 % des femmes qui avaient des antécédents de césarienne ont accouché par voie vaginale, une baisse par rapport au taux de 35 % en 1997-1998. Les taux variaient considérablement d'un bout à l'autre du pays. Les régions sanitaires qui affichent des taux d'AVAC supérieurs ont souvent des taux globaux de césariennes inférieurs.

14  
FIGURE

### Accouchements vaginaux après césarienne

Les accouchements vaginaux après une césarienne (appelés « AVAC ») sont moins courants de nos jours. Entre 1997-1998 et 2001-2002, le taux d'AVAC a chuté, passant de 35 % à 27 %.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

### Pourquoi pratiquer une césarienne?

Les taux de césariennes en croissance ont ranimé le débat sur les circonstances qui justifient des césariennes. Selon des études internationales, les raisons courantes de césariennes comprennent les suivantes<sup>46, 88</sup> :

- Césariennes antérieures;
- Dystocie (accouchement lent ou anormal);
- Souffrance du fœtus;
- Présentation par le siège;
- Déclenchement du travail.

D'une part, il est évident que les césariennes sont des interventions essentielles

qui peuvent sauver des vies dans certaines situations. Par exemple, lorsque le placenta de la femme ou alors le bébé se trouve dans une mauvaise position (p. ex. présentation transverse), les cliniciens peuvent déterminer qu'une césarienne est nécessaire<sup>46</sup>. Certaines études portent également à croire que les césariennes programmées offrent des avantages à long terme, dont la protection du pelvis, le risque réduit d'incontinence urinaire et de prolapsus des organes pelviens, et la diminution des résultats négatifs chez le nouveau-né, comme la mortinaissance<sup>89</sup>.

D'autre part, tout comme c'est le cas d'autres chirurgies, les césariennes comportent des risques. Ainsi, la chirurgie n'est pas toujours dans le meilleur intérêt de la mère ou de son bébé. Les chercheurs ont découvert que les femmes qui subissent une césarienne courent davantage le risque d'avoir une hémorragie, de se remettre plus lentement de l'accouchement et de connaître une douleur aiguë ou une infection grave, comparativement aux femmes qui accouchent par voie vaginale<sup>88, 90, 91</sup>. À long terme, les études ont montré que les femmes qui ont subi une césarienne sont exposées à un risque accru de certains problèmes de reproduction (p. ex. grossesse extra-utérine), de problèmes graves liés au placenta (p. ex. placenta accreta, placenta praevia) ou de rupture utérine<sup>89</sup>.

Les bébés nés par césarienne peuvent également courir un risque élevé. Les troubles respiratoires suivant la naissance<sup>88, 89</sup> et les difficultés à commencer l'allaitement<sup>92, 93</sup> font entre autres partie des préoccupations mises en évidence concernant les enfants nés par césarienne.



## Donner naissance à un bébé par le siège

La meilleure façon de mettre au monde les 3 à 4 % des bébés à terme qui se présentent par le siège (le derrière en premier) fait l'objet d'un débat depuis plusieurs années<sup>94</sup>. Bien que certains suggèrent qu'il soit préférable d'éviter le problème en faisant tourner le bébé avant l'accouchement (version céphalique externe [VCE]), on ignore encore à quel moment cette manœuvre devrait être accomplie et quelle est son efficacité<sup>95-97</sup>.

En 1997, 121 hôpitaux dans 26 pays ont participé à une étude de référence menée par des chercheurs de l'Université de Toronto. Cette étude, appelée Projet de recherche sur l'accouchement à terme par le siège, portait sur les femmes qui ont mis au monde un bébé à terme par le siège<sup>94</sup>. Même si l'étude devait durer cinq ans, on y a mis fin deux ans à l'avance lorsque les chercheurs ont découvert que les bébés des femmes ayant eu une césarienne programmée couraient un risque beaucoup moins élevé de mourir ou de connaître des résultats médiocres<sup>94</sup>. Dans le même ordre d'idées, lorsque les chercheurs ont mis en commun les résultats de cette étude et ceux de deux autres études en une méta-analyse, ils ont constaté que le risque de décès périnatal ou néonatal était réduit dans les cas de césariennes programmées (risque relatif de 0,29). Les risques de morbidité maternelle étaient cependant plus élevés (risque relatif de 1,3)<sup>98</sup>.

En réponse directe au Projet de recherche sur l'accouchement à terme par le siège, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a recommandé la programmation d'une césarienne dans les cas de présentations simples par le siège<sup>17</sup>. Ces conclusions ont inquiété de nombreux praticiens qui croient que les compétences requises pour mener à bien un accouchement vaginal par le siège pourraient bientôt faire partie du passé<sup>99</sup>.

## Quel est le bon nombre?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé, non sans controverse, que l'on ne pratique des césariennes, y compris des chirurgies primaires et répétées, que dans 5 à 15 % de tous les accouchements<sup>29</sup>. Selon certains experts, les taux inférieurs à 5 % peuvent indiquer un manque en matière de disponibilité ou d'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Pour ce qui est des taux de plus de 15 %, ils pourraient laisser entrevoir que l'on a trop recours aux césariennes pour des raisons non urgentes<sup>100</sup>.

Sur le plan international, toutefois, de nombreux pays dépassent ce taux<sup>101</sup>. À titre d'exemple, le Brésil, Hong Kong et le Chili affichent tous des taux de césariennes supérieurs à 25 %<sup>101</sup>. D'autres pays ont enregistré des taux un peu plus bas ou un peu plus élevés que le taux ciblé par l'OMS (notamment les Pays-Bas avec 13,5 % et le Danemark avec 17,6 %) <sup>102</sup>. Les pourcentages du Canada se situent dans la même plage. Certaines régions présentent des taux inférieurs à 15 %; par comparaison, d'autres régions affichent des taux deux fois plus élevés.





En plus des facteurs cliniques et démographiques, les méthodes d'accouchements peuvent être liées à la philosophie dominante des soins à la mère. Par exemple, des recherches semblent indiquer que les personnes qui vivent dans des pays aux faibles taux de césariennes sont plus susceptibles de considérer l'accouchement comme un processus physiologique normal, phénomène qui contribue au maintien de taux d'intervention généralement faibles<sup>103</sup>. Parmi les autres facteurs culturels qui accentueraient les différences dans les taux de césariennes, mentionnons :

- la façon dont on dispense les soins de santé (p. ex. les taux de césariennes sont souvent plus élevés dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics)<sup>104</sup>;
- la peur d'être poursuivi pour faute professionnelle<sup>60</sup>;
- les facteurs socioéconomiques et démographiques<sup>105</sup>;
- le prestige social<sup>106</sup>;
- la peur de souffrir pendant l'accouchement vaginal<sup>107</sup>;
- la croyance en la divination et les dates favorables<sup>108, 109</sup>.



### Césariennes en demande — Une tendance à la hausse?

Selon des commentateurs du monde entier, l'une des raisons pour lesquelles les taux de césariennes sont en hausse serait le phénomène dit « trop douillette pour pousser », selon lequel les femmes, particulièrement les femmes fortunées, demandent une chirurgie même si celle-ci n'est pas nécessaire sur le plan médical<sup>110</sup>. Quelques statistiques et cas importants démontrant des taux élevés de césariennes dans des hôpitaux privés d'Australie, du Brésil et d'autres pays ont alimenté les débats<sup>104, 111</sup>. Des chercheurs au Royaume-Uni ont toutefois récemment rejeté cet argument. Ils ont découvert que les femmes appartenant au groupe le plus pauvre étaient moins susceptibles de subir une césarienne de convenance, mais aucune différence notable n'a été observée entre les femmes des quatre autres quintiles de revenus<sup>112</sup>.



Étant donné le risque possible associé aux césariennes non nécessaires sur le plan médical, les professionnels de la santé peuvent se trouver confrontés à des dilemmes cliniques et moraux lorsque leurs patientes demandent à subir une telle chirurgie. En mars 2004, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a émis une déclaration contre la pratique de césariennes sur demande<sup>113</sup>. Elle soutient que la décision de pratiquer une chirurgie devrait reposer sur la nécessité médicale de celle-ci.



## Bébé arrive

Pour s'adapter à la vie en dehors du ventre de leur mère, la majorité des bébés n'ont généralement besoin de rien d'autre que des voies respiratoires dégagées et de la chaleur immédiatement après leur naissance<sup>114</sup>. Afin de s'assurer de leur bien-être, on fait subir aux nouveau-nés une série de tests de dépistage et d'évaluations.

Ces démarches aident à déterminer la vitesse à laquelle les bébés seront emmenés à la maison et s'ils nécessitent des soins supplémentaires. Il y a 20 ans, la durée moyenne du séjour était d'environ cinq jours<sup>120</sup>. Depuis, une tendance s'est dessinée voulant que les séjours à l'hôpital de la mère et du nouveau-né soient plus courts<sup>21</sup>. De nombreuses raisons ont été citées pour expliquer cette tendance, y compris la demande des mères à sortir tôt de l'hôpital et les facteurs économiques<sup>121-123</sup>.

### Premier bilan de santé de bébé

Au cours des premières minutes et des premiers jours de sa vie, le nouveau-né subit un certain nombre de tests de dépistage et d'évaluations. Par exemple, à la première et la cinquième minute après la naissance du bébé, les dispensateurs de soins évaluent généralement l'état du nouveau-né en calculant son indice d'Apgar<sup>46</sup>. Mis au point en 1952, cet indice permet d'évaluer le rythme cardiaque du bébé, sa respiration, son tonus musculaire, sa réactivité aux stimuli et la coloration de sa peau<sup>115</sup>.

Peu après leur naissance, les nouveau-nés sont pesés et mesurés<sup>116</sup>. Habituellement, ils reçoivent également une injection de vitamine K ayant pour fonction de les protéger contre les troubles de saignement ainsi qu'un onguent antibiotique qui prévient les infections de l'œil et la cécité<sup>114</sup>.

Entre le deuxième et le sixième jour, on pique le talon du bébé pour y prélever une petite quantité de sang qui servira à dépister deux affections congénitales<sup>117, 118</sup>. La phénylcétonurie (PCU), un déficit enzymatique, atteint environ 1 naissance vivante sur 12 000<sup>118, 119</sup>. L'hypothyroïdie congénitale, un déficit hormonal qui entrave le développement normal de l'enfant, touche environ 1 naissance vivante sur 3 500<sup>117</sup>.

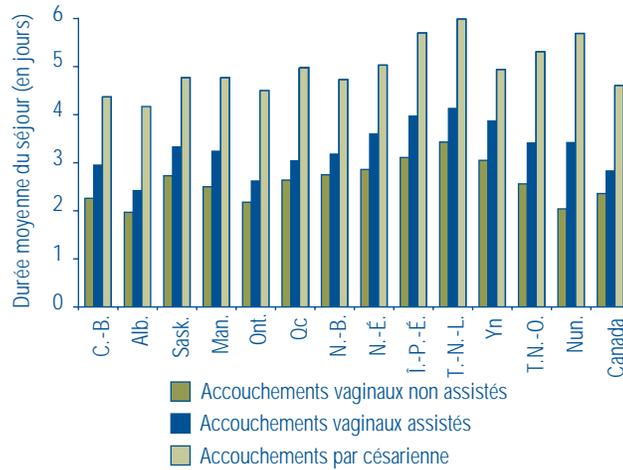




FIGURE 15

### Durée du séjour de la mère selon le type d'accouchement

Les mères restent souvent à l'hôpital plus longtemps après une césarienne qu'après un accouchement vaginal. Au Canada, en 2000-2001, la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement vaginal assisté ou non (p. ex. extraction par forceps ou par ventouse obstétricale) s'élevait à 2,8 et 2,4 jours respectivement, comparativement à 4,6 jours pour les césariennes. L'Alberta a enregistré la durée moyenne de séjour la plus courte pour les trois types d'accouchement et Terre-Neuve-et-Labrador, la plus longue.

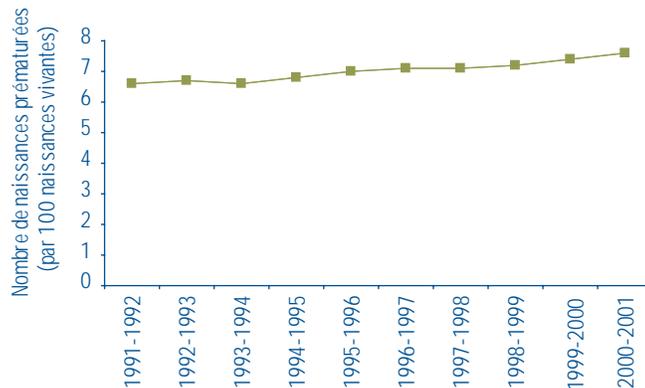


Remarque : Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS. Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

FIGURE 16

### Fréquence plus élevée de bébés prématurés

Au cours d'une période de 10 ans, le taux de naissances prématurées au Canada a augmenté, passant de 6,6 par 100 naissances vivantes en 1991-1992 à 7,6 en 2000-2001. À l'échelle provinciale et territoriale, les taux de naissances prématurées s'échelonnaient de 5,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 10,4 % au Nunavut en 2000-2001. La figure ci-après présente les taux de naissances prématurées (naissances survenues avant la 37<sup>e</sup> semaine de gestation) au Canada.



Remarques : 1) Les données de l'Ontario sont exclues en raison de problèmes concernant la qualité des données; 2) Les naissances vivantes pour lesquelles on ignore l'âge gestationnel sont également exclues.

Source : Santé Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003* (Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003).

## Trop prématuré, trop petit

Bien que la plupart des nouveau-nés soient en santé, les bébés prématurés courent un risque plus élevé de souffrir de problèmes de santé immédiats et à long terme, car la croissance et le développement du fœtus dans les dernières semaines de la grossesse sont essentiels à la santé de l'enfant. Les chercheurs estiment qu'une naissance prématurée (avant la fin de la 37<sup>e</sup> semaine) entraîne le décès de 60 à 80 % des enfants qui ne présentent aucune anomalie congénitale dans les pays industrialisés<sup>124</sup>. Parmi les complications à long terme liées à un accouchement prématuré, on trouve le syndrome de détresse respiratoire ou l'hémorragie intraventriculaire<sup>124</sup>. Ce type d'accouchement présenterait également des risques de paralysie cérébrale et d'autres complications permanentes pour la santé<sup>124, 125</sup>.

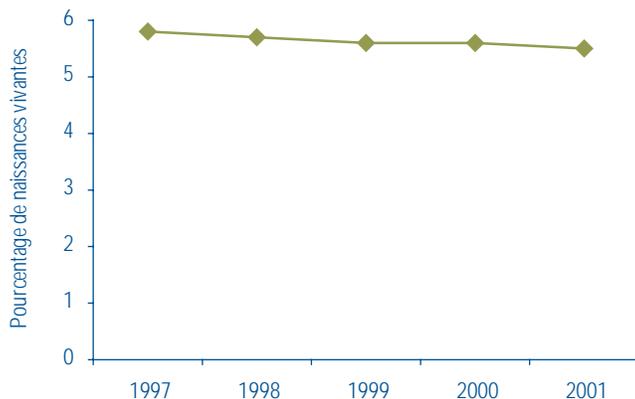
Le taux de naissances prématurées est à la hausse au Canada et ailleurs dans le monde. Selon les estimations de Santé Canada, 7,6 % des bébés sont nés avant terme en 2000, une augmentation par rapport à 6,6 % en 1991<sup>21</sup>. Les comparaisons internationales mettent en évidence des hausses similaires. Par exemple, le taux de naissances prématurées aux États-Unis s'élevait à 12,1 % en 2002, comparativement à 10,6 % en 1990<sup>82</sup>.



## FIGURE 17

**Tendances en matière de faible poids à la naissance**

La figure ci-dessous montre les tendances canadiennes relatives aux bébés à faible poids à la naissance.



Remarque : Naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est inférieur à 2 500 grammes, exprimées en pourcentage du total des naissances vivantes pour lesquelles on connaît le poids du nouveau-né.

Source : Statistiques de l'état civil au Canada, Base de données sur les naissances, Statistique Canada.

Certains experts avancent que la majeure partie de l'augmentation du nombre de naissances prématurées est attribuable au plus grand nombre d'interventions comme le déclenchement du travail avant terme et les césariennes pratiquées entre la 34<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine<sup>126</sup>. Les raisons courantes expliquant ce phénomène sont les suivantes : les problèmes de santé de la mère et du fœtus comme l'hypertension et la souffrance du fœtus.

La prévention des naissances prématurées demeure un obstacle difficile à surmonter<sup>128</sup>. On y a associé divers facteurs; toutefois, ceux-ci sont trop nombreux pour être tous décrits en détail dans le présent rapport. Mentionnons par contre les suivants :

- Les accouchements prématurés antérieurs<sup>129-131</sup>;
- Les grossesses multiples<sup>21, 126</sup> (les jumeaux, les triplets et les autres naissances multiples sont souvent prématurés. Cependant, les grossesses uniques représentent toujours plus de 80 % des naissances prématurées<sup>21</sup>);
- Les caractéristiques démographiques de la mère (comme l'âge<sup>82, 130, 132</sup> et le statut socioéconomique<sup>130</sup>) et les risques liés au comportement (comme le tabagisme<sup>128, 133</sup> et la consommation d'alcool<sup>134</sup>);
- Les infections du système reproducteur (comme la vaginose bactérienne et les maladies transmissibles sexuellement<sup>132</sup>).

**Évolution du poids**

Les bébés prématurés sont souvent plus petits que la moyenne. La plupart des bébés nés au Canada en 2001 (92 %) pesaient entre 2 500 et 4 499 grammes à leur naissance, soit de 5 livres et demi à 10 livres. Un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) peut résulter d'une naissance prématurée ou d'une croissance intra-utérine restreinte. Il peut aussi être lié à une maladie périnatale, au décès du nouveau-né et à des complications à long terme<sup>127</sup>. Environ 6 % des bébés entraient dans cette catégorie en 2001.

**Saviez-vous que...**

Les changements dans l'inscription des naissances peuvent avoir des répercussions sur les tendances en matière d'insuffisance de poids et de naissances prématurées. On a avancé l'idée que la naissance des enfants à la limite de leur viabilité (p. ex. les fœtus de moins de 22 semaines ou dont le poids équivaut à près de 500 grammes ou moins) est plus susceptible d'être enregistrée de nos jours<sup>128, 135</sup>.



Certains experts prétendent que les nouvelles techniques, comme l'établissement précoce de l'âge gestationnel par ultrasons, les tests de dépistage des états pathologiques à risque élevé, le déclenchement du travail avant terme et l'accouchement par césarienne sans travail avant terme, peuvent également encourager ou permettre la naissance précoce du bébé<sup>126, 134</sup>. La décision d'intervenir auprès des bébés prématurés demeure néanmoins difficile. En effet, il faut créer un équilibre entre les risques précoces (p. ex. la morbidité ou le décès du fœtus) et les conséquences à long terme, comme la morbidité ou la mortalité à un âge plus avancé<sup>126</sup>.

## Les soins intensifs à la rescousse des nouveau-nés

Les nouveau-nés qui requièrent une surveillance accrue ou plus de soins qu'ils ne pourraient recevoir dans un service régulier de maternité peuvent être admis dans une unité néonatale de soins intensifs (UNSI). Les néonatalogistes, les infirmières et les autres spécialistes hautement qualifiés membres de l'équipe de soins aux nouveau-nés dispensent des soins à ces bébés fragiles<sup>136</sup>.

Les risques d'être admis dans une UNSI ont augmenté légèrement au Canada au cours de la dernière décennie. En 2001-2002, les données de l'ICIS ont montré que 14,4 % des nouveau-nés ont passé un certain temps dans une UNSI, une hausse par rapport à 12,6 % en 1994-1995. Le nombre d'admissions par année a connu une hausse de 1 500 au cours de cette période.

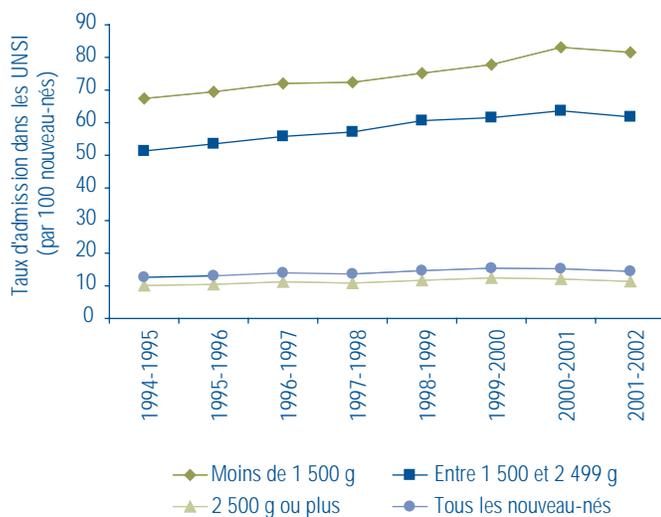
Les bébés à faible poids affichaient les taux d'admission les plus élevés. Près des deux tiers (62 %) des bébés pesant de 1 500 à 2 499 grammes à la naissance ont été admis dans une UNSI en 2001-2002. Ces taux étaient encore plus élevés chez les bébés plus petits :

82 % de ceux qui pesaient moins de 1 500 grammes sont demeurés un certain temps dans une UNSI. Ces constatations font pendant à celles d'une étude portant sur 17 UNSI de niveau tertiaire au Canada. Selon cette dernière étude, la majorité des bébés (53 %) pesaient moins de 2 500 grammes au moment de leur admission et près des deux tiers (65 %) ont été admis avant la fin de leur 38<sup>e</sup> semaine de gestation<sup>137</sup>. On a admis dans les UNSI 20 % des enfants nés à terme (enfants nés à la 37<sup>e</sup> semaine de gestation ou après celle-ci) en raison d'une anomalie congénitale.

FIGURE 18

### À quelle fréquence admet-on des bébés dans les UNSI?

On admet maintenant davantage de nouveau-nés dans les unités néonatales de soins intensifs (UNSI) que par le passé. Le taux d'admission a connu une légère hausse, passant de 12,6 % des nouveau-nés en 1994-1995 à 14,4 % en 2001-2002. En général, les nouveau-nés admis dans ce type d'unité affichaient un faible poids à la naissance, par comparaison avec les autres bébés.



Remarque : On a exclu le Manitoba, le Québec et les territoires de l'analyse, car on ne disposait pas de données comparables pour ces secteurs.  
Sources : Base de données sur les congés des patients, ICIS.



## Chances de survie accrues

Les progrès réalisés dans les connaissances et la technologie supposent que les bébés prématurés qui seraient morts pendant l'accouchement ou peu après leur naissance quelques décennies auparavant seulement ont maintenant de meilleures chances de survie, même si certains d'entre eux peuvent souffrir de problèmes de santé à long terme<sup>138</sup>.

Avec un taux de 5,2 par 1 000 naissances vivantes en 2001, le Canada a atteint l'un des taux de mortalité infantile les plus bas au monde<sup>139</sup>. Aujourd'hui, presque tous les nouveau-nés (99 %) admis dans une UNSI au Canada survivent jusqu'à leur sortie, et cela comprend aussi les plus petits bébés. En 2001-2002, 89 % des bébés à très faible poids ont survécu jusqu'à leur sortie.

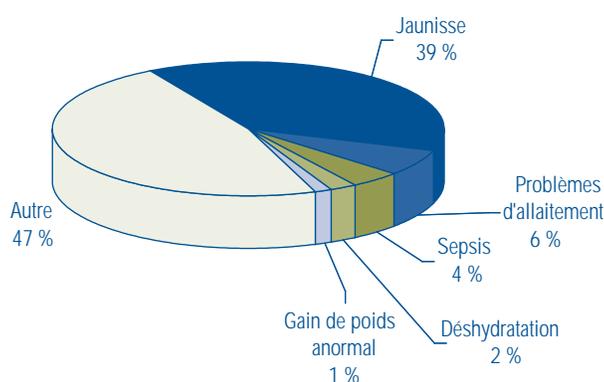
Selon une étude récente, cependant, le taux de survie des bébés dans les UNSI varie d'un hôpital à l'autre. Grâce à une étude portant sur 19 265 nouveau-nés admis dans 17 UNSI de niveau tertiaire au Canada, des chercheurs ont découvert que le taux de mortalité moyen ajusté selon les risques était de 4 %. Il y avait toutefois des différences de triple portée entre les établissements. Les problèmes les plus souvent associés au décès des bébés étaient les naissances prématurées, les enfants nés hors de l'hôpital d'admission et les anomalies congénitales<sup>140</sup>.

19

FIGURE

### Raisons d'admission des bébés à l'hôpital?

La plupart des bébés s'en vont directement à la maison peu après leur naissance. Une partie d'entre eux ont toutefois besoin de soins. La figure qui suit indique les raisons pour lesquelles des bébés ont été admis à l'hôpital au Canada en 2000-2001 dans les 28 jours après leur naissance. La raison la plus souvent citée est la jaunisse (39 %).



**Remarques :** 1) Les admissions à l'hôpital après la naissance englobent les nouveau-nés admis dans un hôpital de soins de courte durée dans les 28 jours après leur naissance. On a exclu les cas suivants de l'analyse : nouveau-nés transférés dans un autre établissement; nouveau-nés dont la durée initiale du séjour à l'hôpital dépasse 20 jours; nouveau-nés dont le poids à la naissance était inférieur à 1 000 grammes; nouveau-nés sortis de l'hôpital la journée même de leur naissance; admissions pour une chirurgie d'un jour. 2) On a exclu le Manitoba et le Québec de l'analyse, car on ne disposait pas de données comparables pour ces provinces. 3) La catégorie « Autre » comprend divers problèmes comme les convulsions, les troubles respiratoires, la fièvre, l'œsophagite, etc. 4) Il se peut que les pourcentages ne s'élèvent pas à 100 %, car on les a arrondis.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Les bébés à faible poids sont également restés plus longtemps dans une UNSI. En 2001-2002, la durée médiane de séjour dans une UNSI s'élevait à deux jours. Toutefois, les bébés à très faible et à faible poids (de 1 500 à 2 500 grammes) sont demeurés dans ce type d'unité pour une durée médiane de 23 jours et de 7 jours respectivement.

### Séjours à l'hôpital après la naissance

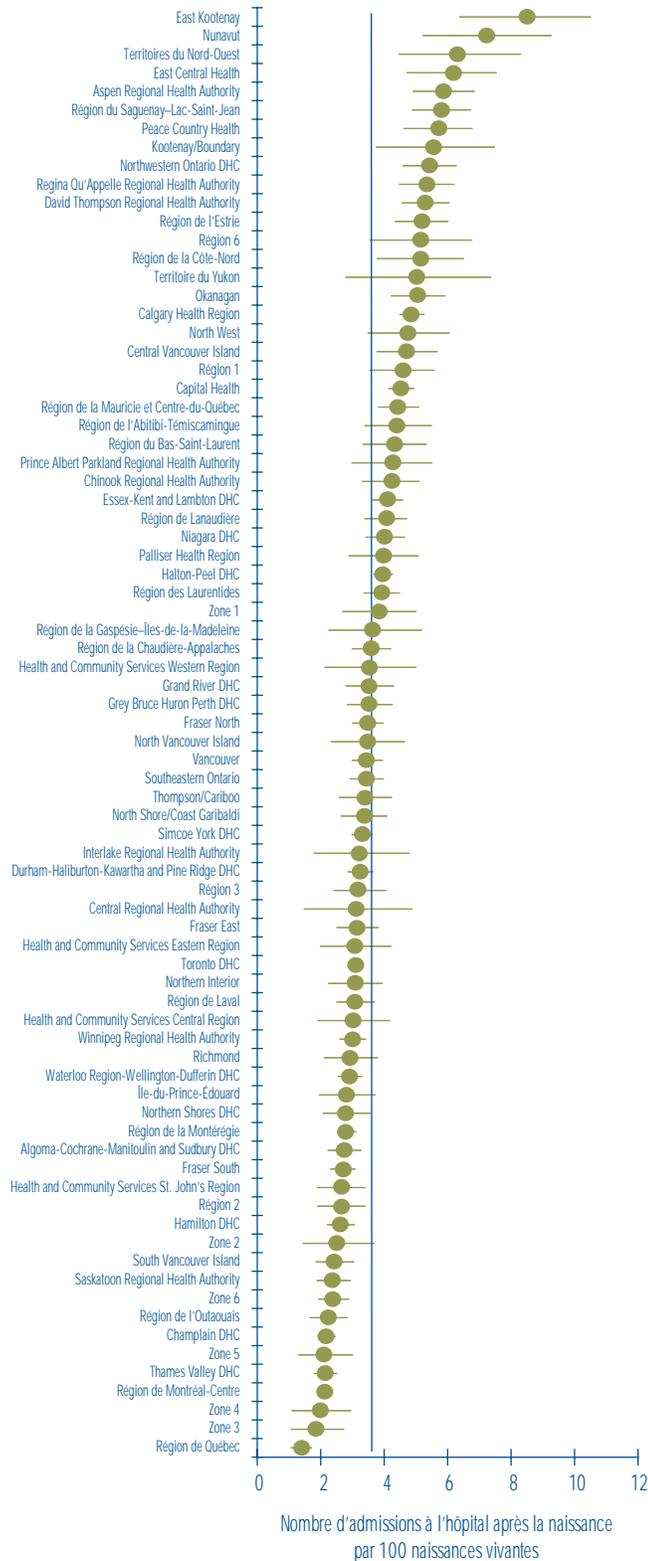
En 2000-2001, la jaunisse, les problèmes d'allaitement, la sepsis et la déshydratation ne représentaient qu'une partie des problèmes de santé ayant entraîné l'admission à l'hôpital de près de 4 bébés sur 100 dans les 28 jours après leur naissance.



**20**  
**FIGURE**

### Admissions à l'hôpital après la naissance

Au Canada, en 2000-2001, près de 4 bébés par 100 naissances vivantes ont été admis à l'hôpital dans les 28 jours après leur naissance (comme l'illustre la ligne verticale droite). La figure ci-dessous compare les taux d'admission après la naissance des régions sanitaires comptant au moins 75 000 habitants. On estime que les résultats (représentés par des points) sont exacts dans 19 cas sur 20 dans l'intervalle délimité par chaque ligne horizontale.



**Remarques :** Les admissions à l'hôpital après la naissance englobent les nouveau-nés admis dans un hôpital de soins de courte durée dans les 28 jours après leur naissance. On a exclu les cas suivants de l'analyse : nouveau-nés transférés dans un autre établissement; nouveau-nés dont la durée initiale du séjour à l'hôpital dépasse 20 jours; nouveau-nés dont le poids à la naissance était inférieur à 1 000 grammes; nouveau-nés sortis de l'hôpital la journée même de leur naissance; admissions pour une chirurgie d'un jour. Les données ne proviennent que des secteurs de compétence qui soumettent toutes leurs données à la base de données. Pour cette raison, on a exclu le Manitoba de l'analyse. Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS. **Sources :** Base de données sur les congés des patients, ICIS; ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, Banque de données sur les hospitalisations du système Med-Écho.



## Calculer le taux d'admissions à l'hôpital après la naissance

Les calculs des taux d'admissions à l'hôpital après la naissance sont adaptés à partir des méthodes élaborées par le Système canadien de surveillance périnatale<sup>21</sup>. Les taux et les intervalles de confiance visent les régions comptant au moins 75 000 habitants. Les notes techniques, situées à la fin du rapport, fournissent des détails supplémentaires sur le sujet.

- Les résultats des indicateurs de l'exercice 2000-2001 reposent sur des données de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.
- Les résultats s'appuient sur le lieu de résidence des patientes, et non sur l'endroit où elles ont été traitées.
- Les admissions à l'hôpital après la naissance englobent toutes les admissions dans un hôpital de soins de courte durée dans les 28 jours après la naissance. On a exclu les cas suivants de l'analyse : nouveau-nés transférés dans un autre établissement; nouveau-nés dont la durée initiale du séjour à l'hôpital dépasse 20 jours; nouveau-nés dont le poids à la naissance était inférieur à 1 000 grammes ou manquant; nouveau-nés sortis de l'hôpital la journée même de leur naissance; admissions pour une chirurgie d'un jour.
- Les intervalles de confiance à 95 % pour les admissions à l'hôpital après la naissance sont souvent plus grands (c.-à-d. que l'estimation du taux est moins précise) pour les régions à faible population. Par exemple, on estime que le taux de la région Calgary Health en Alberta est exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 0,38 %. Pour ce qui est du taux de St. John's à Terre-Neuve-et-Labrador, il serait exact dans 19 cas sur 20 avec une marge de plus ou moins 0,75 %.

Les visites au service d'urgence sont encore plus courantes. Environ 1 nouveau-né sur 10 en Ontario a été admis dans un service d'urgence dans les 28 jours après sa naissance en 2002-2003. Les raisons des visites au service d'urgence les plus courantes étaient la jaunisse et les problèmes d'allaitement.

Comme c'est le cas pour d'autres types de soins, il existe des écarts régionaux notables dans les taux d'admission à l'hôpital après la naissance dans l'ensemble du pays. Par exemple, ce taux s'élevait à un peu plus de 1 % des naissances vivantes dans la région de Québec, mais à plus de 8 % à East Kootenay, en Colombie-Britannique.



Les différences dans les taux d'admission peuvent être attribuables :

- **À la durée habituelle du séjour à l'hôpital des mères et des bébés :** Les répercussions des durées actuelles de séjour après la naissance ont reçu une attention considérable<sup>123, 141-147</sup>. Bien que des preuves semblent mettre en évidence un lien entre la durée du séjour et les admissions des nouveau-nés à l'hôpital<sup>145-148</sup>, d'autres études<sup>149, 150</sup>, y compris une étude méthodique<sup>151</sup>, indiquent qu'il n'existe aucune preuve suffisante pour confirmer une relation entre les sorties tôt après l'accouchement et les résultats tels que les réhospitalisations;
- **À la qualité des soins avant et après la sortie :** Les bébés souffrant de problèmes de santé que l'on n'a pas détectés au cours de leur séjour initial à l'hôpital ou qui sont liés aux soins qu'ils ont reçus (ou non) sont plus susceptibles de nécessiter des soins supplémentaires<sup>152</sup>;



- **Aux pratiques et aux services disponibles après la sortie** : Le passage des services en milieu hospitalier aux services communautaires une fois que les mères quittent l'hôpital a également fait l'objet d'études<sup>142, 143</sup>. Certaines collectivités ont conçu des protocoles et des programmes de suivi qui répondent aux besoins en matière de santé, comme les difficultés de l'allaitement, qui relèvent du secteur communautaire plutôt que des hôpitaux. Par exemple, près de 90 % des nouvelles mères qui ont accouché par voie vaginale sans complications à Montréal en 1999 ont affirmé avoir reçu un appel d'un travailleur d'un centre de santé communautaire moins de deux semaines après leur sortie de l'hôpital. Par contre, on a communiqué avec seulement 9 % d'entre elles dans les 24 heures qui ont suivi leur sortie<sup>143</sup>. La plupart de ces mères jugeaient que les renseignements qu'elles ont reçus par téléphone ou durant une visite à domicile correspondaient à ce qu'on leur avait dit à l'hôpital avant leur sortie; 16 % ont émis l'opinion contraire;
- **À d'autres facteurs** : Selon l'Enquête ontarienne sur les mères et les enfants<sup>153</sup>, la façon dont les mères évaluent la santé de leur enfant, l'aide qu'elles prévoient recevoir à la maison, leurs préoccupations au sujet du comportement lié aux soins à l'enfant et le fait que les nouveau-nés sont vus ou non par des professionnels de santé pour un bilan physique après leur sortie initiale de l'hôpital sont tous des facteurs pouvant être associés aux admissions à l'hôpital après la naissance;
- **À l'état de santé sous-jacent** : Des différences dans l'état de santé des bébés à leur naissance peuvent également expliquer la raison de leur retour à l'hôpital<sup>21, 154</sup>.

Dans la mesure où ces facteurs et d'autres facteurs diffèrent d'un bout à l'autre du pays, ils peuvent contribuer à accentuer les écarts dans les taux régionaux d'admissions à l'hôpital après la naissance.



## Du passé au futur

Dans toutes les cultures du monde, la naissance d'un enfant est un grand événement. Les annales de l'histoire sont riches en superstitions, coutumes et traditions variées entourant la naissance. Certaines de ces traditions reflètent les efforts pratiques déployés pour faciliter la naissance du bébé et soulager les douleurs et l'inconfort de la mère. Les développements

relativement récents dans la médecine, la technologie et la santé publique ont posé les fondements de l'importante évolution dans les méthodes d'accouchement dont nous avons été témoins au cours des 10 dernières années.

Le présent rapport illustre l'état actuel des soins à la mère et à l'enfant au Canada. La vaste majorité des bébés d'aujourd'hui (99 %) viennent au monde dans des hôpitaux. Environ un cinquième d'entre eux naissent par césarienne, un taux plus élevé que jamais. Malgré tout, ce taux global masque les écarts importants entre chaque région dans l'ensemble du pays. Dans le même ordre d'idées, il existe des différences considérables dans la fréquence d'utilisation de méthodes pour soulager la douleur et de pratiques d'épisiotomies, d'extractions

21  
FIGURE

### Écarts régionaux

Il existe de grands écarts dans les soins obstétriques au pays. Le tableau qui suit révèle les taux canadiens de huit indicateurs de soins et fait ressortir les différences dans les taux des régions dont la population s'élève à 75 000 habitants ou plus et qui affichent les taux les plus bas ou les plus élevés. Pour obtenir des détails sur chaque indicateur, consultez la section pertinente du rapport.

|   | Canada (%) | Taux les plus bas (%) | Taux les plus élevés (%) |
|---|------------|-----------------------|--------------------------|
| Anesthésie épidurale <sup>*§‡</sup> (2001-2002)                     | 45,0       | 3,9                   | 74,6                     |
| Accouchement assisté <sup>*</sup> (2000-2001)                       | 16,2       | 2,5                   | 28,2                     |
| Forceps <sup>*</sup> (2000-2001)                                    | 6,1        | 0,9                   | 15,6                     |
| Extraction par ventouse obstétricale <sup>*</sup> (2000-2001)       | 10,6       | 1,0                   | 21,0                     |
| Césarienne <sup>†</sup> (2001-2002)                                 | 22,5       | 9,2                   | 31,5                     |
| Primaire <sup>†</sup> (2001-2002)                                   | 16,5       | 7,6                   | 25,5                     |
| Répétée <sup>†</sup> (2001-2002)                                    | 73,2       | 39,3                  | 93,0                     |
| Admissions à l'hôpital après la naissance <sup>*¥</sup> (2000-2001) | 3,6        | 1,4                   | 8,4                      |

Remarques :

\* Pour les accouchements vaginaux uniquement.

§ Exclut les régions de Chinook, de Palliser et de Calgary.

‡ Exclut le Manitoba.

† Exclut la région de Central Vancouver Island.

¥ Pour les enfants nés vivants qui pesaient plus de 1 000 grammes et qui ont été admis dans les 28 jours après leur naissance.

Source : Données compilées par l'ICIS.

par forceps ou ventouse obstétricale et d'autres interventions. Par ailleurs, il semble y avoir un lien entre les taux d'utilisation de certaines interventions et méthodes d'accouchement.



### Restez à l'écoute

Jusqu'à maintenant, la série de rapports intitulée « Donner naissance au Canada » s'est penchée sur les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant (premier rapport de la série) et sur les variations entre ces soins au pays (présent rapport). La prochaine étape consiste à déterminer le coût de la prestation de soins aux mères et à leur enfant. Consultez notre site Web ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)) pour obtenir des nouvelles sur le rapport.

À titre d'exemple, les régions qui affichent les taux les plus bas d'utilisation des forceps ont tendance à présenter les taux les plus élevés d'extraction par ventouse obstétricale, et vice versa. De plus, l'augmentation dans les taux de césariennes peut être attribuable au nombre inférieur d'accouchements vaginaux après une césarienne. Ces écarts seraient attribuables à un ensemble complexe de facteurs que nous ne comprenons pas tous bien. Parmi ces facteurs, on compte les données démographiques des patientes (p. ex. leur âge au moment de l'accouchement), la santé et autres caractéristiques de la mère et de l'enfant, les préférences et la formation du clinicien, ainsi que l'accessibilité des ressources spécialisées. En fournissant des données sur les soins à la mère et à l'enfant pour les régions sanitaires de l'ensemble du pays, nous espérons éveiller un intérêt pour la compréhension des écarts dans les taux locaux et la mesure dans laquelle ces derniers et de nombreux autres facteurs peuvent influencer la fréquence d'utilisation des interventions.



## Ce que nous savons

- Le taux de mortalité périnatale et néonatale au Canada.
- La fréquence à laquelle on déclenche le travail, utilise l'anesthésie épidurale et pratique des accouchements vaginaux assistés et des césariennes au Canada à l'échelle provinciale, territoriale et régionale.
- Le taux de césariennes primaires.
- Les tendances des 10 dernières années relatives aux naissances prématurées au Canada.
- Le taux national d'admissions et de mortalité dans les unités néonatales de soins intensifs (UNSI).
- Les taux régionaux d'admissions à l'hôpital dans les 28 jours après la naissance et ses principales causes.

## Ce que nous ne savons pas

- À quelle fréquence a-t-on recours aux techniques de reproduction assistée dans l'ensemble du Canada? Combien de naissances vivantes au Canada sont le produit de ce type de technique? Quelle proportion de ces naissances correspondait à des naissances multiples?
- Quelles sont les principales causes des écarts dans les méthodes d'accouchement (p. ex. utilisation des forceps, de l'extraction par ventouse obstétricale, des anesthésies épidurales, du déclenchement du travail et de la césarienne) dans les régions? De quelles façons les facteurs tels que la formation du médecin, les préférences de la patiente et du médecin ainsi que les lignes directrices sur les meilleures pratiques influencent-ils les taux?
- Combien y a-t-il de césariennes programmées et combien de césariennes sont pratiquées d'urgence? Quelles sont les répercussions de la demande des patientes sur les taux de césariennes?
- À quelle fréquence devrait-on utiliser ces méthodes d'accouchement? Quand un taux faible signifie-t-il que les soins sont adéquats ou que l'accès aux services est limité? Quand un taux élevé témoigne-t-il d'une surutilisation des services ou d'un plus grand accès aux soins?
- Les séjours de courte durée chez les mères après l'accouchement ont-ils entraîné une augmentation dans les taux de résultats négatifs des enfants (p. ex. déshydratation et jaunisse) après leur naissance? (Ou, bien qu'ils soient maintenant quantifiables, ces taux ne connaissent pas d'augmentation?)

## Ce qui se passe

- La norme de codification CIM-10, qui sera bientôt adoptée d'un bout à l'autre du Canada, fournira de plus amples détails sur les lieux où l'on procède au déclenchement des accouchements, les raisons de ces déclenchements et la façon dont ils sont faits dans l'ensemble du Canada.
- L'Association des hôpitaux de l'Ontario s'occupe actuellement de la validation des résultats de l'Enquête sur le parcours des patientes des services de maternité, conçue pour recueillir les expériences de la mère avant, pendant et après l'accouchement. Les données dérivées de l'enquête fourniront un portrait plus détaillé des soins de maternité dans les hôpitaux autonomes et généraux au Canada. Le rapport préliminaire de cette enquête pilote sera publié vers la mi-septembre 2004.
- L'unité de recherche sur la santé génésique de la mère et de l'enfant de l'Université de Toronto met actuellement en œuvre une étude contrôlée, randomisée et multicentrique visant à comparer la version céphalique externe prématurée (entre la 34<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine de gestation) à la VCE retardée (à partir de la 37<sup>e</sup> semaine de gestation). Cette comparaison permettra de savoir si le commencement de la VCE à un âge gestationnel moins avancé contribuera à la diminution du taux de césariennes, sans toutefois entraîner l'augmentation du taux de naissances prématurées ou du nombre de complications graves pour le fœtus.
- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a tenu une réunion en juin 2004 afin d'élaborer un exposé de position au sujet des césariennes « sur demande ».
- En juillet 2004, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié des lignes directrices mises à jour sur les accouchements vaginaux après césarienne.
- Dans le cadre d'une étude en cours menée par le Réseau néonatal canadien, des chercheurs se penchent sur la façon dont les différences dans les pratiques cliniques des UNSI canadiennes influencent les résultats de nouveau-nés malades. Ils étudient aussi la façon dont les ressources requises à la prestation de ces soins peuvent agir sur la qualité des soins.





## Annexe A

### **FF** Les faits en bref – Liste des tableaux de données et des figures

- 1 Taux d'anesthésie épidurale de tous les accouchements et des accouchements vaginaux, selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002
- 2 Taux d'accouchements assistés (tous), selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001
- 3 Taux d'accouchements assistés (forceps), selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001
- 4 Taux d'accouchements assistés (extraction par ventouse obstétricale), selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001
- 5 Taux de césariennes, selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002
- 6 Taux de césariennes primaires et répétées, selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002
- 7 Taux de césariennes primaires, selon le groupe d'âge (moins de 35 ans, 35 ans ou plus) et la région sanitaire, Canada, 2001-2002
- 8 Taux d'accouchements vaginaux après césarienne (AVAC), selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002
- 9 Admissions à l'hôpital après la naissance, selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001



## Taux d'anesthésie épidurale de tous les accouchements et des accouchements vaginaux, selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002

| Code de carte   | Région   | Utilisation de l'anesthésie épidurale (2001-2002) |                    | Utilisation de l'anesthésie épidurale (2001-2002) |                    |
|-----------------|--|---|--------------------|---|--------------------|
|                 |  | Taux par 100 accouchements                        | IC à 95 %          | Taux par 100 accouchements vaginaux               | IC à 95 %          |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>35,6</b>                                       | <b>(34,2-37,0)</b> | <b>34,4</b>                                       | <b>(32,8-36,1)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 50,5  | (48,1-52,8)        | 50,5  | (47,8-53,2)        |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 30,5  | (27,2-33,7)        | 30,5  | (26,6-34,4)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 8,3   | (6,3-10,3)         | 8,0   | (5,8-10,3)         |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 44,6  | (40,9-48,4)        | 39,4  | (35,1-43,8)        |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>Île-du-Prince-Edouard</b>                     | <b>19,7</b>                                       | <b>(17,5-21,8)</b> | <b>17,2</b>                                       | <b>(14,8-19,6)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>43,4</b>                                       | <b>(42,4-44,5)</b> | <b>44,1</b>                                       | <b>(42,9-45,3)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 22,1  | (19,6-24,7)        | 18,7  | (16,0-21,5)        |
| 1202            | Zone 2   | 17,0  | (14,2-19,7)        | 3,9   | (2,3-5,5)          |
| 1203            | Zone 3   | 23,4  | (20,8-26,1)        | 22,3  | (19,4-25,3)        |
| 1204            | Zone 4   | 23,9  | (21,0-26,8)        | 26,0  | (22,5-29,4)        |
| 1205            | Zone 5   | 30,5  | (27,8-33,2)        | 31,8  | (28,6-34,9)        |
| 1206            | Zone 6   | 66,6  | (65,1-68,0)        | 71,3  | (69,7-73,0)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>34,3</b>                                       | <b>(33,2-35,4)</b> | <b>34,6</b>                                       | <b>(33,3-35,9)</b> |
| 1301            | Région 1   | 19,5  | (17,6-21,4)        | 14,7  | (12,8-16,6)        |
| 1302            | Région 2   | 68,5  | (66,3-70,7)        | 74,6  | (72,3-77,0)        |
| 1303            | Région 3   | 23,4  | (21,4-25,4)        | 22,6  | (20,3-24,9)        |
| 1306            | Région 6   | 28,6  | (25,1-32,0)        | 29,3  | (25,1-33,4)        |
| <b>Qc</b>       |  | <b>56,7</b>                                       | <b>(56,3-57,0)</b> | <b>60,2</b>                                       | <b>(59,8-60,6)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 22,1  | (20,0-24,1)        | 18,6  | (16,4-20,7)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 54,5  | (52,6-56,4)        | 57,3  | (55,2-59,4)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 67,0  | (65,7-68,2)        | 74,4  | (73,1-75,7)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 45,7  | (44,1-47,2)        | 50,3  | (48,6-52,0)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 63,4  | (61,6-65,2)        | 69,1  | (67,2-71,0)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 63,7  | (63,1-64,4)        | 67,7  | (67,0-68,5)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 55,9  | (54,2-57,7)        | 60,7  | (58,7-62,6)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 39,8  | (37,4-42,3)        | 38,0  | (35,3-40,6)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 23,8  | (21,2-26,5)        | 21,8  | (18,9-24,7)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 34,4  | (30,8-38,0)        | 36,1  | (32,0-40,2)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 66,2  | (64,7-67,7)        | 72,5  | (70,9-74,2)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 60,0  | (58,3-61,6)        | 65,0  | (63,2-66,7)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 63,1  | (61,5-64,7)        | 67,7  | (66,0-69,4)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 46,2  | (44,8-47,6)        | 47,9  | (46,4-49,4)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 54,6  | (53,7-55,4)        | 57,1  | (56,1-58,1)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>44,6</b>                                       | <b>(44,3-44,9)</b> | <b>47,0</b>                                       | <b>(46,7-47,3)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 56,1  | (55,2-57,0)        | 60,7  | (59,7-61,7)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 38,0  | (36,6-39,4)        | 41,2  | (39,6-42,9)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 33,2  | (32,2-34,2)        | 36,5  | (35,3-37,7)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 45,8  | (45,2-46,3)        | 47,8  | (47,2-48,5)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 48,9  | (48,0-49,8)        | 52,7  | (51,7-53,7)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 50,6  | (49,9-51,4)        | 52,7  | (51,8-53,5)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 42,8  | (41,7-43,9)        | 44,0  | (42,8-45,3)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 64,8  | (63,5-66,1)        | 70,7  | (69,3-72,0)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 35,7  | (34,2-37,1)        | 36,6  | (35,0-38,3)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 31,5  | (29,6-33,3)        | 31,7  | (29,6-33,8)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 55,1  | (53,9-56,3)        | 58,1  | (56,8-59,5)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 44,9  | (43,7-46,1)        | 44,1  | (42,7-45,4)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 19,1  | (17,6-20,6)        | 18,2  | (16,6-19,8)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 11,0  | (9,6-12,3)         | 10,8  | (9,2-12,4)         |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 23,1  | (21,8-24,5)        | 23,5  | (21,9-25,1)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 10,6  | (9,5-11,8)         | 9,4   | (8,2-10,6)         |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>39,8</b>                                       | <b>(39,0-40,7)</b> | <b>43,0</b>                                       | <b>(42,1-44,0)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 59,1  | (57,2-60,9)        | 63,2  | (61,3-65,2)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 61,3  | (59,6-63,0)        | 67,2  | (65,4-69,0)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 26,7  | (23,9-29,4)        | 27,1  | (24,2-30,1)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>33,0</b>                                       | <b>(32,4-33,6)</b> | <b>34,9</b>                                       | <b>(34,2-35,6)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | *   |                    |   |                    |
| 4821            | Palliser Health Region                           | *   |                    |   |                    |
| 4822            | Calgary Health Region                            | *   |                    |   |                    |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 9,2   | (8,3-10,2)         | 6,7   | (5,8-7,7)          |
| 4824            | East Central Health                              | 23,3  | (20,8-25,8)        | 24,6  | (21,6-27,6)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 50,1  | (49,2-51,1)        | 54,7  | (53,6-55,8)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 21,0  | (19,3-22,7)        | 20,7  | (18,8-22,6)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 4,7   | (3,7-5,6)          | 4,9   | (3,8-6,0)          |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>24,6</b>                                       | <b>(24,2-25,1)</b> | <b>23,3</b>                                       | <b>(22,8-23,7)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 13,4  | (10,7-16,0)        | 12,5  | (9,6-15,4)         |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 15,4  | (12,4-18,3)        | 16,2  | (12,8-19,7)        |
| 5913            | Okanagan   | 25,7  | (24,0-27,4)        | 26,3  | (24,3-28,3)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 12,8  | (11,3-14,4)        | 12,0  | (10,2-13,8)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 18,0  | (16,6-19,4)        | 17,3  | (15,7-18,9)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 23,7  | (22,5-24,8)        | 21,7  | (20,5-23,0)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 29,1  | (28,0-30,2)        | 27,6  | (26,4-28,8)        |
| 5931            | Richmond   | 29,7  | (27,4-32,0)        | 28,0  | (25,4-30,7)        |
| 5932            | Vancouver  | 36,3  | (35,0-37,5)        | 35,7  | (34,2-37,1)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 18,2  | (16,6-19,8)        | 15,7  | (13,9-17,5)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 25,3  | (23,7-27,0)        | 23,4  | (21,4-25,3)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | 23,8  | (21,9-25,7)        | 22,2  | (20,1-24,4)        |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 11,4  | (9,4-13,3)         | 9,0   | (6,9-11,0)         |
| 5951            | Northwest  | 20,3  | (17,8-22,8)        | 19,9  | (17,1-22,8)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 19,9  | (18,0-21,9)        | 16,6  | (14,4-18,8)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>17,3</b>                                       | <b>(13,2-21,4)</b> | <b>14,9</b>                                       | <b>(10,4-19,4)</b> |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>5,6</b>  | <b>(3,8-7,4)</b>   | <b>4,0</b>  | <b>(2,2-5,7)</b>   |
| <b>ïNun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>4,5</b>  | <b>(2,8-6,2)</b>   | <b>4,2</b>  | <b>(2,5-5,9)</b>   |
| <b>Canada</b>   |  | <b>43,1</b>                                       | <b>(43,0-43,3)</b> | <b>45,4</b>                                       | <b>(45,2-45,6)</b> |

Remarques : Ce ne sont pas toutes les provinces et les régions du Canada qui soumettent toutes leurs données à la Base de données sur les congés des patients. Pour cette raison, on a exclu le Manitoba de l'analyse.

\*La région sanitaire de Calgary (Alberta), la région régionale de la santé de Chinook (Alberta) et de Palliser (Alberta) ont été exclues de l'analyse pour cause de sous-déclaration de données.

Par conséquent, le taux national et le taux provincial de l'Alberta ne comprennent pas ces secteurs de compétence.

Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS. Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux d'accouchements assistés (tous), selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001

| Code de carte   | Région   | Tous les accouchements assistés (2000-2001) |                    |
|-----------------|--|---|--------------------|
|                 |  | Taux par 100 accouchements vaginaux         | IC à 95 %          |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>18,6</b>                                 | <b>(17,4-19,9)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 19,0  | (16,9-21,2)        |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 28,2  | (24,8-31,7)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 14,8  | (12,1-17,4)        |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 17,1  | (13,8-20,3)        |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>île-du-Prince-Edouard</b>                     | <b>10,0</b>                                 | <b>(8,2-11,9)</b>  |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>13,0</b>                                 | <b>(12,2-13,8)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 14,9  | (12,4-17,3)        |
| 1202            | Zone 2   | 12,2  | (9,7-14,8)         |
| 1203            | Zone 3   | 7,6   | (5,7-9,5)          |
| 1204            | Zone 4   | 20,4  | (17,3-23,5)        |
| 1205            | Zone 5   | 14,8  | (12,4-17,1)        |
| 1206            | Zone 6   | 11,9  | (10,7-13,1)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>16,8</b>                                 | <b>(15,8-17,8)</b> |
| 1301            | Région 1   | 14,2  | (12,2-16,1)        |
| 1302            | Région 2   | 12,6  | (10,8-14,4)        |
| 1303            | Région 3   | 22,2  | (20,0-24,4)        |
| 1306            | Région 6   | 11,5  | (8,8-14,2)         |
| <b>Qc</b>       |  | <b>15,9</b>                                 | <b>(15,6-16,2)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 22,2  | (19,9-24,4)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 18,4  | (16,7-20,0)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 21,7  | (20,4-22,9)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 20,3  | (19,0-21,7)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 18,1  | (16,5-19,7)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 12,3  | (11,7-12,8)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 16,8  | (15,3-18,3)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 14,5  | (12,6-16,4)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 14,8  | (12,3-17,3)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 15,1  | (12,2-18,0)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 18,5  | (17,1-19,9)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 20,0  | (18,5-21,5)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 11,4  | (10,2-12,5)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 17,9  | (16,7-19,1)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 15,2  | (14,5-15,9)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>16,7</b>                                 | <b>(16,5-16,9)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 17,3  | (16,5-18,0)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 16,0  | (14,8-17,1)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 14,5  | (13,6-15,4)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 18,4  | (17,9-18,9)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 16,3  | (15,6-17,1)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 17,9  | (17,3-18,6)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 17,0  | (16,1-17,9)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 12,3  | (11,3-13,2)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 15,4  | (14,2-16,7)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 10,4  | (9,0-11,8)         |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 14,9  | (13,9-15,8)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 22,7  | (21,5-23,8)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 9,7   | (8,5-11,0)         |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 20,8  | (18,6-22,9)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 10,9  | (9,7-12,0)         |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 13,2  | (11,7-14,6)        |
| <b>Man.</b>     |  | <b>9,9</b>                                  | <b>(9,3-10,4)</b>  |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 10,9  | (10,1-11,7)        |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 5,9   | (4,1-7,7)          |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 5,9   | (4,5-7,3)          |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>16,7</b>                                 | <b>(16,0-17,5)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 15,6  | (14,1-17,1)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 20,7  | (19,2-22,3)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 13,3  | (11,1-15,6)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>18,4</b>                                 | <b>(18,0-18,8)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 13,5  | (11,8-15,2)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 11,8  | (9,8-13,7)         |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 22,3  | (21,4-23,1)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 9,3   | (8,2-10,4)         |
| 4824            | East Central Health                              | 21,2  | (18,5-23,9)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 19,5  | (18,7-20,4)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 17,4  | (15,6-19,1)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 10,7  | (9,1-12,3)         |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>16,0</b>                                 | <b>(15,5-16,4)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 11,3  | (8,7-14,0)         |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 10,6  | (7,8-13,4)         |
| 5913            | Okanagan   | 11,2  | (9,8-12,6)         |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 11,6  | (9,9-13,3)         |
| 5921            | Fraser East                                      | 17,2  | (15,6-18,8)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 16,8  | (15,7-17,9)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 18,9  | (17,8-20,0)        |
| 5931            | Richmond   | 24,9  | (22,4-27,4)        |
| 5932            | Vancouver  | 21,2  | (19,9-22,4)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 16,2  | (14,4-17,9)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 10,5  | (9,2-11,9)         |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | 12,0  | (10,3-13,7)        |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 11,6  | (9,3-13,9)         |
| 5951            | Northwest  | 12,7  | (10,4-15,0)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 9,2   | (7,6-10,8)         |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>13,5</b>                                 | <b>(9,5-17,5)</b>  |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>9,6</b>                                  | <b>(7,1-12,1)</b>  |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>2,5</b>                                  | <b>(1,1-3,9)</b>   |
| <b>Canada</b>   |  | <b>16,2</b>                                 | <b>(16,0-16,3)</b> |

Remarques : Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.  
Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux d'accouchements assistés (forceps), selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001

| Code de carte   | Région   | Accouchements assistés par forceps (2000-2001) |                  |
|-----------------|--|--|------------------|
|                 |  | Taux par 100 accouchements vaginaux            | IC à 95 %        |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>8,8</b>                                     | <b>(7,8-9,7)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 8,7  | (7,2-10,3)       |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 11,7   | (9,3-14,2)       |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 9,4  | (7,2-11,6)       |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 8,1  | (5,8-10,5)       |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>Île-du-Prince-Édouard</b>                     | <b>6,1</b>                                     | <b>(4,7-7,6)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>7,4</b>                                     | <b>(6,8-8,1)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 9,8  | (7,8-11,9)       |
| 1202            | Zone 2   | 10,3   | (8,0-12,7)       |
| 1203            | Zone 3   | 4,4  | (2,9-5,8)        |
| 1204            | Zone 4   | 3,9  | (2,4-5,3)        |
| 1205            | Zone 5   | 3,8  | (2,5-5,0)        |
| 1206            | Zone 6   | 8,9  | (7,9-9,9)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>7,3</b>                                     | <b>(6,6-8,0)</b> |
| 1301            | Région 1   | 2,7  | (1,8-3,6)        |
| 1302            | Région 2   | 8,0  | (6,6-9,5)        |
| 1303            | Région 3   | 13,2   | (11,4-15,0)      |
| 1306            | Région 6   | 5,1  | (3,2-6,9)        |
| <b>Qc</b>       |  | <b>5,0</b>                                     | <b>(4,8-5,1)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 3,6  | (2,6-4,6)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 3,0  | (2,2-3,7)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 4,6  | (4,0-5,2)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 4,0  | (3,4-4,7)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 10,6   | (9,3-11,8)       |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 6,5  | (6,1-6,9)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 4,6  | (3,8-5,5)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 6,0  | (4,7-7,3)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 3,6  | (2,3-4,9)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 3,0  | (1,6-4,4)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 2,9  | (2,3-3,6)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 4,5  | (3,7-5,3)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 3,7  | (3,0-4,4)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 3,5  | (2,9-4,1)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 4,4  | (4,0-4,8)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>6,6</b>                                     | <b>(6,4-6,7)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 3,8  | (3,4-4,2)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 4,3  | (3,6-5,0)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 4,8  | (4,3-5,4)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 6,2  | (5,9-6,5)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 5,4  | (5,0-5,9)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 5,2  | (4,8-5,5)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 12,8   | (11,9-13,6)      |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 3,1  | (2,6-3,6)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 4,5  | (3,8-5,3)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 3,1  | (2,3-3,9)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 13,9   | (13,0-14,8)      |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 15,6   | (14,6-16,6)      |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 6,2  | (5,1-7,2)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 5,6  | (4,4-6,8)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 3,0  | (2,4-3,6)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 6,2  | (5,2-7,3)        |
| <b>Man.</b>     |  | <b>4,9</b>                                     | <b>(4,5-5,3)</b> |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 5,7  | (5,1-6,3)        |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 2,7  | (1,5-3,9)        |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 1,5  | (0,8-2,2)        |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>4,2</b>                                     | <b>(3,8-4,6)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 6,9  | (5,9-8,0)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 4,3  | (3,5-5,0)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 2,2  | (1,2-3,2)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>6,3</b>                                     | <b>(6,0-6,6)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 3,0  | (2,2-3,9)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 1,5  | (0,8-2,3)        |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 7,0  | (6,5-7,5)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 4,7  | (4,0-5,5)        |
| 4824            | East Central Health                              | 4,0  | (2,7-5,3)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 8,5  | (7,9-9,1)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 5,1  | (4,1-6,1)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 1,1  | (0,6-1,7)        |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>6,5</b>                                     | <b>(6,2-6,7)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 0,9  | (0,1-1,7)        |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 3,0  | (1,5-4,6)        |
| 5913            | Okanagan   | 4,8  | (3,9-5,8)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 4,0  | (3,0-5,1)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 8,5  | (7,3-9,7)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 7,0  | (6,3-7,8)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 5,7  | (5,0-6,3)        |
| 5931            | Richmond   | 8,1  | (6,5-9,7)        |
| 5932            | Vancouver  | 11,4   | (10,5-12,4)      |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 5,3  | (4,3-6,3)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 5,9  | (4,8-6,9)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | 6,5  | (5,3-7,8)        |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 3,7  | (2,3-5,0)        |
| 5951            | Northwest  | 0,9  | (0,2-1,5)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 3,4  | (2,4-4,4)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>*</b>                                       |                  |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>2,1</b>                                     | <b>(0,9-3,3)</b> |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>*</b>                                       |                  |
| <b>Canada</b>   |  | <b>6,1</b>                                     | <b>(6,0-6,1)</b> |

Remarques : \* On a exclu les données du Territoire du Yukon et du Nunavut en raison des valeurs peu élevées.  
 Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.  
 Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux d'accouchements assistés (extraction par ventouse obstétricale), selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001

| Code de carte   | Région   | Accouchements assistés par ventouse obstétricale (2000-2001) |                    |
|-----------------|--|--|--------------------|
|                 |  | Taux par 100 accouchements vaginaux                          | IC à 95 %          |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>10,0</b>  | <b>(9,1-11,0)</b>  |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 10,5   | (9,0-12,2)         |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 16,8   | (13,9-19,7)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 5,6  | (3,8-7,3)          |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 8,9  | (6,5-11,4)         |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>Île-du-Prince-Édouard</b>                     | <b>4,8</b>   | <b>(3,5-6,1)</b>   |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>5,7</b>   | <b>(5,1-6,2)</b>   |
| 1201            | Zone 1   | 5,3  | (3,8-6,8)          |
| 1202            | Zone 2   | 2,2  | (1,1-3,3)          |
| 1203            | Zone 3   | 3,4  | (2,1-4,6)          |
| 1204            | Zone 4   | 16,7   | (13,8-19,5)        |
| 1205            | Zone 5   | 11,1   | (9,0-13,2)         |
| 1206            | Zone 6   | 3,1  | (2,5-3,7)          |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>10,0</b>  | <b>(9,2-10,8)</b>  |
| 1301            | Région 1   | 11,9   | (10,1-13,7)        |
| 1302            | Région 2   | 4,7  | (3,5-5,8)          |
| 1303            | Région 3   | 9,4  | (7,9-11,0)         |
| 1306            | Région 6   | 7,5  | (5,3-9,8)          |
| <b>Qc</b>       |  | <b>11,5</b>  | <b>(11,2-11,8)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 21,0   | (18,8-23,2)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 16,5   | (14,9-18,2)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 17,5   | (16,3-18,6)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 17,2   | (16,0-18,5)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 7,6  | (6,6-8,7)          |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 6,1  | (5,7-6,4)          |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 13,0   | (11,6-14,3)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 8,9  | (7,3-10,4)         |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 12,3   | (10,0-14,7)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 12,1   | (9,4-14,8)         |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 15,8   | (14,5-17,1)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 16,5   | (15,1-17,9)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 8,2  | (7,2-9,2)          |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 15,4   | (14,3-16,5)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 11,1   | (10,5-11,8)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>10,5</b>  | <b>(10,4-10,7)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 14,4   | (13,7-15,2)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 12,1   | (11,1-13,2)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 9,9  | (9,1-10,7)         |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 12,6   | (12,2-13,1)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 11,4   | (10,7-12,0)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 13,4   | (12,8-14,0)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 4,8  | (4,3-5,3)          |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 9,5  | (8,6-10,3)         |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 11,5   | (10,4-12,7)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 7,6  | (6,4-8,8)          |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 1,0  | (0,8-1,3)          |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 7,3  | (6,6-8,0)          |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 3,8  | (2,9-4,6)          |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 15,4   | (13,6-17,3)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 8,3  | (7,2-9,3)          |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 7,2  | (6,1-8,3)          |
| <b>Man.</b>     |  | <b>5,6</b>   | <b>(5,1-6,0)</b>   |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 5,8  | (5,2-6,4)          |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 3,9  | (2,4-5,3)          |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 4,6  | (3,4-5,9)          |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>13,3</b>  | <b>(12,7-14,0)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 9,0  | (7,8-10,2)         |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 18,5   | (17,0-20,0)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 11,8   | (9,7-14,0)         |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>12,8</b>  | <b>(12,4-13,2)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 10,7   | (9,1-12,2)         |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 10,3   | (8,5-12,2)         |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 15,5   | (14,8-16,2)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 5,0  | (4,2-5,8)          |
| 4824            | East Central Health                              | 17,5   | (15,0-20,0)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 12,6   | (11,9-13,3)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 13,7   | (12,1-15,3)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 9,8  | (8,3-11,4)         |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>10,0</b>  | <b>(9,6-10,3)</b>  |
| 5911            | East Kootenay                                    | 10,4   | (7,9-13,0)         |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 8,7  | (6,1-11,3)         |
| 5913            | Okanagan   | 7,1  | (6,0-8,2)          |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 8,4  | (7,0-9,9)          |
| 5921            | Fraser East                                      | 9,9  | (8,6-11,2)         |
| 5922            | Fraser North                                     | 10,0   | (9,1-10,9)         |
| 5923            | Fraser South                                     | 13,4   | (12,5-14,4)        |
| 5931            | Richmond   | 17,1   | (14,9-19,3)        |
| 5932            | Vancouver  | 10,2   | (9,3-11,1)         |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 11,4   | (9,9-12,9)         |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 4,8  | (3,8-5,7)          |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | 6,4  | (5,1-7,6)          |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 8,5  | (6,5-10,5)         |
| 5951            | Northwest  | 12,0   | (9,7-14,2)         |
| 5952            | Northern Interior                                | 6,6  | (5,2-8,0)          |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>12,4</b>  | <b>(8,6-16,3)</b>  |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>7,7</b>   | <b>(5,4-10,0)</b>  |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>1,9</b>   | <b>(0,7-3,1)</b>   |
| <b>Canada</b>   |  | <b>10,6</b>  | <b>(10,5-10,8)</b> |

Remarque : Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS. Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux de césariennes, selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002

| Code de carte   | Région   | %           | Césariennes (2001-2002) | IC à 95 %          |
|-----------------|--|-------------|-------------------------|--------------------|
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>26,6</b> |                         | <b>(25,3-27,9)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 26,2        |                         | (24,2-28,3)        |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 31,5        |                         | (28,2-34,8)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 24,8        |                         | (21,8-27,9)        |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 26,6        |                         | (23,2-29,9)        |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>île-du-Prince-Édouard</b>                     | <b>27,9</b> |                         | <b>(25,5-30,3)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>25,3</b> |                         | <b>(24,4-26,2)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 25,3        |                         | (22,6-27,9)        |
| 1202            | Zone 2   | 20,8        |                         | (17,9-23,8)        |
| 1203            | Zone 3   | 24,9        |                         | (22,2-27,5)        |
| 1204            | Zone 4   | 28,1        |                         | (25,1-31,1)        |
| 1205            | Zone 5   | 24,1        |                         | (21,6-26,6)        |
| 1206            | Zone 6   | 26,1        |                         | (24,7-27,4)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>26,6</b> |                         | <b>(25,6-27,6)</b> |
| 1301            | Région 1   | 25,1        |                         | (23,1-27,2)        |
| 1302            | Région 2   | 25,1        |                         | (23,1-27,1)        |
| 1303            | Région 3   | 27,2        |                         | (25,1-29,3)        |
| 1306            | Région 6   | 29,8        |                         | (26,3-33,2)        |
| <b>Qc</b>       |  | <b>19,5</b> |                         | <b>(19,2-19,8)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 19,8        |                         | (17,8-21,7)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 16,8        |                         | (15,3-18,2)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 19,7        |                         | (18,6-20,7)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 19,5        |                         | (18,2-20,7)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 15,0        |                         | (13,7-16,3)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 21,0        |                         | (20,4-21,6)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 20,6        |                         | (19,1-22,0)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 17,2        |                         | (15,3-19,1)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 20,4        |                         | (17,9-22,9)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 22,5        |                         | (19,4-25,6)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 22,1        |                         | (20,7-23,4)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 20,3        |                         | (19,0-21,6)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 19,1        |                         | (17,8-20,4)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 16,9        |                         | (15,9-18,0)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 19,1        |                         | (18,4-19,7)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>22,9</b> |                         | <b>(22,7-23,1)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 22,5        |                         | (21,7-23,2)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 24,2        |                         | (23,0-25,4)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 25,8        |                         | (24,8-26,7)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 24,0        |                         | (23,5-24,5)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 23,0        |                         | (22,3-23,7)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 22,5        |                         | (21,9-23,1)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 21,7        |                         | (20,8-22,6)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 21,6        |                         | (20,5-22,7)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 22,8        |                         | (21,5-24,0)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 19,2        |                         | (17,6-20,8)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 18,9        |                         | (18,0-19,9)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 22,4        |                         | (21,4-23,4)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 20,1        |                         | (18,6-21,6)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 28,7        |                         | (26,7-30,7)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 24,0        |                         | (22,6-25,3)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 21,9        |                         | (20,3-23,4)        |
| <b>Man.</b>     |  | <b>18,2</b> |                         | <b>(17,6-18,9)</b> |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 18,3        |                         | (17,4-19,2)        |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 17,1        |                         | (14,6-19,6)        |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 20,2        |                         | (18,0-22,3)        |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>18,4</b> |                         | <b>(17,7-19,1)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 15,2        |                         | (13,9-16,6)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 20,2        |                         | (18,9-21,6)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 14,2        |                         | (12,1-16,4)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>22,5</b> |                         | <b>(22,1-23,0)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 20,9        |                         | (19,1-22,8)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 18,5        |                         | (16,3-20,7)        |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 23,6        |                         | (22,8-24,3)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 22,9        |                         | (21,5-24,2)        |
| 4824            | East Central Health                              | 27,6        |                         | (24,9-30,2)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 21,9        |                         | (21,1-22,7)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 20,8        |                         | (19,1-22,4)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 22,1        |                         | (20,3-24,0)        |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>27,1</b> |                         | <b>(26,7-27,6)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 18,9        |                         | (15,8-22,0)        |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 24,7        |                         | (21,2-28,3)        |
| 5913            | Okanagan   | 24,3        |                         | (22,7-26,0)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 30,4        |                         | (28,3-32,5)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 24,8        |                         | (23,2-26,4)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 27,5        |                         | (26,3-28,6)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 27,4        |                         | (26,4-28,5)        |
| 5931            | Richmond   | 30,5        |                         | (28,2-32,8)        |
| 5932            | Vancouver  | 27,4        |                         | (26,3-28,6)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 27,9        |                         | (26,0-29,8)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 29,4        |                         | (27,7-31,2)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | 27,2        |                         | (25,2-29,1)        |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 25,4        |                         | (22,7-28,1)        |
| 5951            | Northwest  | 25,8        |                         | (23,1-28,6)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 28,6        |                         | (26,4-30,9)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>25,9</b> |                         | <b>(21,2-30,7)</b> |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>23,3</b> |                         | <b>(20,0-26,6)</b> |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>9,2</b>  |                         | <b>(6,8-11,5)</b>  |
| <b>Canada</b>   |  | <b>22,5</b> |                         | <b>(22,3-22,6)</b> |

Remarques : On a exclu les mortalités du dénominateur.  
 1. Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés, des patients de l'ICIS.  
 Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux de césariennes primaires et répétées, selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002

| Code de carte   | Région   | Césariennes primaires (2001-2002)         |                    | Césariennes répétées (2001-2002)          |                    |
|-----------------|--|---|--------------------|---|--------------------|
|                 |  | Taux par<br>100 accouchements à l'hôpital | IC à 95 %          | Taux par<br>100 accouchements à l'hôpital | IC à 95 %          |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>19,4</b>                               | <b>(18,2-20,7)</b> | <b>87,5</b>                               | <b>(84,5-90,5)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 18,7                                      | (16,7-20,6)        | 85,6                                      | (80,8-90,5)        |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 23,7                                      | (20,5-26,9)        | 86,5                                      | (79,6-93,3)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 16,2                                      | (13,4-19,0)        | 93,0                                      | (87,6-98,4)        |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 20,9                                      | (17,7-24,1)        | 87,7                                      | (79,2-96,2)        |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>Île-du-Prince-Édouard</b>                     | <b>21,0</b>                               | <b>(18,7-23,4)</b> | <b>75,4</b>                               | <b>(68,9-82,0)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>18,9</b>                               | <b>(18,0-19,8)</b> | <b>76,0</b>                               | <b>(73,3-78,7)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 19,3                                      | (16,8-21,9)        | 77,1                                      | (69,1-85,2)        |
| 1202            | Zone 2   | 14,8                                      | (12,1-17,6)        | 75,0                                      | (65,0-85,0)        |
| 1203            | Zone 3   | 17,5                                      | (15,0-20,0)        | 77,6                                      | (70,3-84,9)        |
| 1204            | Zone 4   | 20,1                                      | (17,3-23,0)        | 90,3                                      | (84,3-96,3)        |
| 1205            | Zone 5   | 18,2                                      | (15,8-20,7)        | 67,9                                      | (60,0-75,9)        |
| 1206            | Zone 6   | 19,8                                      | (18,5-21,1)        | 74,7                                      | (70,7-78,7)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>19,4</b>                               | <b>(18,4-20,4)</b> | <b>85,7</b>                               | <b>(83,2-88,2)</b> |
| 1301            | Région 1   | 18,6                                      | (16,7-20,6)        | 87,7                                      | (82,6-92,7)        |
| 1302            | Région 2   | 18,9                                      | (16,9-20,8)        | 74,7                                      | (68,6-80,9)        |
| 1303            | Région 3   | 18,5                                      | (16,6-20,5)        | 90,0                                      | (85,9-94,1)        |
| 1306            | Région 6   | 25,5                                      | (22,1-29,0)        | 80,4                                      | (69,5-91,3)        |
| <b>Qc</b>       |  | <b>14,6</b>                               | <b>(14,3-14,9)</b> | <b>69,4</b>                               | <b>(68,2-70,5)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 15,5                                      | (13,7-17,4)        | 73,1                                      | (65,1-81,1)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 12,0                                      | (10,7-13,3)        | 63,0                                      | (56,8-69,2)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 14,8                                      | (13,8-15,8)        | 70,8                                      | (66,7-74,9)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 14,3                                      | (13,2-15,4)        | 80,2                                      | (75,8-84,6)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 12,5                                      | (11,2-13,8)        | 52,3                                      | (44,9-59,8)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 15,4                                      | (14,9-16,0)        | 70,7                                      | (68,7-72,8)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 15,8                                      | (14,5-17,2)        | 72,6                                      | (67,2-78,0)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 14,5                                      | (12,6-16,3)        | 50,0                                      | (41,0-59,0)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 15,8                                      | (13,5-18,2)        | 72,5                                      | (62,7-82,3)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 17,3                                      | (14,3-20,3)        | 70,1                                      | (59,2-81,1)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 16,6                                      | (15,3-17,8)        | 73,6                                      | (69,1-78,2)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 14,1                                      | (12,9-15,4)        | 78,2                                      | (73,8-82,6)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 14,9                                      | (13,7-16,2)        | 60,7                                      | (55,4-66,0)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 12,7                                      | (11,7-13,7)        | 69,3                                      | (64,6-74,0)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 14,1                                      | (13,5-14,7)        | 67,4                                      | (64,8-70,1)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>16,5</b>                               | <b>(16,3-16,7)</b> | <b>75,1</b>                               | <b>(74,4-75,8)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 16,6                                      | (15,9-17,4)        | 73,8                                      | (71,3-76,3)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 17,5                                      | (16,4-18,7)        | 79,0                                      | (75,5-82,5)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 18,2                                      | (17,4-19,1)        | 77,6                                      | (75,1-80,1)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 17,8                                      | (17,4-18,3)        | 76,6                                      | (75,2-78,1)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 15,8                                      | (15,1-16,4)        | 79,4                                      | (77,3-81,4)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 15,6                                      | (15,1-16,2)        | 77,3                                      | (75,5-79,1)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 15,8                                      | (14,9-16,6)        | 70,6                                      | (67,6-73,6)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 15,3                                      | (14,3-16,3)        | 71,4                                      | (67,8-75,0)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 15,8                                      | (14,6-17,0)        | 80,0                                      | (76,3-83,8)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 13,5                                      | (12,1-14,9)        | 67,5                                      | (61,7-73,2)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 14,2                                      | (13,3-15,1)        | 61,9                                      | (58,2-65,6)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 17,0                                      | (16,1-17,9)        | 66,9                                      | (63,5-70,3)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 15,4                                      | (14,0-16,9)        | 70,4                                      | (64,5-76,3)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 19,5                                      | (17,6-21,4)        | 84,9                                      | (80,7-89,2)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 17,2                                      | (15,9-18,5)        | 85,3                                      | (81,7-88,9)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 15,3                                      | (13,9-16,8)        | 65,6                                      | (60,7-70,6)        |
| <b>Man.</b>     |  | <b>12,4</b>                               | <b>(11,8-13,0)</b> | <b>67,7</b>                               | <b>(65,3-70,1)</b> |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 12,7                                      | (11,9-13,6)        | 67,3                                      | (63,9-70,7)        |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 11,4                                      | (9,2-13,6)         | 66,7                                      | (56,9-76,4)        |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 13,1                                      | (11,1-15,0)        | 69,5                                      | (62,5-76,6)        |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>13,1</b>                               | <b>(12,4-13,7)</b> | <b>64,2</b>                               | <b>(61,6-66,9)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 10,2                                      | (9,0-11,4)         | 66,4                                      | (60,4-72,4)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 15,7                                      | (14,4-17,0)        | 59,8                                      | (54,6-65,0)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 11,4                                      | (9,3-13,5)         | 42,4                                      | (32,3-52,5)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>16,6</b>                               | <b>(16,2-17,0)</b> | <b>69,8</b>                               | <b>(68,4-71,2)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 14,5                                      | (12,8-16,2)        | 67,9                                      | (61,7-74,0)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 12,5                                      | (10,5-14,5)        | 70,5                                      | (62,4-78,6)        |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 18,0                                      | (17,3-18,7)        | 68,4                                      | (66,0-70,8)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 16,5                                      | (15,2-17,8)        | 72,8                                      | (68,5-77,2)        |
| 4824            | East Central Health                              | 19,4                                      | (16,9-21,9)        | 78,4                                      | (71,9-84,9)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 16,2                                      | (15,5-17,0)        | 68,0                                      | (65,4-70,7)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 15,1                                      | (13,6-16,6)        | 67,7                                      | (61,9-73,5)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 14,8                                      | (13,2-16,5)        | 82,6                                      | (77,4-87,8)        |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>20,8</b>                               | <b>(20,4-21,3)</b> | <b>76,1</b>                               | <b>(74,8-77,3)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 13,2                                      | (10,4-16,0)        | 68,8                                      | (57,4-80,1)        |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 17,0                                      | (13,7-20,3)        | 80,9                                      | (71,5-90,2)        |
| 5913            | Okanagan   | 17,7                                      | (16,1-19,3)        | 72,5                                      | (67,5-77,5)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 22,1                                      | (20,1-24,2)        | 77,5                                      | (72,5-82,5)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 18,2                                      | (16,7-19,7)        | 72,6                                      | (67,8-77,3)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 21,3                                      | (20,2-22,5)        | 79,8                                      | (76,5-83,0)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 21,1                                      | (20,0-22,1)        | 75,0                                      | (72,0-78,0)        |
| 5931            | Richmond   | 24,6                                      | (22,3-26,9)        | 72,6                                      | (66,3-79,0)        |
| 5932            | Vancouver  | 22,2                                      | (21,0-23,3)        | 75,0                                      | (71,4-78,6)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 21,1                                      | (19,2-22,9)        | 83,7                                      | (79,0-88,4)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 23,1                                      | (21,3-24,8)        | 74,1                                      | (69,3-78,8)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | *   |                    |   |                    |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 18,4                                      | (15,8-20,9)        | 78,3                                      | (70,7-85,8)        |
| 5951            | Northwest  | 20,0                                      | (17,3-22,6)        | 76,2                                      | (68,0-84,3)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 22,3                                      | (20,2-24,5)        | 80,3                                      | (74,4-86,3)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>21,9</b>                               | <b>(17,2-26,6)</b> | <b>66,7</b>                               | <b>(48,9-84,4)</b> |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>16,4</b>                               | <b>(13,4-19,5)</b> | <b>80,3</b>                               | <b>(70,7-89,9)</b> |
| <b>tNun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>7,6</b>                                | <b>(5,4-9,9)</b>   | <b>39,3</b>                               | <b>(21,2-57,4)</b> |
| <b>Canada</b>   |  | <b>16,5</b>                               | <b>(16,3-16,6)</b> | <b>73,2</b>                               | <b>(72,8-73,7)</b> |

Remarques : \* On a exclu la région de Central Vancouver Island (Vancouver) de l'analyse parce qu'elle n'a pas soumis toutes ses données sur les césariennes utérines.  
 Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.  
 Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux de césariennes primaires, selon le groupe d'âge (moins de 35 ans, 35 ans ou plus) et la région sanitaire, Canada, 2001-2002

| Code de carte   | Région   | Césariennes primaires (2001-2002) : femmes de moins de 35 ans |                    | Césariennes primaires (2001-2002) : femmes de 35 ans ou plus |                    |
|-----------------|--|---|--------------------|--|--------------------|
|                 |  | Taux par 100 accouchements                                    | 95% CI             | Taux par 100 accouchements                                   | 95% CI             |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>18,9</b>   | <b>(17,6-20,1)</b> | <b>24,3</b>  | <b>(20,2-28,4)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 18,1  | (16,0-20,1)        | 22,3   | (16,9-27,7)        |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 22,1  | (18,8-25,3)        | 39,7   | (27,6-51,8)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 16,7  | (13,7-19,6)        | 11,7   | (3,5-19,8)         |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 20,4  | (17,1-23,7)        | 26,7   | (13,7-39,6)        |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>Île-du-Prince-Édouard</b>                     | <b>20,1</b>   | <b>(17,6-22,6)</b> | <b>28,5</b>  | <b>(20,5-36,4)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>18,3</b>   | <b>(17,4-19,3)</b> | <b>22,7</b>  | <b>(20,1-25,4)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 18,5  | (15,8-21,1)        | 27,9   | (18,4-37,4)        |
| 1202            | Zone 2   | 14,3  | (11,5-17,2)        | 18,8   | (9,6-28,1)         |
| 1203            | Zone 3   | 17,1  | (14,5-19,7)        | 20,9   | (12,5-29,2)        |
| 1204            | Zone 4   | 19,9  | (16,9-22,9)        | 22,4   | (13,0-31,7)        |
| 1205            | Zone 5   | 16,9  | (14,4-19,4)        | 27,4   | (19,6-35,3)        |
| 1206            | Zone 6   | 19,6  | (18,1-21,0)        | 21,4   | (17,9-24,9)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>19,3</b>   | <b>(18,3-20,3)</b> | <b>20,6</b>  | <b>(17,4-23,8)</b> |
| 1301            | Région 1   | 19,0  | (16,9-21,1)        | 15,6   | (10,2-21,0)        |
| 1302            | Région 2   | 18,7  | (16,6-20,7)        | 20,5   | (14,2-26,8)        |
| 1303            | Région 3   | 18,5  | (16,5-20,6)        | 18,6   | (12,5-24,7)        |
| 1306            | Région 6   | 24,5  | (21,0-28,1)        | 37,5   | (23,8-51,2)        |
| <b>Qc</b>       |  | <b>14,2</b>   | <b>(13,9-14,5)</b> | <b>17,4</b>  | <b>(16,6-18,2)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 15,1  | (13,2-17,0)        | 19,8   | (13,0-26,7)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 11,8  | (10,4-13,2)        | 14,9   | (9,5-20,3)         |
| 2403            | Région de Québec                                 | 14,6  | (13,6-15,7)        | 16,1   | (13,3-19,0)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 14,1  | (12,9-15,2)        | 16,9   | (12,8-20,9)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 12,0  | (10,7-13,3)        | 18,1   | (13,0-23,2)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 14,7  | (14,1-15,3)        | 18,8   | (17,4-20,2)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 15,6  | (14,2-17,0)        | 17,2   | (13,4-21,0)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 14,0  | (12,2-15,9)        | 20,4   | (12,4-28,4)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 15,9  | (13,4-18,4)        | 15,3   | (7,6-22,9)         |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 17,3  | (14,1-20,4)        | 17,6   | (8,9-26,2)         |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 16,3  | (15,3-17,9)        | 16,4   | (12,2-20,5)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 13,5  | (12,2-14,8)        | 17,8   | (14,4-21,1)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 14,5  | (13,3-15,8)        | 18,3   | (14,2-22,5)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 12,5  | (11,5-13,5)        | 14,0   | (10,9-17,1)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 13,9  | (13,2-14,5)        | 15,8   | (13,9-17,7)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>15,7</b>   | <b>(15,5-16,0)</b> | <b>20,3</b>  | <b>(19,7-20,8)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 15,6  | (14,9-16,4)        | 20,9   | (19,1-22,7)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 17,1  | (15,8-18,3)        | 20,6   | (17,2-24,0)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 17,6  | (16,7-18,6)        | 21,5   | (19,1-23,8)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 16,4  | (16,0-16,9)        | 22,7   | (21,7-23,8)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 15,5  | (14,8-16,3)        | 16,7   | (15,2-18,2)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 15,0  | (14,4-15,6)        | 18,5   | (17,1-19,8)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 15,5  | (14,6-16,4)        | 17,7   | (15,3-20,1)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 14,6  | (13,5-15,7)        | 18,9   | (16,1-21,7)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 15,4  | (14,1-16,7)        | 17,8   | (14,6-21,0)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 13,2  | (11,7-14,7)        | 16,0   | (11,5-20,4)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 13,6  | (12,7-14,6)        | 17,6   | (15,0-20,2)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 16,2  | (15,2-17,2)        | 23,5   | (20,3-26,6)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 14,9  | (13,4-16,4)        | 19,9   | (15,2-24,6)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 17,9  | (16,0-19,9)        | 31,0   | (24,5-37,4)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 16,5  | (15,2-17,8)        | 23,9   | (19,2-28,7)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 15,0  | (13,5-16,5)        | 18,1   | (13,4-22,8)        |
| <b>Man.</b>     |  | <b>11,7</b>   | <b>(11,1-12,3)</b> | <b>18,0</b>  | <b>(16,0-20,0)</b> |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 11,6  | (10,8-12,4)        | 19,7   | (17,1-22,3)        |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 10,5  | (8,2-12,8)         | 18,3   | (10,4-26,1)        |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 13,1  | (11,1-15,2)        | 12,8   | (6,6-19,1)         |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>12,6</b>   | <b>(11,9-13,2)</b> | <b>17,9</b>  | <b>(15,5-20,2)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 9,6   | (8,4-10,8)         | 15,2   | (11,1-19,4)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 15,2  | (13,8-16,5)        | 20,0   | (15,7-24,3)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 11,3  | (9,2-13,5)         | 12,5   | (4,4-20,6)         |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>15,9</b>   | <b>(15,5-16,3)</b> | <b>21,4</b>  | <b>(20,2-22,7)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 13,7  | (11,9-15,5)        | 21,6   | (15,3-27,9)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 12,5  | (10,5-14,6)        | 12,2   | (5,5-19,0)         |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 17,0  | (16,3-17,8)        | 23,0   | (21,1-24,9)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 16,0  | (14,7-17,4)        | 21,3   | (16,6-26,1)        |
| 4824            | East Central Health                              | 19,6  | (16,9-22,3)        | 17,8   | (10,5-25,0)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 15,4  | (14,6-16,2)        | 21,5   | (19,3-23,7)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 15,0  | (13,4-16,6)        | 16,2   | (10,8-21,6)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 14,3  | (12,6-16,1)        | 20,9   | (13,9-28,0)        |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>19,8</b>   | <b>(19,3-20,2)</b> | <b>25,5</b>  | <b>(24,4-26,6)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 12,6  | (9,6-15,5)         | 17,6   | (8,9-26,2)         |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 16,5  | (13,0-20,0)        | 20,0   | (10,9-29,1)        |
| 5913            | Okanagan   | 16,8  | (15,1-18,5)        | 23,2   | (18,6-27,7)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 21,5  | (19,3-23,6)        | 26,9   | (20,7-33,1)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 17,9  | (16,3-19,5)        | 21,0   | (16,3-25,7)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 20,0  | (18,8-21,3)        | 26,0   | (23,4-28,7)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 20,3  | (19,2-21,4)        | 25,3   | (22,6-28,0)        |
| 5931            | Richmond   | 22,9  | (20,3-25,5)        | 29,7   | (24,9-34,6)        |
| 5932            | Vancouver  | 20,7  | (19,4-22,0)        | 26,3   | (24,0-28,7)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 19,8  | (17,7-21,9)        | 24,2   | (20,7-27,8)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 21,7  | (19,8-23,6)        | 28,8   | (24,5-33,0)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | *   |                    |  |                    |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 17,1  | (14,4-19,8)        | 26,0   | (18,3-33,8)        |
| 5951            | Northwest  | 19,9  | (17,1-22,6)        | 20,6   | (12,7-28,4)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 22,0  | (19,7-24,2)        | 25,9   | (18,7-33,1)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>17,7</b>   | <b>(12,9-22,4)</b> | <b>43,8</b>  | <b>(29,7-57,8)</b> |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>15,5</b>   | <b>(12,3-18,7)</b> | <b>22,9</b>  | <b>(13,0-32,7)</b> |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>7,6</b>  | <b>(5,3-9,9)</b>   | <b>**</b>  |                    |
| <b>Canada</b>   |  | <b>15,7</b>   | <b>(15,6-15,9)</b> | <b>20,6</b>  | <b>(20,2-21,0)</b> |

Remarques : \* On a exclu la région de Central Vancouver Island (Vancouver) de l'analyse parce qu'elle n'a pas soumis toutes ses données sur les césariennes.

\*\* On a supprimé les données sur les femmes de plus de 35 ans en raison des chiffres peu élevés. Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la base de données sur les congés des patients de l'ICIS. Les données sur les femmes âgées de plus de 35 ans ont été exclues en raison de leur nombre restreint.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Taux d'accouchements vaginaux après césarienne (AVAC), selon la région sanitaire, Canada, 2001-2002

| Code de carte   | Région   | Taux d'accouchements vaginaux après césarienne (2001-2002) |                    |
|-----------------|--|--|--------------------|
|                 |  | %  | IC à 95 %          |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>12,5</b>  | <b>(9,5-15,5)</b>  |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 14,4   | (9,5-19,2)         |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 13,5   | (6,7-20,4)         |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 7,0  | (1,6-12,4)         |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 12,3   | (3,8-20,8)         |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>île-du-Prince-Edouard</b>                     | <b>24,6</b>  | <b>(18,0-31,1)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>24,0</b>  | <b>(21,3-26,7)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 22,9   | (14,8-30,9)        |
| 1202            | Zone 2   | 25,0   | (15,0-35,0)        |
| 1203            | Zone 3   | 22,4   | (15,1-29,7)        |
| 1204            | Zone 4   | 9,7  | (3,7-15,7)         |
| 1205            | Zone 5   | 32,1   | (24,1-40,1)        |
| 1206            | Zone 6   | 25,3   | (21,3-29,3)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>14,3</b>  | <b>(11,8-16,8)</b> |
| 1301            | Région 1   | 12,3   | (7,3-17,4)         |
| 1302            | Région 2   | 25,3   | (19,1-31,4)        |
| 1303            | Région 3   | 10,0   | (5,9-14,1)         |
| 1306            | Région 6   | 19,6   | (8,7-30,5)         |
| <b>Qc</b>       |  | <b>30,6</b>  | <b>(29,5-31,8)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 26,9   | (18,9-34,9)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 37,0   | (30,8-43,2)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 29,2   | (25,1-33,3)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 19,8   | (15,4-24,2)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 47,7   | (40,2-55,1)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 29,3   | (27,2-31,3)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 27,4   | (22,0-32,8)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 50,0   | (41,0-59,0)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 27,5   | (17,7-37,3)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 29,9   | (18,9-40,8)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 26,4   | (21,8-30,9)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 21,8   | (17,4-26,2)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 39,3   | (34,0-44,6)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 30,7   | (26,0-35,4)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 32,6   | (29,9-35,2)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>24,9</b>  | <b>(24,2-25,6)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 26,2   | (23,7-28,7)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 21,0   | (17,5-24,5)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 22,4   | (19,9-24,9)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 23,4   | (21,9-24,8)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 20,6   | (18,6-22,7)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 22,7   | (20,9-24,5)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 29,4   | (26,4-32,4)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 28,6   | (25,0-32,2)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 20,0   | (16,2-23,7)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 32,5   | (26,8-38,3)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 38,1   | (34,4-41,8)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 33,1   | (29,7-36,5)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 29,6   | (23,7-35,5)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 15,1   | (10,8-19,3)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 14,7   | (11,1-18,3)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 34,4   | (29,4-39,3)        |
| <b>Man.</b>     |  | <b>32,3</b>  | <b>(29,9-34,7)</b> |
| 4610            | Winnipeg Regional Health Authority               | 32,7   | (29,3-36,1)        |
| 4630            | Interlake Regional Health Authority              | 33,3   | (23,6-43,1)        |
| 4640            | Central Regional Health Authority                | 30,5   | (23,4-37,5)        |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>35,8</b>  | <b>(33,1-38,4)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 33,6   | (27,6-39,6)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 40,2   | (35,0-45,4)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 57,6   | (47,5-67,7)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>30,2</b>  | <b>(28,8-31,6)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 32,1   | (26,0-38,3)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 29,5   | (21,4-37,6)        |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 31,6   | (29,2-34,0)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 27,2   | (22,8-31,5)        |
| 4824            | East Central Health                              | 21,6   | (15,1-28,1)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 32,0   | (29,3-34,6)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 32,3   | (26,5-38,1)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 17,4   | (12,2-22,6)        |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>23,6</b>  | <b>(22,3-24,8)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 31,3   | (19,9-42,6)        |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 19,1   | (9,8-28,5)         |
| 5913            | Okanagan   | 27,5   | (22,4-32,5)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 22,5   | (17,5-27,5)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 27,4   | (22,7-32,2)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 20,2   | (17,0-23,5)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 25,0   | (22,0-28,0)        |
| 5931            | Richmond   | 27,4   | (21,0-33,7)        |
| 5932            | Vancouver  | 25,0   | (21,4-28,6)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 16,3   | (11,6-21,0)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 25,9   | (21,2-30,7)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | *  |                    |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 21,7   | (14,2-29,3)        |
| 5951            | Northwest  | 23,8   | (15,7-32,0)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 19,7   | (13,7-25,6)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>33,3</b>  | <b>(15,6-51,1)</b> |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>19,7</b>  | <b>(10,1-29,3)</b> |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>60,7</b>  | <b>(42,6-78,8)</b> |
| <b>Canada</b>   |  | <b>26,7</b>  | <b>(26,2-27,2)</b> |

Remarques : \*On a exclu la région de Central Vancouver Island (Vancouver) de l'analyse parce qu'elle n'a pas soumis toutes ses données sur les cicatrices utérines.

†Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## Admissions à l'hôpital après la naissance, selon la région sanitaire, Canada, 2000-2001

| Code de carte   | Région   | Admissions à l'hôpital après la naissance (2000-2001) |                  |
|-----------------|--|---|------------------|
|                 |  | Taux par 100 naissances vivantes                      | IC à 95 %        |
| <b>T.-N.-L.</b> |  | <b>3,0</b>  | <b>(2,5-3,5)</b> |
| 1001            | Health and Community Services St. John's Region  | 2,6   | (1,9-3,4)        |
| 1002            | Health and Community Services Eastern Region     | 3,1   | (2,0-4,2)        |
| 1003            | Health and Community Services Central Region     | 3,0   | (1,9-4,2)        |
| 1004            | Health and Community Services Western Region     | 3,6   | (2,1-5,0)        |
| <b>Î.-P.-É.</b> | <b>Île-du-Prince-Édouard</b>                     | <b>2,8</b>  | <b>(1,9-3,7)</b> |
| <b>N.-É.</b>    |  | <b>2,5</b>  | <b>(2,1-2,8)</b> |
| 1201            | Zone 1   | 3,8   | (2,7-5,0)        |
| 1202            | Zone 2   | 2,6   | (1,5-3,7)        |
| 1203            | Zone 3   | 1,9   | (1,1-2,7)        |
| 1204            | Zone 4   | 2,0   | (1,1-2,9)        |
| 1205            | Zone 5   | 2,2   | (1,3-3,0)        |
| 1206            | Zone 6   | 2,4   | (1,9-2,9)        |
| <b>N.-B.</b>    |  | <b>3,9</b>  | <b>(3,4-4,3)</b> |
| 1301            | Région 1   | 4,6   | (3,6-5,6)        |
| 1302            | Région 2   | 2,6   | (1,9-3,4)        |
| 1303            | Région 3   | 3,2   | (2,4-4,0)        |
| 1306            | Région 6   | 5,2   | (3,6-6,8)        |
| <b>Qc</b>       |  | <b>3,1</b>  | <b>(3,0-3,2)</b> |
| 2401            | Région du Bas-Saint-Laurent                      | 4,3   | (3,3-5,3)        |
| 2402            | Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean                | 5,8   | (4,9-6,7)        |
| 2403            | Région de Québec                                 | 1,4   | (1,1-1,7)        |
| 2404            | Région de la Mauricie et Centre-du-Québec        | 4,5   | (3,8-5,1)        |
| 2405            | Région de l'Estrie                               | 5,2   | (4,3-6,0)        |
| 2406            | Région de Montréal-Centre                        | 2,1   | (1,9-2,3)        |
| 2407            | Région de l'Outaouais                            | 2,2   | (1,7-2,8)        |
| 2408            | Région de l'Abitibi-Témiscamingue                | 4,4   | (3,4-5,5)        |
| 2409            | Région de la Côte-Nord                           | 5,1   | (3,8-6,5)        |
| 2411            | Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine       | 3,7   | (2,3-5,2)        |
| 2412            | Région de la Chaudière-Appalaches                | 3,6   | (3,0-4,2)        |
| 2413            | Région de Laval                                  | 3,1   | (2,5-3,7)        |
| 2414            | Région de Lanaudière                             | 4,1   | (3,4-4,7)        |
| 2415            | Région des Laurentides                           | 3,9   | (3,4-4,5)        |
| 2416            | Région de la Montérégie                          | 2,8   | (2,5-3,1)        |
| <b>Ont.</b>     |  | <b>3,2</b>  | <b>(3,1-3,3)</b> |
| 3501            | Champlain DHC                                    | 2,2   | (1,9-2,5)        |
| 3502            | Southeastern Ontario DHC                         | 3,4   | (2,9-4,0)        |
| 3503            | Durham, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge DHC   | 3,3   | (2,9-3,6)        |
| 3504            | Toronto DHC                                      | 3,1   | (2,9-3,3)        |
| 3505            | Simcoe York DHC                                  | 3,3   | (3,0-3,6)        |
| 3506            | Halton-Peel DHC                                  | 4,0   | (3,7-4,3)        |
| 3507            | Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC          | 2,9   | (2,5-3,3)        |
| 3508            | Hamilton DHC                                     | 2,6   | (2,2-3,1)        |
| 3509            | Niagara DHC                                      | 4,0   | (3,4-4,6)        |
| 3510            | Grand River DHC                                  | 3,6   | (2,8-4,3)        |
| 3511            | Thames Valley DHC                                | 2,1   | (1,8-2,5)        |
| 3512            | Essex Kent and Lambton DHC                       | 4,1   | (3,6-4,6)        |
| 3513            | Grey Bruce Huron Perth DHC                       | 3,5   | (2,8-4,3)        |
| 3514            | Northern Shores DHC                              | 2,8   | (2,1-3,5)        |
| 3515            | Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury DHC      | 2,8   | (2,2-3,3)        |
| 3516            | Northwestern Ontario DHC                         | 5,4   | (4,6-6,3)        |
| <b>Sask.</b>    |  | <b>4,9</b>  | <b>(4,5-5,3)</b> |
| 4704            | Regina Qu'Appelle Regional Health Authority      | 5,3   | (4,5-6,2)        |
| 4706            | Saskatoon Regional Health Authority              | 2,4   | (1,9-2,9)        |
| 4709            | Prince Albert Parkland Regional Health Authority | 4,2   | (3,0-5,5)        |
| <b>Alb.</b>     |  | <b>5,0</b>  | <b>(4,7-5,2)</b> |
| 4820            | Chinook Regional Health Authority                | 4,2   | (3,3-5,1)        |
| 4821            | Palliser Health Region                           | 4,0   | (2,9-5,1)        |
| 4822            | Calgary Health Region                            | 4,9   | (4,5-5,2)        |
| 4823            | David Thompson Regional Health Authority         | 5,3   | (4,6-6,0)        |
| 4824            | East Central Health                              | 6,1   | (4,7-7,5)        |
| 4825            | Capital Health                                   | 4,5   | (4,1-4,9)        |
| 4826            | Aspen Regional Health Authority                  | 5,9   | (4,9-6,8)        |
| 4827            | Peace Country Health                             | 5,7   | (4,6-6,8)        |
| <b>C.-B.</b>    |  | <b>3,5</b>  | <b>(3,3-3,7)</b> |
| 5911            | East Kootenay                                    | 8,4   | (6,4-10,5)       |
| 5912            | Kootenay/Boundary                                | 5,6   | (3,8-7,5)        |
| 5913            | Okanagan   | 5,1   | (4,2-5,9)        |
| 5914            | Thompson/Cariboo                                 | 3,4   | (2,6-4,2)        |
| 5921            | Fraser East                                      | 3,2   | (2,5-3,8)        |
| 5922            | Fraser North                                     | 3,5   | (3,0-4,0)        |
| 5923            | Fraser South                                     | 2,7   | (2,3-3,1)        |
| 5931            | Richmond   | 3,0   | (2,1-3,8)        |
| 5932            | Vancouver  | 3,5   | (3,0-3,9)        |
| 5933            | North Shore/Coast Garibaldi                      | 3,4   | (2,6-4,1)        |
| 5941            | South Vancouver Island                           | 2,4   | (1,8-3,0)        |
| 5942            | Central Vancouver Island                         | 4,7   | (3,8-5,7)        |
| 5943            | North Vancouver Island                           | 3,5   | (2,3-4,6)        |
| 5951            | Northwest  | 4,8   | (3,5-6,1)        |
| 5952            | Northern Interior                                | 3,1   | (2,2-3,9)        |
| <b>Yn</b>       | <b>Territoire du Yukon</b>                       | <b>5,0</b>  | <b>(2,8-7,3)</b> |
| <b>T.N.-O.</b>  | <b>Territoires du Nord-Ouest</b>                 | <b>6,4</b>  | <b>(4,5-8,3)</b> |
| <b>†Nun.</b>    | <b>Nunavut</b>                                   | <b>7,2</b>  | <b>(5,2-9,3)</b> |
| <b>Canada</b>   |  | <b>3,5</b>  | <b>(3,5-3,6)</b> |

Remarques : Ne comprend que les secteurs de compétence qui soumettent toutes leurs données à la base de données. Pour cette raison, les données du Manitoba sont exclues de l'analyse.

†Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.

Sources : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Banque de données sur les hospitalisations du système Med-Echo, Ministère de la Santé et des Services sociaux.



## Annexe B

### Notes techniques sur les indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant

- 1 Remarques générales
- 2 Taux d'anesthésie épidurale — accouchements vaginaux
- 3 Taux d'anesthésie épidurale — tous les accouchements
- 4 Accouchements assistés (tous)
- 5 Accouchements assistés (forceps)
- 6 Accouchements assistés (extraction par ventouse obstétricale)
- 7 Taux de césariennes primaires
- 8 Admissions à l'hôpital après la naissance



## Remarques générales

La méthodologie ayant servi pour ces indicateurs a été conçue pour optimiser la comparabilité des données entre les régions, les provinces et les territoires. Par conséquent et étant donné que les indicateurs sont fondés sur les dernières mises à jour disponibles au moment de la parution du rapport, des écarts peuvent survenir entre les définitions et les sources de données qui figurent dans le présent rapport et celles utilisées dans d'autres ouvrages.

Les gouvernements provinciaux définissent les régions sanitaires comme des secteurs de responsabilité à l'intention des conseils régionaux de santé (c.-à-d. constitués par une loi) ou comme des régions présentant un intérêt pour les autorités sanitaires. En vue de fournir des estimations stables des taux et de réduire les suppressions entraînées par des questions de confidentialité, seules les données des régions comptant au moins 75 000 habitants sont présentées. Les frontières sont celles qui étaient en vigueur au mois de juin 2003.

Les données sont présentées en fonction de la région de résidence des patients, qui peut être différente de la région de l'hospitalisation.

Les hospitalisations englobent les sorties et les décès des patients dans les hôpitaux de soins de courte durée pendant la période de référence. Les cas de chirurgies effectuées le même jour (patients externes) et les patients admis à un hôpital autre que de soins de courte durée (p. ex. établissements de soins chroniques, psychiatriques ou de réadaptation) sont en général exclus des totaux.

Les systèmes de codification des diagnostics et des interventions, soit la CIM-10-CA et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI), sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2001. Ils ont été adoptés par Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, certaines parties de la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le territoire du Yukon. L'Ontario, le reste de la Saskatchewan, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et celui du Nunavut ont mis en œuvre la CIM-10/CCI le 1<sup>er</sup> avril 2002. La plupart des indicateurs s'appuient sur les données au 31 mars 2002.

On a extrait les cas des indicateurs codifiés à l'origine au moyen de la CIM-10 ou de la CCI à partir de codes pertinents et non de conversions de la CIM-9 ou de la CCA.

- Le taux de naissances au Nunavut peut être différent de celui qui figure dans les publications du territoire en raison d'une saisie incomplète des données sur les naissances au Nunavut dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.
- Les méthodes utilisées pour déterminer les indicateurs (naissances assistées, césariennes primaires et admission à l'hôpital après la naissance) se rapprochent le plus possible à celles utilisées par Santé Canada pour le *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*.



## Taux d'anesthésie épidurale des accouchements vaginaux

### Définition

Nombre d'accouchements vaginaux survenus dans un hôpital de soins de courte durée pour lesquels on a utilisé l'anesthésie épidurale, exprimé en proportion de tous les accouchements vaginaux.

### Méthode de calcul

(Nombre d'accouchements vaginaux pour lesquels on a utilisé l'anesthésie épidurale/nombre d'accouchements vaginaux) \* 100

Dénominateur : nombre d'accouchements vaginaux

**On a identifié un accouchement à l'aide des codes de diagnostic suivants :**

- |          |  |
|----------|--|
| CIM-9    | Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.   |
| CIM-9-MC | Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.   |
| CIM-10   | Le code de diagnostic O1, O2, O4, O6, O7, O8, O9, de O30 à O35, O37, O36.0, O36.1, O36.2, O36.3, O36.5, O36.6, O36.7, O36.8 ou O36.9, avec le sixième caractère « 1 ou 2 », sans égard à l'emplacement; Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5 ou Z37.6 en première place. |

Dénominateur : exclusions

**1. Accouchements pour lesquels on a inscrit une intervention d'avortement :**

- |          |  |
|----------|--|
| CCA      | Le code d'intervention 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.   |
| CIM-9-MC | Le code d'intervention 74.3, 74.91, 75.0, 69.51 ou 69.01.  |
| CCI      | Le code d'intervention 5.CA.93.EM, 5.CA.93.EQ, 5.MD.60.KF, 5.MD.60.RE, 5.MD.60.RE, 5.CA.88 ou 5.CA.89. |

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital et abandon en cours d'intervention ont été exclus.

**2. Accouchements par césarienne :**

- |          |   |
|----------|---|
| CCA      | L'un des codes d'intervention de 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9. |
| CIM-9-MC | Le code d'intervention 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 ou 74.99.     |
| CCI      | 5.MD.60   |

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital et abandon en cours d'intervention ont été exclus.

## Numérateur : nombre d'accouchements vaginaux pour lesquels on a utilisé l'anesthésie épidurale

Étant donné que ce nombre constitue un sous-ensemble du dénominateur, les mêmes critères d'exclusion utilisés dans le calcul du dénominateur ont été appliqués. On s'est servi des codes ci-dessous pour identifier les cas d'anesthésie épidurale.

### Code de la technique anesthésique

Le code de la technique anesthésique équivaut à « 3 » ou à l'un des codes d'intervention ci-dessous.

|          |               |
|----------|---------------|
| CCA      | 16.91         |
| CIM-9-MC | 03.91         |
| CCI      | 5.LD.20.HA-P1 |

### Sources de données

Base de données sur les congés des patients, ICIS  
Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### Disponibilité

Du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2002

### Perspective globale

Ce ne sont pas toutes les provinces et les régions du Canada qui soumettent toutes leurs données à la Base de données sur les congés des patients. Pour cette raison, on a exclu le Manitoba de l'analyse. Trois régions sanitaires de l'Alberta, soit Chinook (4820), Calgary (4822) et Palliser (4821), ont été exclues de l'analyse pour cause de sous-déclaration de l'utilisation de l'anesthésie épidurale. Par conséquent, le taux national et le taux provincial de l'Alberta ne comprennent pas ces secteurs de compétence.

### Références

- 1 Truman, C. et Y. Jin. « Use of epidural analgesia for labor and delivery in Alberta », *CRRM*, vol. 7, n° 4 (2002). p. 265-270.
- 2 Truman, C., Y. Jin et D. Johnson. *Use of Epidural Analgesia for Labour and Delivery in Alberta*, rapport technique, Alberta Centre for Health Services Utilization Research, septembre 2002.
- 3 Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. *PPESO Annual Perinatal Statistical Report 2002*, mai 2003.
- 4 Rourke, J. T. B. « Trends in small hospital obstetric services in Ontario », *Can Fam Physician*, vol. 44 (1998), p. 2117-2124.
- 5 Oyston, J. « Obstetrical anaesthesia in Ontario », *Can J Anaesth*, vol. 42, n° 12 (1995), p. 1117-1125.
- 6 *Alberta Reproductive Health: Pregnancy Outcomes* (en ligne), Alberta Health and Wellness, 2001. [www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf](http://www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf).
- 7 Canadian Anesthesiologists' Society. [www.cas.ca/public/anesthesia\\_and\\_you/default.asp?load=anesthesia](http://www.cas.ca/public/anesthesia_and_you/default.asp?load=anesthesia) - 6.

## Taux d'anesthésie épidurale de tous les accouchements

### Définition

Nombre d'accouchements survenus dans un hôpital de soins de courte durée pour lesquels on a utilisé l'anesthésie épidurale, exprimé en proportion de tous les accouchements.

### Méthode de calcul

(Nombre d'accouchements pour lesquels on a utilisé l'anesthésie épidurale/nombre total d'accouchements)\* 100

Dénominateur : nombre total d'accouchements

**On a identifié un accouchement à l'aide des codes de diagnostic suivants :**

- |          |  |
|----------|--|
| CIM-9    | Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.   |
| CIM-9-MC | Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.   |
| CIM-10   | Le code de diagnostic O1, O2, O4, O6, O7, O8, O9, de O30 à O35, O37, O36.0, O36.1, O36.2, O36.3, O36.5, O36.6, O36.7, O36.8 ou O36.9, avec le sixième caractère « 1 ou 2 », sans égard à l'emplacement; Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5 ou Z37.6 en première place. |

Dénominateur : exclusions

**Accouchements pour lesquels on a inscrit une intervention d'avortement :**

- |          |  |
|----------|--|
| CCA      | Le code d'intervention 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.   |
| CIM-9-MC | Le code d'intervention 74.3, 74.91, 75.0, 69.51 ou 69.01.  |
| CCI      | Le code d'intervention 5.CA.93.EM, 5.CA.93.EQ, 5.MD.60.KF, 5.MD.60.RE, 5.MD.60.RE, 5.CA.88 ou 5.CA.89. |

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital et abandon en cours d'intervention ont été exclus.

## Numérateur : nombre d'accouchements pour lesquels on a utilisé l'anesthésie épidurale

Étant donné que ce nombre constitue un sous-ensemble du dénominateur, les mêmes critères d'exclusion utilisés dans le calcul du dénominateur ont été appliqués. On s'est servi des codes ci-dessous pour identifier les cas d'anesthésie épidurale.

### Code de la technique anesthésique

Le code de la technique anesthésique équivaut à « 3 » ou à l'un des codes d'intervention ci-dessous.

|          |               |
|----------|---------------|
| CCA      | 16.91         |
| CIM-9-MC | 03.91         |
| CCI      | 5.LD.20.HA-P1 |

### Sources de données

Base de données sur les congés des patients, ICIS  
Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### Disponibilité

Du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2002

### Perspective globale

Ce ne sont pas toutes les provinces et les régions du Canada qui soumettent toutes leurs données à la Base de données sur les congés des patients. Pour cette raison, on a exclu le Manitoba de l'analyse. Trois régions sanitaires de l'Alberta, Chinook (4820), Calgary (4822) et Palliser (4821), ont été exclues de l'analyse pour cause de sous-déclaration de l'utilisation de l'anesthésie épidurale. Par conséquent, le taux national et le taux provincial de l'Alberta ne comprennent pas ces secteurs de compétence.

### Références

- 1 Truman, C. et Y. Jin. « Use of epidural analgesia for labor and delivery in Alberta », *CRRM*, vol. 7, n° 4 (2002), p. 265-270.
- 2 Truman, C., Y. Jin et D. Johnson. *Use of Epidural Analgesia for Labour and Delivery in Alberta*, rapport technique, Alberta Centre for Health Services Utilization Research, septembre 2002.
- 3 Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. *PPPEO Annual Perinatal Statistical Report 2002*, mai 2003.
- 4 Rourke, J. T. B. « Trends in small hospital obstetric services in Ontario », *Can Fam Physician*, vol. 44 (1998), p. 2117-2124.
- 5 Oyston, J. « Obstetrical anaesthesia in Ontario », *Can J Anaesth*, vol. 42, n° 12 (1995), p. 1117-1125.
- 6 *Alberta Reproductive Health: Pregnancy Outcomes* (en ligne), Alberta Health and Wellness, 2001. [www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf](http://www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf).
- 7 Canadian Anesthesiologists' Society. [www.cas.ca/public/anesthesia\\_and\\_you/default.asp?load=anesthesia](http://www.cas.ca/public/anesthesia_and_you/default.asp?load=anesthesia) - 6.

## Accouchements assistés (tous)

### Définition

Nombre d'accouchements vaginaux survenus dans un hôpital de soins de courte durée effectués à l'aide de forceps ou de l'extraction par ventouse obstétricale, exprimé en proportion de tous les accouchements vaginaux.

### Méthode de calcul

(Nombre d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de forceps ou de l'extraction par ventouse obstétricale/nombre d'accouchements vaginaux) \* 100

Dénominateur : nombre d'accouchements vaginaux

**On a identifié un accouchement à l'aide des codes de diagnostic suivants :**

**CIM-9** Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.

**CIM-9-MC** Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.

Dénominateur : exclusions

**1. Accouchements pour lesquels on a inscrit une intervention d'avortement :**

**CCA** Le code d'intervention 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 74.3, 74.91, 75.0, 69.51 ou 69.01.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

**2. Accouchements par césarienne :**

**CCA** L'un des codes d'intervention de 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 ou 74.99.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

**Numérateur : nombre d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de forceps ou de l'extraction par ventouse obstétricale**

Étant donné que ce nombre constitue un sous-ensemble du dénominateur, les mêmes critères d'exclusion utilisés dans le calcul du dénominateur ont été appliqués. On s'est servi des codes ci-dessous pour identifier les cas d'accouchements effectués à l'aide de forceps ou de l'extraction par ventouse obstétricale.

**CCA** Le code d'intervention 84.0, 84.1, 84.2, 84.3 ou 84.7.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 72.0, 72.1, 72.2, 72.3 ou 72.7.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

### Exclusions de numérateur supplémentaires

On a exclu les cas d'utilisation mineure des forceps. Les codes de la CCA et de la ICD-9-CM qui correspondent à cette intervention sont les suivants :

**CCA** 84.4, 84.61, 84.62, 84.69

**CIM-9-MC** 72.4, 72.51, 72.53, 72.6

### Source de données

Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

#### **Disponibilité**

Du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2001

#### **Perspective globale**

Les données couvrent toutes les provinces et tous les territoires.

### Références

1 Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003.

## Accouchements assistés (forceps)

### Définition

Nombre d'accouchements vaginaux survenus dans un hôpital de soins de courte durée effectués à l'aide de forceps, exprimé en proportion de tous les accouchements vaginaux.

### Méthode de calcul

(Nombre d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de forceps/nombre d'accouchements vaginaux) \* 100

Dénominateur : nombre d'accouchements vaginaux

**On a identifié un accouchement à l'aide des codes de diagnostic suivants :**

**CIM-9** Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.

**CIM-9-MC** Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.

Dénominateur : exclusions

**1. Accouchements pour lesquels on a inscrit une intervention d'avortement :**

**CCA** Le code d'intervention 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 74.3, 74.91, 75.0, 69.51 ou 69.01.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

**2. Accouchements par césarienne :**

**CCA** Lun des codes d'intervention de 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 ou 74.99.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

## Numérateur : nombre d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de forceps

Étant donné que ce nombre constitue un sous-ensemble du dénominateur, les mêmes critères d'exclusion utilisés dans le calcul du dénominateur ont été appliqués. On s'est servi des codes ci-dessous pour identifier les cas d'accouchements effectués à l'aide de forceps.

**CCA** Le code d'intervention 84.0, 84.1, 84.2 ou 84.3.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 72.0, 72.1, 72.2 ou 72.3.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital et abandon en cours d'intervention ont été exclus.

## Exclusions de numérateur supplémentaires

On a exclu les cas d'utilisation mineure des forceps. Les codes de la CCA et de la ICD-9-CM qui correspondent à cette intervention sont les suivants :

**CCA** 84.4, 84.61, 84.62, 84.69

**CIM-9-MC** 72.4, 72.51, 72.53, 72.6

## Source de données

Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### Disponibilité

Du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2001

### Perspective globale

Les données couvrent toutes les provinces et tous les territoires.

## Références

1 Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003.

## Accouchements assistés (extraction par ventouse obstétricale)

### Définition

Nombre d'accouchements vaginaux survenus dans un hôpital de soins de courte durée effectués à l'aide de l'extraction par ventouse obstétricale, exprimé en proportion de tous les accouchements vaginaux.

### Méthode de calcul

(Nombre d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de l'extraction par ventouse obstétricale/nombre d'accouchements vaginaux) \* 100

Dénominateur : nombre d'accouchements vaginaux

**On a identifié un accouchement à l'aide des codes de diagnostic suivants :**

**CIM-9** Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.

**CIM-9-MC** Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.

Dénominateur : exclusions

**1. Accouchements pour lesquels on a inscrit une intervention d'avortement :**

**CCA** Le code d'intervention 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 74.3, 74.91, 75.0, 69.51 ou 69.01.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

**2. Accouchements par césarienne :**

**CCA** L'un des codes d'intervention de 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9.

**CIM-9-MC** Le code d'intervention 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 ou 74.99.

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

## Numérateur : nombre d'accouchements vaginaux effectués à l'aide de l'extraction par ventouse obstétricale

Étant donné que ce nombre constitue un sous-ensemble du dénominateur, les mêmes critères d'exclusion utilisés dans le calcul du dénominateur ont été appliqués. On s'est servi des codes ci-dessous pour identifier les cas d'accouchements effectués à l'aide de l'extraction par ventouse obstétricale.

|          |      |
|----------|------|
| CCA      | 84.7 |
| CIM-9-MC | 72.7 |

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs et hors hôpital ont été exclus.

### Source de données

Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### Disponibilité

Du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2001

### Perspective globale

Les données couvrent toutes les provinces et tous les territoires.

### Références

1 Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003.

## Taux de césariennes primaires

### Définition

Proportion de femmes qui accouchent pour la première fois par césarienne dans un hôpital de soins de courte durée.

### Méthode de calcul

(Nombre de césariennes chez les femmes qui n'ont jamais accouché par césarienne/nombre d'accouchements à l'exclusion des femmes qui ont déjà accouché par césarienne) \* 100

Dénominateur : Accouchements chez les femmes qui n'ont jamais accouché par césarienne

**On a identifié un accouchement à l'aide des codes de diagnostic suivants :**

|        |  |
|--------|--|
| CIM-9  | Un code de diagnostic de 640 à 676 avec le cinquième caractère « 1 ou 2 »; 650; V27.0, V27.2, V27.3, V27.5 ou V27.6, sans égard à l'emplacement.   |
| CIM-10 | Le code de diagnostic O1, O2, O4, O6, O7, O8, O9, de O30 à O35, O37, O36.0, O36.1, O36.2, O36.3, O36.5, O36.6, O36.7, O36.8 ou O36.9, avec le sixième caractère « 1 ou 2 », sans égard à l'emplacement; Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5 ou Z37.6, sans égard à l'emplacement. |

Dénominateur : exclusions

**1. Accouchements pour lesquels on a inscrit une intervention d'avortement :**

|     |   |
|-----|---|
| CCA | Le code d'intervention 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.  |
| CCI | Le code d'intervention 5.CA.93.EM, 5.CA.93.EQ, 5.MD.60.KF, 5.MD.60.RE, 5.MD.60.REF, 5.CA.88 ou 5.CA.89. |

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital et abandon en cours d'intervention ont été exclus.

**2. Femmes qui présentent une cicatrice utérine :**

|        |   |
|--------|---|
| CIM-9  | Le code de diagnostic 6542, sans égard à l'emplacement.             |
| CIM-10 | Le code de diagnostic O34201 ou O75701, sans égard à l'emplacement. |

## Numérateur : césariennes primaires

Étant donné que ce nombre constitue un sous-ensemble du dénominateur, les mêmes critères d'exclusion utilisés dans le calcul du dénominateur ont été appliqués. On s'est servi des codes ci-dessous pour identifier les cas de césarienne.

**CCA**            Lun des codes d'intervention de 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9.

**CCI**            5.MD.60

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement. Les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital et abandon en cours d'intervention ont été exclus.

## Normes/points de repère

Des lignes directrices qui définissent les indications pertinentes pour la césarienne sont disponibles.

## Source de données

Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### Disponibilité

Du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2002

### Perspective globale

On a exclu Central Vancouver Island (région sanitaire 5942) de l'analyse en raison de divergences dans la codification des cicatrices utérines dans cette région. Pour cette raison, les taux de césariennes primaires de cette région n'ont pas pu être calculés avec fiabilité. Par conséquent, on a exclu cette région dans le calcul du taux national et du taux provincial de la Colombie-Britannique.

## Références

1 Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003.

## Admissions à l'hôpital après la naissance

### Définition

Nombre d'enfants réadmis dans un hôpital de soins de courte durée dans les 28 jours après leur naissance, par 100 naissances vivantes.

### Méthode de calcul

(Nombre d'enfants réadmis dans un hôpital de soins de courte durée dans les 28 jours après leur naissance/nombre de naissances vivantes dans les hôpitaux de soins de courte durée) \* 100

### Dénominateur : naissances vivantes

On a déterminé le nombre de naissances vivantes au moyen de l'indicateur d'entrée dans l'abrégié élaboré par l'ICIS pour les nouveau-nés auxquels on a attribué le code « N ».

### Dénominateur : exclusions

On a exclu les nouveau-nés dont le poids à la naissance était inférieur à 1 000 grammes ou manquant.

### Numérateur : admissions à l'hôpital après la naissance

Toute admission dans un hôpital de soins de courte durée dans les 28 jours après la naissance.

### Numérateur : exclusions

Nouveau-nés transférés dans un autre établissement après leur naissance; nouveau-nés dont la durée initiale du séjour à l'hôpital dépasse 20 jours; nouveau-nés dont le poids à la naissance était inférieur à 1 000 grammes ou manquant; nouveau-nés sortis de l'hôpital la journée même de leur naissance; admissions pour une chirurgie d'un jour.

### Source de données

Base de données sur les congés des patients, ICIS  
Banque de données sur les hospitalisations du système Med-Écho, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)

### Disponibilité

Du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2001

### Perspective globale

Cet indicateur ne comprend que les secteurs de compétence qui soumettent toutes leurs données à la base de données. Pour cette raison, on a exclu le Manitoba de l'analyse.

## Références

- 1 Braveman, P., S. Egerter, M. Pearl, K. Marchi et C. Miller. « Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature », *Pediatrics*, vol. 96 (1995), p. 716-726.
- 2 Liu, L. L., C. J. Clemens, D. K. Shay, R. L. Davis et A. H. Novack. « The safety of newborn early discharge. The Washington State experience », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278 (1997), p. 293-298.
- 3 Britton, J. R., H. L. Britton et S. A. Beebe. « Early discharge of the term newborn: a continued dilemma », *Pediatrics*, vol. 94 (1994), p. 291-295.
- 4 Lee, K. S., M. Perlman, M. Ballantyne, I. Elliott et T. To. « Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate », *Journal of Pediatrics*, vol. 127 (1995), p. 758-766.
- 5 Lee, K. S. et M. Perlman. « The impact of early obstetric discharge on newborn health care », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 8 (1996), p. 96-101.
- 6 Canadian Paediatric Society et Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. « Facilitating discharge home following a normal term birth », *Paediatrics & Child Health*, vol. 1 (1996), p. 165-168.
- 7 Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2003.



# Pour en savoir davantage



- 1 University of California, Los Angeles School of Public Health Department of Epidemiology, *Anesthesia and Queen Victoria* (en ligne), 2001. [www.ph.ucla.edu/epi/snow/victoria.html](http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/victoria.html).
- 2 W. F. McCool et S. A. Simeone, « Birth in the United States: An overview of trends past and present », *The Nursing Clinics of North America*, vol. 37 (2002), p. 735-746.
- 3 M. Tew, *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*, London, UK, Chapman and Hall, 1990.
- 4 I. Carr, *Dying to Have a Baby—The History of Childbirth: Obstetric Forceps* (en ligne), University of Manitoba, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, 2004. [www.umanitoba.ca/outreach/manitoba\\_womens\\_health/hist1a.html](http://www.umanitoba.ca/outreach/manitoba_womens_health/hist1a.html).
- 5 The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland, *The History of Anaesthesia* (en ligne), 2004. [www.aagbi.org/pub\\_history.html](http://www.aagbi.org/pub_history.html).
- 6 W. Mitchinson, « Giving Birth in Canada, 1900-1950 », *University of Toronto Press*, Toronto, 2002.
- 7 M. W. Enkin, *Méthodes d'accouchement* (en ligne), L'Encyclopédie canadienne, 2004. [www.thecanadianencyclopedia.com/PrinterFriendly.cfm?Params=F1ARTF0000780](http://www.thecanadianencyclopedia.com/PrinterFriendly.cfm?Params=F1ARTF0000780).
- 8 R. A. Meckel, « Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929 », *The Johns Hopkins University Press*, Baltimore, Maryland, 1990.
- 9 Statistique Canada, *Naissances vivantes et morts fœtales, selon le lieu de naissance, Canada, provinces et territoires, données annuelles* (en ligne), 2004. [cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?regtk=&C2Sub=&ARRAYID=1024516&C2DB=PRD&VEC=&LANG=F&SDDSLOC=//www.statcan.ca/francais/sdds/\\*\\_f.htm&ROOTDIR=CII/&RESULTTEMPLATE=CII/CII\\_PICK&ARRAY\\_PICK=1&SDDSID=&SDDSDESC=](http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?regtk=&C2Sub=&ARRAYID=1024516&C2DB=PRD&VEC=&LANG=F&SDDSLOC=//www.statcan.ca/francais/sdds/*_f.htm&ROOTDIR=CII/&RESULTTEMPLATE=CII/CII_PICK&ARRAY_PICK=1&SDDSID=&SDDSDESC=).
- 10 Commissions royales, *Un virage à prendre en douceur: rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, Ottawa, Canada Communication Group, 1993.
- 11 L. Fountain et C. J. Krulewitch, « Trends in assisted reproductive technology », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 47, n° 5, (2002), p. 384-385.
- 12 Centers for Disease Control and Prevention, 2001, *Assisted Reproductive Technology Success Rates: National Summary and Fertility Clinic Reports* (en ligne), 2003. [www.cdc.gov/reproductivehealth/art.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/art.htm).
- 13 M. A. Reynolds, L. A. Schieve, J. A. Martin, G. Jeng et M. Macaluso, « Trends in multiple births conceived using assisted reproductive technology, United States, 1997-2000 », *Pediatrics*, vol. 111, n° 5 (2003), p. 1159-1162.
- 14 Santé Canada, *Les naissances multiples et le projet de loi concernant la procréation assistée* (en ligne), 2004. [www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/naissances\\_multiples.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/naissances_multiples.htm).



- 15 Accreditation Committee of the Canadian Fertility and Andrology Society, *Human Assisted Reproduction Live Birth Rates for Canada* (en ligne), 2003. [www.cfas.ca/english/news/news8.asp](http://www.cfas.ca/english/news/news8.asp).
- 16 Statistique Canada, *Naissances, 2001*, 84F0210XPB, 2001.
- 17 Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *SOGC Statement on Vaginal Breech* (en ligne), 2001. [www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Statements/SOGCvaginalbreechstatement.pdf](http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Statements/SOGCvaginalbreechstatement.pdf).
- 18 C. D. Adair, « Nonpharmacologic approaches to cervical priming and labor induction », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 43, n° 3 (2000), p. 447-454.
- 19 J. L. Tenore, « Methods for cervical ripening and induction of labor » *American Family Physician*, vol. 67, n° 10 (2003), p. 2123-2138.
- 20 L. J. Kozak et J. Dawson Weeks, « U.S. trends in obstetric procedures, 1990-2000 », *Birth*, vol. 29, n° 3 (2002), p. 157-161.
- 21 S. Bartholomew, J. Crain, S. Dzakpasu, R. Kohut, S. Liu, I. D. Rusen et S. W. Wen, *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003* (en ligne), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cphr-rspc03/pdf/cphr-rspc03\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cphr-rspc03/pdf/cphr-rspc03_f.pdf).
- 22 A. K. Sue-A-Quan, M. E. Hannah, M. M. Cohen, G. A. Foster et R. M. Liston, « Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 8 (1999), p. 1145-1149.
- 23 J. Zhange, M. K. Yancey et C. E. Henderson, « U.S. national trends in labor induction, 1989-1998 », *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 47, n° 2 (2002), p. 120-124.
- 24 W. F. Rayburn et J. Zhang, « Rising rates of labor induction: Present concerns and future strategies », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 100, n° 1 (2002), p. 164-167.
- 25 A. S. Maslow et A. L. Sweeny, « Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 6 (2000), p. 917-922.
- 26 J. D. Yeast, A. Jones et M. Poskin, « Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 180, n° 3 (1999), p. 628-633.
- 27 A. M. Miles, M. Monga, K. Waller, D. Dande et E. R. Pschirrer, « Risk factors for symptomatic uterine rupture during a trial of labor: The 1990s », *American Journal of Perinatology*, vol. 17, n° 7 (2000), p. 385-389.
- 28 Manbit Technologies, *Effects on the Baby* (en ligne), 2004. [www.manbit.com/obstetispain/n2o11.htm](http://www.manbit.com/obstetispain/n2o11.htm).
- 29 B. Chalmers, V. Mangiaterra et R. Porter, « WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course », *Birth*, vol. 28, n° 3 (2001), p. 202-207.
- 30 E. D. Hodnett, S. Gates, G. J. Hofmeyr et C. Sakala, « Continuous support for women during labour », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 2, 2004, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2004.



- 31 C. J. Howell, « Epidural versus non-epidural for pain relief in labour », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 2, 2004, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2004.
- 32 B. L. Leighton et S. H. Halpern, « The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5 (2002), p. S69-S77.
- 33 E. Lieberman et C. O'Donoghue, « Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5 (2002), p. S31-S68.
- 34 E. R. Declercq, C. Sakala, M. P. Corry, S. Applebaum et P. Risher, *Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences* (en ligne), 2002. [www.maternitywise.org/pdfs/LtMreport.pdf](http://www.maternitywise.org/pdfs/LtMreport.pdf).
- 35 Government Statistical Service, *NHS Maternity Statistics, England: 2002-03* (en ligne), 2004. [www.publications.doh.gov.uk/public/sb0410.pdf](http://www.publications.doh.gov.uk/public/sb0410.pdf).
- 36 S. Kitzinger, « Sheila Kitzinger's letter from Europe: What's happening to midwives in Europe? », *Birth*, vol. 31, n° 1 (2004), p. 68-70.
- 37 Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial (COMET) Study Group, « Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: A randomized controlled trial », *The Lancet*, vol. 358 (2001), p. 19-23.
- 38 D. J. Birnbach, « Obstetric anesthesiology in the new millennium », *Anesthesia and Analgesia*, vol. 90 (2000), p. 1241-1243.
- 39 R. D'Angelo, « New techniques for labor analgesia: PCEA and CSE », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 46, n° 3 (2003), p. 623-631.
- 40 M. C. Klein, S. Grzybowski, S. Harris, R. Liston, A. Spence, G. Le, D. Brummendorf, S. Kim et J. Kaczorowski, « Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: Implications for maternal and newborn outcomes », *Birth*, vol. 28, n° 4 (2001), p. 243-248.
- 41 W. J. Hueston, R. R. McClafin, C. J. Mansfield et M. Rudy, « Factors associated with the use of intrapartum epidural analgesia », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 84 (1994), p. 579-582.
- 42 Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario, *PPPEO Statistical Report, 2003* (en ligne), 2004. [www.pppeso.on.ca/english/statisticalreport\\_2003.pdf](http://www.pppeso.on.ca/english/statisticalreport_2003.pdf).
- 43 R. D. Vincent et D. H. Chestnut, « Epidural analgesia during labor » *American Family Physician*, vol. 58, n° 8 (1998), p. 1785-1792.
- 44 Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario, *Bulletin Périnatal*, vol. 19, n° 3 (2002), p.1-6.
- 45 T. R. Marmor et D. K. Krol, « Labor pain management in the United States: Understanding patterns and the issue of choice », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5, (2002), p. S173-S180.
- 46 F. G. Cunningham, N. F. Gant, K. J. Leveno, L. C. Gilstrap, J. C. Hauth et K. D. Wenstrom, *Williams Obstetrics*, Toronto, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2001.



- 47 Y. M. Cargill et C. J. MacKinnon, « SOGC clinical practice guidelines: Guidelines for operative vaginal birth », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 25 (2004), p. 660-670.
- 48 D. Towner, M. A. Castro, E. Eby-Wilkens et W. M. Gilbert, « Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury », *The New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 23 (1999), p. 1709-1714.
- 49 K. Demissie, G. G. Rhoads, J. C. Smulian, B. A. Balasubramanian et K. Gandhi, « Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: Population based retrospective analysis », *British Medical Journal*, vol. 329 (2004), p. 1-6.
- 50 M. A. Castro, S. D. Hoey, et D. Towner, « Controversies in the use of the vacuum extractor », *Seminars in Perinatology*, vol. 27, n° 1 (2003), p. 46-53.
- 51 R. B. Johanson et V. Menon, « Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 1, 2004.
- 52 S. W. Wen, S. Liu, M. S. Kramer, S. Marcoux, A. Ohlsson, R. Sauve et R. Liston, « Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries », *American Journal of Epidemiology*, vol. 153, n° 2 (2001), p. 103-107.
- 53 W. N. Kabiru, D. Jamieson, W. Graves et M. Lindsay, « Trends in operative vaginal delivery rates and associated maternal complication rates in an inner-city hospital », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 184, n° 6, (2001), p. 1112-1114.
- 54 La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Guidelines for the safe and appropriate use of forceps in modern obstetrics », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 1996, p. 65-66.
- 55 D. B. Burlington, *FDA Public Health Advisory: Need for Caution When Using Vacuum Assisted Delivery Devices* (en ligne), 1998. [www.fda.gov/dcrh/fetal598.html](http://www.fda.gov/dcrh/fetal598.html).
- 56 J. Z. Losos, *Utilisation de ventouses à pression négative et hémorragie sous-galéale chez le fœtus* (en ligne), 1999. [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/alert\\_110\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/alert_110_f.pdf).
- 57 — « Vacuum versus forceps », *The Lancet*, vol. 323, n° 8369 (1984), p. 144.
- 58 Australian Institute of Health and Welfare National Perinatal Statistics Unit, *Australia's Mothers and Babies 2000* (en ligne), 2004. [www.npsu.unsw.edu.au/ps12.pdf](http://www.npsu.unsw.edu.au/ps12.pdf).
- 59 New Zealand Health Information Service, *Report on Maternity 2000 & 2001* (en ligne), 2003. [www.nzhis.govt.nz/publications/maternityreport00-01.pdf](http://www.nzhis.govt.nz/publications/maternityreport00-01.pdf).
- 60 F. G. Cunningham, N. F. Gant, K. J. Leveno, L. C. Gilstrap, J. C. Hauth et K. D. Wenstrom, « Operative Obstetrics », *Williams Obstetrics*, Toronto, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2001.
- 61 K. S. Joseph, D. S. Young, L. Dodds, C. M. O'Connell, V. M. Allen, S. Chandra et A. C. Allen, « Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 102 (2003), p. 791-800.



- 62 P. A. Robertson, R. K. Laros Jr. et R. Zhao, « Neonatal and maternal outcome in low-pelvic and mid-pelvic operative deliveries », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 162 (1990), p. 1436-1444.
- 63 R. R. Patel et D. J. Murphy, « Forceps delivery in modern obstetric practice », *British Medical Journal*, vol. 328, (2004), p. 1302-1305.
- 64 A. Bonni, « Forceps Delivery » *eMedicine* (en ligne), 2003. [www.emedicine.com/med/topic3284.htm](http://www.emedicine.com/med/topic3284.htm).
- 65 C. Sciarra et K. Trim, *Operative vaginal deliveries in Hamilton. A review of residents' readiness to practice in relation to maternal and neonatal morbidities*, Department of Obstetrics and Gynecology, McMaster University, 2000.
- 66 C. S. Pope, J. P. O'Grady et D. Hoffman, « Vacuum Extraction », *eMedicine* (en ligne), 2002. [www.emedicine.com/med/topic3389.htm](http://www.emedicine.com/med/topic3389.htm).
- 67 J. S. Park, J. N. Robinson et E. R. Norwitz, « Rotational forceps: Should these procedures be abandoned? », *Seminars in Perinatology*, vol. 27, n° 1 (2003), p. 112-120.
- 68 B. Sibbald, « SOGC sounds ALARM on legal pitfalls facing OB/Gyns », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 5 (1999), p. 565-567.
- 69 L. A. Learman, « Regional differences in operative obstetrics: A look to the south », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 92, n° 4 (1998), p. 514-519.
- 70 J. A. Bofill, O. A. Rust, K. G. Perry Jr., W. E. Roberts, R. W. Martin et J. C. Morrison, « Forceps and vacuum delivery: A survey of North American residency programs », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 88, n° 4 (1996), p. 622-625.
- 71 J. A. Bofill, « Operative obstetrics: A lost art? », *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 55, n° 7 (2000), p. 405-406.
- 72 J. P. O'Grady, C. S. Pope et D. E. Hoffman, « Forceps delivery », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 16, n° 1 (2002), p. 1-16.
- 73 P. G. Schoon « A guest editorial: Episiotomy: Yea or nay », *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 56, n° 11 (2001), p. 667-669.
- 74 M. C. Klein, R. J. Gauthier, J. M. Robbins, J. Kaczorowski, S. H. Jorgensen, E. D. Franco, B. Johnson, K. Waghorn, M. M. Gelfand, M. S. Guralnick, G. W. Luskey et A. K. Joshi, « Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 171 (1994), p. 591-598.
- 75 P. Flynn, J. Franiek, P. Janssen, W. J. Hannah et M. C. Klein, « How can second stage management prevent perineal trauma? Critical review », *Canadian Family Physician*, vol. 43 (1997), p. 73-84.
- 76 N. Schuurmans, G. P. Gagné, A. Ezzat, I. Colliton, C. J. MacKinnon, B. Dushinski et R. Caddick, « Healthy beginnings: Guidelines for care during pregnancy and childbirth », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, vol. 71 (1998), p. 55-58.
- 77 G. Carroli et J. Belizan, « Episiotomy for vaginal birth », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 2, 2004.
- 78 E. Eason, M. Labrecque, G. Wells et P. Feldman, « Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 3 (2000), p. 464-471.



- 79 S. Riskin-Mashiah, E. O'Brien Smith et I. A. Wilkins, « Risk factors for severe perineal tear: Can we do better? », *American Journal of Perinatology*, vol. 19, n° 5 (2002), p. 225-234.
- 80 L. B. Signorello, B. L. Harlow, A. K. Chekos et J. T. Repke, « Midline episiotomy and anal incontinence: Retrospective cohort study », *British Medical Journal*, vol. 320 (2000), p. 86-90.
- 81 A. M. Weber, M. D. Walters, M. R. Piedmonte et L. A. Ballard, « Anterior colporrhaphy: A randomized trial of three surgical techniques », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 185, n° 6 (2001), p. 1299-1304.
- 82 J. A. Martin, B. E. Hamilton, P. D. Sutton, S. J. Ventura, F. Menacker et M. L. Munson, « Division of Vital Statistics. Births: Final data for 2002 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 52, n° 10 (2003).
- 83 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit, « The National Sentinel Caesarean Section Audit Report », *RCOG Press*, London, England, 2001.
- 84 J. L. Bailit, S. L. Dooley et A. N. Peaceman, « Risk adjustment for interhospital comparison of primary cesarean rates », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 93, n° 6 (1999), p. 1025-1030.
- 85 L. J. Heffner, E. Elkin et R. C. Fretts, « Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 102, n° 2 (2003), p. 287-293.
- 86 R. Liston et J. Crane, « Fetal health surveillance in labour », *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, vol. 112 (2002), p. 1-13.
- 87 M. J. Martel et C. J. MacKinnon, « Directives cliniques de la SOGC : Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne », *Journal d'Obstétrique et Gynécologie du Canada*, vol. 26, n° 7, p. 660-670.
- 88 House of Commons Health Committee, *Provision of Maternity Services: Fourth Report of Session 2002-03*, vol. 1, London, England, The Stationary Office Limited, 2003.
- 89 H. Minkoff et F. A. Chervenak, « Elective primary caesarean delivery », *The New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 10 (2003), p. 946-950.
- 90 M. E. Hannah, « Planned elective caesarean section: A reasonable choice for some women? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 5 (2004), p. 813-814.
- 91 N. Jackson et S. Paterson-Brown, « Physical sequelae of caesarean section », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 15, n° 1 (2001), 49-61.
- 92 A. M. DiGirolamo, L. M. Grummer-Strawn et S. Fein, « Maternity care practices: Implications for breastfeeding », *Birth*, vol. 28, n° 2 (2001), p. 94-100.
- 93 G. M. Bond et M. Holloway, « Anaesthesia and breast-feeding—The effect on mother and infant », *Anaesthesia and Intensive Care*, vol. 20, n° 4 (1992), p. 426-430.
- 94 M. E. Hannah, W. J. Hannah, S. A. Hewson, E. D. Hodnett, S. Saigai et A. R. Willan, « Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomized multicentre trial », *The Lancet*, vol. 356, n° 9239 (2000), p. 1375-1383.



- 95 E. K. Hutton, K. Kaufman, E. Hodnett, K. Amankwah, S. A. Hewson, D. McKay, J. P. Szalai et M. E. Hannah « External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: A randomized multicentre trial », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 189 (2003), p. 245-254.
- 96 G. J. Hofmeyr et R. Kulier, « External cephalic version for breech presentation at term », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 2, 2004.
- 97 K. M. Mancuso, M. K. Yancey, J. A. Murphy et G. R. Markenson, « Epidural analgesia for cephalic version: a randomized trial », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95 (2000), p. 648-651.
- 98 G. J. Hofmeyr et M. E. Hannah, « Planned caesarean for term breech delivery », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 3, 2004.
- 99 P. McNiven, K. Kaufman et H. McDonald, « Best evidence in anesthetic practice prevention: Planned cesarean delivery reduces early perinatal and neonatal complications for term breech presentations », *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 48, n° 11 (2001), p. 1114-1116.
- 100 D. Maine et P. Bailey, *Caesarean sections as a proportion of all births*. In Indicators for Design, Monitoring and Evaluation of Maternal Mortality Programs, Measure Project, AMDD Programme, Columbia University, 2001. <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/docs/monitoring.pdf>
- 101 R. Walker, D. Turnbull et C. Wilkinson, « Strategies to address global cesarean section rates: A review of the evidence », *Birth*, vol. 29, n° 1 (2002), p. 28-39.
- 102 Organisation de coopération et de développement économiques, 2004, *Eco-Santé OCDE* (en ligne), 2004. [www.oecd.org/document/16/0,2340,fr\\_2825\\_495642\\_32368700\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,fr_2825_495642_32368700_1_1_1_1,00.html).
- 103 T. A. Wieggers, « General practitioners and their role in maternity care », *Health Policy*, vol. 66 (2003), p. 51-59.
- 104 B. Cameron et S. Cameron, « Outcomes in rural obstetrics, Atherton hospital 1992-2000 », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 9 (2001), p. S39-S42.
- 105 J. B. Gould, B. Davey et R. S. Stafford, « Socioeconomic differences in rates of cesarean section », *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, n° 4 (1989), p. 233-239.
- 106 D. P. Béhague, C. G. Victora et F. C. Barros, « Consumer demand for caesarean sections in Brazil: Informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods », *British Medical Journal*, vol. 324 (2002), p. 942-947.
- 107 H. L. Melender, « Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women », *Birth*, vol. 29, n° 2 (2002), p. 101-111.
- 108 J. C. Lo, « Patients' attitudes vs. physicians' determination: Implications for cesarean sections », *Social Science and Medicine*, vol. 57 (2003), p. 91-96.
- 109 S. S. Kansal, « The art of conceiving », *Asian Journal of Obstetrics and Gynaecology Practice*, vol. 2, n° 4 (1998), p. 57-58.
- 110 CBC News, *Mothers, Doctors Debate 'Too Posh to Push' C-Sections* (en ligne), 2004. [www.cbc.ca/stories/print/2004/02/27/sci-tech/c\\_sections040227](http://www.cbc.ca/stories/print/2004/02/27/sci-tech/c_sections040227).
- 111 J. E. Potter, E. Berquó, I. H. O. Perpétuo, O. F. Leal, K. Hopkins, M. R. Souza, et M. C. de Carvalho Formiga, « Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospective study », *British Medical Journal*, vol. 323 (2001), p. 1155-1158.



- 112 K. Barley, P. Aylin, A. Bottle et B. Jarman, « Dr Foster's case notes: Social class and elective caesareans in the English NHS », *British Medical Journal*, vol. 328, n° 7453 (2004), p. 1399.
- 113 Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *La position de la SOGC au sujet des césariennes de convenance* (en ligne), 2004. [www.sogc.org/sogcnet/sogc\\_docs/press/releases2004/pdfs/ElectiveCaesareansPartIIFR.pdf](http://www.sogc.org/sogcnet/sogc_docs/press/releases2004/pdfs/ElectiveCaesareansPartIIFR.pdf).
- 114 M. Enkin, M. J. N. C. Keirse, J. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett et J. Hofmeyer, « A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth », *Oxford University Press*, New York, 3<sup>e</sup> édition, 2000.
- 115 V. Apgar, « A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant », *International Anesthesia Research Society*, July-August, vol. 260, Virginia Beach, VA, 1953.
- 116 E. P. Tappero et M. E. Honeyfield, *Physical Assessment of the Newborn: A Comprehensive Approach to the Art of Physical Examination*, 3<sup>e</sup> édition, Santa Rosa, CA, NICU Ink, 2003.
- 117 M. D. Beaulieu, « Screening for congenital hypothyroidism », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, p. 190-194, Ottawa, Santé Canada, 1994.
- 118 W. Feldman, « Screening for phenylketonuria », *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, p. 180-188, Ottawa, Santé Canada, 1994.
- 119 D. A. Applegarth, J. R. Toone et R. B. Lowry, « Incidence of inborn errors of metabolism in British Columbia, 1969-1996 », *Pediatrics*, vol. 105, n° 1 (2000), p. e10-e15.
- 120 S. W. Wen, S. Liu et D. Fowler, « Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 2 (1998), p.115-119.
- 121 Société canadienne de pédiatrie, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme. SOGC DIRECTIVES CLINIQUES*, vol. 56 (1996), p. 1-8.
- 122 Société canadienne de pédiatrie, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme* (en ligne), 2004. [www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn96-02.htm](http://www.cps.ca/francais/enonces/FN/fn96-02.htm).
- 123 M. Lock et J. G. Ray, « Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: Are we sending newborns home too early? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 3 (1999), p. 249-253.
- 124 R. L. Goldenberg, « The management of preterm labor », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 100, n° 5 (2002), p. 1020-1037.
- 125 Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI — 3<sup>e</sup> édition* (en ligne), 2000. [www.cich.ca/French/resource-f\\_Surveillance.htm#ProfileFrench](http://www.cich.ca/French/resource-f_Surveillance.htm#ProfileFrench).
- 126 K. S. Joseph, K. Demissie et M. S. Kramer, « Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth », *Seminars in Perinatology*, vol. 26, n° 4 (2002), p. 250-259.
- 127 Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI: Petit poids à la naissance* (en ligne), 2004. [www.cich.ca/PDFFiles/ProfileFactSheets/French/LBWFre.pdf](http://www.cich.ca/PDFFiles/ProfileFactSheets/French/LBWFre.pdf).



- 128 M. S. Kramer, « Preventing preterm birth: Are we making any progress? », *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 70, (1997), p. 227-232.
- 129 British Columbia Reproductive Care Program, *Obstetric Guideline 2A: Preterm Labour* (en ligne), 2001. [www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/December\\_24th,2001/Master.OB2A.PTL.October.PDF](http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/December_24th,2001/Master.OB2A.PTL.October.PDF)
- 130 G. S. Berkowitz et E. Papiernik, « Epidemiology of preterm birth », *Epidemiologic Reviews*, vol. 15, n° 2 (1993), p. 414-433.
- 131 M. Van den Hof et J. Crane, « Ultrasound cervical assessment in predicting preterm birth », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, vol. 23, n° 5 (2001), p. 418-421.
- 132 M. I. Heaman, A. E. Sprague et P. J. Stewart, « Reducing the preterm birth rate: A population health strategy », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 30 (2001), p. 20-29.
- 133 J. D. Iams, « The epidemiology of preterm birth », *Clinics in Perinatology*, vol. 30 (2003), p. 651-664.
- 134 M. S. Kramer, R. Platt, H. Yang, K. S. Joseph, S. W. Wen, L. Morin et R. H. Usher, « Secular trends in preterm birth. A hospital-based cohort study », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280 (1998), p. 1849-1854.
- 135 K. S. Joseph, M. S. Kramer, S. Marcoux, A. Ohlsson, S. W. Wen, A. Allen et R. Platt, « Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994 », *The New England Journal of Medicine*, vol. 339 (1998), p. 1434-1439.
- 136 Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, « Enhanced roles for health professionals in newborn care », *Paediatrics and Child Health*, vol. 5, n° 2 (2000), p. 106-109.
- 137 S. K. Lee, D. D. McMillan, A. Ohlsson, M. Pendray, A. Synnes, R. Whyte, L. Chien, J. Sale et le Canadian NICU Network, « Variations in practice and outcomes in the Canadian NICU network, 1996-1997 », *Pediatrics*, vol. 106, n° 5 (2000), p. 1070-1079.
- 138 L. Noble, « Developments in neonatal technology continue to improve infant outcomes », *Pediatric Annals*, vol. 32, n° 9 (2003), p. 595-603.
- 139 Statistique Canada, *Taux de mortalité infantile. CANSIM, tableau 102-0030* (en ligne), 2004, Ottawa. [www.statcan.ca/francais/Pgdb/health21a\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health21a_f.htm).
- 140 K. Sankaran, L. Chien, R. Walker, M. Seshia, A. Ohlsson, S. K. Lee et le Canadian Neonatal Network, « Variations in mortality rates among Canadian neonatal intensive care units », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 2 (2002), p. 173-178.
- 141 British Columbia Reproductive Care Program, *Report on the Findings of a Consensus Symposium on the Provision of Postpartum Services in British Columbia* (en ligne), 2002. [www.rcp.gov.bc.ca/Publications/Postpartum%20Consensus.pdf](http://www.rcp.gov.bc.ca/Publications/Postpartum%20Consensus.pdf).
- 142 C. R. Walker, N. Watters, C. Nadon, K. Graham et P. Niday, « Discharge of mothers and babies from hospital after birth of a healthy full-term infant: Developing criteria through a community-wide consensus process », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, n° 5 (1999), p. 313-315.



- 143 D. D'Amour, L. Goulet, J. F. Labadie, L. Bernier et R. Pineault, « Accessibility, continuity and appropriateness: Key elements in assessing integration of perineal services », *Health and Social Care in the Community*, vol. 11, n° 5 (2003), p. 397-404.
- 144 D. Johnson, Y. Jin et C. Truman, « Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmissions », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 93, n° 4 (2002), p. 276-280.
- 145 K. S. Lee, M. Perlman, M. Ballantyne, I. Elliot et T. To, « Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate », *Journal of Pediatrics*, vol. 127, n° 5, (1995), p. 758-766.
- 146 L. Liu, C. J. Clemens, S. K. Shay, K. Davis, R. L. Davis et A. H. Novack, « The safety of newborn early discharge: The Washington State experience », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, n° 4 (1997), p. 293-298.
- 147 S. Liu, S. W. Wen, D. McMillan, K. Trouton, D. Fowler et C. McCourt, « Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, n° 1 (2000), p. 46-50.
- 148 P. Braveman, S. Egarter, M. Pearl, K. Marchi et C. Miller, « Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature. Problems Associated with Early Discharge of Newborn Infants », *Pediatrics*, vol. 96, n° 4 (1995), p. 716-726.
- 149 A. J. Gagnon, L. Edgar, M. S. Kramer, A. Papageorgiou, K. Waghorn et M. C. Klein, « A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 176, n° 1 (1997), p. 205-211.
- 150 M. B. Edmonson, J. J. Stoddard et L. M. Owens. « Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, n° 4 (1997), p. 299-303.
- 151 S. Brown, R. Small, B. Faber, A. Krastev et P. Davis, « Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants », *Cochrane Database Systematic Review*, The Cochrane Library, n° 1, 2004.
- 152 W. A. Sword, S. Watt, P. D. Krueger, K. S. Lee, D. D. Sheehan, J. G. Roberts et A. Gafni, « Understanding newborn infant readmission: Findings of the Ontario mother and infant survey », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, n° 3, (2001), p. 196-200.
- 153 W. Sword, S. Watt, A. Gafni, K. S. Lee, P. Krueger, J. Roberts et D. Sheehan, *L'enquête de l'Ontario sur la mère et le nourrisson. Utilisation des services de santé et des services sociaux après l'accouchement : étude réalisée dans cinq hôpitaux de l'Ontario* (en ligne), 2001, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. [www.fcrss.ca/final\\_research/ogc/sword\\_f.php](http://www.fcrss.ca/final_research/ogc/sword_f.php).
- 154 J. D. Malkin, M. S. Broder et E. Keeler, « Do longer postpartum stays reduce newborn readmissions? Analysis using instrumental variables », *Health Services Research*, vol. 35, n° 5, (2000), p. 1071-1091.



taking health information further  
à l'avant-garde de l'information sur la santé