

A photograph of a woman with glasses holding a baby. The woman is looking to the right, and the baby is looking down. The background is blurred green foliage. The image is partially covered by a dark grey overlay on the left side where the text is located.

Donner naissance au Canada

Les dispensateurs
de soins à la mère
et à l'enfant



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

ISBN 1-55392-397-9

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

Cette publication est aussi disponible en anglais sous le titre :
Giving Birth in Canada: Providers of Maternity and Infant Care ISBN 1-55392-395-2

A black and white photograph of a woman with glasses holding a baby. The woman is looking to the right, and the baby is also looking to the right. The image is overlaid with a semi-transparent dark blue filter. The text is positioned on the left side of the image.

Donner naissance au Canada

Les dispensateurs
de soins à la mère
et à l'enfant

Table des matières



Au sujet de l'Institut canadien d'information sur la santé	v
Remerciements	vii
Au sujet de ce rapport	ix
Tendances des naissances au Canada	1
Grossesse et accouchement : Qui fournit les soins?	3
Médecins de famille	4
Obstétriciens et gynécologues	8
Sages-femmes	10
Anesthésistes	13
Infirmières	13
Soins partagés	13
Autres professionnels fournissant des soins de soutien à la mère	15
Monitrices de cours prénatals	15
Doulas	15
Dépistage et diagnostic	17
Défis particuliers des dispensateurs de soins	19
Grossesses à risque élevé	19
Accouchements dans les régions rurales et éloignées	20
Donner naissance dans le Grand Nord du Canada	20
Donner naissance dans les régions rurales du Canada	21
Les soins durant les premières semaines de la vie	23
Pédiatres	23
Infirmières de la santé publique	24
Les soins par téléphone	26
Consultantes en lactation	27
Conclusion	29
Ce que nous savons	31
Ce que nous ne savons pas	31
Ce qui se passe	31
Les faits en bref	32
Pour en savoir davantage	35

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, améliorer la santé de la population, renforcer notre système de santé et aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions avisées.

Voici la composition du Conseil d'administration de l'ICIS en date du 1^{er} avril 2004 :

- **M. Graham Scott** (président), associé directeur, McMillan Binch LLP
- **M. Bruce Petrie** (d'office), président-directeur général intérimaire, ICIS
- **D^{re} Penny Ballem**, sous-ministre, British Columbia Ministry of Health Services
- **D^r Peter Barrett**, University of Saskatchewan
- **D^r Laurent Boisvert**, directeur des affaires cliniques et administratives, Association des hôpitaux du Québec
- **M^{me} Roberta Ellis**, vice-présidente, Workers' Compensation Board of British Columbia
- **M. Kevin Empey**, vice-président et directeur financier, University Health Network
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M. Ian Green**, sous-ministre, Santé Canada
- **M. Phil Hassen**, sous-ministre, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- **M. David Levine** (observateur), président-directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- **M. Cameron Mustard**, président et scientifique émérite, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **D^r Brian Postl**, président-directeur général, Winnipeg Regional Health Authority
- **M. Rick Roger**, président-directeur général, Vancouver Island Health Authority
- **D^r Tom Ward**, sous-ministre, Nova Scotia Department of Health
- **M^{me} Sheila Weatherill**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority, Edmonton

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^{re} 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^{re} 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^{re} Jan Christalaw**, British Columbia's Women's Hospital & Health Centre
- **D^r K. S. Joseph**, professeur agrégé, Départements d'obstétrique/gynécologie et de pédiatrie, Dalhousie University
- **D^r Terry P. Klassen**, professeur et président, Department of Pediatrics, University of Alberta Hospital
- **D^r Michael S. Kramer**, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents, IRSC
- **D^r André B. Lalonde**, vice-président exécutif, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- **D^{re} Carolyn Lane**, médecin de famille, The Low Risk Maternity Clinic, Calgary, Alberta
- **D^r Kyong-Soon Lee**, néonatalogiste, McMaster University
- **D^{re} Miriam Levitt**, facilitatrice de la recherche, Université d'Ottawa, Faculté de médecine
- **D^{re} Hajnal Molnar-Szakács**, chef, Section de la santé maternelle et infantile, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada,
- **M^{me} Rachel Munday**, conseillère en soins de santé infirmiers primaires, Department of Health and Social Services, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

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, Geneviève Martin, Susan Swanson (The Alder Group), Cheryl Gula, Patricia Finlay, Jennifer Zelmer et Jack Bingham. D'autres membres essentiels de l'équipe comprennent Nadia Ciampa, Thi Ho, Nicole Howe, Jeanie Lacroix, Vanita Sahni et Steve Slade.

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 la traduction et la distribution et fourni un soutien continu à l'équipe de base. Des remerciements particuliers vont également au personnel de l'ICIS et leur famille pour avoir fourni les photos des bébés qui apparaissent dans ce rapport.

Au sujet de ce rapport



Le présent rapport est rédigé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans le cadre d'une série de quatre ouvrages spéciaux sur la santé des mères et des bébés au Canada et les soins qui leur sont prodigués. Cette série mettra l'accent sur les thèmes suivants :

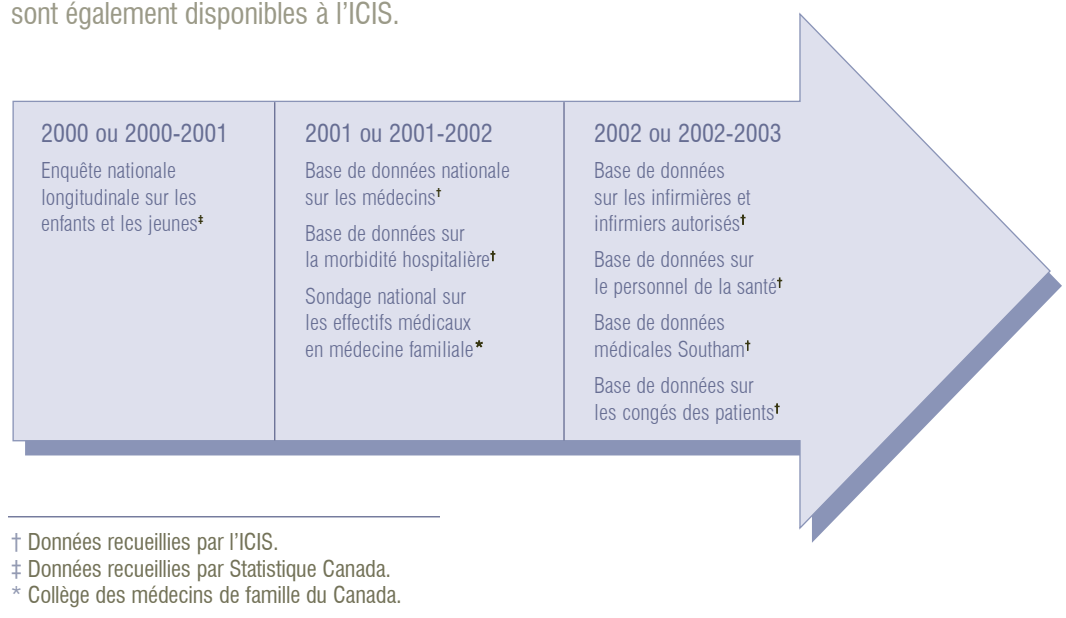
- **Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant :** Les tendances des naissances et des soins à la mère et un regard sur l'évolution de la pratique des dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant.
- **Donner naissance au Canada : Indicateurs régionaux :** Les profils régionaux d'indicateurs choisis de la santé et de l'état de santé des mères et des bébés au Canada.
- **Donner naissance au Canada : Les coûts :** Les dépenses sur les 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 au sein du système de santé.

Chaque rapport présente une compilation factuelle de la recherche actuelle, des tendances historiques, ainsi que des nouvelles données et des nouveaux résultats pour aider les dispensateurs de soins et les décisionnaires à planifier les services de santé dans le cadre des soins à la mère et à l'enfant. Ces rapports complètent le processus de déclaration continu de l'ICIS et les initiatives de partenaires comme le Système canadien de surveillance périnatale (voir ci-bas).

FIGURE 1

Provenance des données

La figure ci-dessous montre l'année des données complètes les plus récentes des banques de données pancanadiennes sur la santé provenant de l'ICIS, de Statistique Canada et du Collège des médecins de famille du Canada (en janvier 2004). Des données sur les années précédentes sont également disponibles à l'ICIS.



Ce rapport comprend une section intitulée *Les faits en bref*. Cette dernière offre une large gamme de données comparatives à l'échelle du pays. Lorsque l'icône apparaît à côté du texte, cela indique que des données s'y rattachant figurent dans la section *Les faits en bref*.





Prendre appui sur le *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. Mis en œuvre par la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, 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 en vue de prendre des mesures connexes.

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 tendances temporelles à l'échelle nationale et en comparaisons entre les provinces et les territoires pour les années les plus récentes dont les données sont disponibles. Le rapport est téléchargeable gratuitement à partir du site Web suivant : www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cphr-rspc03.



Faits saillants du présent rapport

- La plupart des bébés canadiens sont nés à l'hôpital. Les obstétriciens font de plus en plus d'accouchements vaginaux et de césariennes. En 2000, ils ont pris part à 61 % des accouchements vaginaux et à 95 % de toutes les césariennes, une hausse par rapport aux pourcentages enregistrés en 1996 (56 % et 93 % respectivement). En 1999, la majorité des obstétriciens (64 %) ont effectué 101 à 300 accouchements, tandis que les médecins de famille ont pris part, en moyenne, à 41 accouchements en 2000.
- La plupart des médecins de famille fournissent certains soins à la mère, mais ils sont moins nombreux qu'auparavant à mettre des bébés au monde. De plus, ils sont maintenant moins susceptibles de prendre part à des accouchements multiples ou de pratiquer la césarienne. Au fait, de plus en plus de médecins de famille se partagent la tâche des soins avec d'autres dispensateurs en fournissant des soins à la mère jusqu'à la 32^e semaine de la grossesse, avant de référer la patiente à un autre médecin de famille, un obstétricien ou une sage-femme pour le reste de la grossesse ou l'accouchement.
- Récemment, des chercheurs en Ontario ont demandé aux nouveaux médecins de famille qui ne font pas d'accouchements de leur expliquer la raison de leur décision. Ils avaient tendance à attribuer cela à des raisons personnelles, à leur compétence en obstétrique, au barème tarifaire et à la menace des poursuites pour faute professionnelle.
- De plus en plus de secteurs de compétence réglementent et financent les services de sages-femmes. Le nombre de ces dernières est d'ailleurs à la hausse, tout comme la proportion des femmes enceintes qui choisissent la sage-femme pour accoucher à l'hôpital ou chez elles.
- Les naissances dans les régions rurales et éloignées présentent des défis distincts. Les médecins de famille qui pratiquent dans des régions rurales sont beaucoup plus susceptibles que leurs confrères des régions urbaines de fournir des services obstétriques (27 % ont déclaré prendre part à des accouchements, par rapport à 12 % dans les régions urbaines en 2000). Au cours des deux dernières décennies, le nombre d'hôpitaux communautaires offrant des soins obstétriques dans le Nord a baissé, mais de nouveaux centres de naissance sont maintenant disponibles dans certaines collectivités.
- Les anesthésistes et les obstétriciens se font relativement rares dans les régions rurales et éloignées. Dans le même ordre d'idées, les taux des césariennes et des accouchements vaginaux avec anesthésie épidurale sont inférieurs à ceux des régions urbaines.
- Vingt années plus tôt, les femmes restaient souvent près de cinq jours à l'hôpital, celles avec complications séjournaient encore plus longtemps. Aujourd'hui, les mères en santé et leurs bébés sortent généralement 24 à 48 heures après l'accouchement. Certaines recherches indiquent que le taux de réadmission des nouveau-nés atteints de la jaunisse a augmenté à la suite de la sortie précoce de l'hôpital.



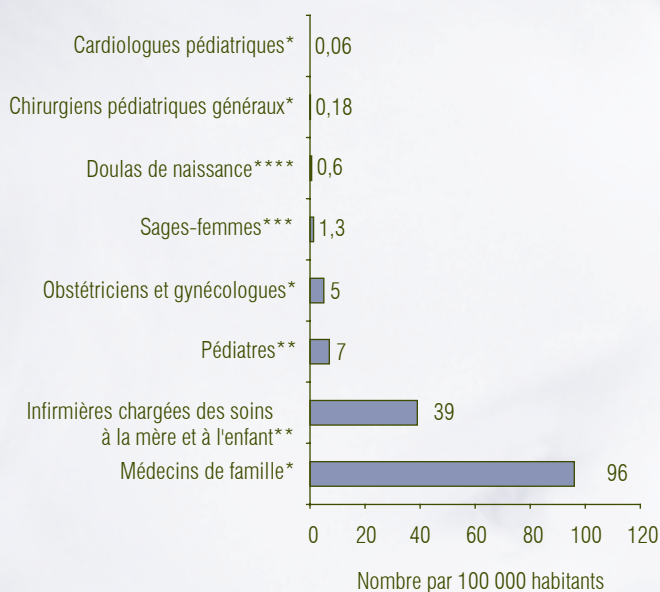
Tendances des naissances au Canada

Rendue populaire grâce aux contes du 19^e siècle de Hans Christian Andersen, l'image des bébés distribués par des cigognes continue d'inspirer les histoires et les dessins animés d'aujourd'hui. En réalité, cependant, les bébés nécessitent une aide humaine pour venir à ce monde.

2
FIGURE

Certains dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant au Canada

Un bon nombre de différentes professions fournissent des soins aux femmes enceintes et à leur enfant. La figure ci-dessous montre le nombre de dispensateurs de soins choisis par 100 000 Canadiens en 2002.



Remarque : Les médecins de famille et les obstétriciens et gynécologues ne fournissent pas tous des soins aux femmes enceintes et aux bébés.

Sources : *Base de données médicales Southam, ICIS; ** Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, ICIS; ***Base de données sur le personnel de la santé, ICIS; ****Doulas of North America, site Web : www.dona.org.

Au Canada du 21^e siècle, cette aide peut provenir de l'un des divers dispensateurs de soins qui ont été formés jusqu'à un certain niveau pour aider à réaliser le miracle de la grossesse et de la naissance. Bien que ces dernières soient la principale cause d'hospitalisation des femmes canadiennes (24 % des séjours en soins de courte durée en 2001-2002)¹, une grande partie de ces soins a lieu à l'extérieur de l'hôpital. Le continuum des soins comprend les soins prénatals et l'éducation, le dépistage et le diagnostic, l'accouchement à domicile, le soutien postnatal à domicile et les soins aux nouveau-nés et aux bébés au cours des premières semaines de la vie.



Le présent rapport met l'accent sur le profil changeant des gens qui fournissent les soins à la mère et à l'enfant au Canada dans le contexte des naissances globales et des tendances démographiques. Ces changements font implicitement partie d'un plus grand contexte et des débats courants sur les besoins futurs en soins pour les Canadiens et la capacité de notre système de santé. Ils soulèvent de façon explicite des questions sur la façon dont les soins à la mère sont fournis et continuent de l'être à l'échelle du pays.





Grossesse et accouchement : Qui fournit les soins?

Durant des siècles, la plupart des accouchements avaient lieu à domicile avec l'aide de sages-femmes locales, d'amis ou de membres de la famille. Aujourd'hui, les modes de soins à la mère et à l'enfant varient d'un pays à l'autre et évoluent avec le temps. À l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré en 2000 que les infirmières et les sages-femmes continuent de jouer un rôle clé dans « les efforts mis en œuvre par la société pour faire face aux problèmes de santé publique de notre époque »². En Angleterre et en Nouvelle-Zélande, les sages-femmes

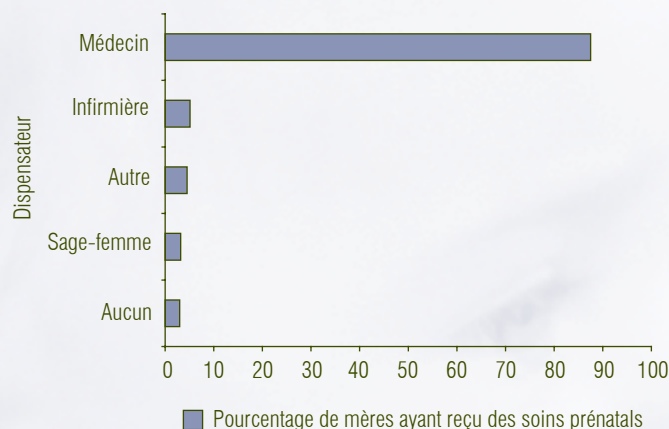
prennent part à 7 accouchements sur 10³. Le taux est même supérieur en Hollande (90 %), puisque le tiers des bébés est né à la maison⁴.

L'expérience du Canada est différente. Dans une enquête réalisée en 2000-2001, la grande majorité des mères (88 %) ont déclaré recevoir des soins prénatals par des médecins⁵, et la plupart des bébés sont nés à l'hôpital en présence d'un médecin à titre de professionnel clinique. Ces modalités ont été mises en place pour un bon bout de temps, mais elles évoluent graduellement.

FIGURE 3

Les choix de soins prénatals chez les femmes canadiennes

Selon l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes de 2000-2001 de Statistique Canada, 97 % des nouvelles mères ont reçu des soins prénatals. La plupart ont vu un médecin (88 %). Toutefois, 3 % ont reçu les soins prénatals de la part d'une sage-femme.



Remarques : « Autre » comprend les professions qui ne sont pas précisées ailleurs, telles que les praticiens holistiques ou les amis et les membres de la famille qui ont de l'expérience en soins prénatals. Les femmes qui ont répondu par « aucun » n'ont pas reçu de soins prénatals d'une personne. Toutefois, elles peuvent avoir consulté d'autres ressources telles que les livres, les programmes télévisés ou Internet. Les pourcentages dépassent cent pour cent, car les sources de soins pouvaient être multiples.

Source : Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, Statistique Canada.



Les résultats des enquêtes précédentes indiquent que les femmes sont ouvertes à d'autres modes d'accouchement et de soins postpartum. En 1994, Statistique Canada a demandé aux femmes canadiennes si elles étaient prêtes à recevoir des soins de professionnels de la santé autres que les médecins au cours de leur grossesse, de leur accouchement et après celui-ci. Les réponses à la question ont permis à Wen et ses collègues de faire la constatation suivante⁶ :

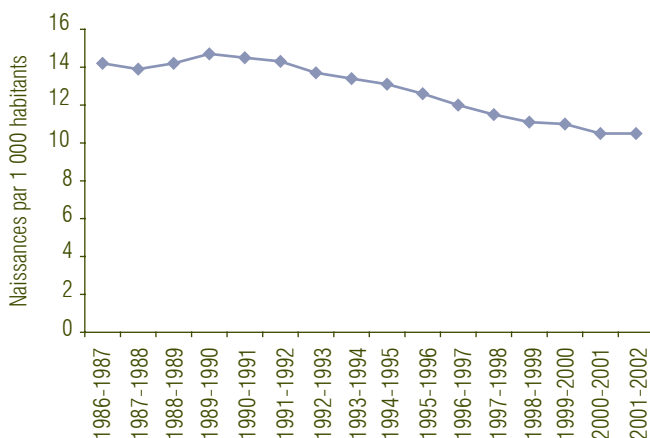
- 31 % des femmes ont indiqué être prêtes à se rendre à un centre de naissance plutôt qu'à l'hôpital pour accoucher;
- 21 % étaient ouvertes à l'idée d'accoucher avec l'aide d'une infirmière ou d'une sage-femme plutôt que d'un médecin;
- 85 % accepteraient que les soins postpartum leur soient fournis par une infirmière ou une sage-femme plutôt qu'un médecin.

Le présent rapport dresse le profil des professionnels de la santé qui prennent soin des mères canadiennes et de leur bébé avant, durant et après la naissance.

4
FIGURE

Taux de naissances à la baisse

En 2000-2001, le taux des naissances au Canada a baissé de 28 %, de 14,5 par 1 000 habitants en 1990-1991 à 10,5 par 1 000 habitants.



Remarque : Les périodes de temps sont du 1^{er} juillet au 30 juin de chaque année.
Source : Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles*, 2002, Ottawa, Statistique Canada, 2003.

Tendances des naissances

Comment les tendances des naissances affectent-elles ceux qui fournissent les soins à la mère et à l'enfant? Comme de moins en moins de bébés viennent au monde, le besoin en dispensateurs de soins change. Dans le même ordre d'idées, les virements dans les types d'accouchement peuvent signifier un changement des besoins en soins et une combinaison de dispensateurs.

Depuis 1990, le taux des naissances au Canada a diminué de façon régulière. Selon Statistique Canada, le taux en 1990-1991 s'élevait à 14,5 naissances par 1 000 habitants; 11 ans plus tard, il a reculé à 10,5 par 1 000 habitants, soit 75 737 bébés de moins. Le taux des naissances a chuté de façon variée dans la plupart des provinces et des territoires à l'exception du Nunavut.

Médecins de famille[†]

La plupart des mères reçoivent des soins de médecins de famille avant la grossesse et pendant celle-ci, et après l'accouchement. En 2002, les 30 258 médecins de famille en pratique au Canada représentaient à peine plus de la moitié (51 %) de tous les médecins au pays. En moyenne, on comptait 96 médecins de famille par 100 000 habitants, mais ce taux variait considérablement d'une région à l'autre.



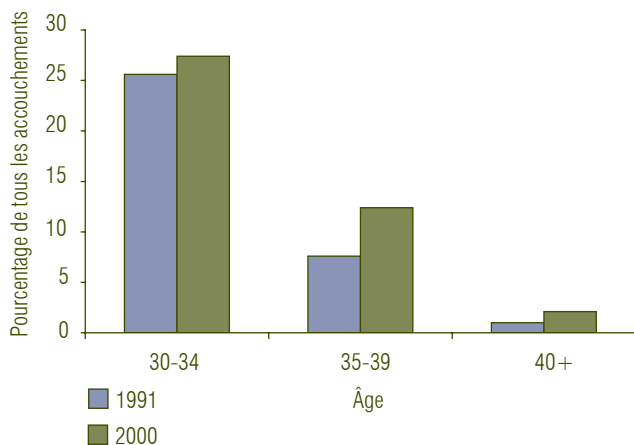
[†] Tout au long de ce rapport, le terme « médecin de famille » désigne les médecins de famille et les médecins généralistes. Ce terme a été utilisé en reconnaissance du fait qu'au Canada, les médecins de famille, non les médecins généralistes, sont plus susceptibles de fournir des soins à la mère et à l'enfant.



FIGURE 5

Les mères canadiennes sont de plus en plus âgées

À l'instar des accouchements multiples, les naissances données par des mères de plus de 35 ans sont souvent considérées à haut risque en raison du potentiel accru d'anomalies congénitales ou d'autres complications relatives à la grossesse. En 1991, 34 % des bébés nés au Canada (excluant l'Ontario) venaient de mères de 30 ans et plus. En 2000, le taux est passé à 42 %.



Remarque : Exclut les naissances vivantes de femmes dont on ne connaît pas l'âge.

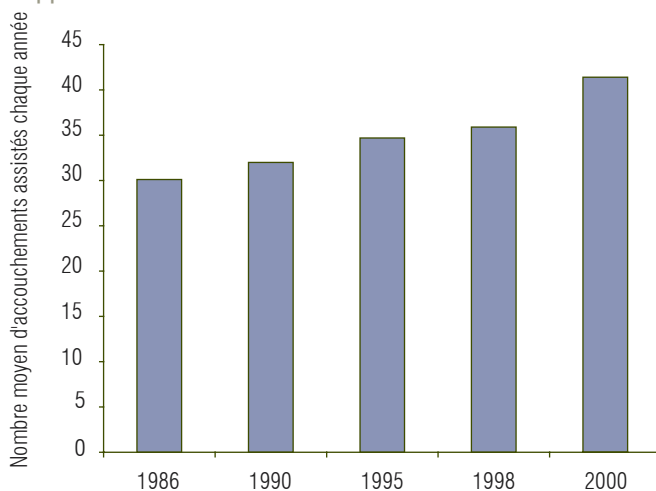
Source : Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, Santé Canada, 2003.

Bien que le taux global des naissances ait baissé, le taux des accouchements multiples a augmenté de façon régulière durant au moins la dernière décennie. Toutefois, l'augmentation en pourcentage des accouchements multiples — dont la plupart constituent des jumeaux — représente une hausse de moins de 1 % du taux de naissances au cours de cette période⁸. Étant donné qu'on considère tous les accouchements multiples porteurs de risques élevés (avortement, naissance prématurée, diabète gestationnel, toxémie prééclampsique et autres), on a besoin d'une surveillance plus fréquente et d'un personnel plus spécialisé, ce qui augmente la charge de travail des dispensateurs de soins.

FIGURE 6

Nombre moyen d'accouchements par année

De moins en moins de médecins de famille facturent des soins obstétriques, et ceux qui le font prennent part à plus d'accouchements. En 2000, ces professionnels ont pris part, en moyenne, à 41 accouchements, une hausse par rapport à 30 en 1986.



Source : Questionnaire sur les ressources médicales de l'Association médicale canadienne.

Les médecins de famille peuvent participer aux soins à la mère et à l'enfant dans toutes leurs étapes (de la préconception aux soins prénatals, en passant par les soins postpartum et plus). Ils sont presque deux-tiers (64 %) à déclarer fournir certains soins à la mère en 2001, une hausse par rapport à 1998 (53 %)⁹. Toutefois, tous les médecins de famille ne fournissent pas la gamme complète de soins à la mère. En 2001, moins d'un médecin de famille sur cinq (19 %) fournissant certains services ont prodigué des soins pendant l'accouchement. De ces 19 %, 85 % ont déclaré être habiles en matière de ventouse obstétricale, 44 % ont pratiqué des extractions

par application de forceps à la partie basse et 4 % ont pratiqué des extractions par application de forceps à la partie moyenne et des accouchements par rotation.



Bien que les médecins de famille soient plus nombreux à déclarer fournir des soins à la mère qu'au milieu des années 1990, ils sont moins nombreux à prendre part aux accouchements. Les données sur la facturation à l'acte provenant des régimes provinciaux d'assurance-maladie portent également à croire que la part des médecins de famille dans les accouchements a chuté. En 2000, ils ont pris part à 39 % des accouchements vaginaux, une chute par rapport à 44 % en 1996. Toutefois, les médecins de famille qui fournissent encore ce service continuent de le faire plus souvent, en moyenne, qu'auparavant. Selon le questionnaire sur les ressources médicales de l'Association médicale canadienne, les médecins de famille ont pris part, en moyenne, à 30 accouchements environ en 1986 par rapport à 41 en 2000.

La proportion de médecins de famille qui prennent part aux accouchements variait à l'échelle du pays — de 8 % à 69 % en 2001, selon la province ou le territoire. Les médecins de famille dans les provinces de l'Ouest et les territoires étaient plus susceptibles que leurs confrères dans les provinces du Centre ou de l'Atlantique de prendre part aux accouchements⁹.

Les médecins de famille pratiquent également moins de césariennes et prennent part à moins d'accouchements multiples, deux interventions qui tendent à être plus compliquées. Ils étaient responsables de 5 % des césariennes en 2000, une baisse par rapport à 7 % en 1996¹⁰. Le changement est plus important dans le cas des accouchements multiples : à peine au-dessus de 6 % de ces naissances[‡] étaient assistées par des médecins de famille en 1994. Toutefois, cette tendance a diminué au-dessous de 3 % vers 2000.

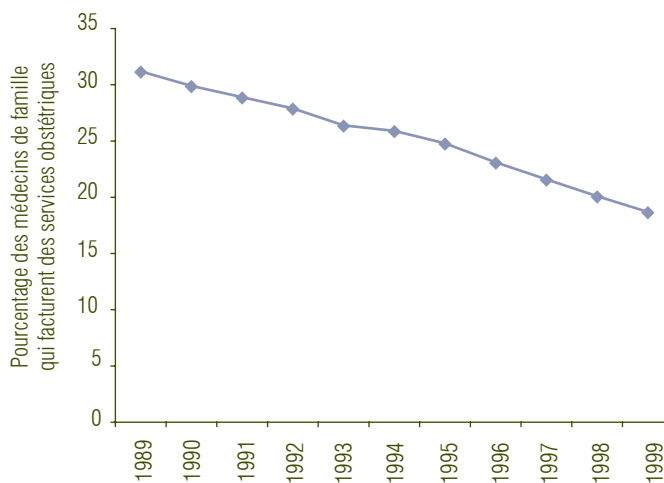
Les médecins de famille au Canada en 2001

- En 2001, le Canada comptait 29 627 médecins de famille.
- Selon les données de la facturation de 2001, environ 16 % fournissaient des services d'accouchement.
- Des médecins de famille qui fournissaient des soins obstétriques, 37 % étaient des femmes, une augmentation par rapport à 32 % en 1996.
- Presque la moitié des médecins de famille (46 %) avaient 45 ans ou plus. Seulement 4 % avaient moins de 30 ans; 12 % avaient plus de 60 ans.

7
FIGURE

De moins en moins de médecins de famille fournissent des soins obstétriques

À peine plus de 31 % des médecins de famille ont facturé des services obstétriques en 1989, comparativement à moins de 19 % en 1999. Ces données ne comprennent que les médecins de famille qui facturent à l'acte les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Elles ne comprennent pas les services fournis dans le cadre d'autres formes de paiement.



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

‡ Excluant les naissances au Manitoba et au Québec.



Selon le Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale, les médecins de famille qui ne vivent pas dans les régions urbaines ou la banlieue étaient plus susceptibles de fournir des soins à la mère — en prenant particulièrement part aux accouchements — que les médecins qui vivaient dans les régions urbaines. Particulièrement, 27 % des médecins de famille qui travaillaient dans des petites villes ou des régions rurales avaient fourni des soins pendant l'accouchement dans le cadre de leur pratique, comparativement à 12 % de ceux qui vivent dans les régions urbaines ou dans la banlieue (incluant les médecins de la grande ville). Le niveau des soins à la mère (p. ex.,

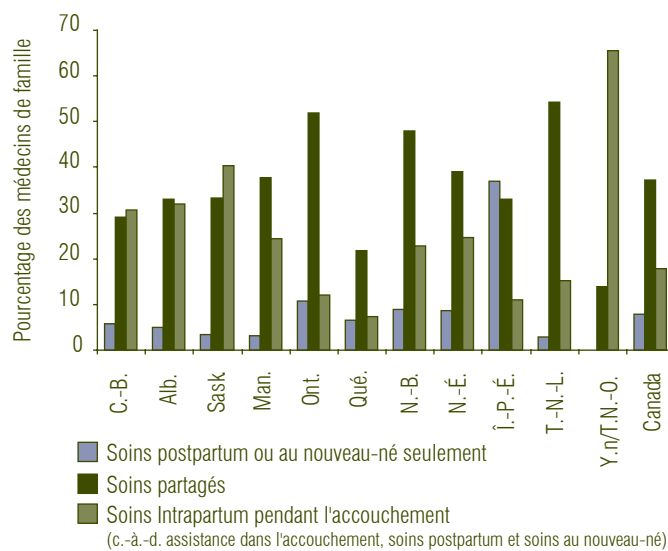
périnataux, pendant l'accouchement, post-partum et soins au nouveau-né) fournis par les médecins de famille variait également selon l'âge, le sexe et le lieu de pratique des médecins de famille. Par exemple, une proportion plus élevée de femmes médecins de moins de 40 ans ont déclaré prendre part aux accouchements, toutefois cette tendance est l'inverse chez les médecins de plus de 40 ans. Les médecins qui exercent dans le cadre de la médecine de groupe étaient également plus susceptibles que les médecins travaillant seuls de prendre part aux accouchements (23 % par rapport à 11 %).

Quand et pourquoi les médecins de famille décident-ils de ne pas prendre part aux accouchements? Les éléments de preuve portent à croire que ces décisions sont prises, du moins en partie, au

FIGURE 8

Quels sont les services à la mère et à l'enfant fournis par les médecins de famille?

Au Canada, la plupart des médecins de famille qui prennent part aux services à la mère et à l'enfant fournissent des « soins partagés ». En d'autres termes, ils fournissent des soins prénatals jusqu'à un certain nombre de semaines de la grossesse (souvent entre 24 et 32 semaines), puis transfèrent la patiente à un autre dispensateur, entre autres un obstétricien, une sage-femme ou un autre médecin de famille qui prend part aux accouchements. Certains médecins de famille prennent également part aux accouchements, mais leur proportion varie à l'échelle du pays. Dans une enquête de 2001, 66 % des médecins de famille qui fournissent certains soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest ont déclaré prendre part aux accouchements, comparativement à 7 % et 12 % respectivement au Québec et en Ontario.



Remarques : Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ne disposaient pas de données sur les « Soins postpartum ou au nouveau-né seulement ». Données du Nunavut non disponibles.

Source : Sondage national auprès des médecins de famille, 2001, partie du projet JANUS, Le Collège des médecins de famille du Canada.

cours du résidanat¹¹. Une étude en Ontario a suivi de près les résidents en médecine de famille au cours de leur formation et deux années après celle-ci. Bien que 52 % des résidents aient prévu pratiquer l'obstétrique initialement, 17 % ont maintenu leur intention vers la fin de leurs études. Deux années plus tard, seulement 16 % prenaient encore part aux accouchements. Les auteurs pensent que divers facteurs expliquent la décision de ne pas assister dans les accouchements, incluant des raisons personnelles, la compétence en obstétrique, le barème tarifaire et la menace des poursuites pour faute professionnelle.



Les médecins qui prévoient fournir des soins pendant l'accouchement à la fin de leur résidanat (ceux qui ne pensaient pas que leur choix aurait une grande incidence sur leur vie personnelle et ceux qui exerçaient dans des collectivités plus petites) étaient plus susceptibles de prendre part aux accouchements deux années après la fin de leur résidanat¹¹.

Obstétriciens et gynécologues

Si les médecins de famille fournissent moins de soins pendant l'accouchement, quels sont les professionnels de la santé qui prennent la relève? Ce sont en grande partie les obstétriciens. En 2002, on comptait 1 592 obstétriciens et gynécologues en exercice au Canada, une moyenne de 5 par 100 000 habitants. Tout comme les médecins de famille, leur nombre variait selon la région. Parmi les provinces, l'Ontario a affiché le taux le plus élevé d'obstétriciens et gynécologues par 100 000 habitants, soit 6 en 2002, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan et l'Alberta ont affiché le taux le plus faible, soit 4 par 100 000 habitants.



Tous les obstétriciens et gynécologues au Canada ne fournissent pas des soins obstétriques. Une enquête réalisée en 1999 par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a révélé que 17 % des répondants ne pratiquent pas d'obstétrique⁸. Seulement 29 % de ceux qui pratiquent l'obstétrique et la gynécologie ont consacré plus de la moitié de leur temps à l'obstétrique¹². L'information récente sur la facturation vient d'ailleurs appuyer ces résultats. Des obstétriciens et gynécologues qui ont facturé à l'acte les régimes provinciaux d'assurance-maladie en 2001, environ 18 % n'ont facturé aucun service obstétrique¹⁰. Selon une nouvelle étude, il existe plusieurs facteurs reliés à la fourniture de soins obstétriques : les obstétriciens et gynécologues de moins de 35 ans étaient plus susceptibles de fournir de tels soins, tandis que les femmes et ceux qui pratiquent dans les villes dotées d'écoles médicales l'étaient moins¹³.

Le nombre total de naissances assistées par des obstétriciens a été relativement stable depuis le milieu des années 1990. Avec la baisse du nombre de naissances, cela signifie que les obstétriciens prennent part à un plus grand nombre d'accouchements¹⁰, incluant :

- 61 % des accouchements vaginaux dans les provinces du Canada en 2000, une hausse par rapport à 56 % en 1996;
- 95 % des césariennes en 2000, une hausse par rapport à 93 % en 1996;
- 96 % des accouchements multiples au Canada en 2000, une hausse par rapport à 92 % en 1994.

Les obstétriciens et gynécologues au Canada en 2001

- En 2001, le Canada comptait 1 590 obstétriciens et gynécologues.
- De ce chiffre, 1 270 (80 %) fournissaient certains soins obstétriques.
- De ces obstétriciens et gynécologues qui fournissaient des soins obstétriques, 36 % étaient des femmes, une hausse par rapport à 27 % en 1996.
- Un pourcentage d'à peine plus de 60 % avaient 45 ans ou plus; à peine moins de 10 % avaient moins de 35 ans; 9 % avaient plus de 65 ans.



§ L'enquête a compté 668 obstétriciens et gynécologues, soit 41 % de l'ensemble de ces spécialistes au Canada.



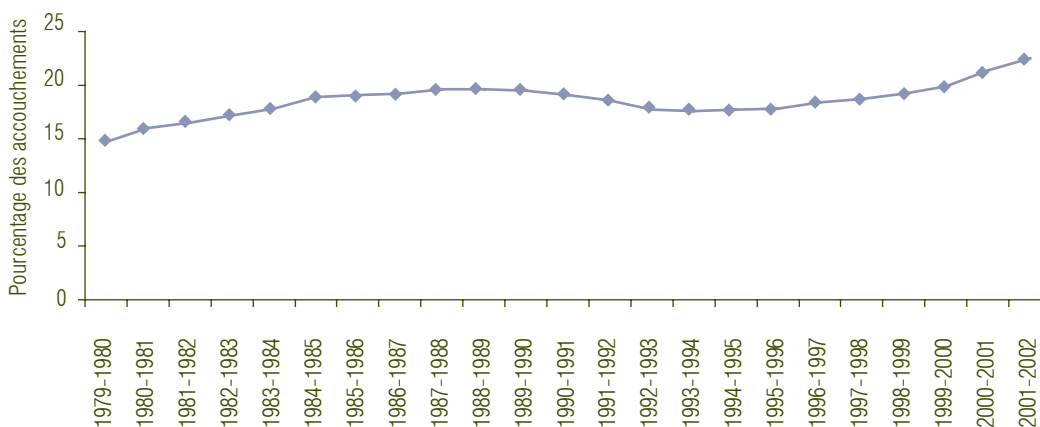
Les tendances des césariennes

Au Canada, un pourcentage considérable de bébés sont nés par césarienne.

FIGURE 9

Taux de césariennes au Canada

À l'exception de la chute survenue au début des années 1990, le taux des césariennes au Canada a augmenté au cours des deux dernières décennies pour atteindre un record de 22,5 % des accouchements à l'hôpital en 2001-2002.

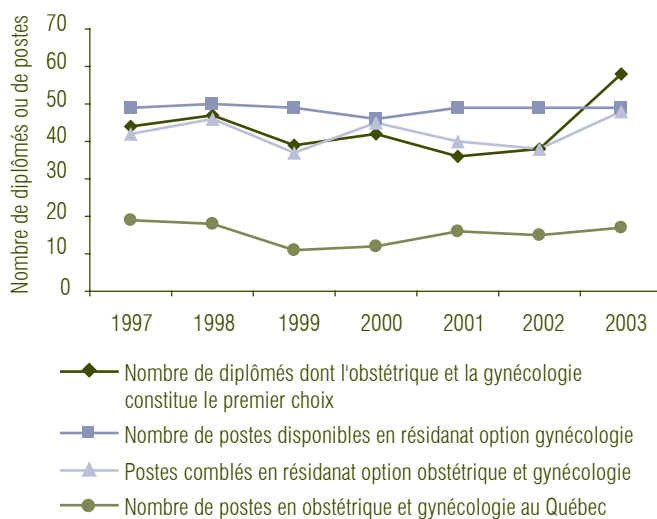


Sources : Statistique Canada (1979-1980 à 1993-1994); Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS (de 1994-1995 à 2001-2002).

FIGURE 10

Études en obstétrique et gynécologie

Chaque année, des étudiants en médecine choisissent la spécialité dans laquelle ils veulent exercer. Selon le service canadien de jumelage des résidents, le nombre de postes offerts en obstétrique et gynécologie dépasse celui des postes comblés au cours des sept dernières années. Les données du Québec sont présentées séparément, car les établissements de formation dans cette province ne participent pas au service canadien de jumelage des résidents.



Sources : Le Canada à part le Québec: Canadian Resident Matching Service, www.carms.ca/stats/stats_index.htm; Données du Québec : Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec.

Regard vers l'avenir

En 1999, la SOGC a interrogé ses obstétriciens et gynécologues membres au sujet de leurs plans de retraite. Trente quatre pour cent ont indiqué leur intention de prendre la retraite dans les cinq prochaines années (1999-2004). Selon l'ICIS, entre 1999 et 2002, 114 obstétriciens et gynécologues étaient retraités et 27 étaient préretraités. Si les tendances récentes des inscriptions se maintiennent, environ 250 nouveaux médecins suivront des programmes de résidanat en obstétrique et gynécologie au cours de la même période.

Les résultats de l'enquête de la SOGC ont également indiqué que la majorité des obstétriciens (64 %) assistent dans 101 à 300 accouchements par année¹².



Sages-femmes

Les sages-femmes modernes combinent connaissances en obstétrique et pratique traditionnelle d'une sage-femme. Elles fournissent des soins aux femmes à tous les stades de la grossesse, du travail, de la naissance et jusqu'à six semaines après l'accouchement.

Jusqu'au début des années 1990, peu de pays, incluant le Canada, n'avaient pas une loi sur les sages-femmes⁴. Toutefois, ces services sont maintenant réglementés en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario et au Québec. La Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest ont également adopté des lois sur les sages-femmes, en attendant son adoption en Saskatchewan.



Il se peut également que les sages-femmes travaillent dans d'autres secteurs de compétence, mais leur pratique ne serait pas réglementée de la même façon. Les sages-femmes réglementées (et non réglementées jusqu'à une certaine mesure) aident à accoucher à domicile et à l'hôpital, sauf au Québec où elles prennent en charge les femmes accouchant dans des maisons de naissance autonomes. Les sages-femmes réglementées peuvent également prescrire des médicaments adéquats et faire faire les tests requis durant la grossesse.

11 FIGURE

Nombre de diplômées de programmes canadiens de sages-femmes

Les sages-femmes peuvent suivre une formation dans cinq universités de trois provinces (l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec). Le tableau suivant montre le nombre de diplômées depuis 1996. Le programme de l'Université du Québec à Trois-Rivières a débuté en 2001, tandis que celui de l'Université de la Colombie-Britannique a débuté en automne 2002. Les premières diplômées sortiront en 2004 et 2005 respectivement.

Université	1996	1997	1998	1999	2000*	2001	2002
Université Laurentienne	5	6	10	5	1	2	7
McMaster University	6	10	11	11	1	8	18
Ryerson University	8	6	3	12	5	11	8
L'Université du Québec à Trois-Rivières	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0
University of British Columbia	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
Total	19	22	24	28	7	21	33

* Le petit nombre de diplômées cette année peut être attribué à un changement dans la durée des programmes en Ontario en 1998, de deux à trois années.

Source : Base de données sur le personnel de la santé, ICIS.

Bien que la réglementation des sages-femmes enregistre une croissance, elle ne signifie pas nécessairement que les soins fournis par ces professionnelles sont couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Bien que l'Ontario, le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique financent les services de sages-femmes à partir de fonds publics (tout comme le feront les Territoires du Nord-Ouest), les familles en Alberta paient environ 2 500 dollars par durée de soins en dépenses directes⁴.



FIGURE 12

Les sages-femmes au Canada

Les sages-femmes sont parmi les dispensatrices de soins de santé primaires aux femmes à tous les stades de la grossesse — de la phase prénatale jusqu'à six semaines après l'accouchement. Certaines provinces et certains territoires comptent des sages-femmes réglementées; c'est-à-dire que pour exercer, les sages-femmes qui pratiquent dans ces secteurs de compétence doivent avoir reçu une formation officielle et une autorisation d'exercice. La réglementation ne signifie pas nécessairement que les services sont financés par le secteur public. Les établissements dans lesquels les sages-femmes ont le droit d'exercer varient d'un secteur de compétence à l'autre.

Province ou territoire	Législation (année)	Services financés	Dépenses directes	Domicile, hôpital ou maternité	École de sages-femmes
C.-B.	Oui (1998)	Oui	Non	Domicile/hôpital	Oui
Alb.	Oui (1998)	Non	Oui	Domicile/hôpital/ centre des naissances	Non
Sask.	Oui (acte non édicté)	Non	Oui	Domicile	Non
Man.	Oui (2000)	Oui	Non	Domicile/hôpital	Non
Ont.	Oui (1994)	Oui	Non	Domicile/hôpital	Oui
Qué.	Oui (1999)	Oui	Non	Centre des naissances (inclura bientôt les soins à domicile et dans quelques hôpitaux)	Oui
N.-B.	Non	Non	Oui	Domicile	Non
N.-É.	Non	Non	Oui	Domicile	Non
Î.-P.-É.	Non	Non	Oui	Domicile	Non
T.-N.-L.	Non	Non	Non	Hôpital (régions éloignées seulement)	Non
Yn	Non	Non	Oui	Domicile	Non
T.N.-O.	Oui (acte à édicter en 2004)	Oui (2004)	Oui	Domicile	Non
Nun.	En partie (un projet pilote à Rankin Inlet)	En partie	Non	Centre des naissances	Non

Source : Adapté de : Hawkins M, Knox S. *The Midwifery Option: A Canadian Guide to the Birth Experience*. Toronto: HarperCollins Publishers, 2003.

Entre 1993 et 2002, le nombre de sages-femmes réglementées qui exerçaient au Canada est passé de 96 à 413, une hausse de 330 %. Une partie de cette hausse reflète les changements dans la réglementation, entre autres les conditions d'inscription, plutôt que la croissance réelle du nombre de sages-femmes. Néanmoins, avec la croissance du nombre réel de sages-femmes et du nombre de provinces qui forment et réglementent ce personnel, les futures mamans sont plus nombreuses à choisir ces dispensatrices de soins pour accoucher.

Les sages-femmes au Canada en 2001

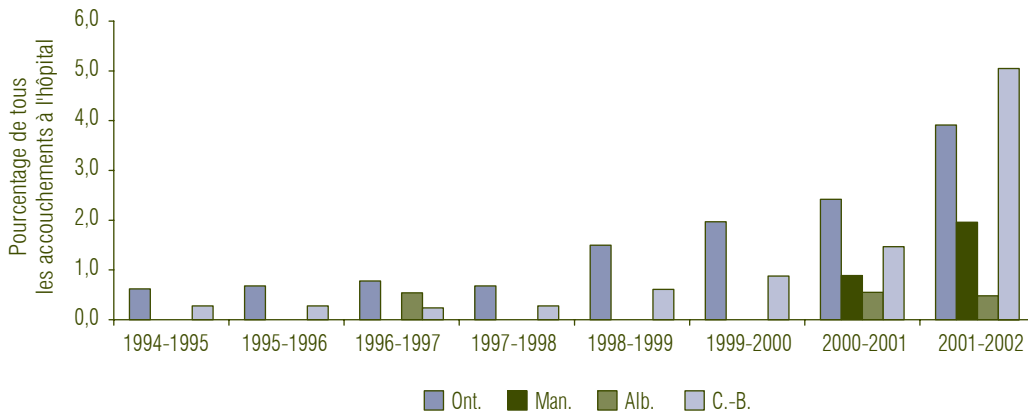
- En 2001, le Canada comptait 370 sages-femmes.
- Plus de 75 % (trois-quart) étaient des femmes.
- Jusqu'en 2001, 54 % des sages-femmes en Ontario avaient plus de 40 ans — (généralement, les autres provinces ne recueillent pas cette information sur les sages-femmes dans leur secteur).



FIGURE 13

Naissances à l'hôpital assistées par des sages-femmes au Canada

Plusieurs provinces affichent un nombre croissant de naissances à l'hôpital assistées par des sages-femmes et financées par le secteur public. Tel illustré ci-dessous, l'Ontario a affiché une hausse multipliée par presque sept entre 1994-1995 et 2000-2001. (Des données similaires ne sont pas disponibles pour toutes les années dans les autres secteurs de compétence). D'autres données de l'Ontario montrent que les sages-femmes sont de plus en plus susceptibles de fournir des soins à l'hôpital, plutôt qu'à domicile. Par exemple, le programme des sages-femmes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario estime que 72 % des accouchements assistés par des sages-femmes en 2000 ont eu lieu à l'hôpital, une hausse par rapport à 61 % en 1994.



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

Dispensateurs et taux d'interventions

Bien que différents types de professionnels de la santé soient formés pour prendre part aux accouchements, leur formation, leurs perspectives et leur pratique peuvent varier. Certains chercheurs au Canada et ailleurs ont étudié la façon dont les soins prodigués par les sages-femmes, les médecins de famille et les obstétriciens varient¹⁴. Une étude au Québec qui a comparé 961 paires de femmes enceintes recevant des soins par une sage-femme ou des soins médicaux au milieu des années 1990 a découvert que, dans l'ensemble, on avait moins souvent recours aux technologies en obstétrique lorsque les femmes étaient prises en charge par des sages-femmes¹⁴. Par exemple, l'utilisation de tests, tels que l'échographie, l'amniocentèse et le dépistage du glucose, était moins courante lorsque les sages-femmes étaient les premières responsables des soins. Les femmes prises en charge par des sages-femmes étaient également moins susceptibles de se faire hospitaliser avant l'accouchement, de subir une césarienne et d'accoucher de bébés prématurés. Toutefois, les bébés nés entre les mains de ces mêmes dispensatrices de soins étaient plus susceptibles de nécessiter une ventilation assistée cinq minutes après leur naissance.

On constate des résultats similaires dans d'autres pays. Des chercheurs américains ont comparé les types de soins obstétriques fournis par des médecins de famille, des obstétriciens et des sages-femmes agréées à des patientes à faible risque. Ils ont constaté que les sages-femmes agréées étaient moins susceptibles d'avoir recours au monitoring électronique continu du fœtus et à l'anesthésie épidurale, et pratiquaient moins de césariennes. On a enregistré peu de différence entre les caractéristiques de pratique des obstétriciens et des médecins de famille¹⁵.

Au Royaume-Uni, des chercheurs ont étudié l'expérience de 1 299 femmes enceintes prises en charge par des sages-femmes seulement ou par des sages-femmes, des médecins hospitaliers et des médecins de famille en même temps. Ils ont constaté que les femmes prises en charge par des sages-femmes étaient moins susceptibles d'avoir une naissance provoquée et de subir une épisiotomie. Le taux de complication et les déchirures périnéales étaient similaires dans les deux groupes. Les femmes prises en charge par des sages-femmes étaient également nettement plus satisfaites des soins qu'elles ont reçus¹⁶.



Les anesthésistes au Canada en 2001

- En 2001, le Canada comptait 2 420 anesthésistes.
- De ce chiffre, 24 % étaient des femmes, une hausse par rapport à 22 % en 1996.
- L'âge moyen était de 48 ans (0 % avait moins de 30 ans, 17 % avaient 60 ans ou plus).

Anesthésistes

En 2002, on comptait 2 406 anesthésistes au Canada ou 8 par 100 000 habitants, un taux qui varie selon le secteur de compétence. Ces spécialistes soulagent, entre autres, la douleur au cours du travail et de l'accouchement, administrent l'anesthésie au cours d'une césarienne et réaniment le nouveau-né. Selon la Société canadienne des anesthésiologistes, chaque année, 35 % des femmes en travail reçoivent une injection épidurale qui nécessite les services d'un anesthésiste. Dans certains cas, il se peut aussi que des médecins de famille soient également en mesure de faire cette intervention.



Le taux par habitant des anesthésistes est inférieur dans les régions rurales et éloignées, tout comme le taux de césariennes et d'accouchements vaginaux avec anesthésie épidurale. Par exemple, 63 % des accouchements qui ont eu lieu dans les hôpitaux d'enseignement urbains à l'Est et au Sud-Est de l'Ontario étaient avec anesthésie épidurale, par rapport à 11 % dans les petits hôpitaux communautaires¹⁷. Dans certains cas où les anesthésistes ne sont pas disponibles, les médecins généralistes fournissent certains services d'anesthésie. Dans d'autres cas, les femmes qui attendent un bébé peuvent recevoir des soins dans des hôpitaux à l'extérieur de leur région (pour plus de détails, voir la section sur les soins dans les régions rurales et éloignées du Nord).

Infirmières

En 2002, plus de 5 % (12 167) des 230 957 infirmières autorisées travaillant en soins infirmiers au Canada ont déclaré que leur principal secteur de responsabilité était les soins à la mère et à l'enfant, presque le même chiffre qu'en 1995. Les infirmières participent à chaque étape des soins à la mère et à l'enfant — des cours de périnatalité qu'elles dispensent, aux services à domicile antérieurs à la naissance qu'elles fournissent aux femmes à risque élevé, en passant par leur assistance au cours du travail et l'accouchement. Après l'accouchement, les infirmières de la santé publique peuvent également être appelées à fournir des soins de suivi (incluant les consultations en allaitement) aux nouvelles mères et à leur bébé.



Les infirmières au Canada en 2001

- En 2001, le Canada comptait 231 512 infirmières autorisées travaillant en soins infirmiers.
- 95 % étaient des femmes, environ la même proportion qu'en 1996.
- La plupart des infirmières avaient entre 30 et 59 ans (9% avaient moins de 30 ans et 5 % avaient 60 ans ou plus).

Soins partagés

Plusieurs femmes enceintes commencent les soins entre les mains d'un dispensateur de soins primaires, puis sont référées à un autre professionnel de la santé pour le reste de leur grossesse. Par exemple, plusieurs médecins de famille au Canada fournissent des soins jusqu'à la 32^e semaine de la grossesse, puis transfèrent les patientes à d'autres médecins de famille, obstétriciens ou sages-femmes. Dans certains secteurs de compétence, les infirmières praticiennes peuvent faire de même. À cet effet, on a suggéré qu'une collaboration entre les dispensateurs de soins à la mère était une façon d'aborder certaines questions



Élargir le rôle des infirmières praticiennes

L'utilisation accrue des infirmières praticiennes (IP) fait partie de plusieurs visions pour le renouvellement des soins de santé primaires. Les IP sont des infirmières autorisées qui ont reçu une formation supplémentaire, incluant des cours pour fournir certains services qui étaient autrefois réservés aux médecins seulement, entre autres faire des tests, diagnostiquer les maladies et prescrire des médicaments.

Les IP peuvent apporter une perspective et une expertise uniques à leur rôle. Par exemple, certains soutiennent que la formation des médecins tend à mettre l'accent sur le diagnostic et le traitement des maladies, tandis que les infirmières mettent plus d'accent sur le patient et la famille dans l'ensemble à l'échelle physique et psychosociale¹⁸. De cette façon, le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires peut compléter plutôt que remplacer le rôle des autres dispensateurs de soins.

Les infirmières praticiennes travaillent dans la plupart des régions du pays, mais plus particulièrement dans les régions rurales et éloignées. Par exemple, en 2002, environ 60 % des infirmières dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut occupaient des rôles élargis dans les établissements de soins de santé primaires¹⁹. Bien que les tâches particulières puissent varier, la plupart des régions du Canada (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest/Nunavut) ont édicté une loi qui permet aux IP d'exercer de façon indépendante²⁰. Les IP en Ontario, par exemple, peuvent faire un diagnostic de grossesse, donner des conseils en matière d'options d'accouchement et fournir des soins prénatals jusqu'à la 32^e semaine de la grossesse²¹. Ailleurs, les tâches qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la pratique conventionnelle doivent être déléguées par un médecin.

relatives à l'accès aux soins, particulièrement dans les régions rurales et éloignées²². Le partage des soins peut également s'avérer une façon de s'assurer que les dispensateurs tirent le meilleur parti de leurs compétences variées.

Souvent, la collaboration entre les dispensateurs est également nécessaire dans le cas des grossesses à risque élevé. Par exemple, les sages-femmes sont généralement appelées à transférer les accouchements à risque élevé aux médecins concernés. Les médecins de famille sont appelés à faire de même.

Dans le Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale, on a demandé aux médecins de famille qui fournissent des soins à la mère s'ils ont référé leurs patientes à risque modéré à un obstétricien. Le sondage révèle que 11 % des médecins qui ont pris part à des accouchements ont effectivement référé leurs patientes et que 63 % ont continué de fournir les soins tout en consultant un obstétricien.

Toutefois, la collaboration peut comporter des problèmes et prendre du temps pour s'établir. Par exemple, un sondage réalisé après l'intégration des sages-femmes dans le système de santé en Colombie-Britannique a révélé que les infirmières chargées des soins à la mère et à l'enfant ainsi que les sages-femmes fournissaient généralement des soins en parallèle plutôt qu'en collaborant, et qu'il existait une tension entre ces deux groupes de professionnelles²³.





Autres professionnels fournissant des soins de soutien à la mère

Monitrices de cours prénatals

Les cours prénatals, qui offrent l'information sur divers aspects de la grossesse, de l'accouchement et du rôle parental au cours des premiers mois, sont souvent offerts dans les hôpitaux dotés de services à la mère ou dans la collectivité. Les monitrices de cours prénatals viennent de différents milieux, incluant les soins infirmiers. Actuellement, le Canada ne possède pas de normes universelles d'attestation des monitrices de cours prénatals. Toutefois, certains organismes ont établi leurs propres exigences d'agrément, même que certains collèges communautaires offrent un certificat de formation continue en cours prénatals.



Soutien durant le travail et césariennes

Le soutien durant le travail est un terme qui décrit « la présence d'une personne qui procure un soutien en donnant des conseils, en fournissant l'information, en apportant des mesures de réconfort et en offrant d'autres formes d'assistance tangibles à la femme, afin de l'aider à surmonter le stress attribué au travail et à l'accouchement²⁴ ». Différentes praticiennes sont formées pour procurer un soutien durant l'accouchement, incluant les infirmières, les sages-femmes et les doulas.

Est-ce qu'un soutien continu durant le travail réduit la probabilité d'une césarienne? Une analyse méthodique de 14 études incluant 5 000 femmes de 10 pays a comparé le soutien continu procuré par un soignant professionnel ou un soignant non professionnel (membres de la famille et amis) avec les soins réguliers (un certain soutien qui n'est toutefois pas continu). Les auteurs ont conclu qu'un soutien ininterrompu durant le travail avait des bienfaits : il était associé à d'importantes réductions des césariennes, des accouchements chirurgicaux vaginaux et du recours aux analgésiques²⁵.

Doulas

Les doulas fournissent un soutien émotionnel non médical aux femmes qui attendent un bébé et à leur famille durant l'accouchement et les périodes postpartum sans poser de gestes cliniques. Il existe deux types de doulas : les doulas de naissance et les doulas postnatales. Jusqu'au mois de janvier 2004, on a recensé au Canada environ 200 doulas de naissance agréées par *Doulas of North America*. Ces femmes procurent un soutien pendant le travail et l'accouchement principalement. Les doulas postnatales procurent un soutien à domicile après l'accouchement. La formation de ces femmes consiste généralement en un séminaire de deux à trois jours dans lequel on développe les techniques de relaxation, de respiration, de positionnement, de maîtrise de la douleur, de massage et d'autres méthodes pour apporter du réconfort.

Les doulas ne sont pas réglementées ou agréées au Canada, bien que plusieurs organismes offrent un certificat aux États-Unis et dans quelques pays en Europe.



Dépistage et diagnostic

Certains professionnels de la santé participent aux soins à la mère à des étapes particulières de la grossesse, plutôt que sur une base continue. Par exemple, la plupart des femmes enceintes subissent une série de dépistages et de tests diagnostics de routine, entre autres l'échographie et les tests sanguins. En cas de complications suspectées ou de grossesse à risque élevé, on peut recourir à des tests plus effrectifs et plus fréquents qui sont effectués par les radiologues, les techniciens en échographie et de laboratoire et d'autres professionnels.

Saviez-vous?

En 2003, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a révélé la présence de preuves acceptables qui soutiennent les bienfaits du dépistage par échographie au cours du deuxième trimestre, lors des examens périodiques dans le cas des grossesses normales. Il a également indiqué que le dépistage par échographie contribue à augmenter le poids du bébé à la naissance, à déceler plus tôt la présence de jumeaux, à diminuer le taux d'induction et à accroître le taux d'avortement dans le cas d'anomalies fœtales. Le dépistage en série par échographie n'est pas recommandé dans le cas des grossesses normales.

Dans certaines parties du Canada, particulièrement les régions rurales et du Nord, la disponibilité limitée de ces groupes de professionnels et de techniciens peut influencer sur les soins mis à la disposition des futures mères. Pour plus de renseignements sur le personnel et les services de l'imagerie, veuillez consulter le rapport spécial de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada* (disponible à www.icis.ca).





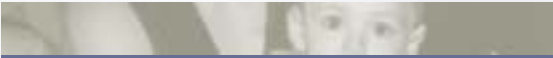
Défis particuliers des dispensateurs de soins

Selon la chanson populaire, la grossesse et les naissances sont « un petit miracle commun ». Lorsque tout va comme prévu, les femmes vivent des grossesses saines et les bébés naissent sans besoin d'interventions médicales intensives. Toutefois, il existe des cas dans lesquels des soins particuliers sont nécessaires pour assurer la sécurité de la mère et du nourrisson.

On estime qu'une grossesse comporte des dangers lorsqu'il y a un risque plus que moyen de développer des complications. Par exemple, les femmes qui ont des antécédents médicaux, comme le diabète gestationnel ou une maladie cardiaque, ou qui portent plus d'un enfant, peuvent courir un risque élevé. Une grossesse normale peut également devenir à risque élevé, lorsqu'on décèle certains problèmes comme les signes d'un accouchement prématuré. Généralement, ce sont les obstétriciens qui tendent à coordonner les soins destinés aux femmes à risque élevé, et on suggère souvent la réalisation de tests de surveillance supplémentaires (p. ex. l'échographie).

Grossesses à risque élevé

Plusieurs hôpitaux possèdent des cliniques spécialisées pour les femmes dont la grossesse comporte des risques élevés, mais ces établissements tendent à se situer dans les principaux centres urbains, situation qui s'applique également aux hôpitaux avec des unités de soins intensifs spécialisés au service des nourrissons à risque élevé. En Ontario, par exemple, 10 des 16 unités néonatales de soins intensifs se trouvent dans des hôpitaux situés dans les principaux centres urbains.



Saviez-vous?

Environ 10 % des grossesses comportent des risques élevés. Une grossesse à risque élevé met la mère ou le bébé, si ce n'est les deux, dans une situation qui les rend plus susceptibles à la moyenne de développer des complications. Ces dernières pourraient être attribuées à un problème de santé que la mère a développé avant de devenir enceinte, pendant sa grossesse ou au moment de l'accouchement⁷.



Accouchements dans les régions rurales et éloignées

Les accouchements dans les régions rurales et éloignées du Canada comportent des problèmes uniques, tant pour les femmes qui ont besoin de soins que pour les dispensateurs de soins. En voici des exemples^{26, 27} :

Les sages-femmes autochtones au Canada

Traditionnellement, les connaissances et les techniques en matière d'accouchement étaient transmises d'une génération à l'autre. Dans certaines collectivités autochtones, les sages-femmes continuent leur formation par l'apprentissage. Au Québec, les sages-femmes inuites à Puvirnituq et Inukjuak reçoivent leur formation en tant que stagiaires dans leur propre collectivité. La loi dans cette province accorde le statut de sage-femme aux Inuites qui travaillent déjà à Nunavik et non celles qui sont en formation, car elle ne reconnaît que le programme de formation dispensé à l'Université du Québec à Trois-Rivières, non le modèle d'apprentissage des sages-femmes autochtones. Les représentants du Nunavik n'ont cessé d'exercer des pressions pour modifier cette loi.

En Ontario, les sages-femmes autochtones qui pratiquent dans leur propre collectivité ne sont pas réglementées en vertu de la loi provinciale sur les sages-femmes. En Colombie-Britannique, elles travaillent avec le Collège de sages-femmes de la Colombie-Britannique afin de créer un comité sur les sages-femmes autochtones. Au Manitoba, la loi permet l'agrément des sages-femmes autochtones si leur formation a été faite dans le cadre d'un apprentissage²⁸.

- La distance éloignée des établissements et des équipements spécialisés;
- Le manque de soutien par les pairs aux dispensateurs et de garantie pour leur pratique;
- Le besoin d'avoir des dispensateurs aux qualifications élargies et spécialisées.

Les problèmes spécifiques concernant la durabilité de la pratique des soins maternels en milieu rural comprennent ce qui suit¹⁷ :

- Le nombre limité de médecins disponibles pour assurer les services à l'appel;
- Le manque de moyens pour pratiquer la césarienne;
- Le manque de services d'anesthésie;
- Le petit nombre de naissances dans les régions rurales.

En conséquence de la disponibilité plus limitée des services à la mère dans les régions rurales et éloignées, plusieurs femmes, particulièrement celles dont la grossesse comporte un risque élevé, doivent se déplacer aux centres urbains pour accoucher.

Donner naissance dans le Grand Nord du Canada

À partir des années 1960, les femmes vivant dans le Grand Nord, particulièrement celles qui attendaient des jumeaux ou qui avaient eu d'autres complications, prenaient souvent l'avion pour se rendre à des hôpitaux tertiaires ou secondaires, et ce, quatre semaines environ avant la date prévue de l'accouchement. D'habitude, seuls les accouchements non prévus avaient lieu dans les collectivités du Nord²⁹.

Cette pratique signifie que les soins spécialisés étaient à portée de main, mais les femmes étaient loin de chez elles. Au milieu des années 1990, une enquête régionale de la Commission des services de santé des Inuits du Labrador, qui a étudié les expériences vécues au cours de l'accouchement, a révélé que 84 % des femmes qui ont quitté leur collectivité pour accoucher ont vécu le stress. De plus, 54 % ont indiqué que l'accouchement à l'extérieur de leur collectivité a eu des conséquences négatives sur leur famille³⁰.

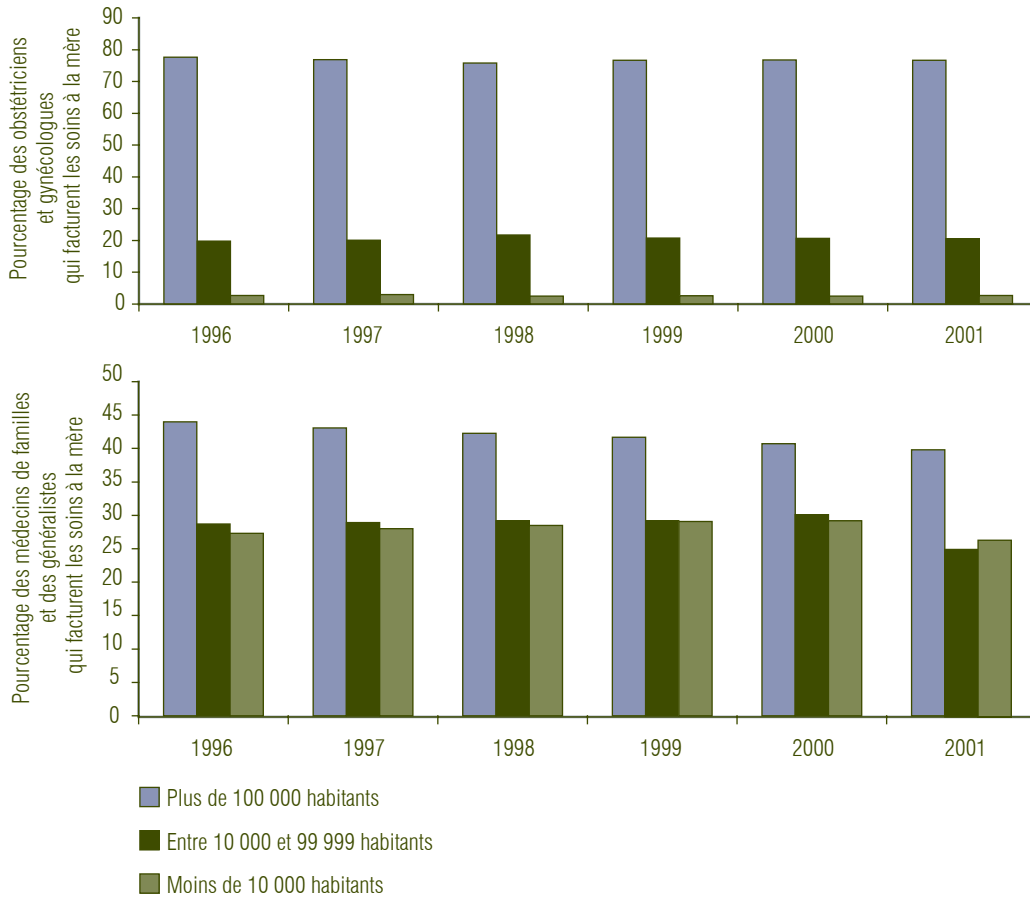
Aujourd'hui, le taux de naissances dans le Grand Nord est beaucoup plus élevé que dans les régions urbaines du Canada. Les femmes avec des complications ou celles qui nécessitent une césarienne se déplacent toujours pour se rendre à un hôpital. Toutefois,



14
FIGURE

Lieu de pratique des médecins de famille et des obstétriciens

La plupart des obstétriciens fournissent des soins à la mère dans les centres urbains du Canada. Les données sur la facturation montrent que la répartition de ces spécialistes était relativement stable entre 1996 et 2001.



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

certaines femmes dont la grossesse comporte peu de risques trouvent qu'il est plus facile de rester dans leur collectivité. Par exemple, des centres de naissance ont vu le jour à Puvirnituq au Nunavik en 1986, à Rankin Inlet au Nunavut en 1993³⁰ et à Inukjuak en 1998³¹.

Donner naissance dans les régions rurales du Canada

Bien que le taux de naissances dans le Grand Nord se compte parmi les plus élevés au pays, moins de bébés sont nés dans les régions canadiennes rurales que dans le passé. Dans certaines parties du pays, on a également réduit les services à la mère. Une enquête auprès des hôpitaux communautaires du Nord de l'Ontario a révélé que 15 des 39 collectivités ne possédaient pas de services obstétriques en 1999, comparativement à seulement trois en 1981³². Les hôpitaux restants soit ne pratiquaient pas

Répondre aux questions des mères dans les régions rurales

Dans une étude récente en Ontario et en Alberta pour examiner le vécu des femmes par rapport aux soins à la mère en milieu rural, les femmes ont indiqué que les médecins de famille étaient la principale source des réponses à leurs questions sur le rôle parental et que souvent, elles se contentaient de la série d'options de soins à la mère qu'ils leurs proposaient. Les femmes tendaient à envisager un plus grand éventail d'options lorsque les médecins de famille n'étaient pas facilement accessibles³⁴.



la césarienne, soit en pratiquaient par des obstétriciens. Dans certains hôpitaux, les médecins de famille ou les chirurgiens généraux pratiquaient également la césarienne. Les chercheurs ont estimé que la durée moyenne de la distance entre le domicile et la collectivité la plus proche était de 45 minutes.

Une étude similaire réalisée auprès des hôpitaux ruraux en Colombie-Britannique a examiné la disponibilité des césariennes urgentes entre 1994 et 1999³³. Des 60 hôpitaux ruraux, 19 n'avaient pas les moyens de pratiquer une césarienne; 6 la pratiquaient de façon limitée; 10 avaient les moyens de la pratiquer tous les jours 24 heures sur 24 par des médecins de famille; 25 avaient les moyens de la pratiquer tous les jours 24 heures sur 24 par des spécialistes. Bien que les hôpitaux avec plus de services aient affiché une plus grande proportion d'accouchements dans la zone de service de l'hôpital local, on n'a enregistré aucune différence considérable dans les décès périnataux entre les hôpitaux qui pratiquaient peu ou ne pratiquaient pas de césarienne et ceux qui étaient disponibles pendant 24 heures.

Dans plusieurs autres domaines de soins, la recherche montre que les centres à grand volume tendent à obtenir de meilleurs résultats cliniques. Un groupe d'experts, cependant, a récemment indiqué que cela n'est pas le cas chez les médecins qui prennent part aux accouchements, à moins qu'ils bénéficient du soutien approprié. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada ont affirmé dans une déclaration commune en 2002 que la compétence d'un établissement de soins à la mère ne repose pas sur le nombre d'accouchements réalisés annuellement par les médecins. En fait, ils ont indiqué qu'il est possible d'obtenir de bons résultats dans des établissements à faible volume, lorsque les consultations spécialisées et les références à temps sont disponibles et utilisées de façon adéquate³⁵.





Les soins durant les premières semaines de la vie

Voilà une génération ou deux, les femmes restaient souvent à l'hôpital jusqu'à cinq jours environ si leur état de santé était bon, et même plus lorsqu'elles présentaient des complications³⁶. Aujourd'hui, les mères et les nourrissons en bonne santé sortent généralement 24 à 48 heures après l'accouchement. Certaines préfèrent même sortir plus tôt, surtout si l'accouchement était assisté par une sage-femme.

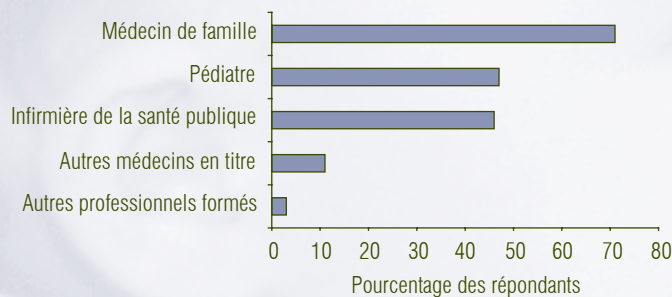
La plupart des bébés et des mères qui quittent l'hôpital 24 à 48 heures après l'accouchement ne présentent aucun problème. Toutefois, certains bébés sont atteints de la jaunisse, d'une déshydratation ou d'autres conditions et doivent donc retourner à l'hôpital. En fait, selon les données de l'ICIS, la jaunisse était la première cause d'hospitalisation des bébés de 28 jours et moins au Canada entre 1994 et 2000. Plusieurs études ont constaté une corrélation entre la baisse de la durée du séjour et la hausse du taux de réadmissions à la suite de la jaunisse ou d'une déshydratation^{37, 38, 39}. Pour surveiller ces problèmes et d'autres, les femmes prises en charge par des médecins de famille ou des obstétriciens sont souvent rappelées de faire examiner leur bébé par un médecin de famille ou un

pédiatre 24 à 48 heures après avoir quitté l'hôpital. Quant aux femmes prises en charge par des sages-femmes, elles bénéficient de soins jusqu'à six semaines après la naissance. De plus, divers autres professionnels peuvent prodiguer des soins après la naissance. La section suivante souligne ce que nous savons au sujet d'un certain nombre de ces dispensateurs de soins.

15
FIGURE

Qui fournit les soins à l'enfant?

Selon l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes de Statistique Canada, un médecin de famille a été consulté au moins une fois pour des soins de santé pour 70 % des nourrissons entre 0 et 11 mois en 2000-2001. Un pédiatre ou une infirmière de la santé publique ont été consultés pour à peine moins de 50 % des nourrissons au cours de la même période.



Source : Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, Statistique Canada.


Pédiatres

Les pédiatres sont des spécialistes consacrés aux maladies des enfants. La plupart des adultes



ne consultent pas un spécialiste pour tous leurs soins de routine. Toutefois, certains parents canadiens préfèrent que leurs enfants soient pris en charge exclusivement par ces spécialistes.

En 2002, on comptait 2 197 pédiatres** au Canada. À l'instar des autres professionnels de la santé, ces spécialistes étaient répartis de façon inégale au Canada. Le Manitoba a affiché le taux le plus élevé de pédiatres (9 par 100 000 habitants), la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick, le plus faible (4 par 100 000 habitants).



Soins aux enfants nécessitant des soins complexes

Les bébés avec de sérieux problèmes de santé peuvent être admis à une unité néonatale de soins intensifs (UNSI), où ils sont pris en charge par une grande équipe de dispensateurs de soins, incluant les pédiatres (connus en tant que néonatalogistes) spécialement formés pour s'occuper des bébés à risque élevé ou prématurés. La néonatalogie est également devenue une sous-spécialité dans plusieurs autres professions. Les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les inhalothérapeutes, les diététiciens et d'autres professionnels nécessitent souvent des qualifications supplémentaires pour travailler dans ce domaine. Les infirmières praticiennes en soins néonataux, par exemple, reçoivent une formation avancée en soins au nouveau-né, ce qui leur permet de diagnostiquer les maladies et de prescrire des médicaments aux nourrissons.

Les parents peuvent se trouver dans une situation très stressante lorsque leur enfant est admis à une UNSI, et s'ils se retrouvent entourés d'une grande équipe de dispensateurs de soins. Une étude récente porte à croire qu'un soutien de pairs formés peut aider les mères dont le bébé a été admis à une UNSI. Des chercheurs ont étudié le cas de deux groupes de mères qui ont reçu le soutien habituel des dispensateurs de soins de l'UNSI, tout en fournissant au premier groupe, en plus, le soutien de pairs formés qui ont eu un enfant d'admis à l'UNSI. Selon les résultats, les femmes dans le premier groupe ont déclaré être moins stressées que celles qui ont été soutenues par le personnel de l'UNSI seulement⁴².

Les pédiatres au Canada en 2001

- En 2001, le Canada comptait 2 234 pédiatres.
- 43 % étaient des femmes; une hausse par rapport à 38 % en 1996.
- Leur âge moyen était de 48 ans; 0 % avait moins de 30 ans et 18 % avaient plus de 60 ans.

Existe-t-il une différence entre les soins fournis par des pédiatres et des médecins de famille? Certaines études ont constaté que les pédiatres et les médecins de famille abordent les maladies des enfants de façon différente^{40, 41}. Par exemple, une enquête a examiné les facteurs qui ont influencé les décisions des médecins de famille et des pédiatres de référer les enfants atteints d'une infection récidivante des oreilles (otite moyenne avec épanchement) à un spécialiste⁴⁰. Dans l'ensemble, les médecins de famille ont déclaré prendre moins de temps que les pédiatres pour référer les enfants. En effet, ils étaient plus susceptibles que les pédiatres de transférer les enfants après moins d'épisodes de maladies, moins de mois d'épanchement et moins de mois d'administration d'antibiotiques prophylactiques.

Infirmières de la santé publique

Selon l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes de Statistique Canada, un peu moins de la moitié des femmes avec des enfants entre 0 et 11 mois ont vu une infirmière de la santé publique ou lui ont parlé au cours de l'année précédant 2000-2001.

** Ce nombre comprend toutes les sous-spécialités pédiatriques, incluant l'oncologie pédiatrique, la chirurgie générale en pédiatrie et la cardiologie pédiatrique.



Bébés en santé; enfants en santé

Les infirmières de la santé publique et d'autres professionnels fournissent une large gamme de services aux familles avant et après la naissance. Au Québec, par exemple, le dispensaire diététique de Montréal a commencé dans les années 1960 pour améliorer les résultats des grossesses chez les femmes urbaines défavorisées sur le plan social. Faisant maintenant partie du Programme canadien de nutrition prénatale, le dispensaire diététique travaille avec les femmes à risque élevé qui ont un faible revenu et qui habitent dans la grande métropole de Montréal. La visite à domicile, l'éducation et le counseling constituent les éléments essentiels du programme, afin d'améliorer le régime alimentaire et ainsi, mener une grossesse saine. Aussi, 94 % des clientes aux programmes reçoivent des suppléments alimentaires. Une évaluation a révélé que le programme a aidé à réduire le nombre de bébés au poids insuffisant à la naissance. Elle porte également à croire que les coûts du programme étaient plus que compensés grâce aux économies récupérées dans les coûts ultérieurs des soins de santé⁴⁴.

Dans la même veine en 1998, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a lancé le Programme Bébés en santé; enfants en santé⁴³. Ce programme provincial est dirigé par les infirmières de la santé publique qui font un suivi des femmes enceintes à risque ainsi que de toutes les nouvelles mères. Généralement, 48 heures après le jour de leur sortie de l'hôpital, les mères recevront un appel téléphonique de la part d'une infirmière de la santé publique ou la recevront chez elles, dans le but de bénéficier du soutien en matière de soins au nourrisson, d'allaitement et, en général, de transition en vue du nouveau rôle parental. Ce programme peut également inclure les visites à domicile continues d'une infirmière de la santé publique ou d'un visiteur à domicile pour le soutien, ainsi que des références à d'autres organismes et services si nécessaire.

En 2002, des chercheurs en Ontario ont publié les résultats d'une évaluation de deux années du Programme Bébés en santé; enfants en santé. Selon presque 10 000 entrevues avec des familles, des infirmières de la santé publique et des visiteurs qui ne font pas partie des professionnels de la santé, voilà ce que l'évaluation a apporté :

- En 2001, 88 % des mères qui ont eu leur premier bébé en Ontario ont accepté de faire un dépistage. Plus de 80 % des familles qui venaient d'avoir leur premier bébé ont reçu un appel téléphonique d'une infirmière de la santé publique peu après la sortie de la mère et de son bébé;
- Environ 7 % des mères en Ontario qui venaient d'avoir leur premier bébé pouvaient bénéficier d'une aide et d'un soutien supplémentaire. Au moment de l'évaluation, on a recensé, en moyenne, une visite à domicile d'une heure et demie chaque 18 jours;
- Un tiers de toutes les références officielles incluaient l'allaitement, la nutrition, les soins prénatals et les services de santé pour le nourrisson; 16 % incluaient les services et les programmes de formation au rôle de parent; 15 % incluaient les services médicaux, la thérapie pour enfants et les programmes de développement; 12 % incluaient le soutien économique, social et familial; 25 % incluaient d'autres services;
- Lorsque les chercheurs ont comparé les familles qui ont reçu de la visite dans le cadre du Programme Bébés en santé; enfants en santé avec les familles qui n'ont pas reçu de visite, ils ont constaté que :
 - les enfants bénéficiant de la visite à domicile ont produit des résultats plus élevés dans la plupart des mesures du développement infantile;
 - les parents recevant de la visite avaient un plus grand sens de connexion avec les services communautaires et étaient plus confiants quant à leur rôle parental;
 - les familles recevant de la visite ont utilisé davantage les services communautaires et avaient plus de contacts avec les infirmières de la santé publique et d'autres professionnels de la petite enfance⁴³.

Les infirmières de la santé publique font partie d'un plus grand groupe de dispensatrices appelées les infirmières en soins communautaires. En 2002, le Canada comptait 12 302 infirmières en soins communautaires. Ces dernières sont des infirmières autorisées qui fournissent des soins en dehors des établissements et prodiguent éventuellement des soins à domicile. Cette catégorie comprend les infirmières autorisées qui ont déclaré que les soins infirmiers dans des postes éloignés ou des régions isolées, les soins en hospice,



les soins infirmiers paroissiaux, les soins en dialyse ou la santé publique étaient leur principal champ d'activité. Une bonne partie des infirmières en soins communautaires fournissent des soins à la mère et à l'enfant, mais pas toutes.

Les soins par téléphone

Si l'état du bébé ne nécessite pas une intervention urgente, ou si les parents ont des questions au sujet de la santé de leur enfant, plusieurs régions du Canada offrent maintenant une nouvelle possibilité. Les services téléphoniques de triage se répandent partout au pays. Ils sont généralement disponibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Leur rôle consiste à répondre aux questions relatives à la santé et à conseiller les appelants sur la façon de gérer les conditions médicales qui ne sont pas urgentes. En règle générale, ces services sont assurés par des infirmières formées qui travaillent avec des outils automatisés afin d'aider les appelants à décider de se soigner, de consulter un médecin ou un autre dispensateur de soins ou encore de se rendre au service des urgences. Dans certains cas, les appelants peuvent écouter des messages préenregistrés sur des questions relatives à la santé ou être transférés à d'autres lignes téléphoniques d'écoute ou communautaires.

Info-Santé du Québec a commencé en 1995 pour devenir plus tard le premier service téléphonique de triage à l'échelle provinciale. De tels services sont également offerts au Nouveau-Brunswick, en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique et dans d'autres collectivités canadiennes.

Que savons-nous au sujet de ces services et de leur capacité d'aider les parents? Au total, Info-Santé du Québec a reçu plus de 2,5 millions d'appels en 1998-1999⁴⁵. En d'autres termes, il s'agit de 348 appels par 1 000 résidents. Les femmes entre 25 et 44 ans — particulièrement celles qui ont de jeunes enfants — étaient les clientes les plus fréquentes de ce service. Similairement, dans le Nord de l'Ontario, le rash et la fièvre chez les enfants constituaient 2 des 10 principales raisons d'accès à un projet pilote de télésanté⁴⁶.

Initiative Hôpitaux Amis des Bébés

Selon plusieurs experts, l'allaitement maternel est bon pour les bébés. À l'échelle nationale et internationale, l'allaitement maternel exclusif — au moins au cours des six premiers mois de la vie — fait l'objet d'une grande promotion.

En 1999, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF ont lancé l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés en 1991. Ce projet était conçu pour encourager les hôpitaux, les établissements de soins de santé et les maternités à adopter des pratiques qui favorisent et soutiennent l'allaitement maternel. En 2003, plus de 15 000 hôpitaux dans 134 pays ont été nommés Amis des Bébés, car ils ont répondu aux normes établies par l'Initiative de l'OMS et l'UNICEF. Au Canada, seulement deux hôpitaux étaient Amis des Bébés en 2003.

Le Comité canadien pour l'allaitement recommande à tout le personnel qui peut avoir un contact avec des femmes enceintes ou qui allaitent de suivre une formation en allaitement d'au moins 18 heures. En ce sens, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré des cours de formation fondés sur l'expérience clinique — incluant une formation clinique de trois heures. Le programme de formation *Conduite pratique en encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés* s'appelle également *La formation de 18 heures*.



Les consultantes en lactation au Canada en 2002

- En 2002, environ 1 191 consultantes canadiennes en lactation étaient agréées et inscrites au Bureau international des consultantes certifiées en lactation;*
- Les consultantes en lactation proviennent de divers secteurs des soins de santé ou éventuellement d'autres domaines.*
- Leur expertise en allaitement peut provenir d'une formation spéciale, d'une expérience personnelle, de consultations à titre de bénévoles, d'un emploi rémunéré ou de cours universitaires;*
- En 2002, 169 Canadiennes ont passé l'examen pour recevoir l'agrément du Bureau international des consultantes certifiées en lactation.*

Consultantes en lactation

Le taux d'allaitement a augmenté au Canada au cours des années 1990. Dans le cadre d'une initiative pancanadienne, l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes, menée en 1994-1995 auprès des mères avec des enfants de moins de deux ans, a révélé qu'environ 59 % des répondantes ont déclaré avoir allaité pendant trois mois ou plus. Vers 1998-1999, ce chiffre a augmenté à 63 %⁸. Plus de mères ont également déclaré qu'elles allaient sans égard à la durée : 75 % en 1994-1995, par rapport à presque 82 % en 1998-1999⁸.

L'allaitement maternel inclut souvent une petite courbe d'apprentissage pour la mère et le bébé. Toutefois, des problèmes peuvent survenir incluant la difficulté d'allaiter, l'engorgement avec mastite subséquente et quantité de lait insuffisante. Les mères avec des problèmes plus difficiles peuvent demander de l'aide auprès d'associations telles que La ligue de la Lèche ou de consultantes spécialisées en lactation. Une consultante en lactation est une spécialiste en allaitement formée pour prévenir, identifier et aborder les problèmes relatifs à l'allaitement tels qu'une technique inadéquate, des mamelons gercés et une infection. Les consultantes en lactation peuvent également procurer un counseling spécialisé en allaitement dans des situations telles que les naissances multiples ou prématurées.

Bien que le Canada ne possède pas un programme d'accréditation, le Bureau international des consultantes certifiées en lactation fait passer un examen d'accréditation international à celles qui veulent devenir consultantes agréées. Ce bureau exige que les candidates aient leur diplôme universitaire ou collégial en plus d'une formation clinique. Les membres doivent également passer un examen toutes les cinq années. En 2002, le Canada comptait 1 191 consultantes en lactation agréées et inscrites auprès du bureau.



Conclusion

Plusieurs professionnels de la santé fournissent des soins aux femmes et aux bébés avant, durant et après l'accouchement, que ce soit à l'hôpital, dans une clinique, dans un laboratoire, dans un cabinet de médecin ou à domicile. Le taux global des naissances à la baisse et le taux croissant des accouchements nécessitant des soins plus spécialisés ont le potentiel d'influer sur l'étendue des travaux de tous les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant, tout comme les exigences de leur métier ou leur choix. Les nouveaux médecins de famille sont moins nombreux à choisir d'inclure les services obstétriques dans leur pratique pour diverses raisons. Comme les médecins de famille dans plusieurs régions prennent part à moins d'accouchements en général et à moins d'accouchements à risque élevé en particulier, les femmes optent plus souvent pour les obstétriciens et les sages-femmes pour accoucher. Dans les régions rurales, les hôpitaux communautaires ont supprimé les services aux mères, ce qui a poussé ces dernières à faire des choix de soins différents.

Certaines réponses novatrices, telles que les services de santé partagés (formels) sont apparues et les centres communautaires de naissance sont de plus en plus nombreux. D'autres innovations sont à l'horizon. L'évolution de la pratique et la tendance générale à prendre la retraite plus tôt ont des conséquences sur le processus décisionnel en matière de gestion des ressources humaines de la santé, incluant le recrutement et le maintien en poste, la formation professionnelle et continue, les modes de paiement (honoraires ou paiement à l'acte) et les barèmes tarifaires. On espère que les gouvernements, les associations professionnelles et les associations des établissements de la santé pourront utiliser l'information, comme celle qui est contenue dans le présent rapport, pour faire face à ces besoins en évolution.

Ce que nous savons



- Le nombre de médecins de famille qui fournissent les soins intrapartum et partagés.
- Le pourcentage de naissances à l'hôpital, d'accouchements vaginaux et de césariennes auxquels ont pris part des obstétriciens, des médecins de famille ou des sages-femmes.
- Le nombre moyen d'accouchements auxquels ont pris part des médecins de famille et des obstétriciens en une année.
- Le nombre d'infirmières autorisées qui ont déclaré que les soins à la mère et à l'enfant s'inscrivaient dans le cadre de leur principal champ d'activité dans chaque province et territoire.
- Le nombre de sages-femmes inscrites au Canada, les provinces qui ont réglementé la profession et celles qui financent leurs services.



Ce que nous ne savons pas

- Quels sont les soins informels que les parents et les enfants reçoivent, entre autres d'amis, de membres de la famille et de groupes communautaires? Quelle est la meilleure combinaison de soins formels et informels qui conviennent le mieux aux différentes familles et collectivités?
- Comment la baisse du taux des naissances, l'augmentation des accouchements multiples et d'autres tendances démographiques influent-elles sur la demande de soins de santé à la mère et à l'enfant? Quelle est la meilleure combinaison d'obstétriciens, de médecins de famille, de sages-femmes et d'autres dispensateurs de soins pour répondre à ce besoin? Quelles sont les conséquences par rapport à la formation, aux coûts, à la pratique et à la prestation de services de santé?
- Quelles sont les conséquences du nombre croissant de sages-femmes sur les soins obstétriques au Canada? Comment ces changements et les modifications dans la pratique des autres professionnels ont-ils influé sur la santé et la satisfaction des mères et des bébés, les soins qui leur sont fournis et les coûts de ces derniers?
- Combien de paramédicaux fournissent des soins à la mère et à son bébé? Quels sont les services qu'ils fournissent? Quel est leur effet sur les résultats chez la mère et le bébé?



Ce qui se passe

- Des négociations sont en cours entre certains CLSC et hôpitaux du Québec afin de permettre aux sages-femmes de prendre part aux accouchements à l'hôpital. Le gouvernement du Québec prévoit également adopter une réglementation qui permettra aux sages-femmes de prendre part aux accouchements à domicile.
- Le gouvernement de la Colombie-Britannique a consacré deux millions de dollars pour encourager un plus grand nombre de médecins à continuer à prendre part aux accouchements. Les médecins avec peu de cas obstétriques recevront une prime de 50 % s'ils prendront part à jusqu'à 25 accouchements par année.
- Des chercheurs de l'Université McMaster sont en train de recueillir des énoncés de politique et de principes portant sur la rationalisation des soins à la mère au Canada, avec un intérêt particulier pour les soins aux mères qui vivent dans les régions rurales. Ils prévoient l'aboutissement de la recherche d'ici l'été de l'année 2004.
- LICIS a publié des données à jour sur le personnel de la santé de 1993 à 2002. De même, un rapport spécial sur l'évolution de la pratique, incluant la durée consacrée par les médecins de famille aux soins obstétriques, sera publié vers la fin de 2004.
- En mars 2004, la *Baby Friendly Initiative Partnership* de Saskatoon a reçu le prix Stellar du conseil consultatif sur la santé en reconnaissance des avantages de l'initiative sur plusieurs programmes, entre autres un service téléphonique de pharmacie, la désignation des lieux où les femmes peuvent allaiter et un feuillet d'information pour accroître le recours aux consultantes en lactation.





Les faits en bref

Donner naissance au Canada : Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant

Les médecins selon la spécialité au Canada, 2002 (nombre par 100 000 habitants)

	Médecins de famille	Obstétriciens et gynécologues	Anesthésistes	Pédiatres	Tous les médecins
C.-B.	4 541 (109)	187 (5)	351 (8)	237 (6)	8 243 (199)
Alb.	3 020 (97)	133 (4)	229 (7)	227 (7)	5 637 (180)
Sask.	966 (96)	40 (4)	62 (6)	44 (4)	1 564 (155)
Man.	1 073 (93)	58 (5)	99 (9)	102 (9)	2 077 (181)
Ont.	10 242 (85)	666 (6)	924 (8)	888 (7)	21 735 (179)
Qué.	7 917 (106)	399 (5)	566 (8)	559 (7)	15 800 (212)
N.-B.	700 (93)	30 (4)	50 (7)	29 (4)	1 185 (157)
N.-É.	1 007 (107)	51 (5)	86 (9)	66 (7)	1 943 (206)
Î.-P.-É.	119 (85)	5 (4)	7 (5)	9 (6)	191 (136)
T.-N.-L.	585 (110)	20 (4)	31 (6)	32 (6)	929 (175)
Yn	48 (161)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	52 (175)
T.N.-O.	30 (72)	2 (5)	0 (0)	3 (7)	46 (111)
Nun.	10 (35)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (35)
Canada	30 258 (96)	1 592 (5)	2 406 (8)	2 197 (7)	59 412 (189)

Remarques : Le nombre de médecins comprend tous les médecins généralistes en pratique, les médecins de famille et les médecins spécialistes au 31 décembre de l'année de base. Les données comprennent les médecins en pratique clinique et non clinique et excluent les résidents et les médecins qui ne sont pas autorisés à poser des gestes cliniques et qui ont demandé au *Business Information Group* de ne pas publier les données les concernant. Les données du Yukon et de l'Alberta de 2000 ne reflètent pas la mise à jour annuelle du gouvernement du Yukon ou du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta respectivement.

Aux fins de déclaration, la classification de la spécialité médicale s'appuie sur les diplômes post-universitaires obtenus au Canada. Les docteurs désignés comme médecins de famille comprennent les diplômés du Collège des médecins de famille du Canada. Les médecins spécialistes comprennent les diplômés du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins du Québec. Tous les autres médecins, incluant les médecins généralistes qui ne font pas partie du CMFC, les spécialistes diplômés à l'étranger (ou les spécialistes canadiens qui ne sont pas certifiés) sont inclus dans le chiffre concernant la médecine de famille. On reconnaît que la classification des médecins de cette façon ne reflète pas nécessairement les services fournis, puisque la gamme des services prodigués par un médecin est soumise aux consignes provinciales pour l'agrément et à des dispositions de paiement du régime de service médical. À cet effet, les taux varient peut-être d'autres publications. Par exemple, le Conseil médical de Terre-Neuve-et-Labrador a accordé des permis réels et temporaires à 132 spécialistes non certifiés en 2002. Ces médecins sont comptés avec les médecins généralistes dans ce rapport et avec les médecins spécialistes dans le rapport annuel du registraire de la Commission médicale de Terre-Neuve-et-Labrador. Ce dernier enregistre 448 médecins de famille, 30 obstétriciens et gynécologues, 53 anesthésistes et 50 pédiatres en 2002.



Les ratios entre les médecins et les habitants sont exprimés en médecins par 100 000 habitants. Les taux des médecins par 100 000 habitants s'appuient sur des estimations démographiques mises à jour, et il se peut qu'ils varient légèrement des chiffres publiés auparavant.

Source : Base de données médicales Southam, ICIS.

Infirmières autorisées (IA) spécialisées dans les soins à la mère et à l'enfant au Canada, 2002



	Nombre d'IA (pourcentage de toutes les IA travaillant en soins infirmiers)
C.-B.	1 684 (6,0)
Alb.	1 444 (6,2)
Sask.	403 (4,9)
Man.	693 (7,0)
Ont.	4 352 (5,5)
Qué.	2 296 (3,9)
N.-B.	364 (4,9)
N.-É.	533 (6,3)
Î.-P.-É.	87 (6,7)
T.-N.-L.	258 (4,7)
Yn	17 (6,3)
T.N.-O.	29 (6,0)
Nun.	7 (2,6)
Canada	12 167 (5,3)

Remarque : Les données de l'ICIS varieront des données provinciales et territoriales en raison de la méthodologie de collecte, de traitement et de déclaration de l'ICIS.

Source : Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, ICIS.

Programmes de résidanat

	Obstétrique et gynécologie	Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique générale	Médecine pédiatrique d'urgence	Radiologie pédiatrique	Néonatalogie/ médecine périnatale	Médecine maternelle et fœtale	Médecine de famille
University of British Columbia	X	X	X	X		X	X	X
University of Calgary	X	X	X	X		X		X
University of Alberta	X	X		X		X		X
University of Saskatchewan	X	X				X		X
University of Manitoba	X	X		X		X	X	X
University of Western Ontario	X	X		X		X	X	X
McMaster University	X	X				X	X	X
University of Toronto	X	X	X	X	X	X	X	X
Queen's University	X	X						X
Université d'Ottawa	X	X	X	X		X	X	X
Université McGill	X	X	X	X	X	X		X
Université de Montréal	X	X	X	X	X	X	X	X
Université de Sherbrooke	X	X						X
Université Laval	X	X					X	X
Dalhousie University	X	X	X			X	X	X
Memorial University of Newfoundland	X	X						X

Remarque : Les données sur les médecins de famille ont été compilées par l'ICIS à partir des sites Web des universités.

Source : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Pour en savoir davantage



- 1 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ.
Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Ottawa, ICIS, 2001.
- 2 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration de Munich : les infirmières et les sages-femmes, un atout pour la santé*, 2000.
www.euro.who.int.
- 3 BRITISH COLUMBIA CENTRE OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH. *Solving the Maternity Care Crisis: Making Way for Midwifery's Contribution*. Policy Series, Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003.
- 4 M. HAWKINS, S. KNOX. *The Midwifery Option: A Canadian Guide to the Birth Experience*, Toronto, HarperCollins Publishers, 2003.
- 5 STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Statistique Canada, 2000.
- 6 S. W. WEN, L. S. MERY, M. KRAMER, V. JIMENEZ, K. TROUTON, P. HERBERT, B. CHALMERS. *Attitudes of Canadian women toward birthing centres and midwifery care for childbirth*, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 161(6), p. 708-709, 1999.
- 7 M. B. BLECHER. *When Your Pregnancy's at Risk*, 2001.
www.my.webmd.com/content/pages/3/3608_926.htm.
- 8 SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Système canadien de surveillance périnatale, Ottawa, Santé Canada, 2003.
- 9 T. REID, I. GRAVA-GUBINS, J. C. CARROL. *Une composante du Projet Janus : aider les médecins de famille à répondre aux besoins de la société de demain*, *Médecin de famille canadien*, 48(7), p. 1225-1226, 2002.
- 10 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ.
Base de données nationale sur les médecins, Ottawa, ICIS, 2001.
- 11 M. GODWIN, G. HODGETTS, R. SEGUIN, S. MACDONALD.
The Ontario family medicine residents cohort study: Factors affecting residents' decisions to practice obstetrics, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(2), p. 179-184, 2002.
- 12 D. BLAIN, A. LALONDE, J. K. MILNE. *Enquête de la SOGC sur les modes de pratique en obstétrique et gynécologie*, In *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Strategic Plan 2000-2005*. Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2000.



- 13 B. T. B. CHAN, J. WILLET. *Factors influencing participation in obstetrics by obstetrician-gynecologists*. *Obstetrics and Gynecology*, p. 103, 493-498, 2004.
- 14 W. FRASER, M. HATEM-ASMAR, I. KRAUSS, F. MAILLARD, G. BREART, R. BLAIS. *Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: Clinical indicators*, *La revue canadienne de santé publique*, jan-fév, 91(1), p. 5-11, 2000.
- 15 R. A. ROSENBLATT, S. A. DOBIE, L. GARY HART, R. SCHNEEWEISS, D. GOULD, T. R. RAINE, T. J. BENEDETTI, M. J. PIRANI, E. B. PERRIN. *Interspecialty differences in obstetric care of low-risk women*, *American Journal of Public Health*, 87(3), p. 344-351, 1997.
- 16 D. TURNBULL, A. HOLMES, N. SHIELDS, H. CHEYNE, S. TWADDLE, W. H. GILMOUR, M. MCGINLEY, M. REID, I. JOHNSTONE, I. GEER, G. MCILWAINE, C. B. LUNAN. *Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care*, *Lancet*, p. 348, 213-218, 1996.
- 17 J. MEDVES. *Rural maternity care in Canada—Will it survive?* *Perinatal Newsletter*, 19(3), 1, 2002.
- 18 V. L. PATEL, K. N. CYTRYN, E. H. SHORTLIFFE, C. SAFRAN. *The collaborative health care team: The role of individual and group expertise*. *Teaching and Learning in Medicine*, p. 12, 117-132, 2000.
- 19 ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Legislation and Regulation of the Nurse Practitioner in Canada*, Ottawa, AIIC, 2002. www.cna-nurses.ca.
- 20 D. WAY, L. JONES, N. BUSING. *Implementing Strategies: Collaboration in Primary Care—Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care*, Toronto, Ontario College of Family Physicians, 2000.
- 21 ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, *Legislation, Regulation, and Education of the Nurse Practitioner in Canada*, Ottawa, AIIC, 2003. www.can-nurses.ca.
- 22 J. ROGERS. *Sustainability and collaboration in maternity care in Canada: Dreams and obstacles*, *Journal canadien de la médecine rurale*, 8(3), p. 193-198, 2003.
- 23 J. KORNELSEN, S. DAHINTEN, E. CARTY. *On the road to collaboration: Nurses and newly regulated midwives in British Columbia, Canada*, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 48(2), p. 126-132, 2003.
- 24 E. D. HODNETT, N. K. LOWE, M. E. HANNAH, A. R. WILLAN, B. STEVENS, J. A. WESTON, A. OHLSSON, A. GAFNI, H. A. MUIR, T. L. MYHR, R. STREMLER. *Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals*. *Journal of the American Medical Association*, 288(11), p. 1373-1381, 2002.

- 25 E. D. HODNETT. *Caregiver support for women during childbirth*, (Cochrane Database Systematic Review), The Cochrane Library, Issue 2, Oxford, Update Software, 2003.
- 26 M. BARER, G. L. STODDART. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, 1999.
- 27 B. CHAN, M. BARER. *Access to physicians in underserved communities in Canada: Something old, something new*, In Fifth International Medical Workforce Conference 2000: Papers, Australian Medical Workforce Advisory Committee and Commonwealth Department of Health and Aged Care, p. 213-242, 2000.
- 28 D. CARROLL, C. BENOIT. *Aboriginal midwifery in Canada: Blending traditional and modern forms*, *Network*, 4(3), p. 6-7, 2001.
- 29 SANTÉ CANADA. *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*, Ottawa, Santé Canada, 1996. www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_f.html.
- 30 L. ARCHIBALD, R. GREY. *Évaluation des modes de prestations de soins de santé dans les régions inuites*, Ottawa, Santé Canada, 2000.
- 31 NUNATSIAQ NEWS. *Inukjuak Mothers Pleased with Birthing Center*. 1998. www.nunatsiaq.com/archives/nunavik981120/nun80703_01.html.
- 32 P. A. HUTTEN-CZAPSKI. *Decline of obstetrical services in northern Ontario*, *Journal canadien de la médecine rurale*, 4(2), p. 72-76, 1999.
- 33 J. MCALLISTER. *WONCA: Rural hospitals safe for maternity*, *Medical Post*, 39(38), 2003.
- 34 R. SUTHERNS, I. L. BOURGEOULT. *Finding out about birth options in rural Canada is harder than you might think*, *Network*, 5(4), p. 8-9, 2003.
- 35 SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, SOCIÉTÉ DE LA MÉDECINE RURALE DU CANADA. *Joint Policy Statement: Number of births to maintain competence*, *Médecin de famille canadien*, 48(4), p. 751, 2002.
- 36 S. W. WEN, S. LIU, S. MARCOUX, D. FOWLER. *Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada*, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 158(7), p. 875-880, 1998.
- 37 S. LUI, S. WEN, D. MCMILLAN, D. FOWLER. *Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada*, *La revue canadienne de santé publique*, 91(1), p. 46-50, 2000.





- 38 D. JOHNSON, Y. JIN, C. TRUMAN. *Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmissions*, La revue canadienne de santé publique, 93(4), p. 276-280, 2002.
- 39 S. LEE, M. PERLMAN, M. BALLANTYNE, I. ELLIOTT, T. TO. *Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate*. The Journal of Pediatrics, 127(5), p. 758-766, 1995.
- 40 W. J. MCISAAC, P. COYTE, R. CROXFORD, S. HARJI, W. FELDMAN. *Referral of children with otitis media: Do family physicians and pediatricians agree?* Médecin de famille canadien, 46, p. 1785-1788, 2000.
- 41 A. K. BOULIS, J. LONG. *Variation in the treatment of children by primary care physician specialty*, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(2), p. 1210-1215, 2002.
- 42 M. PREYDE, F. ARDAL. *Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit*, Journal de l'Association médicale canadienne, 168(8), p. 969-973, 2003.
- 43 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Programme bébés en santé : enfants en santé*, 2003. www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/healthy_babies_report/hbabies_report.html.
- 44 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, ICIS, 2004.
- 45 L. DUNNIGAN. *Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC*. Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 21, 2000.
- 46 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, ICIS, 2001.

ten
years **dix**
ans

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