



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité

Canada

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
<http://www.santepublique.gc.ca/eem>

Also available in English under the title:
What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey

Pour obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec la :
Section de la santé maternelle et infantile
Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie
Centre pour la promotion de la santé
Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
200, promenade Eglantine, Pré Tunney
Édifice Jeanne Mance, 10^e étage, A.L. 1910D
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 941-2395
Télec. : (613) 941-9927
Courriel : mes@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Citation suggérée:
Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa, 2009.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2009
Cat. : HP5-74/2-2009F-PDF
ISBN : 978-0-662-09941-3

Table des matières

Liste des figures	i
Remerciements	1
Collaborateurs	3
Membres du Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité	5
Message de l'administrateur en chef de la santé publique	9
Résumé	11
Méthode	23

Chapitre 1 : Grossesse

1 Réaction à la grossesse	33
2 Professionnels de la santé ayant dispensé les soins prénataux	39
3 Soins prénataux	44
4 Cours prénataux	50
5 Information prénatale	54
6 Suppléments d'acide folique	60
7 Échographie prénatale	66
8 Test de dépistage du VIH	71
9 Indice de masse corporelle de la mère et gain de poids pendant la grossesse	77
10 Usage du tabac	82
11 Consommation d'alcool	88
12 Consommation de drogues de la rue	95
13 Violence physique	99
14 Stress et soutien social	105

Chapitre 2 : Travail et accouchement

15 Lieu de l'accouchement	113
16 Déplacement jusqu'au lieu de l'accouchement	116
17 Accoucheur	120
18 Type d'accouchement	125
19 Position pour accoucher	130
20 Déclenchement ou accélération du travail	133
21 Monitoring fœtal électronique	137
22 Rasage du pubis, lavement et poussée sur l'abdomen	141
23 Épisiotomie et points de suture dans la région du périnée	147
24 Gestion de la douleur	152
25 Soutien pendant le travail et l'accouchement	158
26 Contact entre la mère et le nourrisson à la naissance	163
27 Expérience de l'accouchement et satisfaction à l'égard des soins	168

Chapitre 3 : Post-partum

28 Durée du séjour de la mère à l'hôpital	175
29 Taux d'allaitement	179
30 Initiative Hôpitaux amis des bébés	185

31	Contact à domicile et satisfaction à l'égard des soins postnataux	192
32	Information postnatale	198
33	Congé de maternité	203
34	Santé postnatale de la mère	209
35	Dépression post-partum, dépression antérieure et soutien	215
36	Santé du nourrisson	221
37	Position du nourrisson pour dormir	226
38	Circoncision	231

Liste des figures

- Figure 1.1 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 1.2 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 1.3 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 1.4 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon la situation du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu (SFR), Canada, 2006-2007
- Figure 1.5 Répartition de la réaction des femmes à la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 1.6 Répartition de la réaction des femmes à la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 2.1 Répartition du type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux, Canada, 2006-2007
- Figure 2.2 Répartition du type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 2.3 Répartition du type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 3.1 Proportion de femmes qui ont amorcé les soins prénataux après le premier trimestre (à 14 semaines de gestation ou plus), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 3.2 Proportion de femmes qui ont amorcé les soins prénataux après le premier trimestre (à 14 semaines de gestation ou plus), selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 3.3 Proportion de femmes n'ayant pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 3.4 Proportion de femmes n'ayant pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 4.1 Proportion de femmes ayant suivi des cours prénataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 4.2 Proportion de femmes ayant suivi des cours prénataux, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 4.3 Répartition du lieu où les femmes ont suivi les cours prénataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 5.1 Répartition des sources d'information prénatale considérées par les femmes comme étant les plus utiles pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 5.2 Répartition des sources d'information prénatale considérées par les femmes comme étant les plus utiles pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 5.3 Répartition des sources d'information prénatale considérées par les femmes comme étant les plus utiles pendant la grossesse, selon la parité, Canada, 2006-2007
- Figure 6.1 Proportion de femmes ayant pris des suppléments d'acide folique au cours des trois mois précédant la grossesse et au cours des trois premiers mois de la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

- Figure 6.2 Proportion de femmes qui savaient avant d'être enceintes que la prise d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales chez le nouveau-né, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 6.3 Proportion de femmes qui savaient avant d'être enceintes que la prise d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales chez le nouveau-né, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 6.4 Proportion de femmes ayant pris des suppléments d'acide folique, selon leur connaissance à la chapitre avant d'être enceintes, Canada, 2006-2007
- Figure 7.1 Répartition du nombre d'échographies prénatales, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 7.2 Répartition du moment de la première échographie prénatale, selon le nombre de semaines de grossesse, Canada, 2006-2007
- Figure 7.3 Répartition du moment de la première échographie prénatale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 8.1 Proportion de femmes qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage du VIH, selon la province ou le territoire et en fonction de l'approche de dépistage optionnel ou systématique, Canada, 2006-2007
- Figure 8.2 Répartition du niveau de participation des femmes à la prise de décision concernant le test de dépistage du VIH, selon la province ou le territoire et en fonction de l'approche de dépistage optionnel ou systématique, Canada, 2006-2007
- Figure 8.3 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient subi un test de dépistage du VIH, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 8.4 Répartition du niveau de participation des femmes à la prise de décision concernant le test de dépistage du VIH, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 9.1 IMC moyen (kg/m²) avant la grossesse et au cours de la période postnatale, et gain de poids moyen (kg) pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 9.2 Répartition des catégories d'IMC (kg/m²) avant la grossesse et au cours de la période postnatale, selon la parité, Canada, 2006-2007
- Figure 9.3 Répartition des catégories de gain de poids (kg) pendant la grossesse, en fonction des catégories d'IMC (kg/m²) avant la grossesse, Canada, 2006-2007
- Figure 10.1 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient fumé tous les jours, à l'occasion ou jamais, selon la période et la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 10.2 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient fumé tous les jours, à l'occasion ou jamais, selon la période et l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 11.1 Répartition de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 11.2 Répartition de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse selon la situation par rapport au seuil de faible revenu (SFR), Canada, 2006-2007
- Figure 11.3 Répartition de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 12.1 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient consommé des drogues de la rue avant et pendant la grossesse, selon la situation du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu (SFR), Canada, 2006-2007
- Figure 12.2 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient consommé des drogues de la rue avant et pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

- Figure 13.1 Proportion de femmes ayant subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 13.2 Proportion de femmes ayant subi différentes formes de violence au cours des deux dernières années parmi les femmes qui ont fait état de violence, Canada, 2006-2007
- Figure 13.3 Proportion de femmes ayant subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 13.4 Proportion de femmes ayant subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 14.1 Répartition des niveaux de stress indiqués par les femmes dans les 12 mois précédant la naissance du bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 14.2 Répartition du nombre d'événements stressants dans les 12 mois précédant la naissance du bébé, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 14.3 Répartition de la fréquence du soutien dont ont bénéficié les femmes pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 15.1 Répartition du lieu de l'accouchement, Canada, 2006-2007
- Figure 16.1 Proportion de femmes qui se sont déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 16.2 Répartition des opinions des femmes qui se sont déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher, selon la distance parcourue, Canada, 2006-2007
- Figure 17.1 Répartition du type d'accoucheur ayant assisté à l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 17.2 Proportion de femmes ayant été suivies par le même professionnel de la santé pendant la grossesse et l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 18.1 Répartition du type d'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 18.2 Répartition du type d'accouchement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 18.3 Répartition du type d'accouchement, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 19.1 Répartition des positions pour accoucher adoptées par les femmes ayant accouché par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 19.2 Proportion de femmes ayant accouché par voie vaginale et ne se trouvant pas en décubitus latéral au moment de la naissance qui ont utilisé des étrières, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 20.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le professionnel de la santé a essayé de déclencher ou d'accélérer le travail, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 21.1 Répartition de l'utilisation du monitoring fœtal électronique (MFE) pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 21.2 Proportion de l'utilisation du stéthoscope, de l'appareil Doppler ou du fœtoscope pour surveiller le rythme cardiaque du bébé pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

- Figure 21.3 Proportion de l'utilisation du stéthoscope, de l'appareil Doppler ou du fœtoscope pour surveiller le rythme cardiaque du bébé pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 22.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le pubis ou le périnée a été rasé, auxquelles on a administré un lavement ou chez lesquelles on a poussé sur le dessus de l'abdomen, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 22.2 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le pubis ou le périnée a été rasé, auxquelles on a administré un lavement ou chez lesquelles on a poussé sur le dessus de l'abdomen, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 22.3 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le pubis ou le périnée a été rasé, auxquelles on a administré un lavement ou chez lesquelles on a poussé sur le dessus de l'abdomen, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 23.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une épisiotomie ou des points de suture dans la région du périnée, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 23.2 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une épisiotomie ou des points de suture dans la région du périnée, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 23.3 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une épisiotomie ou des points de suture dans la région du périnée, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 24.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont utilisé des techniques particulières pour calmer la douleur, Canada, 2006-2007
- Figure 24.2 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une anesthésie épidurale ou spinale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 24.3 Répartition des opinions des femmes sur l'efficacité des techniques pour calmer la douleur utilisées pendant le travail et l'accouchement, Canada, 2006-2007
- Figure 24.4 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont utilisé des techniques avec médicaments, sans médicaments ou les deux pour calmer la douleur pendant le travail et l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 24.5 Proportion de femmes ayant reçu suffisamment d'information sur l'utilisation de techniques sans médicaments pour calmer la douleur et sur les effets secondaires éventuels des analgésiques et de l'anesthésie, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 25.1 Proportion de femmes qui avaient à leurs côtés leur mari ou conjoint ou encore une compagne ou un compagnon pendant le travail et l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 25.2 Proportion de femmes qui avaient à leurs côtés leur mari ou conjoint ou encore une compagne ou un compagnon pendant le travail et l'accouchement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

- Figure 25.3 Proportion de femmes qui étaient « très satisfaites » du soutien qu'elles ont reçu de leur mari ou conjoint ou encore de leur compagne ou compagnon pendant le travail et l'accouchement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 26.1 Répartition des types de contact entre la mère et le nourrisson après la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 26.2 Répartition du nombre d'heures que le nourrisson a passé en dehors de la chambre de sa mère pendant les 24 premières heures suivant la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 26.3 Répartition du nombre d'heures que le nourrisson a passé en dehors de la chambre de sa mère pendant les 24 premières heures suivant la naissance, selon le type d'accouchement, Canada, 2006-2007
- Figure 27.1 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience globale du travail et de l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 27.2 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience globale du travail et de l'accouchement, selon le type d'accoucheur, Canada, 2006-2007
- Figure 27.3 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard de certains aspects de l'interaction avec les professionnels de la santé pendant toute la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat, Canada, 2006-2007
- Figure 28.1 Proportion de femmes qui ont passé un court séjour à l'hôpital après l'accouchement, selon le type d'accouchement et la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 28.2 Proportion de femmes qui ont passé un court séjour à l'hôpital après l'accouchement, selon le type d'accouchement et l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 28.3 Répartition des opinions des femmes sur la durée de leur séjour à l'hôpital après l'accouchement, selon la durée du séjour et le type d'accouchement, Canada, 2006-2007
- Figure 29.1 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 29.2 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon la parité, Canada, 2006-2007
- Figure 29.3 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 29.4 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 30.1 Proportion de femmes qui ont vécu des expériences correspondant aux étapes 3 à 10 de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés, Canada, 2006-2007
- Figure 30.2 Répartition du moment où la mère a allaité son bébé pour la première fois, Canada, 2006-2007
- Figure 30.3 Proportion de femmes qui n'ont pas reçu ou ne se sont pas vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé par les professionnels de la santé (étape 6 de l'IHAB), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 30.4 Proportion de femmes qui ont gardé le bébé dans leur chambre pendant au moins 23 heures la première journée suivant la naissance (étape 7 de l'IHAB), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 30.5 Répartition des méthodes d'allaitement pendant la première semaine après la naissance, Canada, 2006-2007

- Figure 31.1 Proportion de femmes qui ont été contactées à leur domicile par un professionnel de la santé après la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 31.2 Nombre moyen de jours qui se sont écoulés avant le premier contact à domicile par un professionnel de la santé parmi les femmes qui ont été contactées, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 31.3 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels postnataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 31.4 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard des soins postnataux reçus par le bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 32.1 Répartition des sources d'information postnatale jugées les plus utiles par les femmes, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 32.2 Répartition des sources d'information postnatale jugées les plus utiles par les femmes, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 32.3 Proportion de femmes qui ont reçu suffisamment d'information sur des questions postnatales, Canada, 2006-2007
- Figure 33.1 Répartition du statut d'emploi des femmes pendant la grossesse et de la réception de prestations de maternité ou parentales, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 33.2 Répartition du statut d'emploi des femmes pendant la grossesse et de la réception de prestations de maternité ou parentales, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 33.3 Répartition du statut d'emploi des femmes pendant la grossesse et de la réception de prestations de maternité ou parentales, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 33.4 Pourcentage cumulatif de femmes qui ont arrêté de travailler pendant la grossesse, selon le nombre de semaines de grossesse, Canada, 2006-2007
- Figure 33.5 Proportion de femmes qui sont retournées travailler dans les six mois suivant la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 34.1 Répartition des problèmes de santé jugés « un gros problème » par les femmes pendant les trois premiers mois qui ont suivi la naissance, selon le type d'accouchement, Canada, 2006-2007
- Figure 34.2 Répartition des problèmes de santé jugés « un gros problème » par les femmes pendant les trois premiers mois qui ont suivi la naissance, selon la parité, Canada, 2006-2007
- Figure 34.3 Répartition des opinions des femmes sur leur santé postnatale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 34.4 Répartition des opinions des femmes sur leur santé postnatale, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 34.5 Répartition des opinions des femmes sur leur santé postnatale, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 35.1 Répartition du score obtenu sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 35.2 Répartition du score obtenu sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 35.3 Répartition du score obtenu sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 35.4 Proportion de femmes auxquelles on a prescrit des antidépresseurs ou chez lesquelles on avait diagnostiqué une dépression avant leur grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

- Figure 35.5 Répartition de la disponibilité d'un soutien postnatal, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 36.1 Proportion de femmes dont le bébé a été admis à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux après la naissance et durée du séjour du bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 36.2 Proportion de femmes dont le bébé a reçu des soins de santé autres que de routine, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 36.3 Répartition de l'évaluation du degré de difficulté à voir un professionnel de la santé pour recevoir des soins de santé autres que de routine par les femmes dont le bébé a reçu de tels soins, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 36.4 Répartition des opinions des femmes sur la santé du bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 37.1 Répartition de la position du nourrisson pour dormir, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 37.2 Répartition de la position du nourrisson pour dormir, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 37.3 Répartition de la position du nourrisson pour dormir, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007
- Figure 37.4 Proportion de femmes ayant reçu suffisamment d'information sur le syndrome de la mort subite du nourrisson, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 38.1 Proportion de bébés de sexe masculin qui ont été circoncis, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007
- Figure 38.2 Proportion de femmes ayant un bébé de sexe masculin qui ont reçu suffisamment d'information sur la circoncision, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased by 1.5 million (from 2.5 million in 1980 to 4 million in 1999). The public sector has become a major employer in the UK, and this has implications for the way in which the public sector is managed and the way in which it is funded.

The public sector is a complex and diverse entity, and it is difficult to define it precisely. However, it can be described as the part of the economy that is owned and controlled by the state. It includes a wide range of activities, from the provision of health care to the provision of education.

The public sector is a major employer in the UK, and it has a significant impact on the economy. It is a source of revenue for the state, and it provides a range of services that are essential for the well-being of the population.

The public sector is a complex and diverse entity, and it is difficult to define it precisely. However, it can be described as the part of the economy that is owned and controlled by the state. It includes a wide range of activities, from the provision of health care to the provision of education.

The public sector is a major employer in the UK, and it has a significant impact on the economy. It is a source of revenue for the state, and it provides a range of services that are essential for the well-being of the population.

The public sector is a complex and diverse entity, and it is difficult to define it precisely. However, it can be described as the part of the economy that is owned and controlled by the state. It includes a wide range of activities, from the provision of health care to the provision of education.

The public sector is a major employer in the UK, and it has a significant impact on the economy. It is a source of revenue for the state, and it provides a range of services that are essential for the well-being of the population.

The public sector is a complex and diverse entity, and it is difficult to define it precisely. However, it can be described as the part of the economy that is owned and controlled by the state. It includes a wide range of activities, from the provision of health care to the provision of education.

The public sector is a major employer in the UK, and it has a significant impact on the economy. It is a source of revenue for the state, and it provides a range of services that are essential for the well-being of the population.

Remerciements

L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) est le fruit des efforts et de l'engagement de nombreuses personnes. L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les membres du Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité présentés aux pages 5 à 7. Depuis la formation du groupe en 1999, ces collègues fort précieux ont donné un nombre incalculable d'heures de leur temps, mettant leur expertise au service du projet de l'EEM et lui imprimant son orientation. Leur contribution est inestimable. Nous remercions tout particulièrement Beverley Chalmers, coprésidente du Groupe d'étude, pour sa vision, son leadership et son dévouement à l'EEM.

L'Agence remercie également Statistique Canada, en particulier le personnel de la Division des enquêtes spéciales, pour sa collaboration au projet de l'EEM.

Mais avant tout, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux nombreuses femmes qui, au cours des premiers mois qui ont suivi leur accouchement, ont accepté de nous donner généreusement de leur temps pour partager avec nous leur expérience de la maternité.

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age has increased by 1.2 billion (United Nations 1999). The number of children in the world is projected to increase to 2.5 billion by the year 2025 (United Nations 1999). The United Nations (1999) also predicts that the number of children in the world will increase from 1.2 billion in 1990 to 1.8 billion in 2005.

There is a growing concern that the number of children in the world is increasing at a rapid rate, and that this is leading to a significant increase in the number of children who are living in poverty. This is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has estimated that the number of children living in poverty in the world has increased from 1.2 billion in 1990 to 1.8 billion in 2005. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has also estimated that the number of children living in poverty in the world will increase to 2.5 billion by the year 2025. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has also estimated that the number of children living in poverty in the world will increase to 2.5 billion by the year 2025. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has also estimated that the number of children living in poverty in the world will increase to 2.5 billion by the year 2025. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has also estimated that the number of children living in poverty in the world will increase to 2.5 billion by the year 2025. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has also estimated that the number of children living in poverty in the world will increase to 2.5 billion by the year 2025. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

The United Nations (1999) has also estimated that the number of children living in poverty in the world will increase to 2.5 billion by the year 2025. This is a significant increase, and it is a concern because children who live in poverty are more likely to be malnourished, and to have lower levels of education and health care than children who live in non-poor households.

Collaborateurs

Auteurs

Sharon Bartholomew, MHSc
Madeline Boscoe, RN, DU
Beverley Chalmers, DSc (Med), PhD
Susie Dzakpasu, MHSc
Deshayne Fell, MSc
Maureen Heaman, RN, MN, PhD
Mary E. Johnston, BHSc, BEd
Janusz Kaczorowski, PhD
Cathy Kimak, RN, BScN
Dawn Kingston, RN, MSc, PhD (candidate)
Lily Lee, BN, MSN, MPH
Joan Lindsay, PhD
Beverley O'Brien, RM, RN
Patricia O'Campo, PhD
Louise Pelletier, MD, MPH, FRCPC
Catherine Royle, RN, MN
Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Janet Smylie, MD, CCFP, MPH
David Young, MD, MSc, FRCSC

Coprésidentes du Comité de rédaction

Beverley Chalmers, DSc (Med), PhD
Susie Dzakpasu, MHSc

Membres du Comité de rédaction

Sharon Bartholomew, MHSc
Deshayne Fell, MSc
Maureen Heaman, RN, MN, PhD
Janusz Kaczorowski, PhD
Catherine McCourt, MD, MHA, FRCPC
Beverley O'Brien, RM, RN
Louise Pelletier, MD, MPH, FRCPC
Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
David Young, MD, MSc, FRCSC

Directeur de la rédaction

Juan Andrés León, MD, MSc

Analystes

Sharon Bartholomew, MHSc
Susie Dzakpasu, MHSc
Deshayne Fell, MSc
Jocelyn Rouleau

Assistants de recherche

Nathan Hunter, BA
Victoria Lumsden, BA
Joëlle Séguin, MHSc(A)
Tatiana Sotindjo, BSc
Milton Wani, MPA

Directrice de la production

Adèle Lemay-Jones

Soutien administratif

Ernesto Delgado
Margie Lauzon

the 1990s, the number of people in the UK who are aged 65 and over has increased from 10.5 million to 13.5 million, and the number of people aged 75 and over has increased from 4.5 million to 6.5 million (Office for National Statistics 2000). The number of people aged 65 and over is projected to increase to 16.5 million by 2020, and the number of people aged 75 and over to 8.5 million (Office for National Statistics 2000).

There is a growing awareness of the need to develop strategies to meet the needs of older people, and a number of initiatives have been launched in the UK to address this need. The Department of Health has launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

Membres du Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité

Coprésidentes

Beverley Chalmers, DSc (Med), PhD
Conseillère internationale en santé périnatale
Chercheuse affiliée, Institut de recherche
en santé d'Ottawa
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Susie Dzakpasu, MHSc
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Membres actuels du Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité

Sharon Bartholomew, MHSc
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Mary E. Johnston, BHSc, BEd
Division de l'enfance et de l'adolescence
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Madeline Boscoe, RN, DU
Réseau canadien pour la santé des femmes
Women's Health Clinic
Winnipeg (Manitoba)

Janusz Kaczorowski, PhD
UBC Department of Family Practice
Child and Family Research Institute
Vancouver (Colombie-Britannique)

Liz Darling, RM, MSc
Association canadienne des sages-femmes
Ottawa (Ontario)
Midwifery Education Program
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario)

Cathy Kimak, RN, BScN
Association canadienne de santé publique
Ottawa (Ontario)
Capital Health
Edmonton (Alberta)

Deshayne Fell, MSc
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Dawn Kingston, RN, MSc, PhD (candidate)
Initiative stratégique pour la formation en
recherche dans le domaine de la santé
Instituts de recherche en santé du Canada
Ottawa (Ontario)
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Louise Hanvey, RN, MHA
Institut canadien de la santé infantile
Ottawa (Ontario)

Lily Lee, BN, MSN, MPH
Association des infirmières en santé des femmes,
en obstétrique et en néonatalogie, Canada
British Columbia Perinatal Health Program
Vancouver (Colombie-Britannique)

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

Juan Andrés León, MD, MSc
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Cheryl Levitt, MBBCh, CCFP, FCFP
Department of Family Medicine
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Shiliang Liu, MB, PhD
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Judith Lumley, MB, PhD
Mother and Child Health Research
Melbourne, Australie

Catherine McCourt, MD, MHA, FRCPC
Division de surveillance de la santé et de
l'épidémiologie
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Patricia O'Campo, PhD
Dalla Lana School of Public Health
Université de Toronto
Centre for Research on Inner City Health
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Louise Pelletier, MD, MPH, FRCPC
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Jocelyn Rouleau
Section de la santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Catherine Royle, RN, MN
Prenatal and Early Child Development
Department of Health and Community Services
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Reg Sauve, MD, MPH, FRCPC
Paediatrics and Community Health Sciences
Université de Calgary
Calgary (Alberta)
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Janet Smylie, MD, CCFP, MPH
Department of Public Health Sciences
Université de Toronto
Centre for Research on Inner City Health
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

David Young, MD, MSc, FRCSC
Société des obstétriciens et gynécologues du
Canada
Department of Obstetrics and Gynaecology
Université Dalhousie et IWK Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Membres correspondants du Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité

Pearl Herbert, BN, BEd, MSc
School of Nursing
Université Memorial de Terre-Neuve
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Patricia Niday, EdD
Johnson City Medical Center
Mountain States Health Alliance
Johnson City (Tennessee) États-Unis

Vania Jimenez, MDCM, CCFP, FCFP
Département de médecine familiale
Université McGill
CSSS de la Montagne
CLSC Côte-des-Neiges
Montréal (Québec)

Beverley O'Brien, RM, RN
Faculty of Nursing
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)
Midwifery Education Program
Nunavut Arctic College
Nunavut

Membres précédents du Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité

Adwoa Bentsi-Enchill, Jennifer Crain, Jasminka Draca, Sarah Franklin, Nonie Fraser Lee, Peter Hill, Sue Hodges, Ling Huang, Karen Kidder, Sarah Knox, Michelle Kovacevic, Miriam Levitt, Michèle Matte, Heather McCormack, Hajnal Molnar-Szakács, Kathleen Moss, Nazih Nasrallah, Dana Paquette, Jungwee Park, Christine Reissmann, Nicki Sims-Jones, Martine Tardif, Susan Taylor-Clapp, Julie Travers, Konia Trouton, Shi Wu Wen, Barbara Xiao, Jun Zhang

the 1990s, the number of people in the UK who are aged 65 and over has increased from 10.5 million to 13.5 million, and the number of people aged 75 and over has increased from 4.5 million to 6.5 million (Office for National Statistics 2000). The number of people aged 65 and over is projected to increase to 16.5 million by 2020, and the number of people aged 75 and over to 8.5 million (Office for National Statistics 2000).

There is a growing awareness of the need to develop strategies to meet the needs of older people, and a number of initiatives have been launched in the UK to address this need. The Department of Health has launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' initiative, which aims to improve the health and well-being of older people. The initiative includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

The Department of Health has also launched the 'Ageing Well' campaign, which aims to raise awareness of the needs of older people. The campaign includes a number of measures, such as increasing the number of health professionals who specialise in the care of older people, and improving the training of health professionals in the care of older people.

Message de l'administrateur en chef de la santé publique

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport intitulé *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, qui porte sur une enquête menée auprès des nouvelles mères dans l'ensemble du Canada.

L'Enquête sur l'expérience de la maternité est l'une des nombreuses activités de surveillance de la santé que mène l'Agence de la santé publique du Canada en vue de promouvoir et d'améliorer la santé des mères canadiennes et de leurs bébés. Plus précisément, il s'agit d'un projet de notre Système canadien de surveillance périnatale, qui surveille les déterminants et les résultats de la santé périnatale au Canada et en rend compte. Grâce à cette enquête, on dispose pour la première fois au Canada d'information nationale sur l'expérience de la maternité décrite par des femmes qui l'ont vécue.

Le présent rapport renferme une mine de renseignements sur un large éventail de sujets importants se rapportant aux opinions, pratiques et expériences des femmes avant et durant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement ainsi qu'au cours des premiers mois de la maternité. Les analyses et résultats qu'on y décrit aident à mieux comprendre les points forts et les lacunes des politiques et pratiques actuelles en matière de santé maternelle. Ainsi, les résultats de l'enquête contribueront à étayer les données disponibles en vue d'améliorer les soins de maternité ainsi que la santé maternelle et infantile au Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada a également publié un livret destiné spécialement aux femmes. Intitulé *Paroles de mères. . . réflexions de femmes sur la grossesse, l'accouchement et les débuts de la maternité*, ce document présente les faits saillants de l'enquête ainsi que des données et des recommandations pertinentes issues de la recherche. Grâce à l'information présentée dans ce livret, les femmes seront en mesure de discuter de leurs choix avec leurs professionnels de la santé et de mieux planifier leur expérience de la maternité.

Je tiens à remercier personnellement les 6 000 femmes et plus qui, pendant une période fort occupée de leur vie, ont pris le temps de nous faire part de leur expérience.



D^r David Butler-Jones
Administrateur en chef de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada

Résumé

L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) est une enquête nationale qui documente l'opinion, les connaissances, les pratiques et les expériences des femmes canadiennes avant la conception, pendant la grossesse, à l'accouchement et dans les premiers mois de la maternité. L'EEM, un projet du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) de l'Agence de la santé publique du Canada, est vouée à la surveillance des déterminants et des résultats de la santé maternelle, fœtale et infantile au Canada. Les sources de données qui alimentent régulièrement le SCSP sont les bases de données administratives comme les statistiques nationales de l'état civil, la base de données sur les congés des patients et les enquêtes nationales sur la santé de la population. Toutefois, ces sources d'information ne rendent pas compte – ou ne rendent compte que partiellement – de l'opinion des femmes et de leur comportement concernant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Or, la façon dont les femmes vivent leur maternité est d'une grande importance pour comprendre la santé périnatale et pour évaluer et améliorer les politiques, les programmes et les pratiques. L'EEM vise à combler cette lacune.

En 1999, le Comité directeur du SCSP a mis sur pied un groupe de travail spécialisé, le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité, chargé d'élaborer et de surveiller la mise en œuvre de l'EEM. En plus de recueillir des données auprès des Canadiennes dans toutes les régions du pays, le groupe d'étude s'est intéressé particulièrement à l'expérience des mères les plus jeunes (15-19 ans), des immigrantes récentes et des mères des Premières nations, inuites et métisses étant donné que les risques d'issues défavorables de la grossesse sont plus élevés pour ces femmes.

La population visée par l'EEM est constituée de mères biologiques âgées de 15 ans ou plus ayant accouché d'un enfant vivant unique au cours des trois mois précédant le Recensement de la population canadienne de 2006, avec lequel elles vivaient au moment de la collecte de données. À partir du recensement de 2006, on a déterminé un échantillon aléatoire stratifié de 8 244 femmes jugées admissibles. Parmi ces femmes, 6 421 (78 %) ont répondu à un questionnaire de 45 minutes au cours de la période allant du 5^e au 14^e mois après la naissance de leur enfant, administré principalement par téléphone. Le questionnaire a été présenté par des enquêtrices de Statistique Canada pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada. La population visée par l'EEM excluait les femmes des Premières nations vivant dans une réserve et les femmes en établissement institutionnel. On trouvera une description plus détaillée de la conception et de l'échantillon de l'enquête dans la section Méthode du présent rapport.

L'EEM comprend plus de 300 questions recueillant de l'information socio-économique et démographique et explorant aussi des sujets comme les antécédents génésiques, la consommation de suppléments d'acide folique, les soins prénataux, l'usage du tabac, la consommation d'alcool et de drogues de la rue, le stress et le soutien social, la violence physique et sexuelle, l'information reçue sur les questions relatives à la grossesse, au travail, à l'accouchement et à la santé postnatale ainsi que sur la dépression post-partum et l'alimentation du nourrisson.

Le présent rapport rend compte des résultats sur tous les sujets d'importance majeure abordés par l'EEM, regroupés en trois chapitres visant respectivement la grossesse, le travail et l'accouchement, et la période postnatale. En plus des résultats nationaux, on trouvera des analyses au niveau provincial et territorial. Les résultats sont également présentés selon l'âge de la mère, son niveau de

scolarité, la parité (p. ex., primipare ou multipare), le type d'accouchement (c.-à-d., par voie vaginale ou par césarienne) et le niveau de revenu du ménage par rapport du seuil de faible revenu (revenu au niveau ou au-dessous du seuil, revenu au-dessus du seuil). On n'a pas donné de résultats précis sur le point de vue des mères les plus jeunes (groupe des 15-19 ans), des immigrantes récentes et des mères autochtones dans le présent rapport, mais ils seront présentés par la suite dans des publications ciblées.

Le questionnaire complet de l'EEM et les tableaux de données correspondant aux résultats présentés dont fait état le présent rapport sont disponibles sur cédérom et dans le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada à <http://www.santepublique.gc.ca/eem>. Deux articles donnant un aperçu de la méthode de l'enquête et de ses résultats ont été publiés dans le *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*^{1,2}.

À titre de première enquête du genre au Canada, l'EEM s'ajoute à d'autres enquêtes nationales et régionales à grande échelle qui ont exploré l'expérience et le point de vue des femmes aux États-Unis^{3,4}, en Angleterre et en Écosse⁵⁻⁹, en Australie^{10,11}, en Suède¹², dans la Fédération de Russie¹³⁻¹⁶, en Lituanie¹⁷ et en Azerbaïdjan¹⁸. En enrichissant notre compréhension de l'expérience de la maternité et du point de vue des femmes, l'EEM contribue à mettre en évidence les forces du système de santé publique et de soins du Canada et les secteurs pouvant se prêter à amélioration.

Résultats

Chapitre 1 : Grossesse

Réaction à la grossesse : Si la moitié (49,5 %) des femmes ont indiqué que le moment de la grossesse était opportun, environ le quart (23,4 %) auraient préféré être enceintes plus tôt, 20,0 % auraient préféré être enceintes plus tard et 7,1 % ne voulaient pas être enceintes. La plupart des femmes ont indiqué qu'elles étaient « très heureuses » (80,9 %) ou « quelque peu heureuses » (12,1 %) lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes.

Professionnels de la santé ayant dispensé les soins prénataux : La majorité des femmes ont reçu leurs soins prénataux d'un obstétricien ou d'un gynécologue (58,1 %) ou d'un médecin de famille (34,2 %). Le reste des femmes, soit 6,1 % et 0,6 %, ont reçu les soins prénataux d'une sage-femme ou d'une infirmière ou infirmière praticienne, respectivement.

Soins prénataux : La plupart (94,9 %) des femmes ont amorcé les soins prénataux au premier trimestre de la grossesse. Les femmes ont consulté en moyenne 12,9 fois et seulement 1,1 % d'entre elles n'ont eu que quatre consultations de soins prénataux ou moins. La proportion de femmes à avoir indiqué qu'elles n'avaient pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient variait considérablement entre les provinces et territoires. Les deux raisons le plus souvent invoquées pour ne pas avoir obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient était que « le médecin ou le professionnel de la santé n'était pas disponible » et que « le médecin ou le professionnel de la santé ne voulait pas commencer à leur dispenser des soins plus tôt ».

Cours prénataux : Environ le tiers des primipares n'ont pas suivi de cours prénataux, même si, comparativement aux multipares, elles étaient plus susceptibles de les suivre (65,6 % contre 6,0 %). Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient plus susceptibles de suivre ces cours, tandis que les

femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles de les suivre.

Information prénatale : Les femmes ont indiqué que les sources d'information les plus utiles sur la grossesse avaient été leur professionnel de la santé (32,2 %), les livres (22,3 %) et une grossesse précédente (17,1 %). La plupart des femmes avaient reçu suffisamment d'information sur les questions se rapportant à la grossesse, mais on a observé des variations en fonction de la région et de l'âge de la mère.

Suppléments d'acide folique : La proportion de femmes ayant pris des suppléments d'acide folique était de 57,7 % dans les trois mois précédant la grossesse, et de 89,7 % au cours des trois premiers mois de la grossesse. Près du quart (22,4 %) des femmes ne savaient pas, avant la grossesse, que la prise de suppléments d'acide folique avant la grossesse pouvait contribuer à prévenir certaines malformations congénitales.

Échographie prénatale : Presque toutes (99,8 %) les femmes ont indiqué qu'elles avaient eu au moins une échographie prénatale, la moyenne étant de trois échographies par femme. On a observé que 84,2 % des femmes ont eu plus d'une échographie. En moyenne, la première échographie a eu lieu à environ 14 semaines, et 66,8 % des femmes ont eu leur première échographie avant la 18^e semaine.

Test de dépistage du VIH : Environ les trois quarts (74,3 %) des femmes ont indiqué qu'elles avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de leur grossesse. Dans les provinces et territoires ayant une approche de dépistage optionnelle, 77,4 % des femmes ont subi le test de dépistage, contre 70,3 % des femmes des provinces et territoires ayant une approche de dépistage systématique selon laquelle le test est administré à moins que les femmes ne demandent expressément à ne pas l'avoir. Les femmes vivant dans une province ou un territoire où le dépistage est systématique étaient proportionnellement plus nombreuses (11,2 %) que dans les autres provinces ou territoires (8,4 %) à ne pas savoir si elles avaient subi le test.

Indice de masse corporelle de la mère et gain de poids pendant la grossesse : Plus du tiers des femmes avaient un indice de masse corporelle (IMC) élevé avant la grossesse, 21,0 % d'entre elles ayant un surpoids et 13,6 % étant obèses. Six pour cent (6,1 %) des femmes avaient un poids insuffisant avant la grossesse. Le gain de poids moyen pendant la grossesse a été de 15,7 kilogrammes. Les femmes qui avaient un poids insuffisant ou normal avant la grossesse ont gagné plus de poids pendant la grossesse que les autres femmes. De façon générale, les femmes n'avaient pas retrouvé leur IMC d'avant la grossesse au moment de l'entrevue, qui se situait entre le 5^e et le 14^e mois après la naissance.

Usage du tabac : Les femmes étaient proportionnellement moins nombreuses à fumer quotidiennement ou à l'occasion au cours des trois derniers mois de la grossesse (10,5 %) qu'avant la grossesse (22,0 %). Un grand nombre de femmes avaient arrêté de fumer pendant la grossesse, mais près de la moitié (47,0 %) d'entre elles avaient recommencé à fumer au moment de l'entrevue. Les femmes de 24 ans ou moins, les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu ont fait état de plus hauts pourcentages d'usage du tabac pendant la grossesse. Environ le quart (23,4 %) des femmes vivaient avec une personne qui fumait pendant leur grossesse.

Consommation d'alcool : Alors que 62,4 % des femmes consommaient de l'alcool au cours des trois mois précédant la grossesse, 10,5 % ont fait état d'une consommation d'alcool pendant la grossesse. Quatre-vingt-douze pour cent (92,3 %) des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu ont indiqué ne pas avoir bu d'alcool pendant la grossesse, comparativement à 88,2 % des femmes vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu.

Consommation de drogues de la rue : Sept pour cent (6,7 %) des femmes ont indiqué qu'elles avaient consommé des drogues de la rue au cours des trois mois précédant la grossesse et 1,0 % en avaient consommées pendant la grossesse. Les jeunes femmes et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de consommer des drogues de la rue tant avant que pendant la grossesse.

Violence physique : La proportion de femmes ayant fait état de violence physique ou sexuelle au cours des deux dernières années était de 10,9 %. Les femmes âgées de 24 ans ou moins, les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de faire état de violence physique à leur endroit. Comparativement à avant la grossesse, le niveau de violence pendant la grossesse a diminué pour 47,0 % des femmes ayant fait état de violence, mais il a augmenté pour 5,4 % d'entre elles. Le niveau de violence après la naissance du bébé a diminué pour 51,6 % des femmes ayant fait état de violence, mais il a augmenté pour 16,3 % d'entre elles.

Stress et soutien social : Près du cinquième (17,1 %) des femmes ont indiqué avoir vécu au moins trois événements stressants au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé. Les événements stressants étaient davantage prévalents chez les mères les plus jeunes (15 à 19 ans), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu. Près de 13 % (12,5 %) des femmes ont indiqué que la plupart des jours étaient très stressants au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé. La majorité (86,9 %) des femmes ont bénéficié d'un soutien tout le temps ou la plupart du temps au cours de leur grossesse.

Chapitre 2 : Travail et accouchement

Lieu de l'accouchement : Presque tous (97,9 %) les accouchements ont eu lieu à l'hôpital ou dans une clinique. Seulement 1,2 % et 0,8 % des accouchements ont eu lieu à domicile ou dans une maison des naissances, respectivement. Les femmes des groupes d'âge supérieur et les multipares étaient proportionnellement plus nombreuses à accoucher à l'extérieur du cadre hospitalier.

Déplacement jusqu'au lieu de l'accouchement : Le quart (25,6 %) des femmes se sont déplacées vers une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher. Globalement, 2,5 % des femmes ont parcouru plus de 100 kilomètres pour accoucher. La proportion de femmes s'étant déplacées est beaucoup plus élevée dans les territoires que dans les provinces.

Accoucheur : Plus des deux tiers (69,6 %) des femmes ont été assistées à l'accouchement par un obstétricien ou un gynécologue, 14,6 % par un médecin de famille, 4,7 % par une infirmière ou une infirmière praticienne et 4,3 % par une sage-femme. La moitié (49,4 %) des femmes ont été suivies

par le même professionnel de la santé tout au long de leur grossesse et à la naissance, et la majorité (88,4 %) d'entre elles estimaient qu'il était important d'être suivi par le même professionnel de la santé. Parmi les femmes qui n'avaient pas été suivies par le même professionnel de la santé tout au long de la grossesse et à la naissance, 42,3 % étaient du même avis.

Type d'accouchement : Environ les trois quarts (73,7 %) des femmes ont donné naissance à leur bébé par voie vaginale. Les accouchements par césarienne (26,3 %) étaient plus fréquents chez les femmes des groupes d'âge supérieur, les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité élevé et celles vivant dans un ménage dont le revenu est au-dessus du seuil de faible revenu. Peu (8,1 %) de femmes ont demandé à leur professionnel de la santé, à un moment donné pendant la grossesse, d'accoucher par césarienne. Ce pourcentage inclut 5,3 % de multipares ayant eu une césarienne lors de leur accouchement précédent.

Position pour accoucher : Près de la moitié (47,9 %) des femmes qui ont accouché par voie vaginale ont signalé être en décubitus dorsal (c.-à-d., couchées sur le dos) au moment de la naissance. Plus de la moitié (57,0 %) des femmes ayant accouché par voie vaginale qui ne se trouvaient pas en décubitus latéral (c.-à-d., couchées sur le côté) au moment de la naissance ont signalé que leurs jambes reposaient dans des étriers.

Déclenchement ou accélération du travail : Près de la moitié (44,8 %) des femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé que le professionnel de la santé avait essayé de déclencher leur travail au moyen de médicaments ou d'autres techniques, et 37,3 % ont indiqué que le professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail. On avait administré des médicaments ou utilisé d'autres techniques pour déclencher le travail à près des deux tiers (65,0 %) des femmes qui ont accouché par césarienne après avoir tenté d'accoucher par voie vaginale.

Monitoring fœtal électronique : Parmi les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, 90,8 % ont fait état d'un monitoring fœtal électronique (MFE) à un moment donné pendant le travail et 62,9 % ont fait part d'une utilisation continue du MFE. Le recours au MFE diminuait plus l'âge de la mère augmentait, et était plus élevé chez les primipares que chez les multipares. Chez une petite proportion (6,5 %) de femmes, l'auscultation du rythme cardiaque du fœtus a été effectuée pendant le travail uniquement au moyen d'un stéthoscope, d'un appareil Doppler ou d'un fœtoscope (c'est-à-dire que le MFE n'a pas du tout été utilisé pendant le travail).

Rasage du pubis, lavement et poussée sur l'abdomen : Chez les femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, presque une sur cinq (19,1 %) a signalé que son pubis ou son périnée avait été rasé; 5,4 % avaient subi un lavement et chez 13,2 % d'entre elles, on avait poussé sur le dessus de l'abdomen pour faire descendre le bébé pendant l'accouchement. Les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de faire état de ces procédures.

Épisiotomie et points de suture dans la région du périnée : Une femme sur cinq (20,7 %) ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale avait eu une épisiotomie. Les deux tiers (64,1 %) des femmes ont signalé avoir eu des points de suture dans la région du périnée près de l'orifice du vagin pour réparer une déchirure ou une coupure. Les primipares, les femmes ayant un niveau de

scolarité élevé et celles vivant dans l'une des provinces étaient plus susceptibles d'avoir subi ces procédures. Un peu plus du tiers (35,9 %) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé n'avoir eu ni épisiotomie ni point de suture.

Gestion de la douleur : Chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, les exercices de respiration (74,1 %) et le changement de position (69,5 %) étaient les techniques sans médicaments les plus souvent utilisées pour calmer la douleur pendant le travail et l'accouchement. Les bains ou les douches étaient la technique jugée la plus efficace pour calmer la douleur sans médicaments (54,8 %). L'anesthésie épidurale ou spinale était la technique avec médicaments la plus souvent utilisée (57,3 %) chez les femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale. La plupart des femmes (81,1 %) qui avaient utilisé cette technique estimaient qu'elle les avait beaucoup aidées. Il y avait un écart important dans l'utilisation de l'anesthésie épidurale ou spinale entre les provinces et les territoires. Environ les trois quarts (77,0 %) des femmes ont signalé avoir reçu avant le travail suffisamment d'information à propos des techniques pour calmer la douleur.

Soutien pendant le travail et l'accouchement : La majorité des femmes avaient à leurs côtés leur mari ou leur conjoint pendant le travail (94,6 %) et l'accouchement (92,3 %). Environ un tiers (35,5 %) des femmes avaient à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou conjoint pendant le travail ou l'accouchement. Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'avoir eu à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou conjoint pendant le travail ou l'accouchement. La majorité des femmes étaient très satisfaites du soutien reçu de leur mari ou conjoint ou encore de leur compagne ou compagnon.

Contact entre la mère et le nourrisson à la naissance : Près des trois quarts (71,9 %) des femmes ont tenu leur bébé dans leurs bras pour la première fois immédiatement après avoir accouché ou dans les cinq minutes suivant la naissance. Environ le tiers (31,1 %) des mères ont signalé avoir tenu leur bébé nu contre leur peau au premier contact, et moins de la moitié (45,3 %) l'avaient eu dans leur lit pendant la première heure suivant la naissance. Le contact entre la mère et le nourrisson après la naissance variait selon la province ou le territoire.

Expérience de l'accouchement et satisfaction à l'égard des soins : Quatre-vingts pour cent des femmes ont exprimé une opinion « très positive » (53,8 %) ou « assez positive » (26,2 %) sur leur expérience globale du travail et de l'accouchement. Celles qui ont été assistées par une sage-femme à l'accouchement étaient proportionnellement plus nombreuses (71,1 %) à qualifier leur expérience du travail et de l'accouchement de « très positive » que celles qui ont été assistées par un autre professionnel de la santé. Environ les trois quarts des femmes étaient « très satisfaites » du respect qui leur avait été témoigné (78,5 %), de la compétence perçue des professionnels de la santé (75,9 %), du respect de leur intimité et de leur dignité (75,6 %) et de leur participation personnelle à la prise de décisions (72,6 %). Environ les deux tiers des femmes étaient « très satisfaites » de la compassion et de la compréhension à leur égard (65,4 %) et de l'information qui leur avait été fournie (61,8 %) par les professionnels de la santé tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat.

Chapitre 3 : Post-partum

Durée du séjour de la mère à l'hôpital : Le tiers (33,6 %) des femmes ayant accouché par voie vaginale ont indiqué que leur séjour à l'hôpital avait été de courte durée (c.-à-d., de moins de deux jours), tandis que la moitié (53,0 %) des femmes ayant accouché par césarienne ont indiqué que leur séjour à l'hôpital avait été de courte durée (c.-à-d., de moins de quatre jours) après la naissance de leur bébé. Soixante-dix pour cent (69,5 %) des femmes ont signalé que leur séjour à l'hôpital avait été « suffisant », peu importe la durée de leur séjour.

Taux d'allaitement : Même si la majorité (90,3 %) des femmes ont commencé à allaiter, la proportion de femmes qui ont signalé allaiter à l'occasion (53,9 %) ou pratiquer un allaitement exclusif (14,4 %) six mois après la naissance était moins élevée. Le taux d'allaitement était plus élevé dans l'ouest que dans l'est du Canada, augmentait avec l'âge et le niveau de scolarité de la mère et était plus élevé chez les femmes vivant dans un ménage avec un revenu supérieur au seuil de faible revenu.

Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) : La plupart (80 %-90 %) des mères ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information sur l'allaitement maternel, des renseignements sur les ressources communautaires en matière d'allaitement et une aide pour commencer l'allaitement maternel. Des pratiques n'encourageant pas l'allaitement maternel et les étapes de l'IHAB ont également été signalées : 50,2 % des bébés nourris au sein n'étaient pas allaités uniquement à la demande pendant la première semaine après la naissance; 44,4 % des bébés nourris au sein ont reçu une sucette pendant la première semaine suivant la naissance; 35,8 % des mères ont reçu ou se sont vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé; 35,0 % des bébés ont été hors de la chambre de leur mère pendant plus d'une heure au cours des 24 heures qui ont suivi la naissance et 19,8 % des bébés ont commencé à être allaités trop tôt (c.-à-d., dans les cinq minutes qui ont suivi la naissance).

Contact à domicile et satisfaction à l'égard des soins postnataux : La majorité (93,3 %) des femmes ont signalé qu'un professionnel de la santé les avait contactées à leur domicile après la naissance. En moyenne, elles ont été contactées environ sept jours après la naissance et parmi celles qui ont accouché à l'hôpital ou dans une clinique, ce délai était d'environ quatre jours après la sortie de l'hôpital. Ce pourcentage variait considérablement entre les provinces et les territoires. Les deux tiers (66,0 %) des femmes étaient « très satisfaites » des soins qu'elles avaient reçus après l'accouchement, tandis que 74,5 % se sont dites « très satisfaites » de ceux que leur nouveau-né avait reçus.

Information postnatale : Les femmes ont cité comme sources d'information postnatale les plus utiles les professionnels de la santé (29,4 %), la famille ou les amis (20,5 %), les livres (18,9 %) et une grossesse précédente (18,5 %). Les femmes ont indiqué disposer de suffisamment d'information sur les soins de base à prodiguer au bébé et à elles-mêmes (p. ex., siège-auto pour bébé, contraception, dépression post-partum), mais semblaient moins bien informées sur des questions ayant trait à la transition au rôle de parent (p. ex., changements d'ordre sexuel, exigences physiques imposées au corps de la femme après l'accouchement, effet sur la relation avec le mari ou le conjoint).

Congé de maternité : Environ les trois quarts (78,6 %) des femmes ont indiqué avoir occupé un emploi rémunéré ou avoir travaillé à leur compte à un moment donné pendant leur grossesse. Environ les deux tiers (68,3 %) des femmes ont travaillé pendant leur grossesse et ont reçu des prestations de maternité ou parentales, même si le pourcentage variait d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi celles qui ont travaillé pendant la grossesse, 11,6 % étaient retournées travailler dans les six mois suivant la naissance.

Santé postnatale de la mère : Même si 42,3 % de toutes les femmes ont signalé avoir eu au moins « un gros problème » de santé postnatale pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement, la plupart (72,5 %) ont jugé leur santé excellente (33,6 %) ou très bonne (38,9 %) au moment de l'entrevue. Moins de 3 % (2,5 %) des femmes ont été hospitalisées pendant les trois mois qui ont suivi l'accouchement. Un peu plus du quart (27,9 %) des femmes ont fait état d'une consultation postnatale autre que de routine.

Dépression post-partum, dépression antérieure et soutien : Sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), 7,5 % des femmes ont obtenu un score de 13 ou plus, ce qui donne à penser qu'elles souffraient de dépression au moment de l'entrevue effectuée dans le cadre de l'EEM. Des scores de 13 ou plus sur l'EDPE ont été observés en plus grand nombre chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (14,0 %), les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (13,7 %) et les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (13,5 %). La proportion de femmes auxquelles on avait prescrit des antidépresseurs ou chez lesquelles on avait diagnostiqué une dépression avant la grossesse s'élevait à 15,5 %. La plupart (84,0 %) des femmes ont indiqué avoir obtenu un soutien pendant le post-partum, soit tout le temps (51,1 %) ou la plupart du temps (32,9 %).

Santé du nourrisson : La plupart (93,8 %) des nourrissons sont nés à l'âge gestationnel de 37 semaines ou plus, et peu ont été réhospitalisés dans le mois (3,6 %) ou dans les cinq mois (6,7 %) qui ont suivi la naissance. La majorité (92,8 %) des femmes ont indiqué que leur bébé était soit en excellente (70,8 %) ou en très bonne (22,0 %) santé au moment de l'entrevue. Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu, les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et les jeunes mères âgées de 15 à 19 ans étaient moins susceptibles de signaler que leur bébé était en excellente santé.

Position du nourrisson pour dormir : La majorité (90,2 %) des femmes ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information concernant le syndrome de la mort subite du nourrisson; les proportions variant selon la province ou le territoire, le revenu du ménage et le niveau de scolarité de la mère. Globalement, environ les trois quarts (77,4 %) des femmes ont indiqué coucher leur bébé sur le dos pour dormir. Les jeunes femmes, les multipares, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu et les femmes ayant un niveau de scolarité peu élevé étaient moins susceptibles de signaler qu'elles couchaient leur bébé sur le dos pour dormir.

Circoncision : Environ le tiers (31,9 %) des femmes ont signalé avoir fait circoncire leur bébé de sexe masculin. Cette proportion variait fortement selon la province ou le territoire.

Questions qui méritent réflexion

En général, les Canadiennes ayant répondu au questionnaire considéraient comme positive leur expérience du travail et de l'accouchement. Elles ont également fait état d'un haut degré de satisfaction à l'égard des soins dispensés par les professionnels de la santé qui les avaient assistées au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Mais elles ont souligné des questions importantes, à savoir :

Interventions au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement : Nombre d'interventions qui en l'état de la science sont recommandées « sur indication » mais non de façon systématique sont mentionnées avec une fréquence considérable au Canada. Par exemple, la plupart des femmes ont eu plus d'une échographie prénatale et nombre d'entre elles ont fait état d'un monitoring fœtal électronique continu malgré des données probantes qui préconisent l'auscultation intermittente au cours d'un travail normal. Des épisiotomies, de même que le déclenchement et l'accélération du travail, ont aussi été fréquemment mentionnées. Par ailleurs, certaines pratiques non appuyées par des preuves cliniques ont été signalées, entre autres le décubitus dorsal pour l'accouchement et l'utilisation d'étriers, les lavements, le rasage et la poussée sur l'abdomen pour pousser le bébé vers le bas pendant l'accouchement par voie vaginale. Il y a lieu de mettre en œuvre à plus grande échelle des pratiques cliniques reposant sur des données probantes pour faire face à l'utilisation abusive de ces procédures.

Allaitement : Les taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance, conformément aux recommandations canadiennes en matière de santé publique, sont de loin inférieurs aux taux souhaitables. Les taux de préparation des mères à l'allaitement et de commencement de l'allaitement sont relativement élevés. Toutefois, on observe parallèlement des pratiques non conformes à l'Initiative Hôpitaux amis des bébés, entre autres la remise à la mère d'échantillons gratuits de lait maternisé et de sucettes pour les bébés, l'allaitement du bébé selon un horaire déterminé, le non-respect des recommandations qui préconisent que le bébé reste avec sa mère 24 heures par jour et la mise au sein trop tôt après l'accouchement. Il faut déployer plus d'efforts pour encourager l'allaitement, entre autres promouvoir le respect des étapes de l'IHAB, qui s'avère accroître la durée de l'allaitement et l'allaitement exclusif.

Variations régionales : Les résultats de l'EEM révèlent des différences marquées entre les provinces et les territoires concernant plusieurs aspects de l'expérience des femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Par exemple, certaines interventions médicales et l'utilisation de technologies comme le monitoring fœtal électronique, le déclenchement du travail et le recours à la gestion de la douleur avec médicaments pendant le travail et l'accouchement sont plus élevées dans les provinces que dans les territoires. D'autres recherches s'imposent pour déterminer si ces différences sont attribuables à la politique de la santé dans ces régions ou aux pratiques ou façons de faire locales qui privilégient ou récusent l'accouchement selon des méthodes traditionnelles moins interventionnistes, aux écarts dans la disponibilité et la répartition des ressources en soins de santé, aux caractéristiques socio-démographiques ou à d'autres raisons.

Mères du Nunavut : Les femmes du Nunavut ne constituaient qu'une petite proportion de la population visée par l'EEM. Plusieurs constatations n'en sont pas moins préoccupantes. Selon leurs déclarations, les femmes du Nunavut sont moins bien informées sur les questions relatives à la grossesse, elles sont proportionnellement plus nombreuses à fumer et à avoir subi de la violence, et l'on constate chez elles davantage de symptômes de dépression post-partum que chez les autres femmes. Leur niveau de satisfaction à l'égard de l'expérience de la maternité est moindre et elles sont proportionnellement moins nombreuses à prendre des suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle et à coucher leur bébé sur le dos. Les femmes du Nunavut étaient également moins susceptibles d'avoir à leurs côtés leur mari ou leur conjoint pendant le travail et l'accouchement ou à signaler que leur bébé était en excellente santé. On ne peut pas encore établir dans quelle mesure des facteurs comme le jeune âge de la mère, le faible statut socio-économique et l'isolement géographique contribuent à ces constatations. Par ailleurs, certaines expériences de la maternité rapportées par les femmes du Nunavut sont encourageantes. Par exemple, elles ont fait état de taux relativement élevés de contact entre la mère et le nourrisson et de contacts peau contre peau dans les cinq minutes qui ont suivi la naissance ainsi que d'un allaitement exclusif six mois après la naissance. Compte tenu du taux de réponse à l'EEM plus faible que prévu au Nunavut, d'autres études sur les expériences des femmes dans ce territoire doivent être réalisées afin de valider et d'analyser ces constatations.

Mères les plus jeunes (15-19 ans) et mères ayant un faible statut socio-économique : Les mères les plus jeunes, les mères ayant un niveau de scolarité moins élevé et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu constituent également une source de préoccupation. Par exemple, comparativement aux autres femmes, ces femmes ont fréquemment fait état d'expériences moins favorables de la maternité, notamment de violence, de stress pendant la grossesse et de symptômes de dépression post-partum. Les femmes de ces groupes étaient aussi plus susceptibles d'indiquer qu'elles n'avaient pas eu suffisamment d'information sur les questions relatives à la maternité. Il y a lieu d'accorder une attention particulière aux mères les plus jeunes et aux mères ayant un faible statut socio-économique au moment d'élaborer des politiques et des programmes de santé maternelle.

Sensibilisation à des pratiques saines : Les femmes ont fait état de moindres pourcentages d'usage du tabac, de consommation d'alcool et de drogue au cours de leur grossesse qu'avant celle-ci, ce qui indique qu'elles n'ignoraient pas de façon générale que ces comportements sont nocifs pour le développement du bébé. Elles étaient également informées du syndrome de la mort subite du nourrisson et de la nécessité de coucher leur bébé sur le dos pour dormir. En revanche, plus du tiers d'entre elles avaient un indice de masse corporelle élevé avant d'être enceintes et certaines semblaient moins bien informées des bienfaits des suppléments d'acide folique avant la conception pour réduire certaines malformations congénitales. Il y a lieu de continuer d'informer les femmes et de leur donner de l'aide dans ces domaines.

Conclusion

L'EEM offre l'occasion exceptionnelle de recueillir le point de vue des femmes canadiennes sur leur expérience de la maternité en complément des sources traditionnelles de données pour la surveillance de la santé périnatale. En fournissant des données propres à éclairer les politiques, les programmes et les pratiques, les résultats de l'EEM contribueront à améliorer les soins de maternité et la santé maternelle et infantile au Canada.

L'EEM indique que la plupart des femmes canadiennes sont généralement très satisfaites des soins de maternité qu'elles ont reçus et jugent positive leur expérience de la maternité. Néanmoins, les réponses des femmes font état de questions importantes. Certaines de ces questions se rapportent aux interventions et à des pratiques de soins de maternité dont l'utilisation systématique n'est pas étayée par les données scientifiques actuelles, tandis que d'autres ont trait à des disparités régionales et socio-démographiques considérables. D'autres enquêtes en collaboration sont nécessaires pour valider et explorer ces résultats. En outre, des efforts sont requis pour combler les lacunes en matière d'information, notamment en ce qui concerne la façon dont les femmes des Premières nations habitant dans une réserve, ou d'autres femmes qui n'ont pas été incluses dans l'enquête, vivent l'expérience de la maternité.

Les résultats de l'EEM peuvent également être analysés à la lumière des politiques et des pratiques des hôpitaux en matière de maternité, mentionnés dans *l'Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens 2007*¹⁹, et également à la lumière du *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*²⁰.

Références

1. Chalmers B, Dzakpasu S, Heaman M, Kaczorowski J; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada. The Canadian Maternity Experiences Survey: an overview of findings. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(3):217–28.
2. Dzakpasu S, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Duggan J, Neusy E; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada. The Canadian Maternity Experiences Survey: design and methods. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(3):207–16.
3. Beck LF, Johnson CH, Morrow B, Lipscomb L, Gaffield ME, Gilbert BC, et al. *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) 1999 surveillance report.* Atlanta (GA): Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
4. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. *Listening to mothers: report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences.* New York: Maternity Center Association; 2002.
5. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. *Great expectations: a prospective study of women's expectations and experiences of childbirth.* 2nd ed. Hale (Cheshire): Books for Midwives Press; 1998.
6. Green JM, Baston HA, Easton SC, McCormick F. *Greater expectations: the inter-relationship between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes. Summary report.* Leeds (UK): Mother & Infant Research Unit, University of Leeds; 2003.
7. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene J. *First class delivery: a national survey of women's views of maternity care.* London: Audit Commission; 1998.
8. Redshaw M, Rowe R, Hockley C, Brocklehurst P. *Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006* [Internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2007 [cité le 3 juin 2008]. Accessible à : <http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/maternitysurveys/maternity-survey-report.pdf>.
9. Scottish Programme for Clinical Effectiveness in Reproductive Health (SPCERH). *Maternity care matters: an audit of maternity services in Scotland 1998.* Aberdeen: Douglas Baird Centre for Research on Women's Health; 1999.
10. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth.* 1994;21(1):4–13.
11. Brown S, Lumley J. *Survey of recent mothers: women's views and experiences of maternity care.* Melbourne: Centre for the Study of Mothers' and Children's Health; 1997.
12. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17–27.
13. Chalmers B, Muggah H, Samarskaya M, Tkatchenko E. Women's experiences of birth in St. Petersburg, Russian Federation, following a maternal and child health intervention program. *Birth.* 1998;25(2):107–16.
14. Chalmers B, Samarskaya M, Tkatchenko E, Muggah H. What women say about antenatal care in St. Petersburg, Russian Federation. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1999;20(1):1–10.
15. Chalmers B, Samarskaya M, Tkatchenko E, Muggah H. What women say about post-partum care and breastfeeding in St. Petersburg, Russian Federation. *J SOGC.* 1999;21:127–37.
16. Helsing E, Chalmers B, Dinekina T, Kondakova N. Breastfeeding, baby friendliness and birth in transition in North Western Russia: a study of women's perceptions of the care they receive when giving birth in six maternity homes in the cities of Arkhangelsk and Murmansk in 1999. *Acta Paediatr.* 2002;91(5):578–83.
17. Jeckaite D, Chalmers B, Ivonaitis A, Klumbiena J. *What women and their partners say about obstetric care.* Présenté à la Seventh Conference of the Lithuanian Association of Obstetrics and Gynaecology. Klaipeda (Lituanie); 2004.
18. Chalmers B, Qulieva D. A report of women's birth experiences in Baku, Azerbaijan. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004;25(1):3–14.
19. Hanvey L, Levitt C, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Bartholomew S; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien de la santé infantile. *Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens 2007.* Ottawa: Agence de la santé publique du Canada. Sous presse 2009.
20. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008.* Ottawa, 2008.

Méthode

Susie Dzakpasu, Janusz Kaczorowski

L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) a été élaborée et mise en œuvre par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en collaboration avec Statistique Canada. Le principal objet de l'enquête était de fournir des données pancanadiennes représentatives sur l'expérience des femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (GEEM) du Système canadien de surveillance périnatale a dirigé toutes les étapes de l'EEM, y compris l'élaboration du questionnaire et des méthodes d'échantillonnage, les essais pilotes, la formation des enquêtrices, la collecte et le traitement des données, ainsi que l'analyse et l'établissement du rapport. L'équipe de projet ASPC-Statistique Canada, sous l'égide du Comité directeur du projet ASPC-Statistique Canada et du GEEM a été responsable de la mise en œuvre de l'enquête au quotidien. Une description de la conception et des méthodes de l'enquête a été publiée¹; dont nous en donnons un résumé ci-après.

Questionnaire

L'élaboration du questionnaire de l'EEM a nécessité un vaste processus de consultation et d'importants débats, une étude bibliographique, des entrevues de groupe et deux études pilotes. La version finale du questionnaire est tirée des questions utilisées dans d'autres enquêtes sur la maternité²⁻⁸ et d'instruments validés^{9,10}. Elle comprend plus de 300 questions portant sur un large éventail de sujets entourant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Les versions française et anglaise du questionnaire sont disponibles sur cédérom et à <http://www.santepublique.gc.ca/eem>.

Formation des enquêtrices

La formation d'enquêtrices de Statistique Canada s'est faite en deux étapes. Au cours de la première étape, des gestionnaires de programmes régionaux de Statistique Canada et certains superviseurs de projet ont été formés au bureau national de l'organisme à Ottawa. Au cours de la deuxième étape, ces gestionnaires et superviseurs ont formé les enquêtrices dans les bureaux régionaux. Les membres du GEEM étaient présents aux deux étapes de la formation.

La formation des enquêtrices comportait notamment les volets suivants :

- un aperçu des objectifs et des méthodes de l'EEM;
- un examen détaillé du questionnaire;
- un examen de la prononciation et de la définition des termes utilisés dans le questionnaire;
- la façon d'aborder les sujets délicats (p. ex., problèmes de fertilité, dépression post-partum, violence) et les situations difficiles qui peuvent survenir au cours de l'entrevue.

Au cours de la formation, on a demandé aux enquêtrices de ne pas porter de jugement, d'être détachées et de demeurer professionnelles tout en n'étant pas impersonnelles, lorsqu'elles abordaient ces sujets. Lorsque la répondante faisait état de violence, si elle demandait de l'aide, l'enquêtrice lui fournissait un numéro sans frais pour les femmes victimes de violence familiale. Les enquêtrices qui rencontraient des situations difficiles étaient en mesure d'obtenir de l'aide des services de santé mentale par l'intermédiaire du Programme d'aide aux employés de Statistique Canada.

Collecte des données

On a envoyé par la poste aux femmes visées par l'enquête une lettre de présentation ainsi qu'un feuillet sur l'enquête leur demandant de participer à l'EEM. Les réponses au questionnaire ont été recueillies par la suite, entre le 23 octobre 2006 et le 31 janvier 2007, au moyen d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO). La plupart des femmes (96,9 %) ont été interrogées au cours de la période postnatale, à une date qui pouvait varier de 5 à 10 mois pour les répondantes des provinces et de 9 à 14 mois pour les répondantes des territoires. L'entrevue commençait par une série de questions pour déterminer l'admissibilité de la répondante. Elle durait en moyenne 45 minutes et était menée en français, en anglais et dans 13 autres langues. Le taux de non-réponse aux questions a été faible, et on a mis en évidence peu d'erreurs de données au cours du traitement des données. Les erreurs ou incohérences mises en évidence se rapportant à une série particulière de résultats sont décrites dans la catégorie « Limites » de la section correspondante du rapport.

Échantillon de l'EEM

Les mères biologiques, âgées de 15 ans ou plus, ayant accouché au Canada d'un enfant vivant unique dans une province, entre le 15 février 2006 et le 15 mai 2006, ou dans un territoire, entre le 1^{er} novembre 2005 et le 1^{er} février 2006, et vivant avec leur bébé au moment de la collecte des données constituaient la population visée par l'enquête. Ces cohortes de trois mois ont été choisies parce qu'elles précédaient immédiatement le dénombrement pour le recensement de la population canadienne de 2006, dont l'échantillon était tiré. Cela permettait de poser des questions sur les problèmes de la période postnatale tout en réduisant la probabilité que la mémoire des mères fasse défaut concernant les événements de la grossesse et de l'accouchement.

Les mères âgées de moins de 15 ans au moment de la naissance de leur enfant et les mères vivant dans une réserve des Premières nations ou dans un établissement institutionnel au moment de l'enquête ont été exclues pour des raisons opérationnelles. Toute mère qui avait donné naissance à plusieurs enfants (p. ex., jumeaux, triplets), ou un enfant mort-né, qui avait vécu l'expérience de la mort de son nouveau-né, ou qui ne vivait plus avec son bébé était également exclue, étant donné qu'il n'était pas possible d'inclure dans l'enquête des questions se rapportant expressément à ces expériences.

Un échantillon aléatoire stratifié de 8 542 femmes a été choisi sans remplacement, à partir des naissances récentes tirées d'un cadre d'échantillonnage s'appuyant sur le recensement. Les principales strates étaient les provinces ou territoires au moment du recensement et l'âge de la mère au moment de l'accouchement (c.-à-d., 15-19 ans, 20 ans ou plus). Des strates supplémentaires ont été établies selon que la mère vivait dans une région métropolitaine de recensement ou non et en fonction de la présence d'autres enfants ou non dans le ménage. La taille de l'échantillon a été

calculée de façon à produire des estimations fiables au niveau provincial et territorial fondées sur un taux de réponse prévu de 75 % dans les provinces et de 70 % dans les territoires.

Sur les 8 542 femmes, 1 605 n'ont pas participé du fait qu'on n'a pas pu déterminer leur admissibilité, soit parce qu'il n'a pas été possible de prendre contact avec elles ou parce que la sélection préliminaire était incomplète. Le nombre de répondantes admissibles parmi ces femmes a été estimé en appliquant la proportion de répondantes admissibles parmi celles présélectionnées (96 %) à celles non présélectionnées, ce qui nous a donné un chiffre estimatif de 8 244 femmes admissibles. Sur ce nombre, 6 421 femmes ont rempli une partie suffisamment importante du questionnaire pour être considérées comme des répondantes, ce qui donne un taux de réponse de 78 %. Le tableau 1 présente l'échantillon et le taux de réponse selon la province ou le territoire.

Tableau 1 Taux de réponse à l'Enquête sur l'expérience de la maternité, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

	Admissibles		Non admissibles	Admissibilité non déterminée	Total	N ^{bre} de femmes jugées admissibles	Taux de réponse (%)
	Répondantes	Non-répondantes					
Terre-Neuve-et-Labrador	279	13	12	44	348	335	83,4
Île-du-Prince-Édouard	184	5	4	32	225	220	83,5
Nouvelle-Écosse	344	8	16	48	416	398	86,4
Nouveau-Brunswick	303	22	10	65	400	388	78,0
Québec	1 256	31	27	253	1 567	1 534	81,9
Ontario	1 858	133	68	563	2 622	2 534	73,3
Manitoba	341	15	14	95	465	448	76,1
Saskatchewan	341	3	9	79	432	421	81,0
Alberta	651	16	12	135	814	799	81,5
Colombie-Britannique	631	29	22	189	871	841	75,0
Yukon	61	0	1	18	80	79	77,5
Territoires du Nord-Ouest	89	3	15	29	136	117	76,0
Nunavut	83	4	24	55	166	130	64,0
Canada	6 421	282	234	1 605	8 542	8 244	77,9

Compte tenu du plan de sondage et du taux de non-réponse, on a affecté à chaque répondante un poids d'échantillonnage calculé au sein de chaque catégorie de pondération, laquelle correspondait généralement à la strate dont était tiré l'échantillon. On a eu recours à d'autres strates après sélection en fonction de la langue maternelle et du statut d'autochtone. Les 6 421 répondantes ayant fait l'objet d'une pondération représentaient par conséquent 76 508 femmes.

La comparaison des caractéristiques démographiques des non-répondantes et des répondantes (comparaison des colonnes 1 et 2, tableau 2) montre que les mères les plus jeunes, les mères indiquant comme langue maternelle une autre langue que le français ou l'anglais, les mères vivant à Toronto et les mères célibataires étaient moins susceptibles de participer à l'enquête. Toutefois, après

la pondération, une comparaison de la répartition des répondantes avec le cadre d'échantillonnage (comparaison des colonnes 3 et 4, tableau 2) montre une approximation étroite concernant toutes les caractéristiques, ce qui porte à croire que l'échantillon de l'EEM est représentatif de la population visée par l'enquête.

Tableau 2 Répartition (%) des caractéristiques démographiques des non-répondantes et des répondantes propres au recensement, Enquête sur l'expérience de la maternité, Canada, 2006-2007

	Non-présélectionnées et non-répondantes (poids d'échantillonnage) n=1 887	Répondantes (poids d'échantillonnage) n=6 421	Répondantes (poids de l'EEM) n=6 421	Cadre de l'EEM (poids du recensement) n=58 972
Âge de la mère (années)				
15-19	5,3	2,6	3,2	3,3
20-29	47,0	44,4	45,3	44,6
30-39	41,7	49,4	48,0	47,4
≥40	6,1	3,6	3,6	4,7
Langue maternelle				
Anglais	58,3	61,4	61,6	61,0
Français	14,7	23,6	21,6	21,7
Autre	27,0	15,0	16,9	17,2
Lieu de résidence				
Toronto	25,3	15,4	17,5	17,8
Autre région métropolitaine de recensement	47,3	50,9	50,1	50,0
Zone région qu'une zone métropolitaine de recensement	27,4	33,7	32,5	32,2
État civil				
N'a jamais été légalement mariée	34,8	30,4	29,6	30,8
Mariée	59,2	65,8	66,7	65,2
Divorcée, veuve, séparée	6,0	3,8	3,7	4,0
Nombre d'adultes dans le ménage (≥18 ans)				
<2	11,8	4,2	4,2	5,7
≥2	88,2	95,8	95,8	94,3
Autres enfants dans le ménage (0-15 ans)				
Non	40,1	42,9	42,8	42,3
Oui	59,9	57,1	57,2	57,7
Sexe du bébé				
Masculin	52,4	51,8	51,7	51,6
Féminin	47,6	48,2	48,3	48,4

Validité interculturelle

La validité interculturelle du questionnaire de l'EEM et des méthodes de collecte de données pour des sous-groupes comme les femmes inuites n'a pas été testée. On ignore par conséquent si les méthodes de l'EEM ont pu conduire à des réponses faussées pour les femmes de ces sous-groupes particuliers.

Analyse des données

Le présent rapport rend compte de statistiques descriptives, principalement sous forme de proportions et occasionnellement de moyennes, calculées pour toutes les questions, d'après un échantillon pondéré de 76 508 femmes. Les variances associées à ces statistiques ont été calculées à partir d'une série de poids « bootstrap »^{11,12} reproduits pour saisir la variabilité introduite par les ajustements au plan de sondage et à la pondération. Des intervalles de confiance de 95 % (IC 95 %) sont indiqués avec chaque estimation et inclus dans les tableaux correspondant aux figures (les tableaux sont disponibles sur cédérom et à <http://www.santepublique.gc.ca/eem>). Des coefficients de variation (CV) ont également été calculés à partir des poids bootstrap. Les estimations avec des CV de 16,6 % ou plus sont considérées par Statistique Canada comme étant de qualité marginale (CV entre 16,6 % et 33,3 %) ou de faible qualité (CV de 33,3 % ou plus) et ont été signalées conformément aux recommandations de l'organisme¹³. Les statistiques s'appuyant sur des tailles de case de moins de cinq (c.-à-d., numérateur avec moins de cinq cas) ont été supprimées en application des règles de contrôle de divulgation de Statistique Canada. Aucun test statistique n'a été effectué. Par conséquent, les variations entre les estimations parmi les sous-groupes ne sont pas nécessairement des écarts significatifs sur le plan statistique et doivent être interprétées avec prudence.

Les données manquantes (c.-à-d., refus de répondre, ne sait pas et sauts valides) ont été généralement exclues des analyses. Notons une exception à cet égard dans l'analyse de la question demandant à la répondante si elle avait eu un test de dépistage du VIH. Dans ce cas, la réponse « Ne sait pas » est retenue car les femmes devraient être informées lorsqu'on leur fait le test de dépistage du VIH. La réponse « Ne sait pas » devient donc pertinente lorsqu'on évalue la fréquence de la non-information. En raison du faible niveau de non-réponse à des questions dans l'EEM, l'exclusion de dossiers comportant des données manquantes a eu une incidence minimale sur les résultats. Par conséquent, la taille véritable de l'échantillon varie légèrement entre les questions.

Tout au long du rapport, les résultats sont présentés à l'échelle nationale ainsi que par province et territoire, lorsque la taille de l'échantillon le permet. Les données ont été également analysées en fonction des variables secondaires suivantes : parité (c.-à-d., primipares – femmes dont le bébé correspond à une première naissance – par rapport à multipares – femmes ayant donné naissance auparavant); âge de la mère; niveau de scolarité de la mère; situation du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu (c.-à-d., revenu correspondant au seuil ou au-dessous, et revenu au-dessus du seuil); et type d'accouchement (par voie vaginale ou par césarienne). Le tableau 3 présente les variables secondaires et les variables de l'EEM qui ont été utilisées pour les calculer.

Les principales questions analysées pour chaque section sont indiquées à la fin de la section correspondante du rapport.

Le tableau 4 montre les seuils de faible revenu qui ont été utilisés dans l'EEM.

Tableau 3 Description des variables secondaires, Enquête sur l'expérience de la maternité, Canada, 2006-2007 §

Variable secondaire	Variables de l'EEM utilisées	Calcul
Province ou territoire	MOM_PROV : Province ou territoire de la répondante au moment du recensement de 2006	Variable utilisée dans une série de données, aucun calcul
Partité (inclut le bébé de l'EEM)**	BIRTH : Combien de fois avez-vous donné naissance à un bébé vivant? STILLBIRTH : Combien de grossesses se sont terminées par la naissance d'un bébé mort-né?	Primipare : BIRTH + STILLBIRTH = 1 Multipare : { (BIRTH + STILLBIRTH > 1) et BIRTH ≠ 99 et STILLBIRTH ≠ 99 } ou { (BIRTH > 1 et BIRTH ≠ 99) ou (STILLBIRTH > 1 et STILLBIRTH ≠ 99) }
Âge de la mère	AGEGRBTH : Âge de la répondante au moment de l'accouchement	Variable utilisée dans la série de données, les catégories 40-44 ans, 45-49 ans et 50 ans+ étant regroupées en une seule catégorie de 40 ans ou plus
Niveau de scolarité de la mère	SDEDEDUC : Correspond au plus haut niveau d'études terminées	Utilisé dans la série de données avec le regroupement suivant : Études secondaires non terminées : 8 ^e année ou moins, 9 ^e -10 ^e année, 11 ^e -13 ^e année sans diplôme Diplôme d'études secondaires : Diplôme (11 ^e -13 ^e année), un peu d'études postsecondaires Diplôme d'études postsecondaires : Diplôme ou certificat d'une école de métiers, d'un collège communautaire ou d'un cégep, certificat universitaire sans le baccalauréat Diplôme universitaire : Baccalauréat, diplôme d'études supérieures
Seuil de faible revenu du ménage	AREA SIZE : Taille de la région de résidence de la répondante (p. ex., collectivité urbaine, population <30 000) WA_Q09 : Au mieux de vos connaissances, pour les 12 derniers mois, à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes sources, avant impôt et autres déductions? WA_Q10 : Incluant vous-même et votre bébé, combien de personnes vivent dans votre ménage?	La situation du ménage par rapport au seuil de faible revenu a été déterminée en trois étapes: 1. On a attribué à chaque répondante une valeur selon le seuil de faible revenu du ménage correspondant aux valeurs indiquées au tableau 4, d'après ses réponses à la question WA_Q10 et à la question AREA SIZE. 2. Étant donné que l'EEM consigne le revenu des ménages (WA_Q09) par fourchettes, les répondantes vivant dans un ménage dont le revenu se situait dans une fourchette inférieure au seuil maximum de faible revenu (54 987 \$) se sont vu attribuer le point milieu de cette fourchette correspondant au revenu du ménage. L'évaluation d'une autre méthode répartissant toutes les répondantes de façon aléatoire au sein de la fourchette de faible revenu a indiqué une incidence minimale sur les résultats. 3. Le revenu du ménage attribué à chaque répondante a alors été comparé avec la valeur du seuil de faible revenu de son ménage de façon à la situer au-dessous ou au-dessus du seuil de faible revenu.
Type d'accouchement	LB_Q18 : Avez-vous eu un accouchement par voie vaginale ou par césarienne?	Variable utilisée comme dans la série de données, aucun calcul.

§ Les noms des variables de la série de données de l'EEM sont en lettres majuscules.

** Une valeur de 99 correspond à « indéterminé ».

Tableau 4 Seuils de faible revenu en 2005 (tirés de CANSIM, le 28 août 2007)

Taille de la zone	Nombre de personnes dans le ménage (WA_Q10)						
	1	2	3	4	5	6	≥7
Rurale	14 303 \$	17 807 \$	21 891 \$	26 579 \$	30 145 \$	33 999 \$	37 853 \$
Population urbaine <30 000	16 273 \$	20 257 \$	24 904 \$	30 238 \$	34 295 \$	38 679 \$	43 063 \$
Population urbaine de 30 000 à 99 999	17 784 \$	22 139 \$	27 217 \$	33 046 \$	37 480 \$	42 271 \$	47 063 \$
Population urbaine de 100 000 à 499 999	17 895 \$	22 276 \$	27 386 \$	33 251 \$	37 711 \$	42 533 \$	47 354 \$
Population urbaine ≥500 000	20 778 \$	25 867 \$	31 801 \$	38 610 \$	43 791 \$	49 389 \$	54 987 \$

Figures et tableaux

Toutes les figures sont présentées à une échelle de 25 %, 50 % ou 100 % selon la proportion la plus élevée calculée. Dans les figures autres que celles présentant des données provinciales et territoriales, la colonne « toutes les femmes » exclut les cas où des données étaient manquantes relativement à la variable primaire, mais elle inclut les cas où des données étaient manquantes relativement à la variable secondaire. Par exemple, la colonne « toutes les femmes » pour la « proportion de femmes qui ont amorcé les soins prénataux après le premier trimestre, selon l'âge de la mère » (figure 3.2) exclut les femmes pour lesquelles on n'a pas tous les renseignements sur la date de la première consultation pour les soins prénataux (c.-à-d., la variable primaire), mais inclut les femmes dont on ignore l'âge (c.-à-d., la variable secondaire).

Les tableaux de l'EEM présentent l'estimation pondérée avec l'intervalle de confiance de 95 % correspondant, de même que des notes de bas de page pour les estimations avec des CV de 16,6 % ou plus. Dans certains cas, les pourcentages figurant dans les tableaux ne totalisent pas 100 du fait que certains chiffres sont arrondis.

Questions relatives au souvenir

Certaines études indiquent que la mémoire des femmes concernant certains événements de leur grossesse et de leur accouchement, de même que leur évaluation des soins de maternité, peut évoluer avec le temps¹⁴⁻¹⁶. Par conséquent, il est possible que pour certaines questions, la date de l'entrevue, qui se situait entre le 5^e et le 14^e mois après la naissance, ait influencé l'exactitude du souvenir des femmes et leur perception des événements passés. Le fait que les entrevues ont eu lieu à des dates variables signifie également que lorsque les femmes ont répondu au questionnaire plus tôt, l'information sur des questions comme la durée de l'allaitement et la durée du congé de maternité est plus souvent non disponible (puisque la plupart du temps, elles allaitaient encore ou étaient encore en congé de maternité) que dans le cas de leurs homologues interrogées plus tard au cours de la période postnatale (moins susceptibles d'allaiter encore ou d'être encore en congé de maternité).

Répartition provinciale et territoriale des caractéristiques démographiques

Il y a des variations considérables entre les provinces et territoires dans la répartition des variables secondaires de l'EEM (le tableau est disponible sur cédérom et à <http://www.santepublique.gc.ca/eem>). Les estimations provinciales et territoriales présentées dans le présent rapport n'ont pas été ajustées en fonction de ces écarts dans les caractéristiques démographiques de base et doivent par conséquent être interprétées avec prudence.

Références

1. Dzakpasu S, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Duggan J, Neusy E; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada. The Canadian Maternity Experiences Survey: design and methods. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(3):207–16.
2. Williams L, Morrow B, Shulman H, Stephens R, D'Angelo D, Fowler CI. *PRAMS 2002 surveillance report*. Atlanta (GA): Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
3. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. *Listening to Mothers: report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association; 2002.
4. Brown S, Lumley J. *Survey of recent mothers: women's views and experiences of maternity care*. Melbourne: Centre for the Study of Mothers' and Children's Health; 1997.
5. Garcia J, Redshaw M, Fitzsimons B, Keene J. *First class delivery: a national survey of women's views of maternity care*. London: Audit Commission; 1998.
6. Scottish Programme for Clinical Effectiveness in Reproductive Health (SPCERH). *Maternity care matters: an audit of maternity services in Scotland 1998*. Aberdeen: Douglas Baird Centre for Research on Women's Health; 1999.
7. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17–27.
8. Chalmers B, Samarskaya MF, Tkatchenko E, Wallington T. Women's experiences of birth in St. Petersburg, Russian Federation. *J Reprod Infant Psychol.* 1998;16(4):243–58.
9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782–6.
10. Newton RW, Hunt LP. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *Br Med J.* 1984;288(6435):1191–4.
11. Rao JNK, Wu CFJ. Resampling inference with complex survey data. *J Am Stat Assoc.* 1988;83(401):231–41.
12. Rao JNK, Wu CFJ, Yue K. Some recent work on resampling methods for complex surveys. *Survey Methodology.* 1992;18:209–17.
13. Statistique Canada. *Guide de l'utilisateur de microdonnées, Enquête sur les expériences de la maternité, 2006* [Internet]. Novembre 2007 [cité le 22 juin 2008]. Accessible à : http://www.statcan.ca/francais/sdds/document/5019_D1_T1_V1_Fpdf.
14. Waldenström U. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth.* 2003;30(4):248–54.
15. Tomeo CA, Rich-Edwards JW, Michels KB, Berkey CS, Hunter DJ, Frazier AL, et al. Reproducibility and validity of maternal recall of pregnancy-related events. *Epidemiology.* 1999;10(6):774–7.
16. Niven CA, Murphy-Black T. Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth.* 2000;27(4):244–53.

Chapitre 1 : Grossesse



1 Réaction à la grossesse

Janusz Kaczorowski

Introduction

La plus grande partie de la littérature concernant la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse se concentre sur la question de savoir si la grossesse était intentionnelle ou non. Des termes comme « intentionnelle » ou « involontaire », « planifiée » ou « non planifiée » et « désirée » ou « non désirée » ont été utilisés de façon interchangeable pour évaluer les réactions des femmes à la grossesse¹. L'intention d'avoir un enfant est une notion importante, car les études établissent de façon systématique une association entre grossesse non désirée et issues défavorables au niveau de la santé de la mère et du bébé^{2,3}.

Les études récentes portent à croire que l'intention d'être enceinte et la réaction à l'annonce de la grossesse sont deux choses différentes⁴. Certaines enquêtes fondées sur la population caractérisent les réactions à la conception en parlant de « moment optimal ». Quant à la notion de « mauvais moment », elle varie considérablement en fonction des circonstances propres à l'étape de la vie d'une femme^{1,2,5}. Malheureusement, en raison du manque de définitions uniformes et des différentes méthodes pour aborder cette question, il est difficile d'effectuer des comparaisons significatives entre les études^{1,3,4}.

L'édition 1995 de la National Survey of Family Growth aux États-Unis indique que dans 25 % des grossesses « involontaires » (on parle ici de grossesses dues à une défaillance de la méthode contraceptive, où les femmes elles-mêmes définissent la grossesse comme involontaire), les réactions des femmes à la grossesse étaient soit d'être heureuses ou extrêmement heureuses². Dans une autre étude où l'on demandait aux femmes qui attendaient les résultats de leur test de grossesse – involontaire – comment elles réagiraient si ce test était positif, près de la moitié de ces femmes ont indiqué qu'elles seraient heureuses d'être enceintes⁴.

L'EEM a demandé aux femmes de se rappeler l'époque immédiatement avant d'être enceintes et d'indiquer si elles diraient qu'elles voulaient être enceintes ou non à ce moment particulier de leur vie et comment elles s'étaient senties lorsqu'elles avaient appris qu'elles étaient enceintes.

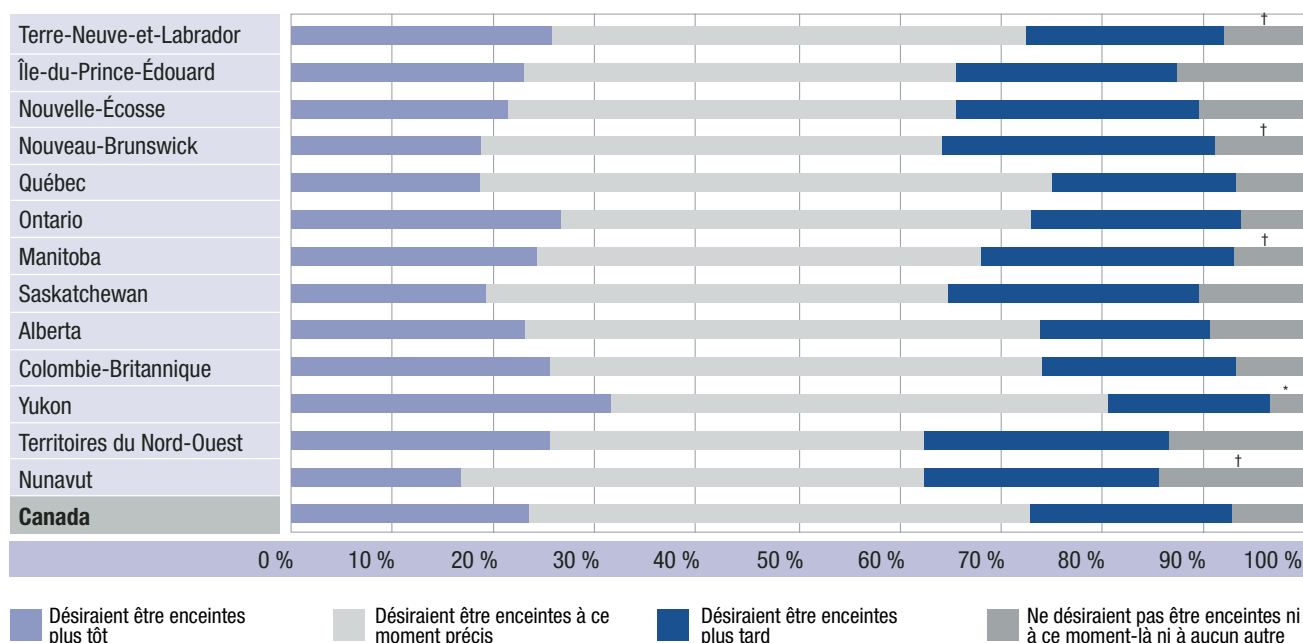
Résultats

- Globalement, 49,5 % (IC 95 % : 48,3-50,8) des femmes ont indiqué que le moment de la grossesse était opportun et 23,4 % (IC 95 % : 22,3-24,5) qu'elles auraient préféré être enceintes plus tôt. Vingt pour cent (20,0 %, IC 95 % : 19,0-21,0) ont indiqué qu'elles auraient préférés être enceintes plus tard, et 7,1 % (IC 95 % : 6,4-7,7) qu'elles ne voulaient pas du tout être enceintes, ni à ce moment-là ni à aucun autre. Les réponses à cette question variaient selon la province et le territoire, avec 56,6 % (IC 95 % : 54,0-59,1) des femmes du Québec et 50,9 % (IC 95 % : 47,1-54,7)

de celles de l'Alberta indiquant que le moment de la grossesse était opportun. C'était également le cas pour 42,7 % (IC 95 % : 38,4-46,9) des femmes de l'Île-du-Prince-Édouard et 37,1 % (IC 95 % : 31,6-42,7) des femmes des Territoires du Nord-Ouest (figure 1.1).

- Les réponses à cette question ont été fortement influencées par l'âge de la mère. Les mères les plus jeunes (15-19 ans) auraient préféré être enceintes plus tard, alors que leurs homologues plus âgées auraient préféré être enceintes plus tôt. Les femmes de moins de 20 ans et les femmes de 40 ans ou plus sont celles qui ont indiqué le plus souvent qu'elles auraient préféré ne pas être enceintes du tout (figure 1.2).
- Les primipares étaient moins susceptibles (46,9 %, IC 95 % : 45,0-48,8) que les multipares (51,7 %, IC 95 % : 49,9-53,4) d'indiquer que le moment de la grossesse était opportun.
- La proportion de femmes ayant indiqué que le moment de la grossesse était opportun a augmenté avec leur niveau de scolarité. Le moment était opportun pour 37,6 % (IC 95 % : 33,2-42,0) de celles qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires et 53,5 % (IC 95 % : 51,3-55,7) des diplômées de l'université (figure 1.3).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles (37,9 %, IC 95 % : 35,1-40,7) d'indiquer que le moment de la grossesse était opportun que les femmes vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (52,9 %, IC 95 % : 51,4-54,4) (figure 1.4).
- Globalement, 80,9 % (IC 95 % : 79,9-81,8) des femmes ont indiqué qu'elles étaient « très heureuses » et 12,1 % (IC 95 % : 11,3-13,0) qu'elles étaient « quelque peu heureuses » lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes. Au Yukon, 86,9 % (IC 95 % : 83,0-90,8) des femmes ont indiqué qu'elles étaient « très heureuses », de même que 86,2 % (IC 95 % : 84,4-88,1) des femmes du Québec comparativement à 71,0 % (IC 95 % : 67,0-75,0) des femmes de Nouvelle-Écosse et 64,5 % (IC 95 % : 57,6-71,4) des femmes du Nunavut (figure 1.5).
- Peu de femmes de moins de 20 ans ont indiqué qu'elles étaient « très heureuses » (36,4 %, IC 95 % : 30,7-42,1) comparativement aux femmes des autres groupes d'âge (figure 1.6).
- Les primipares étaient tout aussi susceptibles que les multipares d'indiquer qu'elles étaient « très heureuses » (81,8 %, IC 95 % : 80,4-83,2, et 80,1 %, IC 95 % : 78,7-81,5, respectivement).
- Les femmes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires (65,1 %, IC 95 % : 61,0-69,2) et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (67,4 %, IC 95 % : 64,6-70,1) étaient moins susceptibles d'indiquer qu'elles étaient « très heureuses », comparativement aux femmes ayant un niveau de scolarité plus élevé ou à celles qui vivaient dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu.

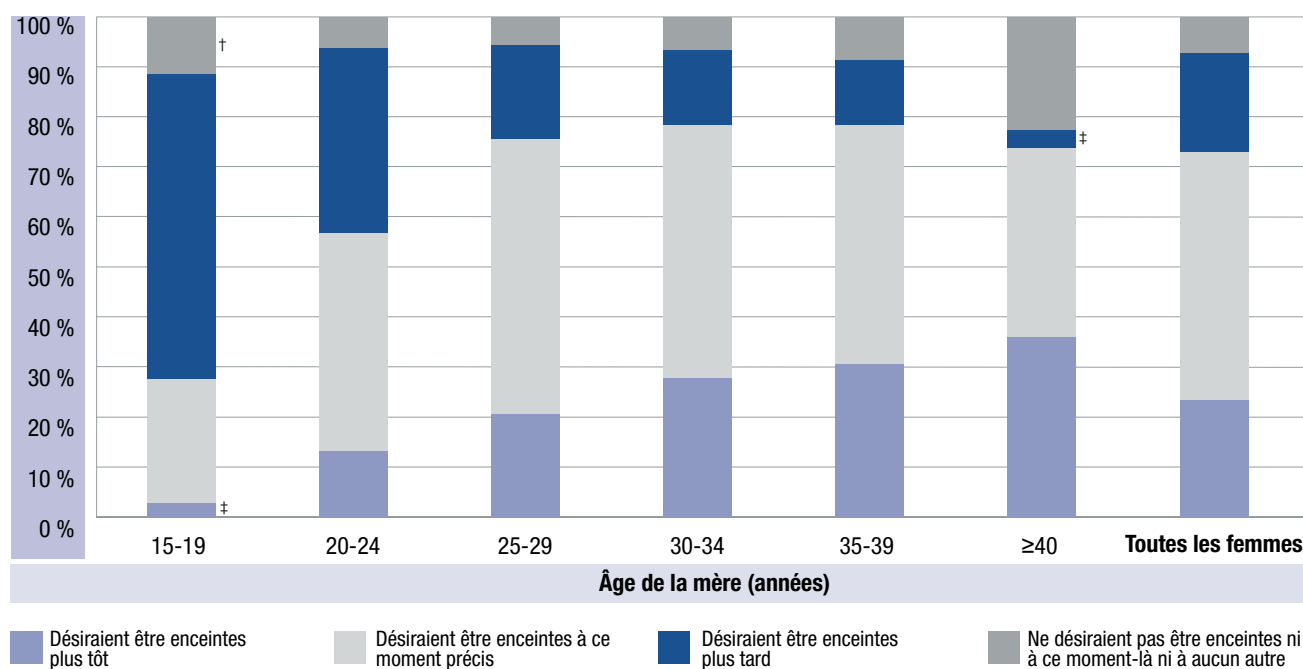
Figure 1.1 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 1.2 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 1.3 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007

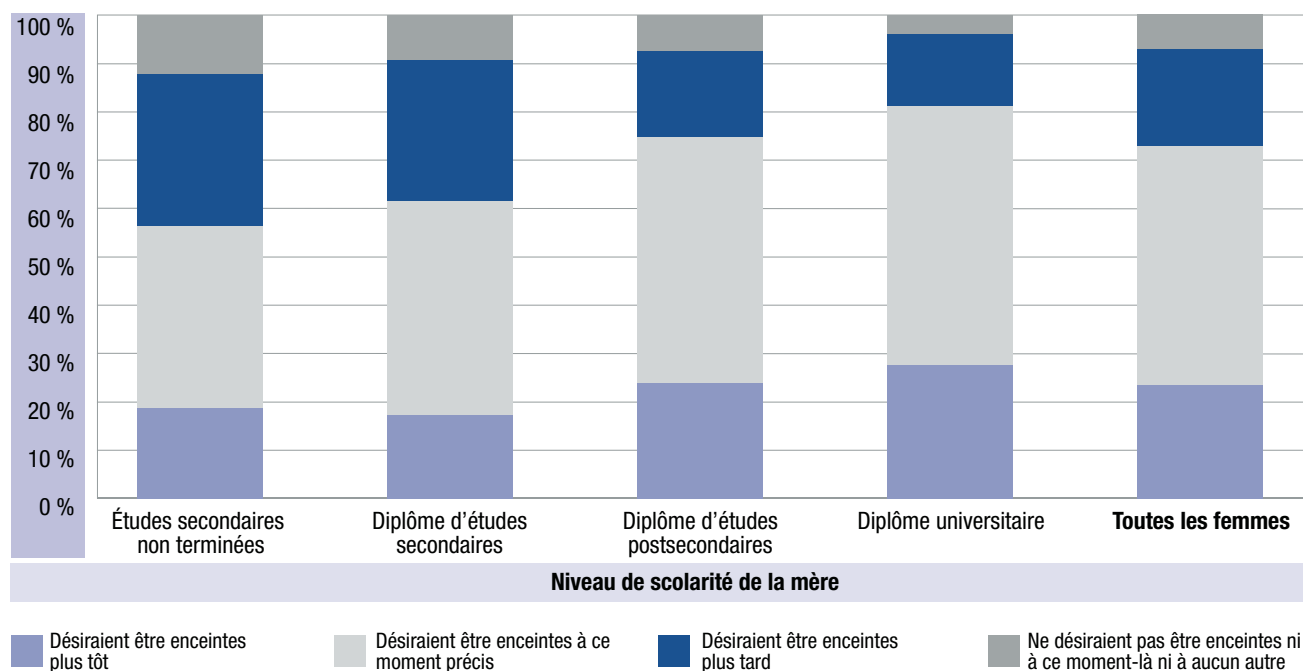


Figure 1.4 Répartition de la réaction des femmes relativement à l'opportunité de la grossesse, selon la situation du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu (SFR), Canada, 2006-2007

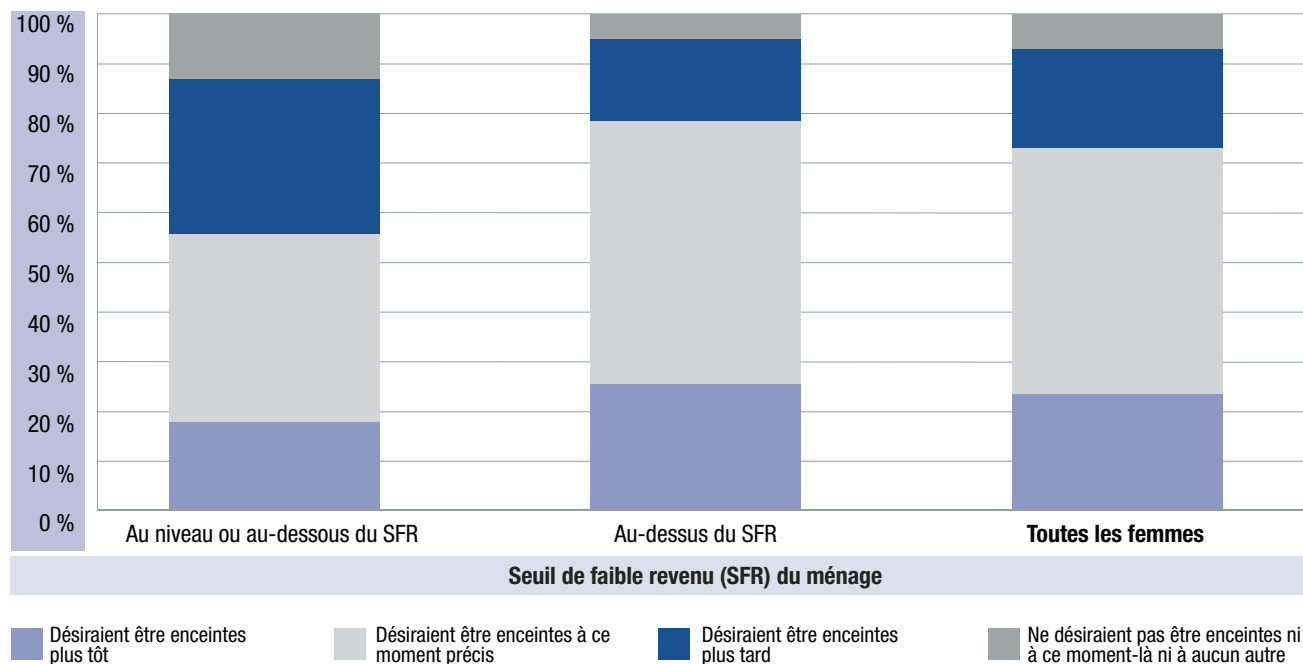
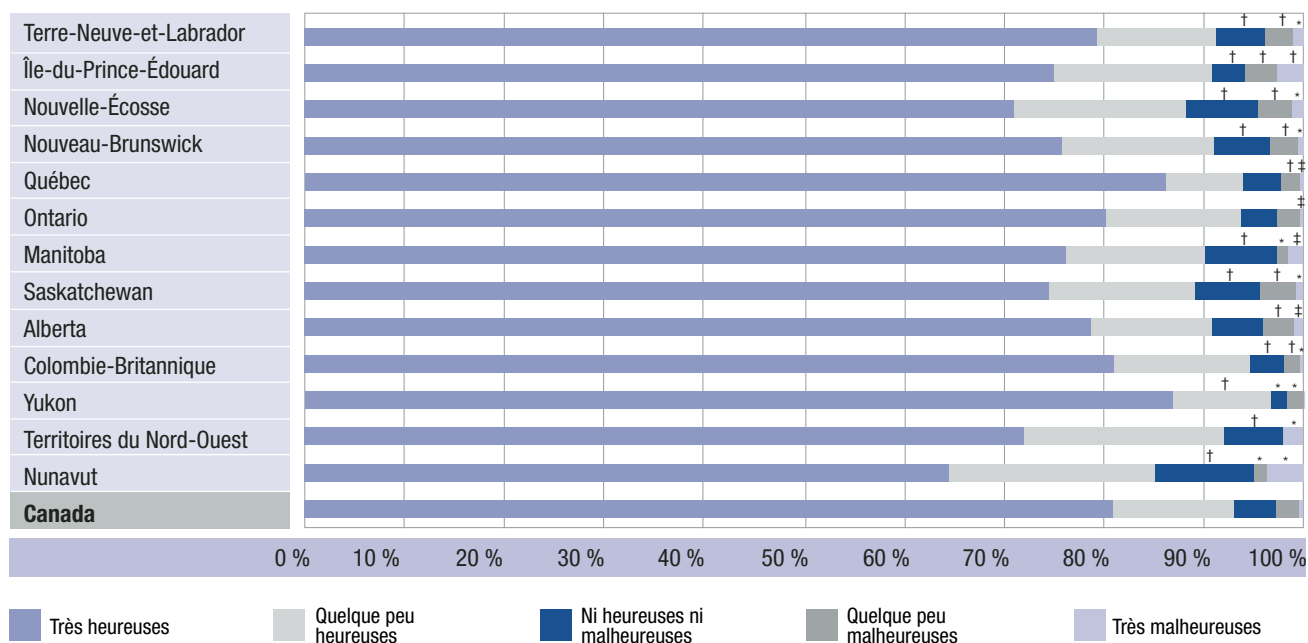


Figure 1.5 Répartition de la réaction des femmes à la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

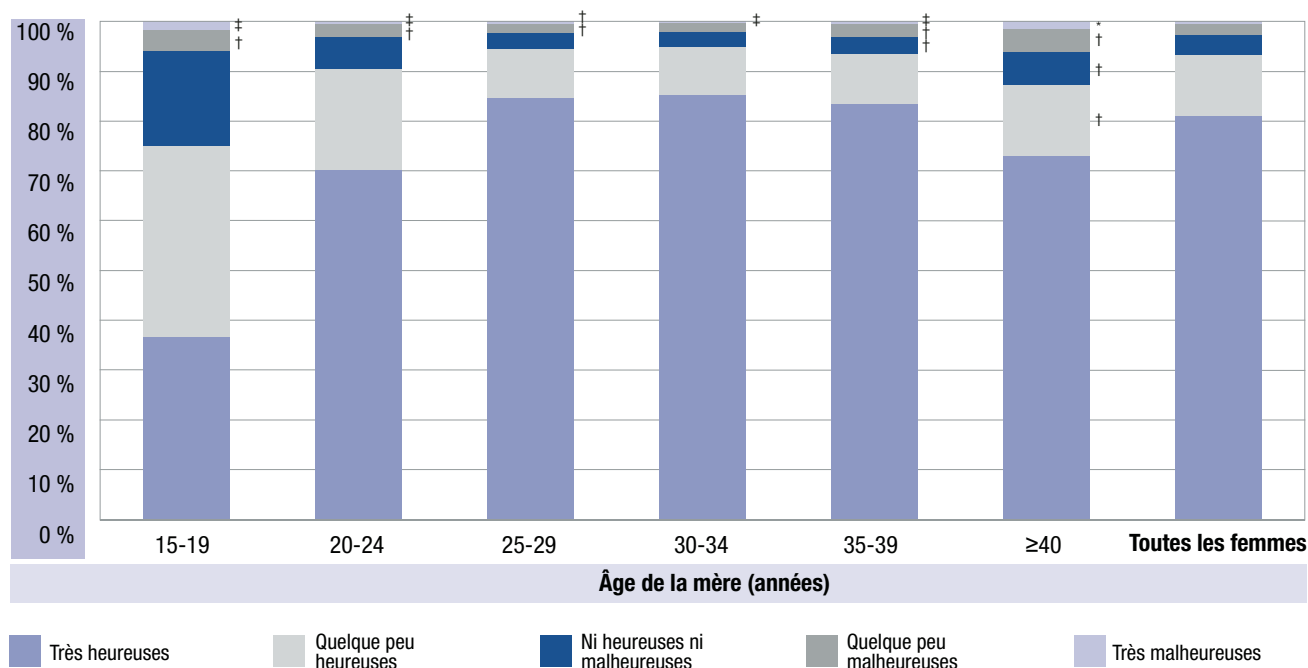


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $>33,3$ %.

Figure 1.6 Répartition de la réaction des femmes à la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $>33,3$ %.

Résumé

La moitié (49,5 %) des femmes ont indiqué que le moment de la grossesse était opportun, qu'elles voulaient justement être enceintes à ce moment précis; 23,4 % auraient préféré être enceintes plus tôt et 20,0 % plus tard. Sept pour cent (7,1 %) auraient préféré ne pas être enceintes ni à ce moment-là ni à aucun autre. La plupart des femmes ont indiqué qu'elles étaient « très heureuses » (80,9 %) ou « quelque peu heureuses » (12,1 %) lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes. Les femmes ayant un niveau de scolarité supérieur et celles vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'indiquer que le moment de leur grossesse était opportun et également qu'elles étaient « très heureuses » lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes.

Limites

Les femmes ont pu éprouver une certaine réticence à faire état de réactions négatives à la grossesse.

Références

1. Peterson R, Moos MK. Defining and measuring unintended pregnancy: issues and concerns. *Women's Health Issues*. 1997;7(4):234–40.
2. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Colley Gilbert B, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(2):94–101.
3. Kaufmann RB, Morris L, Spitz AM. Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions. *Am J Epidemiol*. 1997;145(9):810–6.
4. Sable MR, Libbus MK. Pregnancy intention and pregnancy happiness: are you different? *Matern Child Health J*. 2000;4(3):191–5.
5. Klerman LV. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. *Matern Child Health J*. 2000;4(3):155–62.

Numéros des questions : CB_Q02-Q03

2 Professionnels de la santé ayant dispensé les soins prénataux

Maureen Heaman, Beverley O'Brien

Introduction

Les soins prénataux au Canada sont assurés par une grande variété de professionnels de la santé, notamment les obstétriciens ou gynécologues, mais aussi des médecins de famille, des sages-femmes, des infirmières ou des infirmières praticiennes. La disponibilité du type de professionnel de la santé varie selon la province ou le territoire. Par exemple, les soins des sages-femmes sont actuellement autorisés en vertu de la loi dans sept provinces (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse) et dans les Territoires du Nord-Ouest¹ et financés par les fonds publics dans quatre provinces (Ontario, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba) et dans les Territoires du Nord-Ouest^{2,3}. Au Nunavut, les sages-femmes autorisées d'une province quelconque peuvent exercer et être rémunérées à la maison des naissances de Rankin Inlet².

De nombreux pays manquent de professionnels de la santé pour assurer les soins de maternité, et le Canada ne fait pas exception^{4,5}. Au Canada, cette pénurie est particulièrement sévère dans les régions rurales et éloignées⁶. Les professionnels de la santé œuvrant dans ces collectivités se heurtent à certaines difficultés, notamment les longues distances à parcourir pour avoir accès à des installations et du matériel spécialisé, le manque de soutien des pairs et de garantie pour leur pratique, et le besoin de compétences étendues ou spécialisées⁷. Les infirmières des régions septentrionales, rurales et éloignées du Canada assurent souvent les soins primaires en raison de l'absence de médecins.

Afin de faire face à cette pénurie de professionnels de la santé pour dispenser les soins de maternité, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a élaboré une *Initiative pancanadienne reliée à la naissance*, qui appelle à l'élaboration et au déploiement de modèles interprofessionnels pour la prestation de soins de maternité dans toutes les régions du pays. Cette initiative appuie également l'intégration des soins dispensés par des sages-femmes réglementées et financés par les fonds publics dans l'ensemble des provinces ou territoires⁸.

Un examen systématique ayant évalué la relation entre les soins prénataux (mesurée en fonction de la fréquence des consultations et du type de professionnel de la santé) ainsi que les résultats maternels et néonataux chez les femmes à faible risque n'a révélé aucune différence dans les résultats d'après la fréquence des consultations⁹. L'examen a également révélé que les femmes qui reçoivent les soins prénataux d'une sage-femme ou d'un généraliste sont légèrement plus satisfaites de ces soins que de ceux reçus d'un obstétricien⁹.

L'EEM a interrogé les femmes pour savoir quel type de professionnel de la santé leur avait dispensé la plupart des soins prénataux.

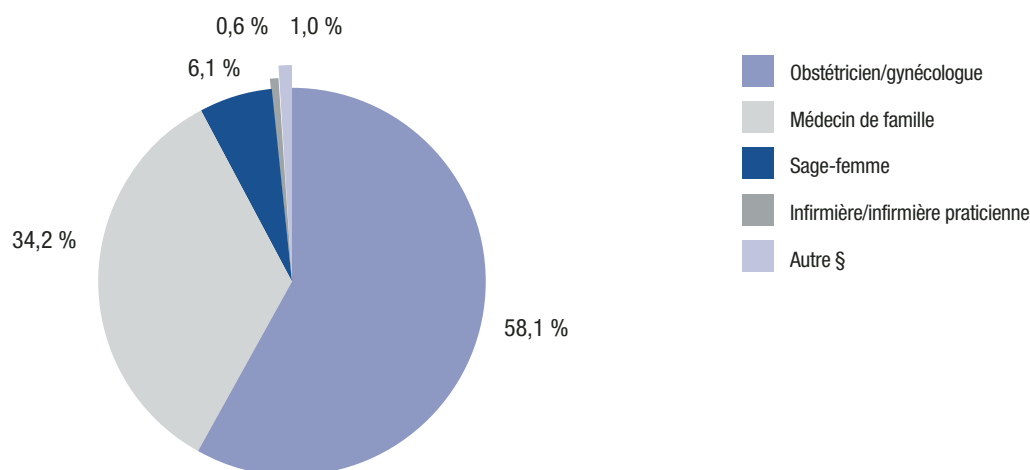
Résultats

- Globalement, les femmes ont indiqué qu'elles avaient reçu la plupart du temps les soins prénataux d'un obstétricien ou d'un gynécologue (58,1 %, IC 95 % : 56,9-59,3) ou d'un médecin de famille (34,2 %, IC 95 % : 33,1-35,3). Les autres, c'est-à-dire 6,1 % (IC 95 % : 5,4-6,7), ont reçu les soins prénataux d'une sage-femme, et 0,6 % (IC 95 % : 0,4-0,7) d'une infirmière ou infirmière praticienne (figure 2.1).
- On a observé des variations régionales dans le type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux primaires. La proportion de femmes ayant obtenu les soins prénataux d'un obstétricien ou d'un gynécologue variait de 89,1 % (IC 95 % : 86,5-91,6) à l'Île-du-Prince-Édouard, 67,2 % (IC 95 % : 64,7-69,7) au Québec et 66,0 % (IC 95 % : 64,0-68,1) en Ontario à 9,9 %[†] (IC 95 % : 6,3-13,6) au Yukon, 9,8 %[†] (IC 95 % : 6,5-13,2) dans les Territoires du Nord-Ouest et 6,0 %[†] (IC 95 % : 2,5-9,4) au Nunavut (figure 2.2).
- La proportion de femmes dont les soins prénataux ont été pris en charge par un médecin de famille variait de 83,1 % (IC 95 % : 78,4-87,7) au Yukon et 64,4 % (IC 95 % : 59,9-68,9) en Saskatchewan à 22,4 % (IC 95 % : 16,2-28,5) au Nunavut et 9,3 % (IC 95 % : 6,8-11,7) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 2.2).
- La proportion de femmes ayant reçu les soins prénataux d'une sage-femme variait de 9,8 % (IC 95 % : 7,7-11,9) en Colombie-Britannique, 9,4 % (IC 95 % : 6,5-12,3) au Manitoba et 9,2 % (IC 95 % : 8,0-10,5) en Ontario à 2,6 %[†] (IC 95 % : 1,8-3,5) au Québec et 2,5 %[†] (IC 95 % : 1,2-3,7) en Alberta (figure 2.2).
- On observe des variations régionales dans la proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient reçu leurs soins prénataux d'une infirmière ou d'une infirmière praticienne. La proportion variait de 58,5 % (IC 95 % : 51,4-65,7) au Nunavut et 30,8 % (IC 95 % : 25,4-36,2) dans les Territoires du Nord-Ouest à 3,7 %[†] (IC 95 % : 1,9-5,5) à Terre-Neuve-et-Labrador, 1,6 %[†] (IC 95 % : 0,3-2,8) en Nouvelle-Écosse et 0,4 %[†] (IC 95 % : 0,1-0,6) en Ontario. Cette variation correspond à la présence d'infirmières et de postes de soins infirmiers dans les collectivités nordiques éloignées (figure 2.2).
- La proportion de femmes ayant un diplôme universitaire qui avaient reçu leurs soins prénataux d'une sage-femme était de 8,9 % (IC 95 % : 7,6-10,2) comparativement à 3,9 % (IC 95 % : 2,7-5,0) de celles ayant un diplôme d'études secondaires. Deux pour cent (2,2 %[†], IC 95 % : 1,4-3,1) des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont reçu les soins prénataux d'une infirmière ou infirmière praticienne comparativement à 0,8 %[†] (IC 95 % : 0,4-1,2) de celles ayant un diplôme d'études secondaires (figure 2.3).

[†] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

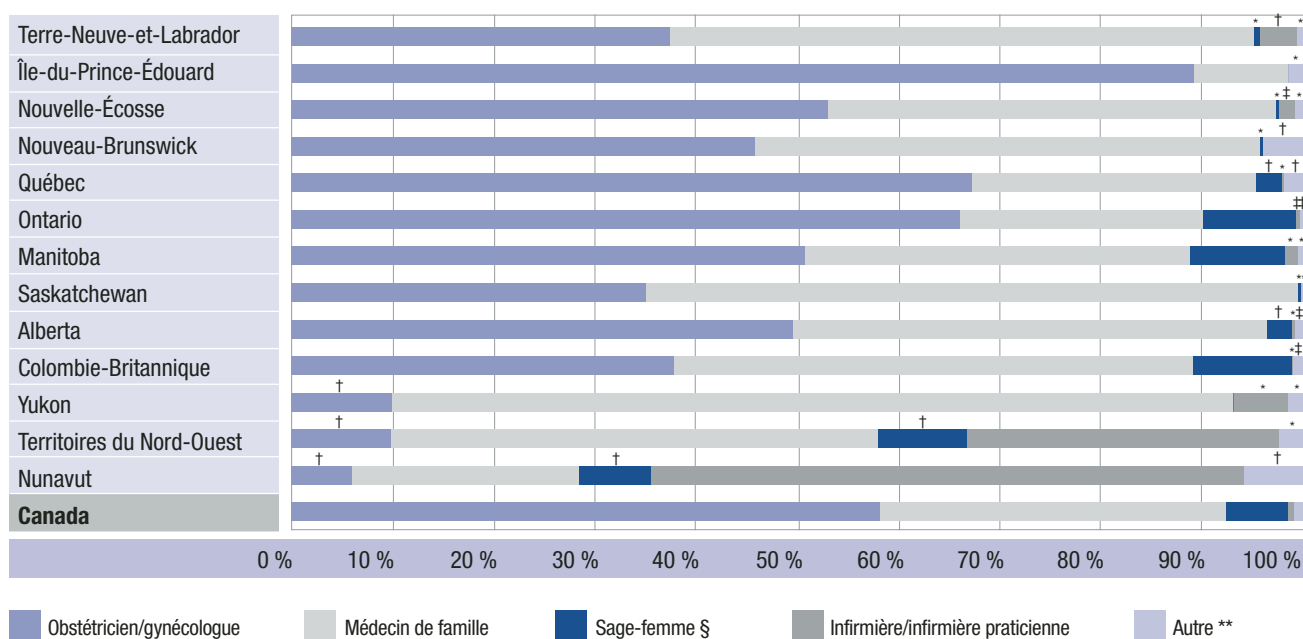
[‡] Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 2.1 Répartition du type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux, Canada, 2006-2007



§ La catégorie « Autre » inclut les professionnels de la santé dont le type n'a pas été précisé par les mères, notamment les médecins dont la spécialisation n'a pas été précisée.

Figure 2.2 Répartition du type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

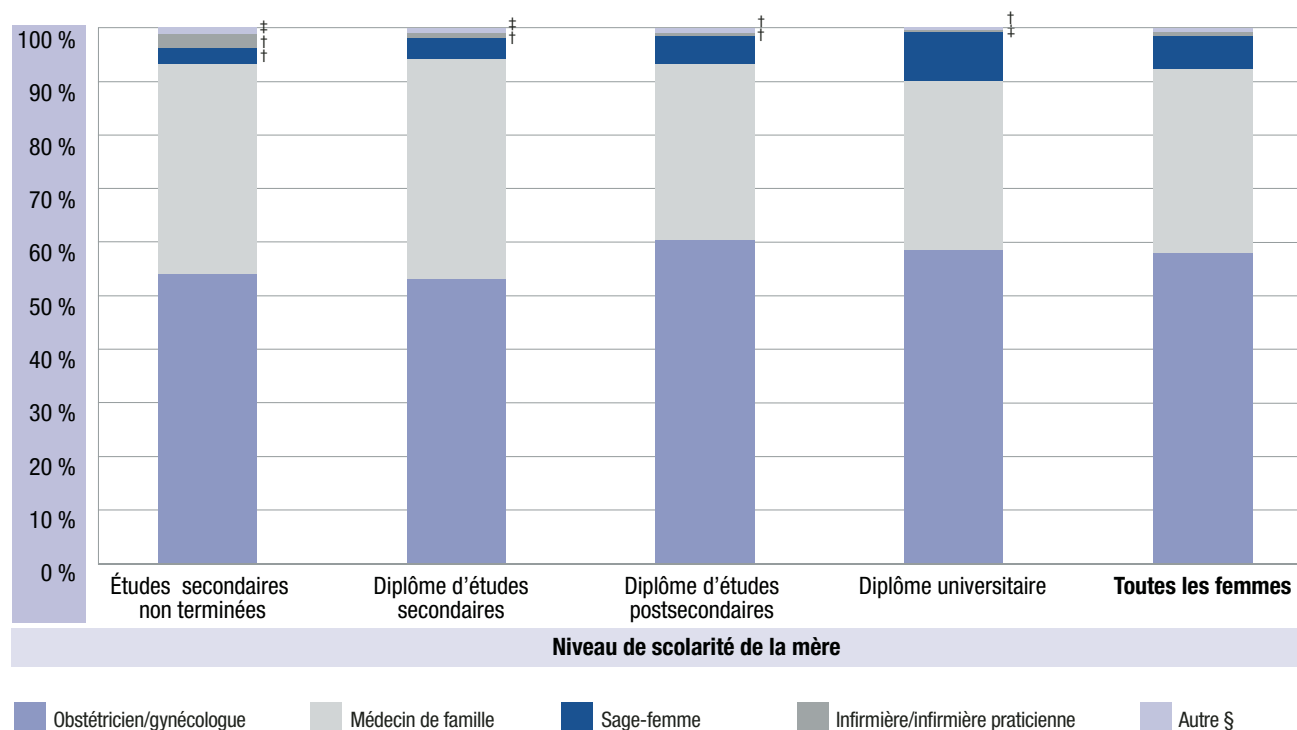
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

§ Les soins des sages-femmes sont actuellement autorisés en vertu de la loi dans sept provinces (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse) et dans les Territoires du Nord-Ouest¹ et financés par les fonds publics dans quatre provinces (Ontario, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba) et dans les Territoires du Nord-Ouest^{2,3}. Au Nunavut, les sages-femmes autorisées d'une province quelconque peuvent exercer et être rémunérées à la maison des naissances de Rankin Inlet².

** La catégorie « Autre » inclut les professionnels de la santé dont le type n'a pas été précisé par les mères, notamment les médecins dont la spécialisation n'a pas été précisée.

Figure 2.3 Répartition du type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ La catégorie « Autre » inclut les professionnels de la santé dont le type n'a pas été précisé par les mères, notamment les médecins dont la spécialisation n'a pas été précisée.

Résumé

La plupart des femmes ont reçu leurs soins prénataux d'un obstétricien ou d'un gynécologue (58,1 %), ou d'un médecin de famille (34,2 %). Le reste des femmes, soit 6,1 % et 0,6 %, ont reçu les soins prénataux d'une sage-femme ou d'une infirmière ou infirmière praticienne, respectivement. Le type de professionnel de la santé ayant dispensé les soins prénataux est associé à la province ou au territoire de résidence et au niveau de scolarité de la mère. Naturellement, les sages-femmes sont plus souvent mentionnées dans la prise en charge des soins prénataux dans les régions où elles sont autorisées par la loi et financées par les fonds publics. Par rapport à leurs homologues des provinces, les infirmières et infirmières praticiennes sont plus susceptibles de dispenser des soins prénataux dans les territoires que dans les provinces.

Limites

Comme on a demandé aux femmes d'indiquer précisément de quel type de professionnel de la santé elles avaient reçu la plus grande partie de leurs soins prénataux, on n'a pas recueilli d'information sur la proportion de femmes ayant reçu des soins en collaboration ou pris en charge par plusieurs types de professionnels de la santé. En outre, les femmes définissaient la spécialité de leur médecin en ayant recours à divers titres. Dans certains cas, le type de spécialité médicale n'était pas mentionné. Le terme sage-femme est un titre protégé dans les provinces où l'exercice de la profession est autorisée, mais de nombreuses femmes ayant eu recours aux services de praticiennes non autorisées pour certains accouchements à domicile peuvent également en parler en les qualifiant de sages-femmes. Des infirmières-sages-femmes formées à l'étranger ont été embauchées depuis longtemps pour travailler dans les collectivités nordiques éloignées et peuvent être qualifiées indifféremment d'infirmières ou de sages-femmes.

Références

1. Consortium canadien des ordres de sages-femmes. *Situation juridique de la profession de sage-femme au Canada* [Internet]. Août 2007 [cité le 11 juin 2008]. Accessible à : <http://cmrc-ccosf.ca/node/42>.
2. Hawkins M, Knox S. *The midwifery option: a Canadian guide to the birth experience*. Toronto (ON): Harper Collins; 2003.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *La profession de sage-femme* [Internet]. Avril 2007 [cité le 14 mai 2008]. Accessible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/Careers/midwifery/french/default.asp>.
4. Sheldon G. Globalization and health workforce shortage. *Surgery*. 2006;140(3):354–8.
5. Phillips (Jr) R, Petterson S, Fryer (Jr) G, Rosser W. The Canadian contribution to the US physician workforce. *JAMC*. 2007;176(8):1083–6.
6. Ross S. An illustration of the “inverse care law”: a commentary on giving birth in Canada: providers of maternity and infant care. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(1):51–3.
7. Institut canadien d'information sur la santé. Défis particuliers des dispensateurs de soins. Dans : *Donner naissance au Canada. Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant* [Internet]. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2004 [cité le 12 mars 2008]. Accessible à : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H118-25-2004F.pdf>.
8. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Une initiative pancanadienne reliée à la naissance. Un cadre pancanadien inclusif, intégré et exhaustif visant l'offre durable de soins à la mère et à l'enfant, axés sur la famille*. [Internet]. Janvier 2008 [cité le 3 mars 2008]. Accessible à : <http://www.sogc.org/projects/pdf/BirthingStrategyVersioncJan2008F.pdf>.
9. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2001;4. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.

Numéros des questions : PC_Q05A-Q05B

3 Soins prénataux

Maureen Heaman

Introduction

Les soins prénataux ont d'importantes conséquences pour la santé maternelle et du point de vue de la prise en charge de la santé des femmes, des nourrissons et des familles^{1,2}. Trois éléments principaux sont ici en jeu : évaluation du risque, prise en charge thérapeutique ou atténuation du risque, et éducation^{3,4}. En cernant les risques et en les atténuant, de même qu'en aidant les femmes à prendre en charge des facteurs comportementaux, comme l'usage du tabac et la consommation d'alcool, les soins prénataux sont efficaces pour l'identification, le traitement et la prévention de facteurs qui peuvent être à l'origine d'issues défavorables pour la santé de la mère ou du nourrisson^{3,4}.

Les soins prénataux sont plus susceptibles d'être efficaces lorsque les femmes commencent à recevoir ces soins au début de leur grossesse, à partir du premier trimestre, et continuent à consulter à intervalles réguliers tout au long de leur grossesse⁴. La norme canadienne pour les soins prénataux, si l'on suit les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, consiste à consulter un professionnel de la santé toutes les quatre à six semaines au début de la grossesse, toutes les deux à trois semaines après 30 semaines de gestation, et toutes les deux semaines ou toutes les semaines après 36 semaines de gestation⁵. Toutefois, l'efficacité de cette norme pour les grossesses à faible risque n'a pas été évaluée par des essais scientifiques rigoureux et aucune norme de soins prénataux pour les femmes ayant une grossesse à risque élevé n'a été arrêtée¹. Aux États-Unis, un comité d'experts a recommandé une réduction du nombre de consultations pour les grossesses qui suivent un cours normal, dans le cadre d'une prise en charge générale de la santé, mais une concentration de soins plus tôt au cours de la grossesse⁶. De même, les lignes directrices récentes du Royaume-Uni recommandent sept consultations prénatales pour les multipares et 10 pour les primipares⁷. Le débat se poursuit concernant le nombre approprié de consultations prénatales, de même que sur le moment idéal et le contenu de ces consultations⁸.

À ce jour, on n'a que des données limitées concernant l'utilisation des soins prénataux par les Canadiennes. Une étude réalisée au Manitoba indique que les femmes consultent en moyenne 11,2 fois pendant la grossesse. Globalement, 90 % de ces femmes avaient leur première consultation à la 13^e semaine de gestation⁹. Une autre étude du Manitoba révèle que les femmes qui n'ont pas reçu de soins prénataux adéquats, la notion étant définie en fonction de la date de la première consultation et du nombre de consultations, sont aussi la plupart du temps des femmes qui vivent dans la pauvreté, ont une vie extrêmement stressée, ont un faible niveau d'estime de soi, et sont autochtones¹⁰.

L'EEM a demandé aux femmes à combien de semaines de grossesse elles avaient consulté pour les soins prénataux, le nombre de consultations prénatales, si elles avaient reçu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient et les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas reçu ces soins aussi rapidement qu'elles le voulaient.

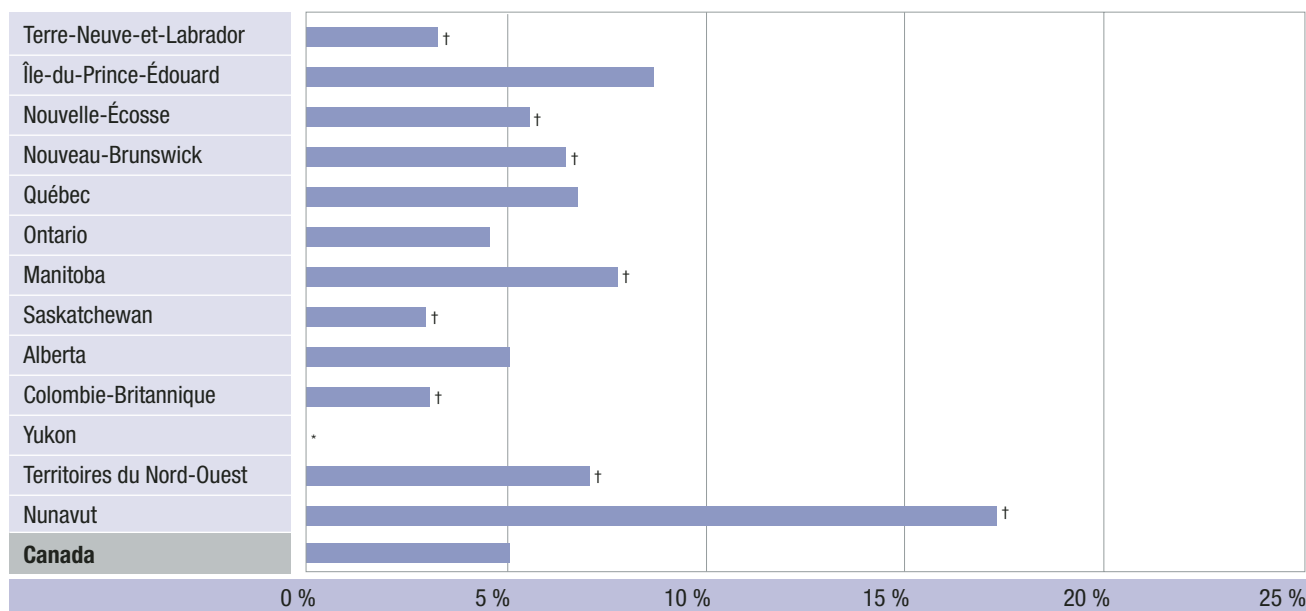
Résultats

- Toutes les femmes ont eu au moins une consultation prénatale; 1,1 % (IC 95 % : 0,8-1,3) d'entre elles a fait état de quatre consultations, 31,7 % (IC 95 % : 30,4-32,9) de 5 à 10 consultations, 50,5 % (IC 95 % : 49,2-51,8) de 11 à 15 consultations, 12,9 % (IC 95 % : 12,0-13,8) de 16 à 20 consultations, et 3,9 % (IC 95 % : 3,4-4,4) en ont eu plus encore. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux inadéquats, c'est-à-dire ayant consulté quatre fois seulement ou moins, variait entre les provinces et territoires, de 7,7 %[†] (IC 95 % : 3,4-12,0) au Nunavut à 0,9 %[†] au Québec (IC 95 % : 0,3-1,4).
- Le nombre moyen de consultations de soins prénataux au Canada était de 12,9 (IC 95 % : 12,8-13,0). La moyenne variait de 10,6 (IC 95 % : 9,9-11,3) au Nunavut et 11,3 (IC 95 % : 10,9-11,7) dans les Territoires du Nord-Ouest à 14,6 (IC 95 % : 13,9-15,2) à Terre-Neuve-et-Labrador et 14,8 (IC 95 % : 14,2-15,4) en Nouvelle-Écosse.
- La première consultation prénatale a lieu en moyenne à 7,5 semaines de gestation (IC 95 % : 7,4-7,6), et 74,1 % des femmes (IC 95 % : 73,1-75,2) ont eu leur première consultation avant 10 semaines. La plupart des femmes (94,9 %, IC 95 % : 94,3-95,4) ont amorcé les soins prénataux au cours du premier trimestre (à la 13^e semaine de gestation ou plus tôt). Bien que seulement 5,1 % (IC 95 % : 4,6-5,7) des femmes aient consulté tard (après le premier trimestre), les proportions de consultation tardive variaient entre les provinces et les territoires, de 3,0 %[†] (IC 95 % : 1,3-4,7) en Saskatchewan et 3,1 %[†] (IC 95 % : 1,8-4,4) en Colombie-Britannique à 8,7 % (IC 95 % : 6,2-11,1) à l'Île-du-Prince-Édouard et 17,3 %[†] (IC 95 % : 11,7-23,0) au Nunavut (figure 3.1).
- Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient plus susceptibles d'avoir leur première consultation de soins prénataux après le premier trimestre (15,3 %, IC 95 % : 11,1-19,5) comparativement aux femmes appartenant à des groupes d'âge supérieur (figure 3.2). Les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (12,8 %, IC 95 % : 9,9-15,6) étaient aussi plus susceptibles d'avoir leur première consultation de soins prénataux après le premier trimestre que les femmes ayant un diplôme universitaire (3,4 %, IC 95 % : 2,5-4,2); et il en était de même des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (9,3 %, IC 95 % : 7,6-11,0) comparativement à celles vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (3,8 %, IC 95 % : 3,3-4,4).
- La majorité (88,7 %, IC 95 % : 87,9-89,5) des femmes ont obtenu une consultation prénatale aussi rapidement qu'elles le voulaient. Pour les autres, soit 11,3 % (IC 95 % : 10,5-12,1), les deux raisons les plus fréquentes pour ne pas avoir obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient étaient que le « médecin ou professionnel de la santé n'était pas disponible » (53,0 %, IC 95 % : 49,0-56,9) et que le « médecin ou professionnel de la santé n'a pas voulu commencer à leur dispenser des soins plus tôt » (30,2 %, IC 95 % : 26,7-33,7).

- On a observé des variations considérables entre les provinces et les territoires dans la proportion de femmes ayant indiqué qu'elles n'avaient pas obtenu de consultation prénatale aussi rapidement qu'elles le voulaient (figure 3.3). Les proportions variaient de 26,4 % (IC 95 % : 21,4-31,4) dans les Territoires du Nord-Ouest et 18,6 % (IC 95 % : 14,8-22,4) au Manitoba à 7,0 %[†] (IC 95 % : 4,6-9,4) en Nouvelle-Écosse et 4,7 %[†] (IC 95 % : 2,5-6,8) à Terre-Neuve-et-Labrador. Neuf pour cent (9,2 %[†], IC 95 % : 4,8-13,6) des femmes au Nunavut n'ont pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient, même si 17,3 %[†] d'entre elles ont cherché à consulter à une période tardive. On observe également une variation selon l'âge de la mère. Comparativement aux autres groupes d'âge, les mères les plus jeunes (15-19 ans) étaient plus susceptibles de signaler qu'elles n'avaient pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient (17,6 %, IC 95 % : 12,9-22,3) (figure 3.4).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

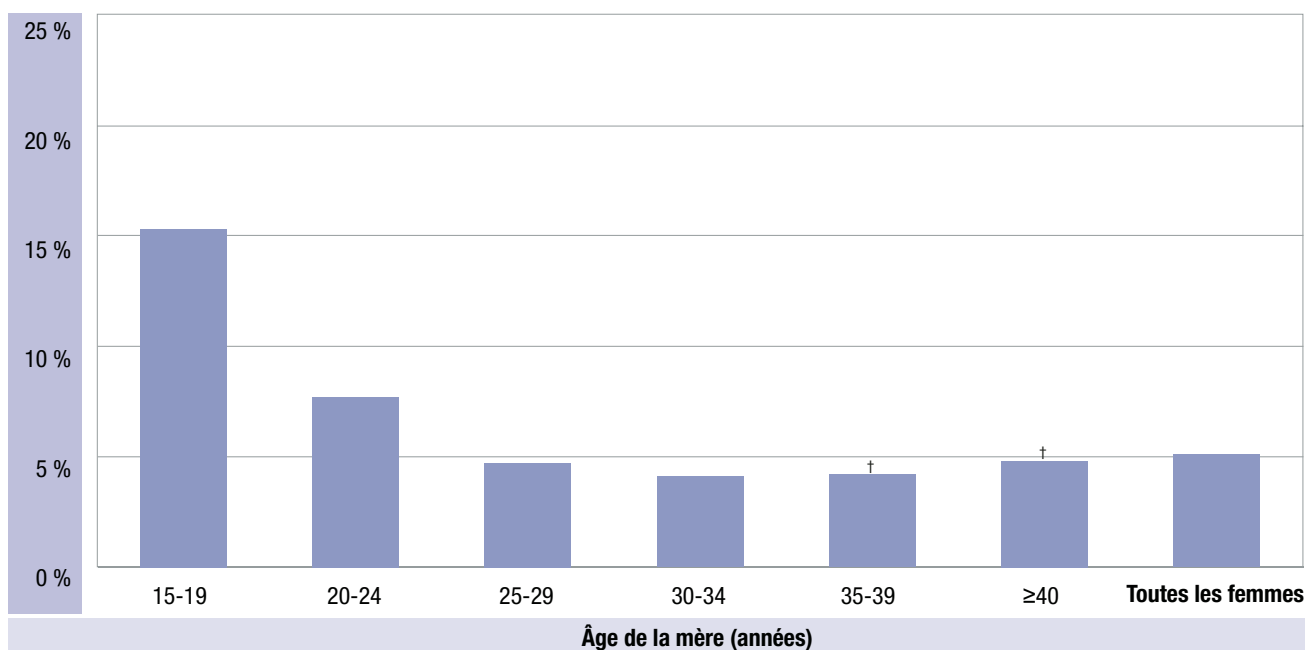
Figure 3.1 Proportion de femmes qui ont amorcé les soins prénataux après le premier trimestre (à 14 semaines de gestation ou plus), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

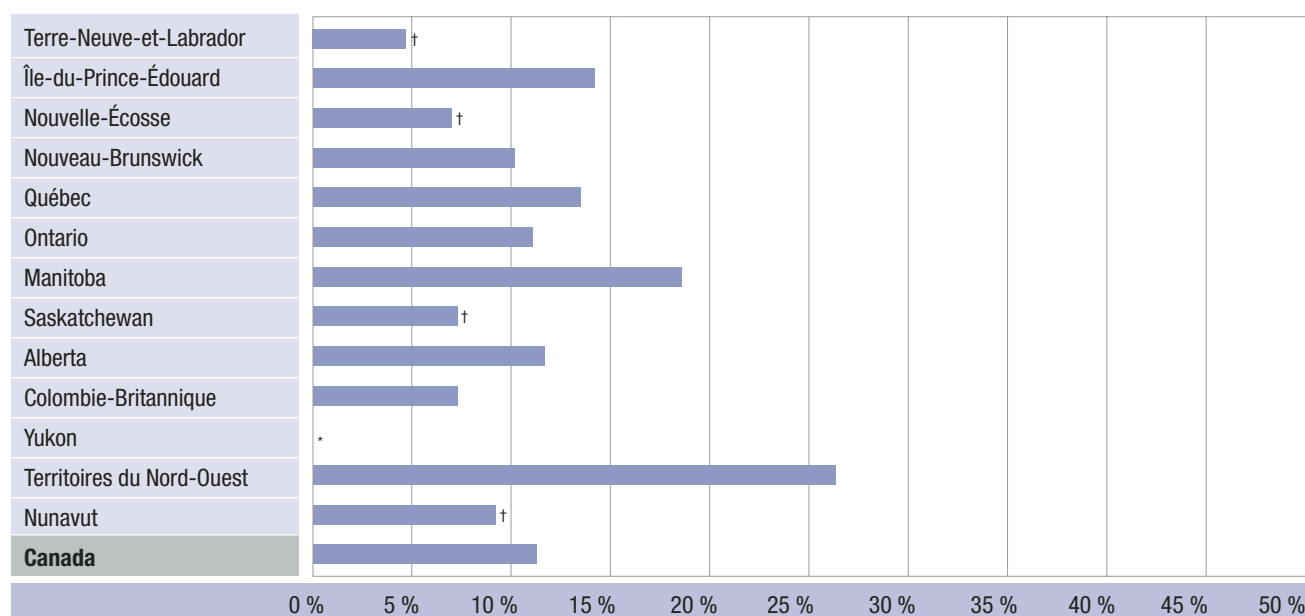
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 3.2 Proportion de femmes qui ont amorcé les soins prénataux après le premier trimestre (à 14 semaines de gestation ou plus), selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

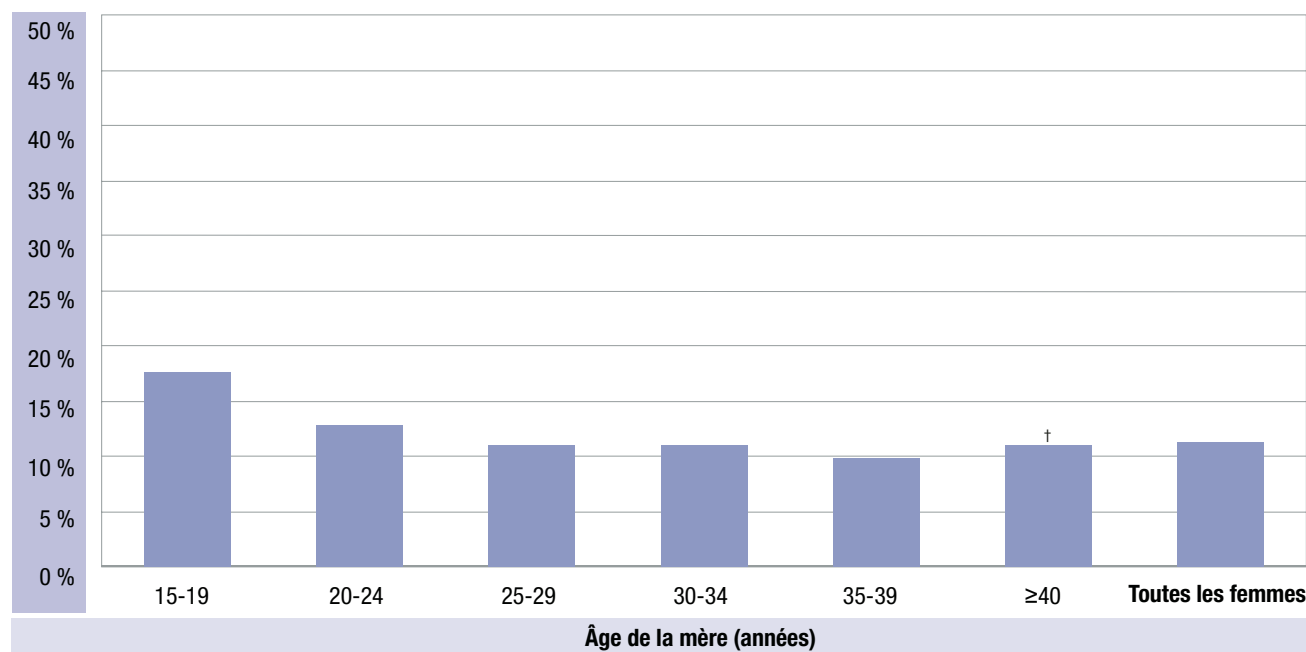
Figure 3.3 Proportion de femmes n'ayant pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 3.4 Proportion de femmes n'ayant pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Résumé

Les Canadiennes ont bénéficié d'un bon accès aux soins prénataux, et 94,9 % des femmes ont amorcé ces soins au premier trimestre de la grossesse. Le nombre moyen de consultations de soins prénataux au Canada est de 12,9. Seulement 1,1 % des femmes n'ont consulté que quatre fois ou moins pour les soins prénataux. Toutefois, les mères les plus jeunes (15-19 ans), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'avoir leur première consultation pour les soins prénataux après le premier trimestre. On a observé une variation considérable entre les provinces et les territoires concernant la proportion de femmes ayant indiqué qu'elles n'avaient pas obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient. Les deux raisons les plus souvent invoquées pour ne pas avoir obtenu les soins prénataux aussi rapidement qu'elles le voulaient étaient que « le médecin ou professionnel de la santé n'était pas disponible » (53,0 %) ou que « le médecin ou professionnel de la santé n'a pas voulu commencer à leur dispenser des soins plus tôt » (30,2 %).

Limites

Les questions de l'EEM sur le nombre de consultations prénatales et le moment des soins n'explorent que le volet utilisation des soins et ne donnent pas nécessairement une idée du contenu ou de la qualité des soins. La question concernant la première consultation pour les soins prénataux demandait aux femmes d'inclure la première fois que la grossesse leur avait été confirmée par un professionnel de la santé. Il est possible que cette phrase ait fait en sorte que les femmes ont indiqué comme consultation prénatale celle qui consistait uniquement à avoir confirmation de la grossesse. Certaines femmes ont eu de la difficulté à se rappeler le nombre de consultations prénatales qu'elles avaient eues et cet élément peut avoir une incidence sur l'exactitude des résultats.

Références

1. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. *Public Health Rep.* 2001;116(4):306–16.
2. Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstet Gynecol.* 1995;85(3):468–79.
3. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15 Suppl 1:S1–42.
4. U.S. Department of Health and Human Services. Chapter 16: maternal, infant, and child health. Dans : *Healthy People 2010*. 2nd ed. [Internet]. Washington (DC): U.S. Government Printing Office; 2000 [cité le 5 octobre 2007]. Accessible à : <http://www.healthypeople.gov/document/html/volume2/16mich.htm>.
5. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Partir du bon pied: directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*. Directive clinique de la SOGC, n° 71. Ottawa: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 1998.
6. U.S. Department of Health and Human Services. *Caring for our future: the content of prenatal care: a report of the public health service expert panel on the content of prenatal care*. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 1989.
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press; 2003.
8. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth.* 2001;28(3):202–7.
9. Mustard CA, Roos NP. The relationship of prenatal care and pregnancy complications to birthweight in Winnipeg, Canada. *Am J Public Health.* 1994;84(9):1450–7.
10. Heaman MI, Gupton AL, Moffatt ME. Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: a comparison of aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(3):237–46.

Numéros des questions : PC_Q01-Q04

4 Cours prénataux

Beverley Chalmers, Dawn Kingston

Introduction

Au départ, le but des cours de préparation à l'accouchement était d'enseigner aux femmes des techniques pour calmer la douleur au cours du travail et de les préparer à accoucher en milieu hospitalier. Les objectifs de ces cours ont été élargis et les cours prénataux ont maintenant pour ambition de préparer les femmes et leur famille à la grossesse, au travail et à l'accouchement, aux soins à donner aux nouveaux-nés et à l'adaptation à la vie familiale. Les cours sont offerts par divers professionnels et dans une variété de cadres, notamment à l'hôpital et à la clinique, mais aussi dans le secteur privé. Le nombre de séances varie, de même que le contenu.

Les avantages des cours prénataux sont difficiles à évaluer en raison de la diversité des personnes qui les donnent, des objectifs, du contenu, de la durée et du cadre. Les cours peuvent néanmoins améliorer l'estime de soi et la confiance en soi chez les femmes, renforcer leurs relations de famille, favoriser l'allaitement maternel et améliorer leur communication avec le professionnel de la santé. Leur popularité partout dans le monde indique que les femmes les apprécient. Les avantages peuvent être qu'ils réduisent la nécessité de la prise d'analgésiques au cours du travail et augmentent la satisfaction à la naissance du bébé¹.

L'ouvrage canadien intitulé *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales*² et l'Organisation mondiale de la santé³ recommandent que l'on donne des cours d'éducation prénatale aux femmes et à leur famille.

L'EEM a demandé aux femmes si elles avaient suivi des cours prénataux ou des cours de préparation à l'accouchement et, le cas échéant, d'indiquer le lieu où elles les avaient suivis.

Résultats

- Globalement, environ le tiers (32,7 %, IC 95 % : 31,7-33,7) des femmes ont suivi des cours prénataux. La proportion de femmes ayant suivi ces cours variait de 46,7 % (IC 95 % : 41,8-51,6) à Terre-Neuve-et-Labrador à 28,4 % (IC 95 % : 26,8-30,1) en Ontario (figure 4.1).
- Environ les deux tiers (65,6 %, IC 95 % : 63,8-67,4) des primipares ont déclaré avoir suivi des cours prénataux, comparativement à 6,0 % (IC 95 % : 5,2-6,8) des multipares.
- Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient plus susceptibles d'avoir suivi des cours (49,5 %, IC 95 % : 43,1-55,8) que les femmes des autres groupes d'âge (figure 4.2).

- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles de suivre ces cours (24,1 %, IC 95 % : 21,6-26,7) que leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (34,7 %, IC 95 % : 33,5-35,9).
- La plupart des femmes ont suivi les cours à l'hôpital (32,0 %, IC 95 % : 29,9-34,1), dans une clinique médicale (27,1 %, IC 95 % : 25,1-29,0) ou dans un centre communautaire (24,3 %, IC 95 % : 22,4-26,2). Certaines ont suivi des cours à titre privé (10,6 %, IC 95 % : 9,2-12,0), et 6,0 % (IC 95 % : 5,0-7,1) ont indiqué la mention « autre » pour le lieu des cours.
- Le lieu des cours variait considérablement d'une région à l'autre du pays. La proportion de femmes ayant suivi des cours à l'hôpital variait de 70,6 % (IC 95 % : 63,4-77,8) au Nouveau-Brunswick à 9,3 % (IC 95 % : 6,6-12,0) au Québec. Presque toutes les femmes du Yukon ont suivi les cours dans une clinique médicale (91,5 %, IC 95 % : 86,3-96,7), et 63,3 % (IC 95 % : 54,4-72,3) des femmes des Territoires du Nord-Ouest ont suivi les cours dans un centre communautaire. Le pourcentage de femmes ayant suivi les cours à titre privé variait de 13,4 % (IC 95 % : 10,5-16,4) au Québec et 13,0 %[†] (IC 95 % : 8,8-17,2) en Colombie-Britannique à 5,5 %[†] (IC 95 % : 2,6-8,4) en Alberta et 5,0 %[†] (IC 95 % : 1,6-8,4) au Nouveau-Brunswick (figure 4.3). Au Québec, 12,8 % (IC 95 % : 9,8-15,8) des femmes ont indiqué la mention « autre » pour le lieu des cours.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 4.1 Proportion de femmes ayant suivi des cours prénataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

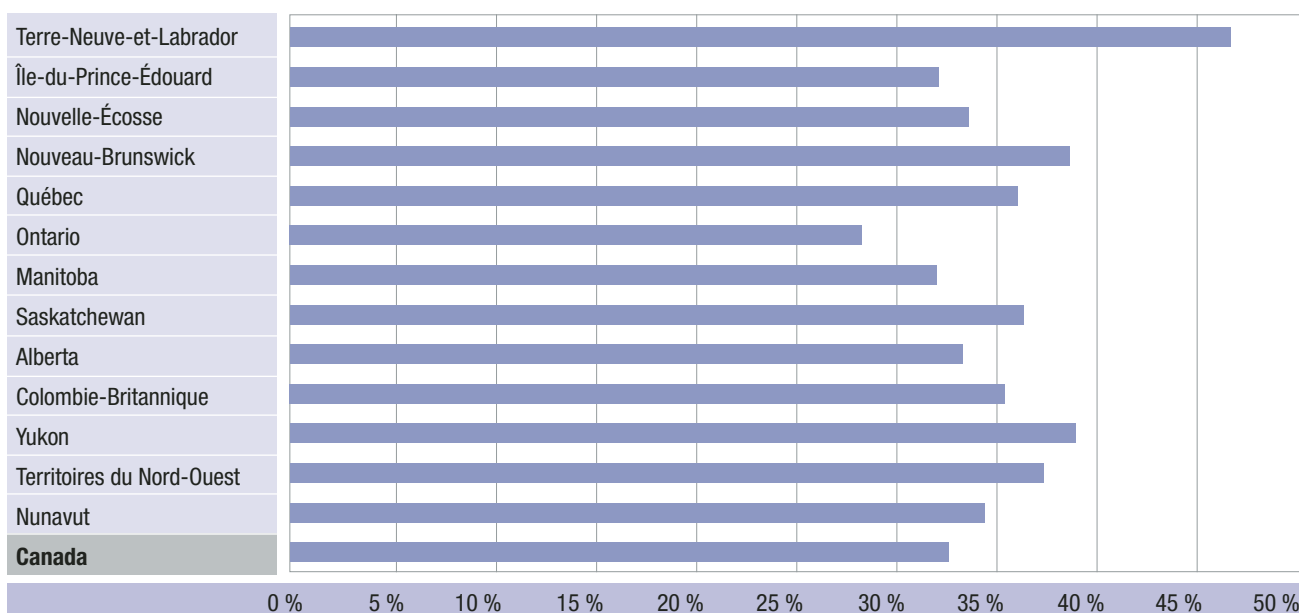


Figure 4.2 Proportion de femmes ayant suivi des cours prénataux, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

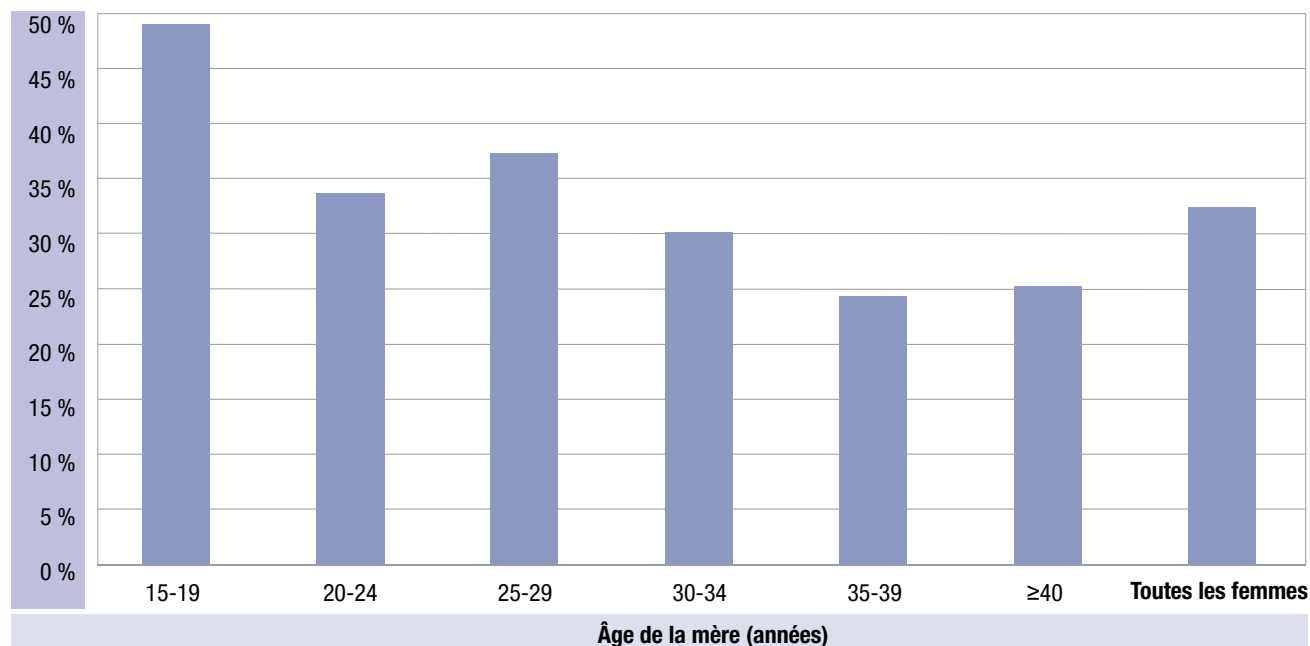
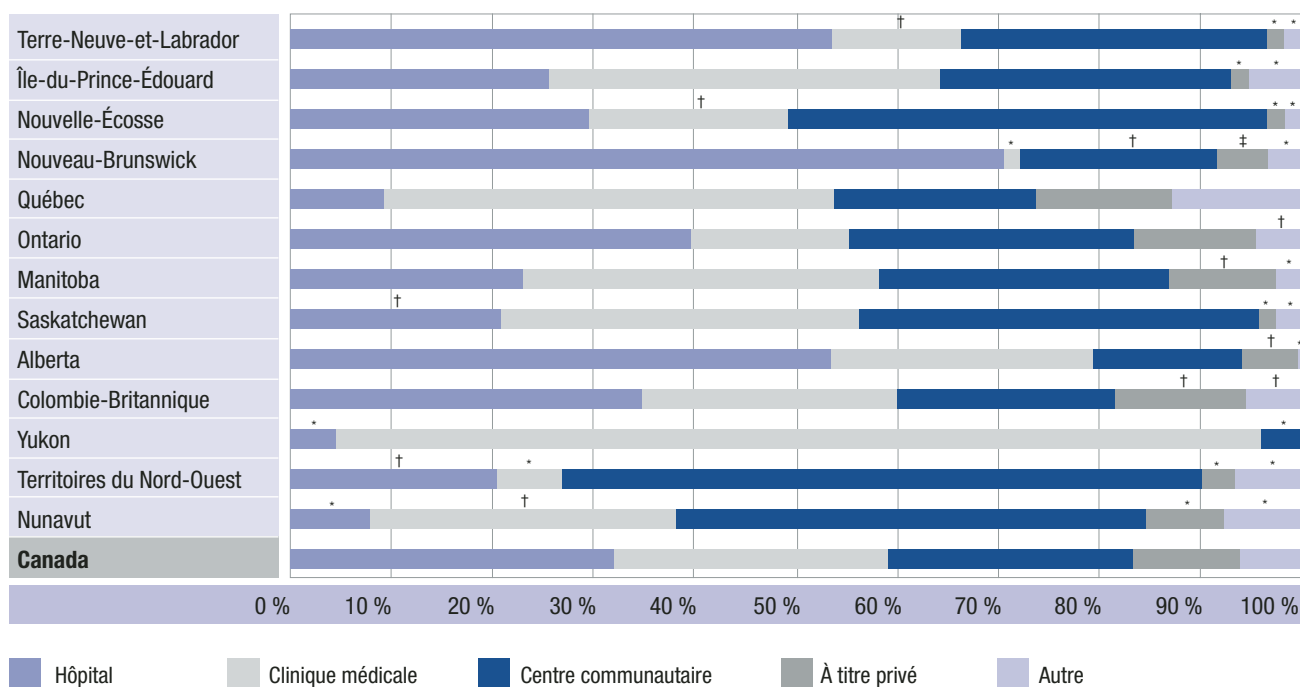


Figure 4.3 Répartition du lieu où les femmes ont suivi les cours prénataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Résumé

Environ le tiers des primipares n'ont pas suivi de cours prénataux, même si comparativement aux multipares, elles étaient plus susceptibles d'en suivre (65,6 % contre 6,0 %). Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient plus susceptibles d'assister à ces cours tandis que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient comparativement moins susceptibles de les suivre.

Limites

L'EEM ne s'est pas penchée sur la nature des cours de préparation à l'accouchement offerts et n'a pas essayé de déterminer si ces cours prénataux étaient accessibles aux femmes de toutes les régions ou si les femmes en étaient satisfaites. Une proportion élevée (12,8 %) de femmes au Québec ont indiqué la mention « autre » pour le cadre des cours prénataux. Cela peut indiquer des modes de prestation de soins différents, qui sont propres au Québec.

Références

1. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. Santé Canada. *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales* [Internet]. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2000. N° de catalogue : H39-527/2000F. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1-fra.php>.
3. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001;28(3):202-7.

Numéros des questions : PC_Q07-Q08, SI_Q10

5 Information prénatale

Dawn Kingston, Beverley Chalmers

Introduction

Il est important de comprendre les besoins d'information des femmes enceintes, afin de les aider à détecter des signes avant-coureurs pendant la grossesse; à augmenter leur confiance par rapport aux soins auto-administrés, au travail, à l'accouchement et aux soins à apporter au nouveau-né; à améliorer leur état de santé général; à prendre des décisions éclairées concernant la période périnatale et à adopter des comportements sains comme arrêter de fumer, avoir une bonne nutrition et faire de l'exercice¹.

Or, on n'a guère fait de recherche sur les besoins et les sources d'information des femmes enceintes, et la plupart des études réalisées reposent sur des observations et n'ont pas évalué les effets indépendants des caractéristiques démographiques (p. ex., âge, parité, région) sur les besoins en matière d'information ni sur les résultats de l'accès à l'information sur la grossesse pour la santé de la mère et celle du nourrisson. Les résultats des études réalisées à ce jour nous donnent cependant certains points de départ importants. Par exemple, ils nous indiquent que les femmes cherchent à obtenir de l'information auprès de sources différentes; qu'elles font confiance aux obstétriciens et aux médecins en général pour de l'information scientifique; qu'elles comptent par ailleurs sur les sages-femmes pour les informer et les rassurer; et qu'elles se fient aux amis et à la famille pour la transmission de l'expérience². Les études révèlent également une divergence entre ce que pensent les femmes à propos de ce qu'il leur faut savoir concernant leur grossesse et ce que les professionnels de la santé pensent qu'elles devraient savoir¹.

Le contexte dans lequel se fait la transmission d'information (p. ex., accueil chaleureux du professionnel de la santé, aptitudes à la communication, type d'interaction interpersonnelle) constitue un aspect important de la communication d'information sur la santé et de l'utilité de cette information pour les femmes³. Les multipares et les primipares ne font pas appel aux mêmes sources. Les multipares puisent davantage d'information dans leur propre expérience et constituent leur propre source d'information^{4,5}.

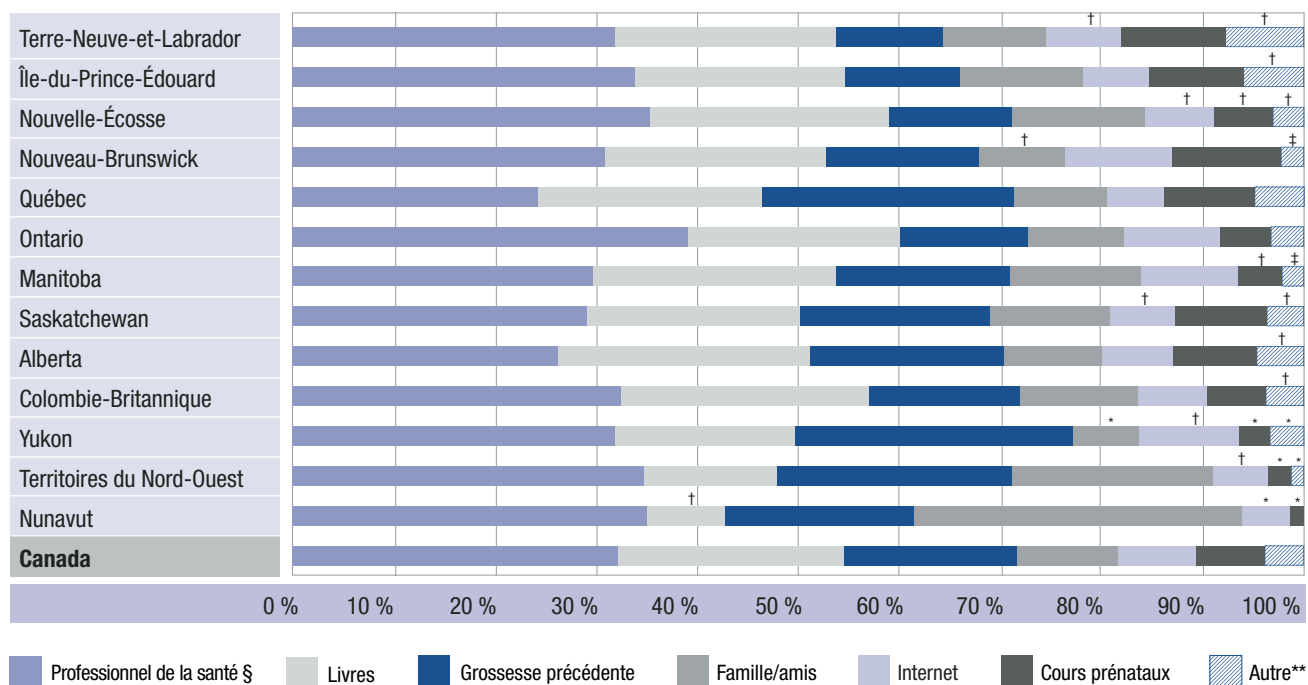
L'EEM a demandé aux femmes d'indiquer à partir d'une liste (p. ex., livres, grossesse précédente, Internet, professionnel de la santé, famille ou amis) quelle avait été la source d'information la plus utile au sujet de la grossesse. Plusieurs questions leur étaient posées pour déterminer si elles estimaient avoir reçu suffisamment d'information sur des sujets précis, comme les changements physiques et émotifs pendant la grossesse, les signes pouvant indiquer des complications pendant la grossesse, l'effet de l'usage de médicaments sur le bébé, ainsi que les tests médicaux et interventions qui peuvent être requis.

Résultats

- Globalement, les sources d'information les plus utiles ont été le professionnel de la santé (32,2 %, IC 95 % : 31,0-33,4), les livres (22,3 %, IC 95 % : 21,3-23,3) et la grossesse précédente (17,1 %, IC 95 % : 16,1-18,0) (figure 5.1).
- On a observé de larges variations entre les provinces et les territoires concernant ce que les femmes estiment être la source d'information la plus utile. La proportion de femmes ayant indiqué que le professionnel de la santé avait été la source d'information la plus utile variait de 39,1 % (IC 95 % : 37,0-41,2) en Ontario et 35,3 % (IC 95 % : 30,9-39,7) en Nouvelle-Écosse à 26,2 % (IC 95 % : 22,9-29,5) en Alberta et 24,3 % (IC 95 % : 22,0-26,5) au Québec. La proportion de femmes indiquant que les livres ont été leur source d'information la plus utile variait de 25,0 % (IC 95 % : 21,9-28,2) en Alberta et 24,5 % (IC 95 % : 21,2-27,8) en Colombie-Britannique à 13,2 % (IC 95 % : 9,4-17,1) dans les Territoires du Nord-Ouest et 7,8 %[†] (IC 95 % : 4,1-11,6) au Nunavut (figure 5.1).
- Parmi les femmes ayant suivi des cours prénataux, 19,4 % (IC 95 % : 17,7-21,1) considéraient ces cours comme la source d'information la plus utile.
- On a observé certaines variations liées à l'âge concernant l'opinion des femmes sur la source d'information la plus utile. Alors que les mères les plus jeunes (15-19 ans) ont indiqué la famille ou les amis comme source d'information la plus utile (31,0 %, IC 95 % : 25,4-36,7), suivie de près par le professionnel de la santé (30,0 %, IC 95 % : 24,3-35,6), les femmes de 20 ans ou plus estimaient que leur médecin avait été la source la plus utile, les proportions propres au groupe d'âge variant de 27,6 % (IC 95 % : 24,3-30,9) à 38,3 % (IC 95 % : 34,9-41,7). Venaient ensuite les livres, les proportions propres au groupe d'âge variant de 18,8 % (IC 95 % : 16,0-21,5) à 23,2 % (IC 95 % : 21,3-25,1) (figure 5.2).
- Pour les primipares, les sources d'information les plus utiles ont été les livres (29,3 %, IC 95 % : 27,6-30,9), le professionnel de la santé (26,7 %, IC 95 % : 25,0-28,3), la famille ou les amis (16,4 %, IC 95 % : 15,0-17,7), ainsi que les cours prénataux ou les cours de préparation à l'accouchement (13,2 %, IC 95 % : 12,0-14,5). Les multipares considéraient le professionnel de la santé (36,7 %, IC 95 % : 35,1-38,4), leur grossesse précédente (30,7 %, IC 95 % : 29,2-32,3) et les livres (16,5 %, IC 95 % : 15,2-17,7) comme étant les sources d'information les plus utiles (figure 5.3).
- La plupart des femmes ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information sur les changements physiques (92,8 %, IC 95 % : 92,1-93,5) et émotifs (89,4 %, IC 95 % : 88,7-90,2) survenant au cours de la grossesse, les signes pouvant indiquer des complications pendant la grossesse (83,7 %, IC 95 % : 82,8-84,7), l'effet de l'usage de médicaments sur le bébé (93,9 %, IC 95 % : 93,3-94,5), ainsi que les tests médicaux et les interventions qui peuvent être requis (91,8 %, IC 95 % : 91,2-92,5). Comparativement aux autres femmes, les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et les femmes au Nunavut étaient proportionnellement moins nombreuses à indiquer qu'elles avaient eu suffisamment d'information sur chaque sujet se rapportant à la grossesse.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 5.1 Répartition des sources d'information prénatale considérées par les femmes comme étant les plus utiles pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

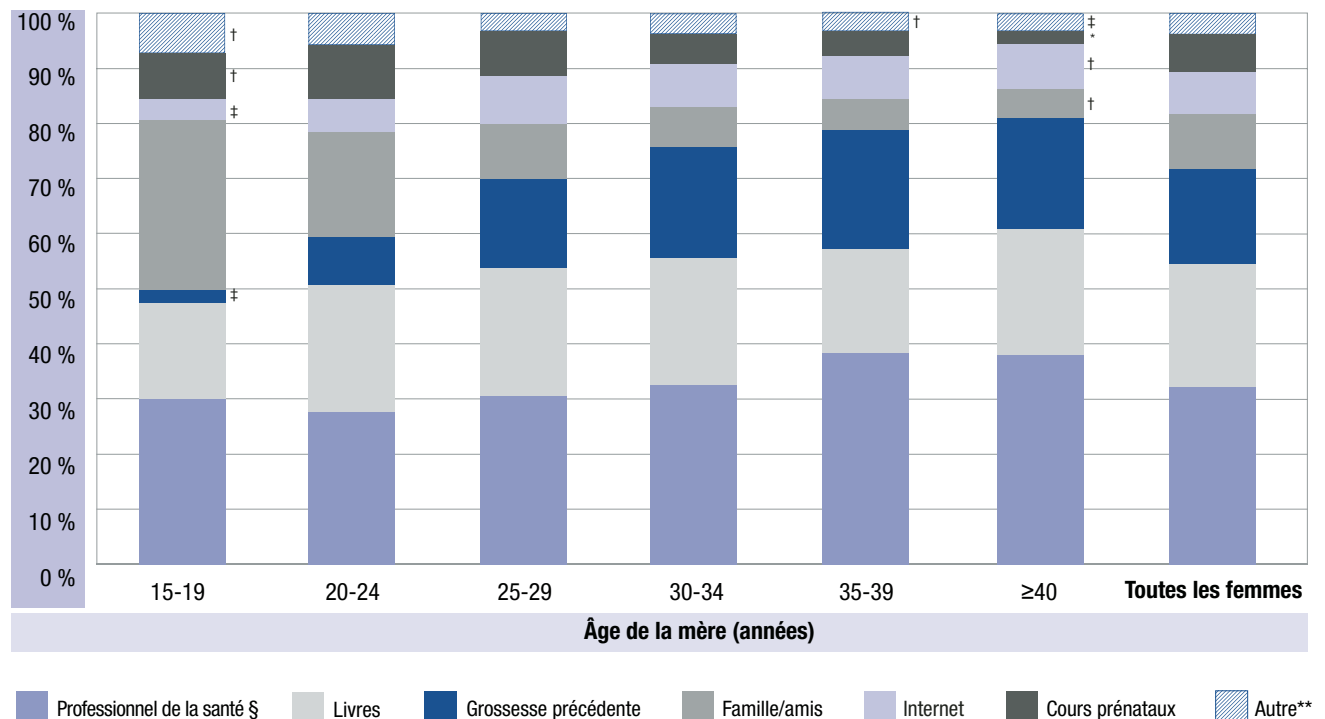
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

§ Obstétricien/gynécologue, médecin de famille/médecin généraliste, sage-femme et infirmière/infirmière praticienne.

** Inclut les doulas.

Figure 5.2 Répartition des sources d'information prénatale considérées par les femmes comme étant les plus utiles pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

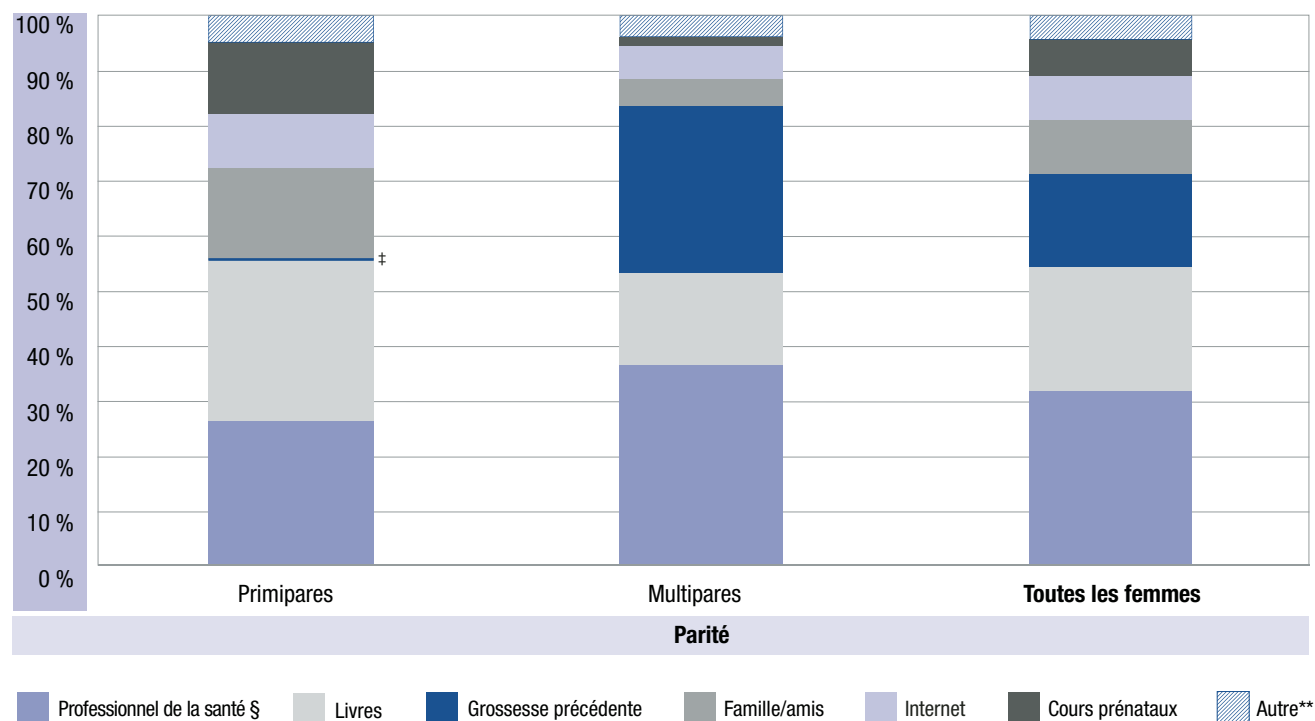
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

§ Obstétricien/gynécologue, médecin de famille/médecin généraliste, sage-femme et infirmière/infirmière praticienne.

** Inclut les doulas.

Figure 5.3 Répartition des sources d'information prénatale considérées par les femmes comme étant les plus utiles pendant la grossesse, selon la parité, Canada, 2006-2007



‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ Obstétricien/gynécologue, médecin de famille/médecin généraliste, sage-femme et infirmière/infirmière praticienne.

** Inclut les doulas.

Résumé

Les femmes ont indiqué que les sources d'information les plus utiles sur la grossesse étaient leur professionnel de la santé (32,2 %), les livres (22,3 %) ou leur grossesse précédente (17,1 %). Les sources d'information que les femmes ont trouvées les plus utiles varient en fonction de l'âge de la mère, de la parité et de la région. Alors que les mères les plus jeunes (15-19 ans) ont indiqué la famille ou les amis et le professionnel de la santé comme sources d'information les plus utiles, leurs homologues plus âgées ont privilégié le professionnel de la santé et les livres. Quant aux multipares, elles en ont appris davantage de leur professionnel de la santé et de leur expérience précédente. La plupart des femmes estiment avoir reçu suffisamment d'information sur les questions se rapportant à la grossesse, mais leur opinion variait selon la région et en fonction de leur âge.

Limites

L'EEM ne s'est pas penchée sur les variations dans les sources d'information aux différentes étapes de la grossesse, le type d'information obtenue auprès de sources différentes ou la cohérence de cette information. On n'a pas non plus demandé aux femmes quels autres types d'information elles auraient aimé recevoir. Par ailleurs, la question était limitée dans la mesure où l'on demandait aux femmes de citer la source d'information la plus utile. Par conséquent, les sources d'information qui n'occupent pas la première place dans l'esprit des femmes peuvent représenter des sources d'information auxquelles elles ont eu difficilement accès plutôt que des sources n'ayant pas fourni l'information pertinente. On ne sait pas vraiment pas si les écarts entre les provinces et les territoires concernant les sources d'information citées comme étant les plus utiles sont liées à l'accessibilité de ces sources.

Références

1. Freda MC, Andersen HF, Damus K, Merkatz IR. What pregnant women want to know: a comparison of client and provider perceptions. *JOGN Nurs*. 1993;22(3):237–44.
2. Benn C, Budge RC, White GE. Women planning and experiencing pregnancy and childbirth: information needs and sources. *Nurs Pract N Z*. 1999;14(3):4–15.
3. Tiedje L. Teaching is more than telling. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004;29(6):373–9.
4. Lewallen L. Healthy behaviors and sources of health information among low-income pregnant women. *Public Health Nurs*. 2004;21(3):200–6.
5. Aaronson LS, Mural CM, Pfoutz SK. Seeking information: where do pregnant women go? *Health Educ Q*. 1988;15:335–45.

Numéros des questions : SI_Q01-Q11

6 Suppléments d'acide folique

Janusz Kaczorowski, Lily Lee

Introduction

L'acide folique est la forme synthétique du folate, et appartient au groupe des vitamines B que l'on trouve naturellement dans les aliments. Le folate ou l'acide folique a une influence bénéfique sur le développement des cellules de l'embryon, en particulier au cours des premières semaines de la grossesse¹. Les données actuelles indiquent qu'un complément adéquat d'acide folique associé à un régime alimentaire sain au cours de la période périconceptionnelle (c.-à-d., juste avant et juste après le début de la grossesse) réduit de façon appréciable le risque d'anomalies congénitales, en particulier les anomalies du tube neural (ATN)^{2,3}. Les ATN sont des anomalies de la colonne vertébrale et du cerveau causées par le fait que le tube neural ne se referme pas au cours du premier mois de la conception de l'embryon humain. Les malformations les plus courantes sont le spina bifida, l'anencéphalie et l'encéphalocèle^{1,3,4}. Un examen systématique a révélé que, comparativement à un placebo, la prise de suppléments d'acide folique au cours de la période périconceptionnelle réduit de façon importante la prévalence des ATN³.

Compte tenu de ces données, le gouvernement du Canada a exigé en 1998 que la farine blanche, les pâtes et la semoule de maïs soient enrichies avec de l'acide folique⁵. Une étude récente réalisée dans sept provinces canadiennes a révélé une réduction de 46 % des ATN, c'est-à-dire que l'on est passé d'une prévalence de 1,58 ATN pour 1 000 naissances, avant l'ajout d'acide folique (1993-1997), à une prévalence de 0,86 pour 1 000 naissances depuis qu'on a ajouté de l'acide folique (1998-2002)⁶. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada recommandent que toutes les femmes qui désirent concevoir prennent quotidiennement des multivitamines renfermant 0,4 mg d'acide folique¹. Les femmes qui courent un risque accru d'avoir un bébé touché par une ATN, notamment celles ayant eu une grossesse précédente avec cette malformation; celles ayant un proche parent qui a eu une ATN; les femmes prenant certains médicaments contre l'épilepsie; les femmes obèses; et les femmes ayant un diabète médiocrement maîtrisé sont incitées à consulter leur médecin avant d'envisager une grossesse, étant donné qu'une dose plus élevée d'acide folique pourrait être recommandée^{1,7}.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 indique que 57,8 % des femmes âgées de 15 à 55 ans qui avaient donné naissance au cours des cinq années précédentes avaient pris des suppléments de vitamines renfermant de l'acide folique avant leur dernière grossesse^{7,8}.

L'EEM a demandé aux femmes si, dans les trois mois précédant leur grossesse, elles avaient pris des multivitamines contenant de l'acide folique ou des suppléments d'acide folique et, le cas échéant, si elles en avaient pris quotidiennement. Les mêmes questions étaient posées ensuite concernant les suppléments d'acide folique au cours des trois premiers mois de la grossesse. On leur a également demandé si elles savaient, avant d'être enceintes, que la prise d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales.

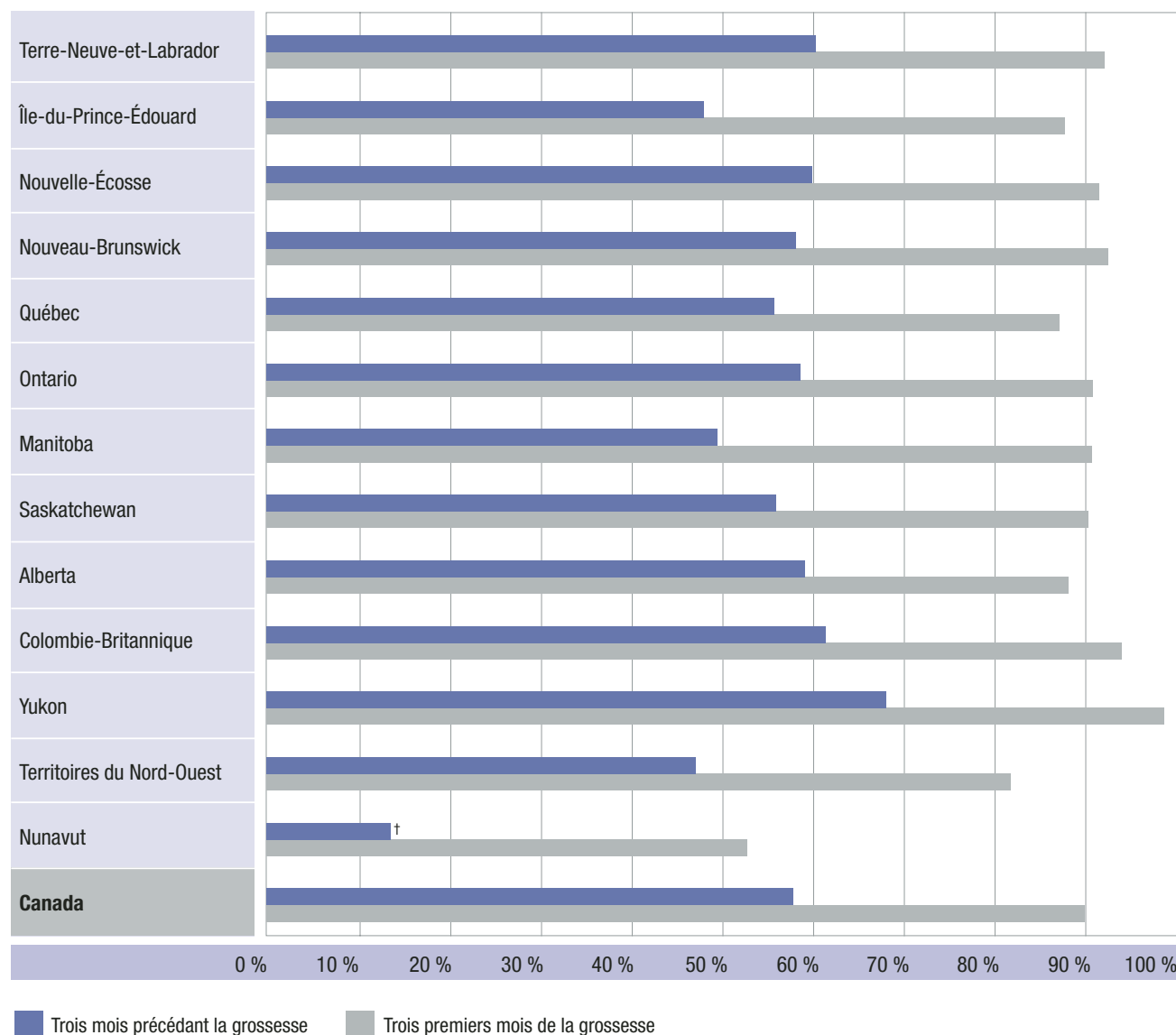
Résultats

- Globalement, 57,7 % des femmes (IC 95 % : 56,4-59,0) ont indiqué qu'elles avaient pris des multivitamines contenant de l'acide folique ou des suppléments d'acide folique dans les trois mois précédant leur grossesse. Les proportions variaient de 67,9 % (IC 95 % : 62,2-73,5) au Yukon et 61,3 % (IC 95 % : 57,5-65,1) en Colombie-Britannique à 47,9 % (IC 95 % : 43,8-52,1) à l'Île-du-Prince-Édouard et 13,6 %[†] (IC 95 % : 8,5-18,8) au Nunavut (figure 6.1).
- La prise de suppléments avant la grossesse a augmenté avec l'âge de la mère, puisque 19 % des femmes de moins de 20 ans (19,3 %, IC 95 % : 14,4-24,2) ont indiqué qu'elles avaient pris des suppléments comparativement à 67,0 % (IC 95 % : 63,8-70,3) des femmes du groupe de 35-39 ans.
- Les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles d'avoir pris des suppléments avant la grossesse que leurs homologues ayant un niveau de scolarité plus élevé ou celles vivant dans un ménage se situant au-dessus du seuil de faible revenu.
- Chez les femmes qui prenaient des suppléments avant leur grossesse, 90,0 % (IC 95 % : 89,1-91,0) les prenaient quotidiennement. Les femmes du groupe de 15-19 ans (76,6 %, IC 95 % : 64,5-88,7), les multipares (87,5 %, IC 95 % : 86,0-89,0), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, celles ayant un diplôme d'études secondaires (84,8 %, IC 95 % : 78,7-90,9 et 87,5 %, IC 95 % : 84,6-90,4, respectivement) et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (83,5 %, IC 95 % : 79,6-87,3) étaient moins susceptibles d'indiquer qu'elles avaient pris des suppléments sur une base quotidienne.
- Globalement, la proportion de femmes ayant pris des suppléments au cours des trois premiers mois de la grossesse était de 89,7 % (IC 95 % : 88,9-90,5) et variait de 98,4 % (IC 95 % : 97,0-99,9) au Yukon et 93,8 % (IC 95 % : 92,0-95,6) en Colombie-Britannique à 86,9 % (IC 95 % : 85,1-88,8) au Québec et 52,7 % (IC 95 % : 44,8-60,6) au Nunavut (figure 6.1). La proportion de femmes ayant pris des suppléments au cours des trois premiers mois de la grossesse a augmenté en fonction de leur âge et de leur niveau de scolarité. Elle était légèrement plus élevée chez les primipares (91,6 %, IC 95 % : 90,5-92,6) que chez les multipares (88,2 %, IC 95 % : 87,1-89,4). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles d'avoir pris des suppléments (81,0 %, IC 95 % : 78,6-83,3) que leurs homologues au-dessus du seuil de faible revenu (92,5 %, IC 95 % : 91,7-93,3).
- Chez les femmes qui avaient pris des suppléments au cours des trois premiers mois de la grossesse, 92,2 % (IC 95 % : 91,5-92,9) ont indiqué qu'elles les prenaient quotidiennement, ce qui correspond à la proportion observée avant la grossesse. Les pourcentages de femmes ayant pris tous les jours des suppléments sont moindres chez les femmes les plus jeunes (15-19 ans), les femmes du Nunavut, les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et les multipares, comparativement aux autres groupes d'âge, au reste du Canada, aux femmes ayant des niveaux de scolarité plus élevés et aux primipares.
- Globalement, 77,6 % des femmes (IC 95 % : 76,6-78,7) savaient avant d'être enceintes que la prise de suppléments d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales. D'après leurs réponses, les femmes de moins de 24 ans, les femmes des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut (figure 6.2), les primipares, les femmes ayant des niveaux de scolarité moins élevés (figure 6.3) et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible étaient moins sensibilisées.

- La connaissance des bienfaits de l'acide folique a été associée à une prise accrue de suppléments tant avant que pendant la grossesse. Parmi les femmes qui savaient avant d'être enceintes que les suppléments d'acide folique avant la grossesse pouvaient prévenir certaines anomalies congénitales chez le nouveau-né, 68,8 % (IC 95 % : 67,5-70,1) en ont pris au cours de la période précédant la grossesse et 92,5 % (IC 95 % : 91,7-93,2) au cours des trois premiers mois de la grossesse, comparativement à 17,8 % (IC 95 % : 15,6-19,9) et 77,0 % (IC 95 % : 74,7-79,2), respectivement, des femmes qui n'étaient pas au courant des avantages potentiels (figure 6.4).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 6.1 Proportion de femmes ayant pris des suppléments d'acide folique au cours des trois mois précédant la grossesse et au cours des trois premiers mois de la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 6.2 Proportion de femmes qui savaient avant d'être enceintes que la prise d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales chez le nouveau-né, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

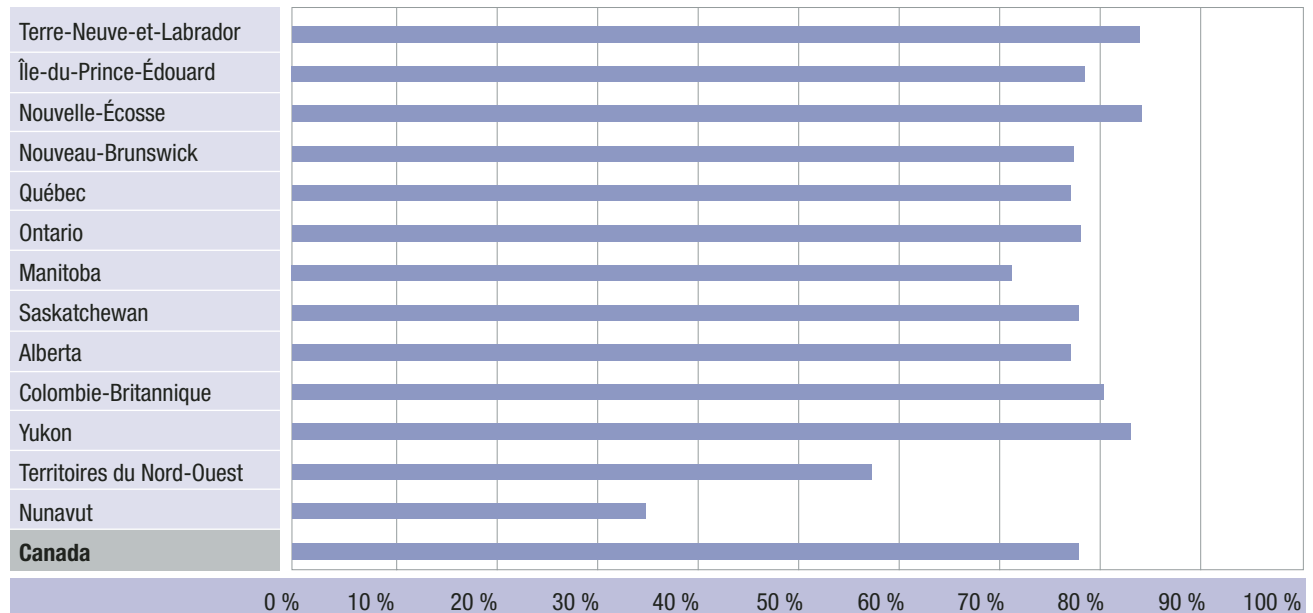


Figure 6.3 Proportion de femmes qui savaient avant d'être enceintes que la prise d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales chez le nouveau-né, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007

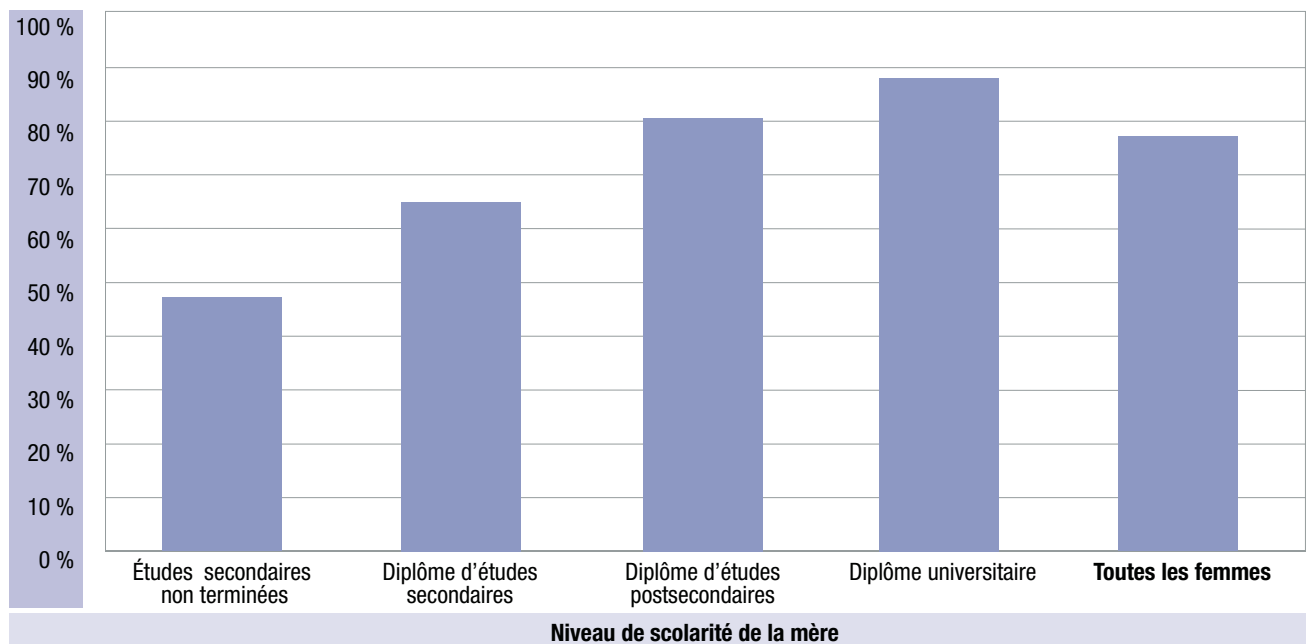
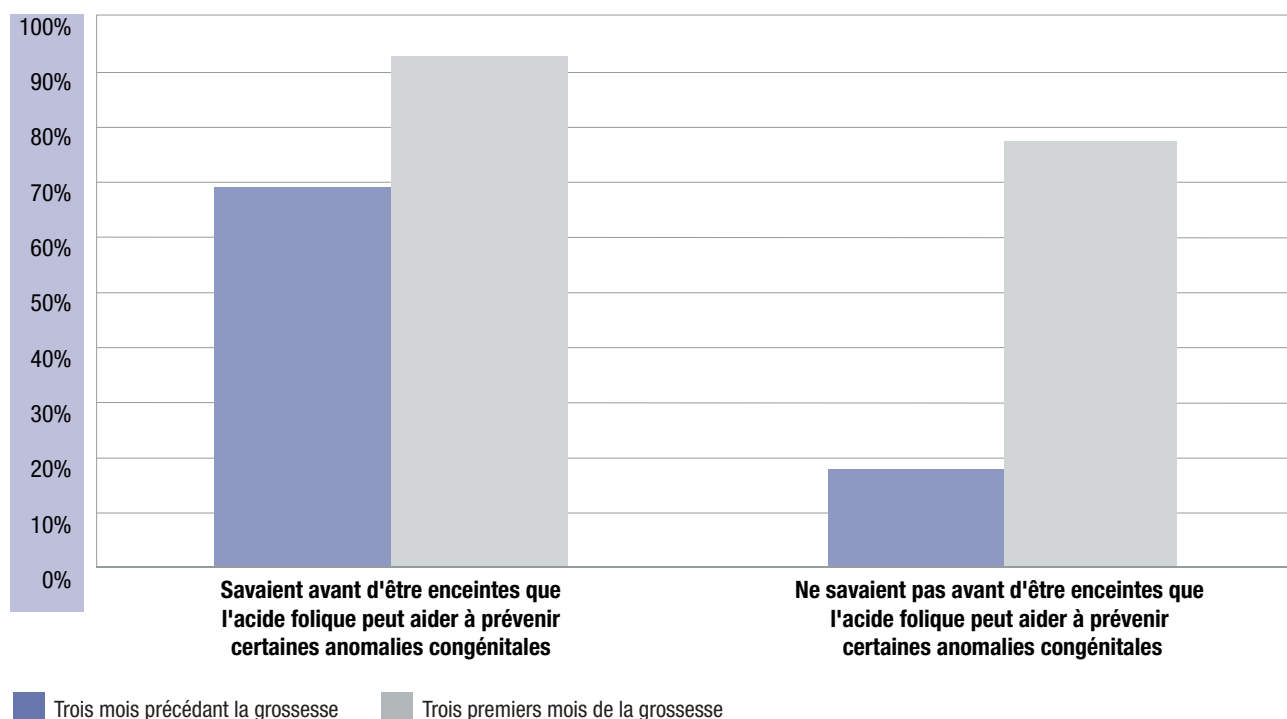


Figure 6.4 Proportion de femmes ayant pris des suppléments d'acide folique, selon leur connaissance à ce chapitre avant d'être enceintes, Canada, 2006-2007



Résumé

La proportion de femmes ayant pris des suppléments d'acide folique était de 57,7 % dans les trois mois précédant la grossesse et de 89,7 % au cours des trois premiers mois de la grossesse. Avant d'être enceintes, 77,6 % des femmes savaient que la prise d'acide folique avant la grossesse pouvait aider à prévenir certaines anomalies congénitales chez le bébé. Une sensibilisation accrue aux bienfaits de l'acide folique avant la grossesse a été associée à une augmentation de la consommation de suppléments, tant avant que pendant la grossesse. Les femmes les plus jeunes, les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins au courant, avant d'être enceintes, des bienfaits de l'acide folique que les autres femmes. On observe des variations considérables entre les provinces et les territoires concernant le niveau de sensibilisation.

Limites

Ces données se fondent sur les déclarations des femmes elles-mêmes et, par conséquent, ces dernières ont pu sous-estimer ou surestimer les proportions véritables de prise de suppléments d'acide folique et leur prise quotidienne avant et pendant la grossesse.

Références

1. Van Allen MI, McCourt C, Lee NS. *Santé avant la grossesse: l'acide folique pour la prévention primaire des anomalies du tube neural. Un document de référence à l'intention des professionnels de la santé*, 2002. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2002. N° de catalogue : H39-607/2002F.
2. Pitkin RM. Folate and neural tube defects. *Am J Clin Nutr*. 2007;85(1 Suppl):S285–8.
3. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;3. Art. No.: CD001056. DOI: 10.1002/14651858.CD001056.
4. Eichholze M, Tönz O, Zimmermann R. Folic acid: a public-health challenge. *Lancet*. 2006;367(9519):1352–61.
5. Millar WJ. Supplément d'acide folique. *Rapports sur la santé* [Internet]. 2004 [cité le 6 juin 2007];15(3). Accessible à : <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/Statcan/82-003-XIF/82-003-XIF2005004.pdf>.
6. De Wals P, Tairou F, Van Allen MI, Uh SH, Lowry RB, Sibbald B, et al. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. *N Engl J Med*. 2007;357(2):135–42.
7. Wilson D, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, et coll. Supplémentation préconceptionnelle en vitamines/acide folique 2007: Utilisation d'acide folique, conjointement avec un supplément vitaminique, pour la prévention des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales. Directive clinique n° 201 conjointe de la SOGC et du programme Motherisk. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(12):1003–26.
8. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.

Numéros des questions : CB_Q06-Q08

7 Échographie prénatale

Beverley Chalmers, David Young

Introduction

On peut avoir recours à l'échographie pour déterminer la vie fœtale, la présence de malformations, la taille et la croissance du fœtus et l'âge gestationnel, de même que pour confirmer une grossesse multiple et la localisation du placenta, ou pour évaluer le volume du liquide amniotique. L'échographie est souvent utilisée pour effectuer une surveillance permanente de la santé fœtale (c.-à-d., profil biophysique, examen hémodynamique Doppler)¹. Une échographie entre la 10^e et 14^e semaine de gestation peut être offerte dans le cadre d'un programme de dépistage de l'aneuploïdie fœtale², ce qui réduit la possibilité de faux positifs et le risque connexe de préoccupations inutiles³.

La valeur de l'échographie obstétricale systématique au cours de la grossesse, plutôt que sur indication, n'a pas été clairement déterminée⁴. L'échographie systématique conduit à un moins grand nombre de déclenchements du travail pour les grossesses qui dépassent leur terme et à un moins grand nombre de naissances de jumeaux non diagnostiquées à 26 semaines. Toutefois, aucun de ces effets n'améliore le résultat fœtal⁴. Les essais d'échographie sélective plutôt que systématique dans les grossesses tardives suggèrent une augmentation de l'incidence d'hospitalisation prénatale et de déclenchement du travail chez les femmes ayant une échographie systématique, sans aucune amélioration du résultat périnatal⁴.

L'utilisation non médicale de l'échographie fœtale, notamment à la demande de la mère et pour le plaisir de la mère ou de la famille, devient plus courante et accessible. Bien qu'on n'ait établi aucun lien concluant entre des anomalies fœtales ou maternelles et l'échographie de diagnostic, il y a exposition du fœtus à l'énergie, ce qui a un effet biologique et est associé à un risque théorique⁵. En conséquence, les organismes professionnels et réglementaires ont recommandé une interdiction absolue de l'utilisation non médicale de l'échographie fœtale⁶.

Dans le cas d'une grossesse normale, les lignes directrices canadiennes préconisent une seule échographie offerte entre la 18^e et la 19^e semaine avec une analyse de ses avantages, des limites et de la sûreté⁷⁻⁹. L'Organisation mondiale de la santé recommande l'échographie uniquement sur indication, ou une seule aux environs de la 18^e semaine¹⁰. Une indication d'échographie pendant la grossesse peut survenir à chaque trimestre.

L'EEM a demandé aux femmes combien d'échographies elles avaient eues et à combien de semaines de grossesse elles en étaient lors de la première échographie.

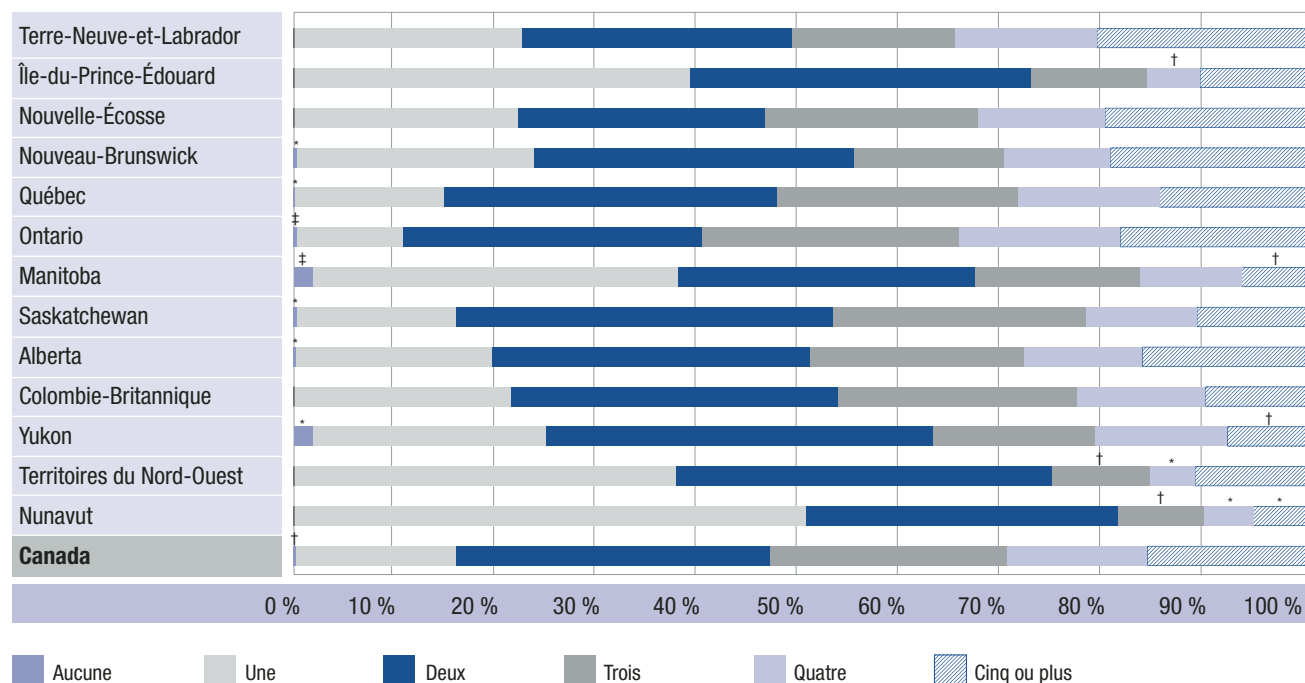
Nota : Même si les recommandations pour la première échographie sont de la faire entre la 18^e et la 19^e semaine, les calculs pour cette section sont fondés sur la période de 18 à 20 semaines afin de permettre de convertir en semaines les réponses données en mois, et pour tenir compte d'éventuelles préférences des mères concernant les chiffres.

Résultats

- En moyenne, les femmes ont fait état de 3,1 échographies (IC 95 % : 3,1-3,2) pendant la grossesse; 15,8 % (IC 95 % : 15,0-16,7) ont eu une seule échographie, 31,1 % (IC 95 % : 29,9-32,3) en ont eu deux, 23,4 % (IC 95 % : 22,3-24,5) en ont eu trois, 13,9 % (IC 95 % : 13,0-14,8) en ont eu quatre et 15,5 % (IC 95 % : 14,6-16,4) en ont eu cinq ou plus. Très peu de femmes n'en ont eu aucune (0,2 %[†], IC 95 % : 0,1-0,4) (figure 7.1).
- On a observé de larges variations dans le nombre d'échographies entre les différentes régions du Canada. Les proportions de femmes ayant eu une seule échographie variaient de 50,6 % (IC 95 % : 43,1-58,2) au Nunavut et 39,1 % (IC 95 % : 35,0-43,3) à l'Île-du-Prince-Édouard à 14,7 % (IC 95 % : 12,7-16,6) au Québec et 10,4 % (IC 95 % : 9,0-11,7) en Ontario. Les proportions de femmes ayant eu trois échographies étaient de 25,5 % en Ontario (IC 95 % : 23,6-27,3), 25,0 % en Saskatchewan (IC 95 % : 20,8-29,1), 23,8 % au Québec (IC 95 % : 21,4-26,2) et 23,6 % en Colombie-Britannique (IC 95 % : 20,5-26,7). Environ une femme sur cinq à Terre-Neuve-et-Labrador (20,5 %, IC 95 % : 16,3-24,7), en Nouvelle-Écosse (19,8 %, IC 95 % : 16,2-23,5) et au Nouveau-Brunswick (19,2 %, IC 95 % : 15,3-23,1) ont eu cinq échographies ou plus pendant la grossesse (figure 7.1).
- En moyenne, les femmes ont eu leur première échographie à 14,1 (IC 95 % : 13,9-14,2) semaines de grossesse. Près du quart des femmes (22,8 %, IC 95 % : 21,7-23,9) ont eu leur première échographie avant la 10^e semaine de grossesse.
- La proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient eu leur première échographie avant 18 semaines était de 66,8 % (IC 95 % : 65,6-68,0). Des pics ont été enregistrés à 12 semaines (17,1 %, IC 95 % : 16,1-18,1) et à 20 semaines (12,0 %, IC 95 % : 11,1-12,8) avec 7,5 % (IC 95 % : 6,8-8,2) des femmes ayant eu leur première échographie après 20 semaines (figure 7.2).
- Environ les trois quarts (77,0 %, IC 95 % : 75,1-78,9) des femmes en Ontario et 70,2 % (IC 95 % : 65,6-74,8) des femmes en Saskatchewan ont eu leur première échographie avant 18 semaines (figure 7.3).
- Globalement, 25,7 % (IC 95 % : 24,6-26,8) des femmes ont eu leur première échographie au cours de la période de 18 à 20 semaines. Cette proportion était de 50,5 % (IC 95 % : 44,8-56,2) dans les Territoires du Nord-Ouest et de 43,7 % (IC 95 % : 39,3-48,1) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 7.3).
- Les primipares étaient plus susceptibles d'avoir leur première échographie avant la 18^e semaine de grossesse (70,3 %, IC 95 % : 68,7-72,0) que les multipares (63,9 %, IC 95 % : 62,2-65,6).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 7.1 Répartition du nombre d'échographies prénatales, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

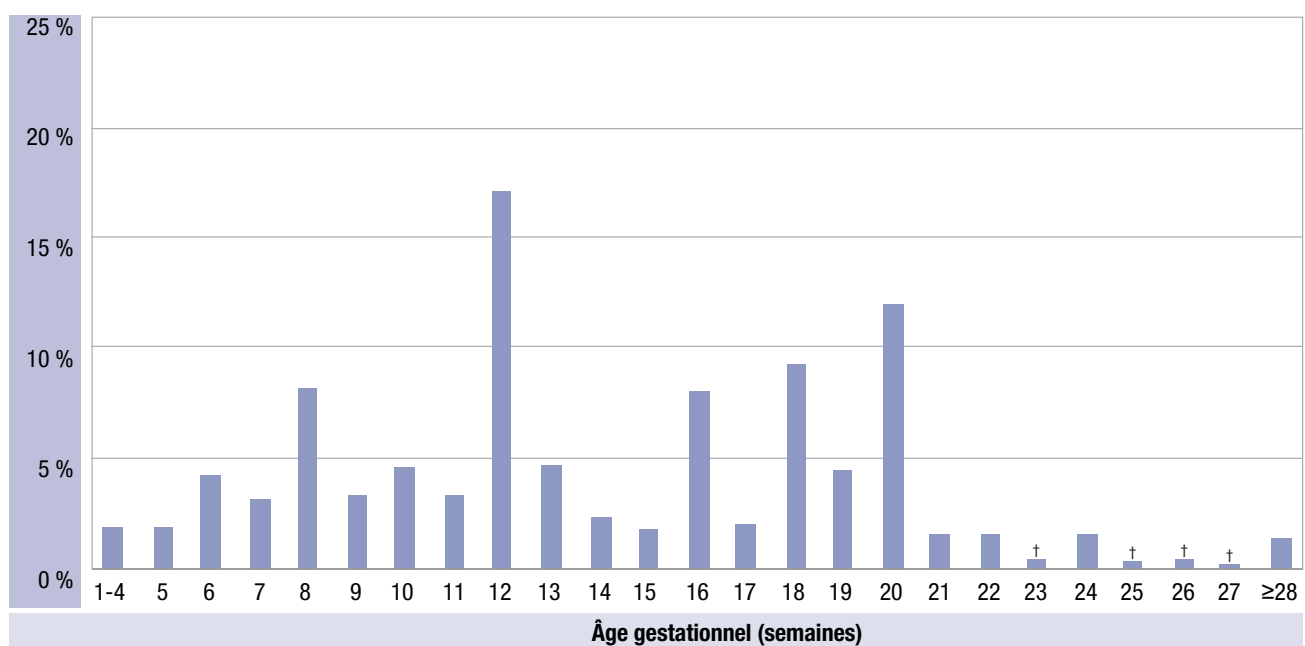


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

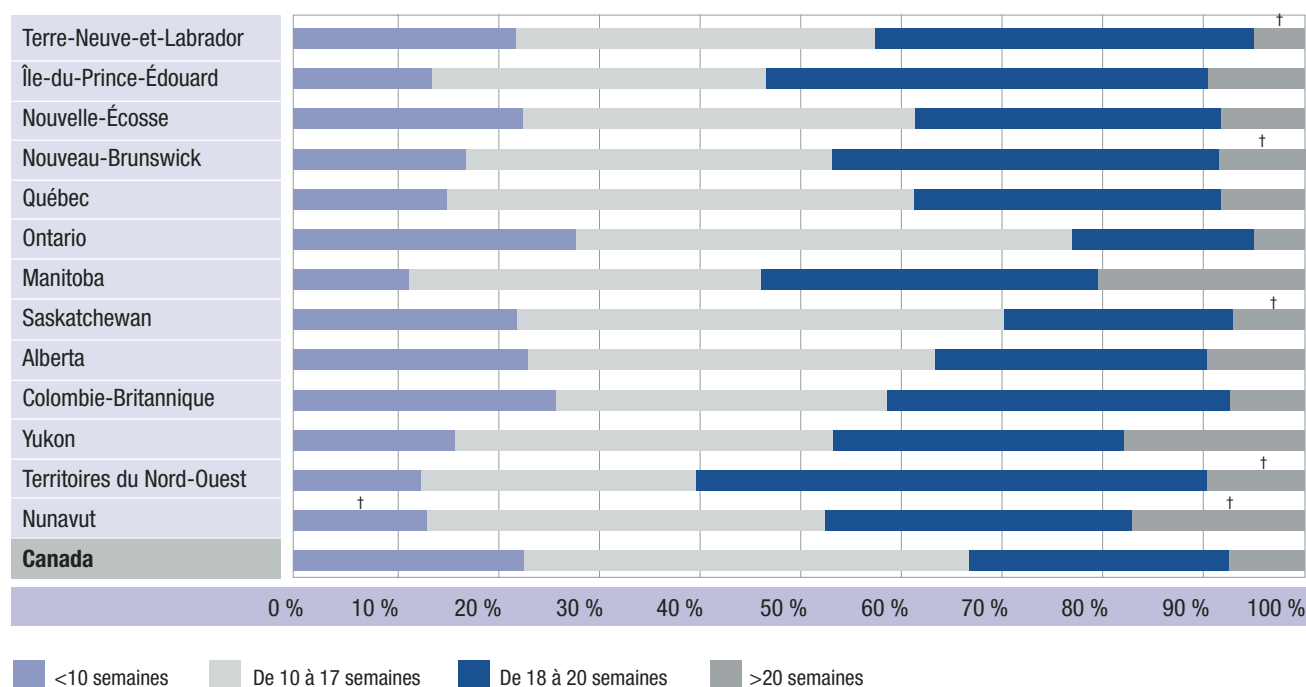
‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 7.2 Répartition du moment de la première échographie prénatale, selon le nombre de semaines de grossesse, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 7.3 Répartition du moment de la première échographie prénatale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résumé

Presque toutes (99,8 %) les femmes ont eu au moins une échographie prénatale, la moyenne étant de trois échographies par femme. La proportion de femmes ayant eu plus d'une échographie était de 84,2 %. La première échographie a eu lieu en moyenne à environ 14 semaines, et 66,8 % des femmes ont eu leur première échographie avant la 18^e semaine. On a observé de larges variations dans le nombre d'échographies subies par les femmes au Canada.

Limites

L'EEM ne s'est pas penchée sur la façon dont les femmes avaient perçu leur expérience de l'échographie ou sur leurs préférences concernant le nombre d'échographies ou le moment de ces échographies. En ce qui a trait au moment de l'échographie, certaines femmes ont fourni leur réponse en mois, et nous l'avons convertie en semaines. Cette conversion a peut-être contribué à certains des pics observés. Comme l'EEM a demandé uniquement aux femmes d'indiquer à combien de semaines de grossesse elles en étaient lorsqu'elles avaient eu leur première échographie, on ne peut évaluer la fréquence globale des échographies faites à la période recommandée, entre la 18^e et la 19^e semaine. L'EEM n'a pas interrogé les femmes sur les raisons des échographies. Les raisons pour lesquelles certaines ont eu plus d'une échographie peuvent être d'ordre médical (notamment la surveillance de la santé du fœtus) ou non médical.

Références

1. Liston R, Sawchuck D, Young D; Fetal Health Surveillance Consensus Committee, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Directive clinique de la SOGC, n° 197. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(9 Suppl 4):S3–56.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press; 2003.
3. Summers A, Langlois S, Wyatt B, Wilson RD; Comité de la SOGC sur la génétique, Comité du CCMG sur le diagnostic prénatal, Comité de la SOGC sur l'imagerie diagnostique, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Dépistage prénatal de l'aneuploïdie fœtale. Directive clinique de la SOGC, n° 187. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(2):146–61.
4. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Bly S, Van den Hof MC; Comité sur l'imagerie diagnostique, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Effets biologiques et innocuité de l'échographie obstétricale. Directive clinique de la SOGC, n° 160. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(6):572–5.
6. Van den Hof MC, Bly S; Comité sur l'imagerie diagnostique, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Utilisation non médicale de l'échographie fœtale. Déclaration de principe de la SOGC, n° 191. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(4):364–5.
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Guidelines for ultrasound as part of routine prenatal care. Déclaration de principe de la SOGC, n° 78. *J SOGC.* 1999;21:875–9.
8. Santé Canada. *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective nationale* [Internet]. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2000. N° de catalogue : H39-527/2000F. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1-fra.php>.
9. Anderson G. Dépistage prénatal de routine par échographie. Dans *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*. Guide Canadien de médecin clinique préventive. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et des Services; 1994.
10. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth.* 2001;28(3):202–7.

Numéros des questions : PT_Q01-Q03

8 Test de dépistage du VIH

Patricia O'Campo, Janusz Kaczorowski

Introduction

L'infection à VIH chez les femmes au Canada, notamment les femmes en âge de procréer, continue de progresser. Le contact hétérosexuel est le principal mode de transmission de l'infection à VIH chez les femmes¹. Les mères peuvent transmettre le VIH à leur enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

En raison de la progression de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, l'exposition fœtale au VIH pendant la grossesse a également augmenté au Canada¹. Un traitement antirétroviral au cours de la grossesse et/ou du travail permet de réduire le risque de transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant, le faisant passer de 15 %-30 % à 1 %-2 %^{2,3}. Par conséquent, le dépistage du VIH chez les femmes enceintes représente une excellente possibilité de prévention de la transmission périnatale. Le dépistage systématique du VIH s'est révélé rentable, même dans les cadres à faible prévalence^{4,5}.

Au Canada, le dépistage prénatal du VIH est offert à toutes les femmes enceintes, mais l'approche varie selon la province ou le territoire. Quelle que soit l'approche, cependant, le test de dépistage du VIH demeure à la discrétion des femmes, et il est important qu'elles reçoivent une information pertinente pour fonder leur décision. Il existe deux catégories d'approche pour le dépistage du VIH, le dépistage optionnel et le dépistage systématique. Selon l'approche optionnelle, on donne à toutes les femmes du counseling prénatal concernant le VIH et on leur offre expressément la possibilité de subir le test. Seules celles qui donnent leur accord se voient administrer le test. Plusieurs provinces ont adopté cette approche, notamment l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, de même que le Yukon¹. Dans le cadre des programmes de dépistage systématique, en revanche, le dépistage du VIH fait partie des soins prénataux donnés aux femmes enceintes. Toutes les femmes vivant dans les provinces ou territoires ayant adopté cette approche subissent le test, à moins qu'elles n'aient demandé expressément à ne pas l'avoir. Les provinces et territoires ayant adopté cette approche sont Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, le Québec, le Manitoba, l'Alberta, les Territoires du Nord Ouest et le Nunavut¹. Bien qu'aucune des deux stratégies n'aboutisse à un dépistage universel, les études portent à croire que la méthode systématique est à l'origine de taux de dépistage plus élevés⁶⁻⁸.

L'EEM a demandé aux femmes si elles avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de la grossesse et si elles avaient participé à la décision de subir ou non le test. Les femmes des provinces et territoires ayant une politique de dépistage optionnel ont été regroupées et comparées avec les femmes des provinces et territoires ayant une politique de dépistage systématique.

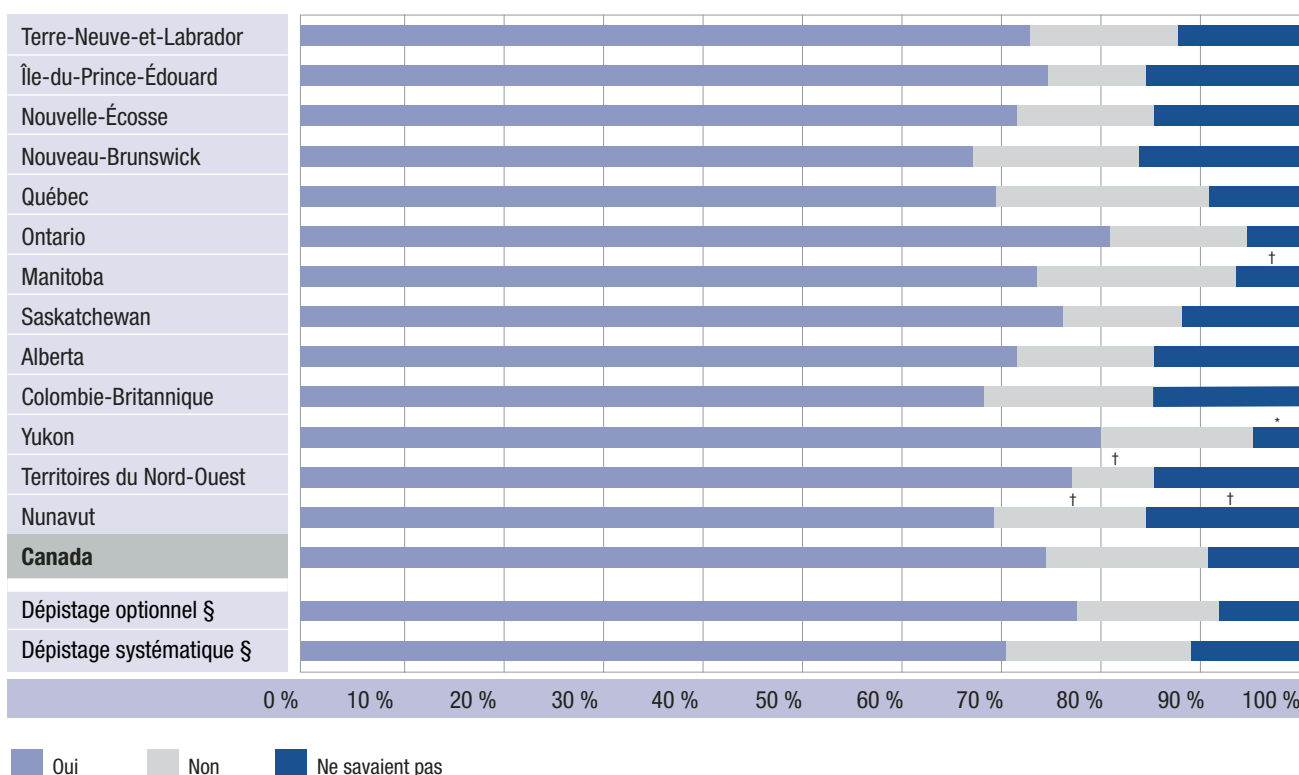
Résultats

- Les trois quarts (74,3 %, IC 95 % : 73,2 %-75,4 %) des femmes ont indiqué qu'elles avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de la grossesse. Un autre 9,6 % des femmes (IC 95 % : 8,9-10,4) ne savaient pas si elles avaient subi un test de dépistage du VIH pendant la grossesse et 16,1 % (IC 95 % : 15,1-17,0) ont répondu qu'elles n'avaient pas eu de test (figure 8.1).
- La proportion de femmes ayant subi un test de dépistage du VIH variait de 80,7 % (IC 95 % : 79,0-82,4) en Ontario et 79,8 % (IC 95 % : 75,1-84,6) au Yukon à 68,1 % (IC 95 % : 64,6-71,7) en Colombie-Britannique et 67,0 % (IC 95 % : 62,2-71,8) au Nouveau-Brunswick. Pour les femmes qui ne savaient pas si elles avaient subi un test, les proportions variaient de 16,4 % (IC 95 % : 12,7-20,1) au Nouveau-Brunswick et 15,7 %[†] (IC 95 % : 10,3-21,1) au Nunavut à 6,8 %[†] (IC 95 % : 4,4-9,2) au Manitoba et 5,7 % (IC 95 % : 4,6-6,8) en Ontario (figure 8.1).
- En ce qui concerne la décision de subir un test de dépistage, 36,7 % (IC 95 % : 35,5-38,0) des femmes ont mentionné qu'elles avaient été très impliquées, 21,9 % (IC 95 % : 20,8-23,0) qu'elles avaient été quelque peu impliquées et 41,4 % (IC 95 % : 40,1-42,6) qu'elles n'avaient pas été impliquées (figure 8.2).
- La proportion de femmes ayant déclaré qu'elles avaient été très impliquées dans la décision d'avoir le test variait de 63,0 % (IC 95 % : 57,0-69,0) au Yukon et 44,7 % (IC 95 % : 38,4-50,9) dans les Territoires du Nord-Ouest à 31,5 % (IC 95 % : 26,6-36,5) à Terre-Neuve-et-Labrador et 29,5 % (IC 95 % : 26,9-32,0) au Québec (figure 8.2).
- Si on les regroupe, 77,4 % (IC 95 % : 76,0-78,8) des femmes vivant dans les provinces et territoires où le dépistage est optionnel ont indiqué qu'elles avaient eu le test de dépistage, comparativement à 70,3 % (IC 95 % : 68,5-72,0) de leurs homologues qui résidaient dans les provinces et territoires où le dépistage est systématique. Une proportion plus importante de femmes dans les provinces et les territoires de dépistage systématique (11,2 %, IC 95 % : 10,0-12,5) ignoraient si elles avaient eu un test de dépistage, comparativement à celles des provinces et territoires ayant adopté une stratégie optionnelle (8,4 %, IC 95 % : 7,5-9,4) (figure 8.1).
- Les femmes résidant dans les provinces et territoires où le dépistage est systématique étaient plus susceptibles de ne pas avoir participé à la décision de subir le test de dépistage du VIH (44,4 %, IC 95 % : 42,5-46,4), comparativement à leurs homologues des provinces ou territoires (39,1 %, IC 95 % : 37,3-40,8) ayant une stratégie de dépistage optionnel (figure 8.2).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de subir le test, comparativement à leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu : 79,7 % (IC 95 % : 77,4-82,1) et 73,1 % (IC 95 % : 71,8-74,5), respectivement.

- Les pourcentages de femmes ayant eu un test de dépistage du VIH et ayant participé à la décision variaient en fonction de l'âge. Les femmes du groupe de 15-19 ans étaient proportionnellement les plus nombreuses à avoir subi le test, dans une proportion de 80,8 % (IC 95 % : 76,2-85,4) par rapport à 73,0 % (IC 95 % : 70,0-76,1), soit la proportion la plus faible parmi tous les groupes d'âge, des femmes du groupe de 35-39 ans (figure 8.3). La proportion de femmes ayant indiqué qu'elles n'avaient pas participé à la décision variait de 42,9 % (IC 95 % : 39,2-46,5) pour le groupe de 35-39 ans et 42,8 % (IC 95 % : 34,5-51,1) pour le groupe de 40 ans et plus à 34,9 % (IC 95 % : 28,8-40,9) pour le groupe de 15-19 ans (figure 8.4).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 8.1 Proportion de femmes qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage du VIH, selon la province ou le territoire et en fonction de l'approche de dépistage optionnel ou systématique, Canada, 2006-2007



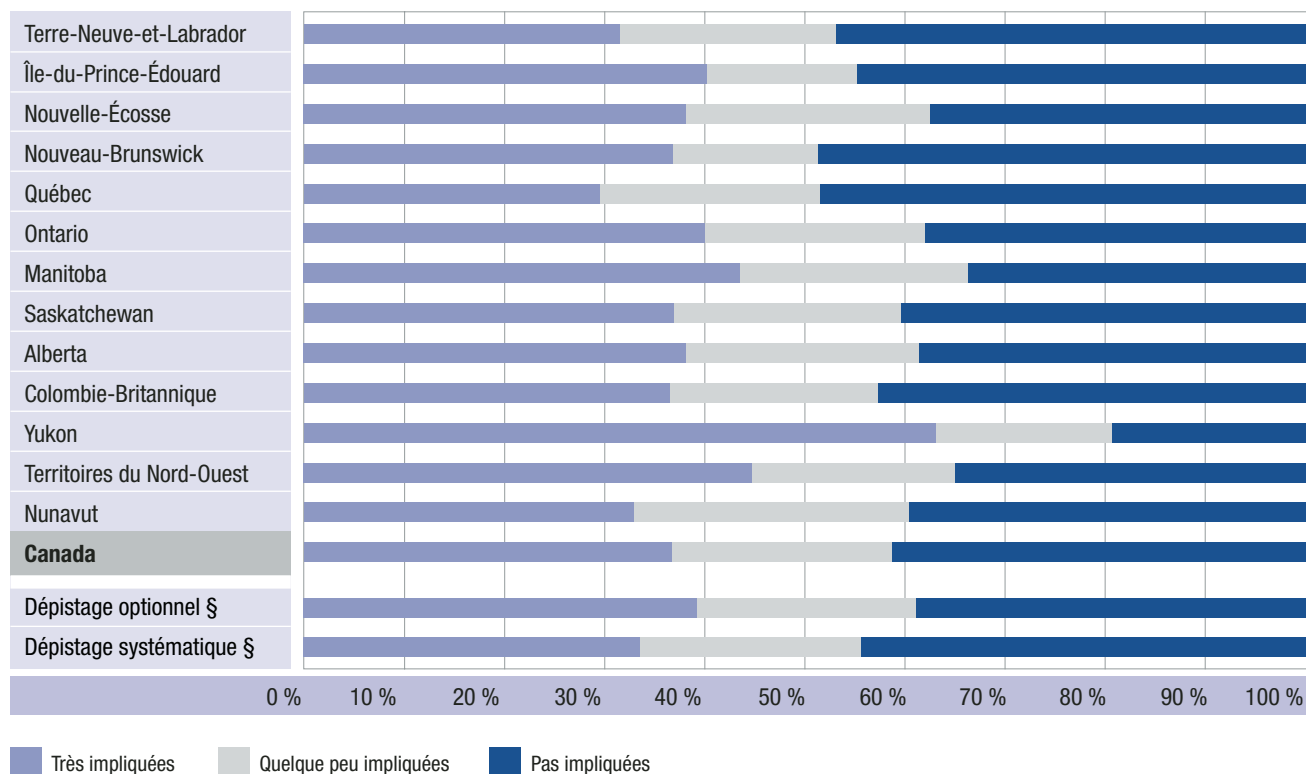
* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ Dépistage optionnel : Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Ontario, Saskatchewan, Colombie-Britannique et Yukon.

Dépistage systématique : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Québec, Manitoba, Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut.

Figure 8.2 Répartition du niveau de participation des femmes à la prise de décision concernant le test de dépistage du VIH, selon la province ou le territoire et en fonction de l'approche de dépistage optionnel ou systématique, Canada, 2006-2007



§ Dépistage optionnel : Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Ontario, Saskatchewan, Colombie-Britannique et Yukon.

Dépistage systématique : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Québec, Manitoba, Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut.

Figure 8.3 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient subi un test de dépistage du VIH, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

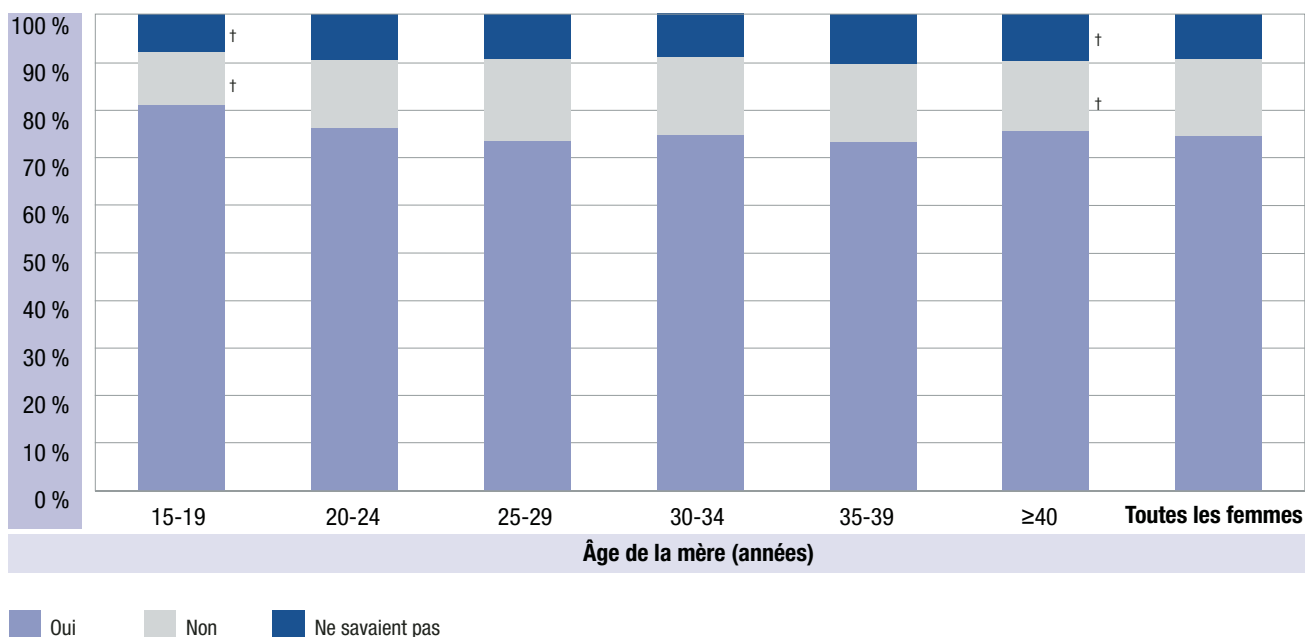
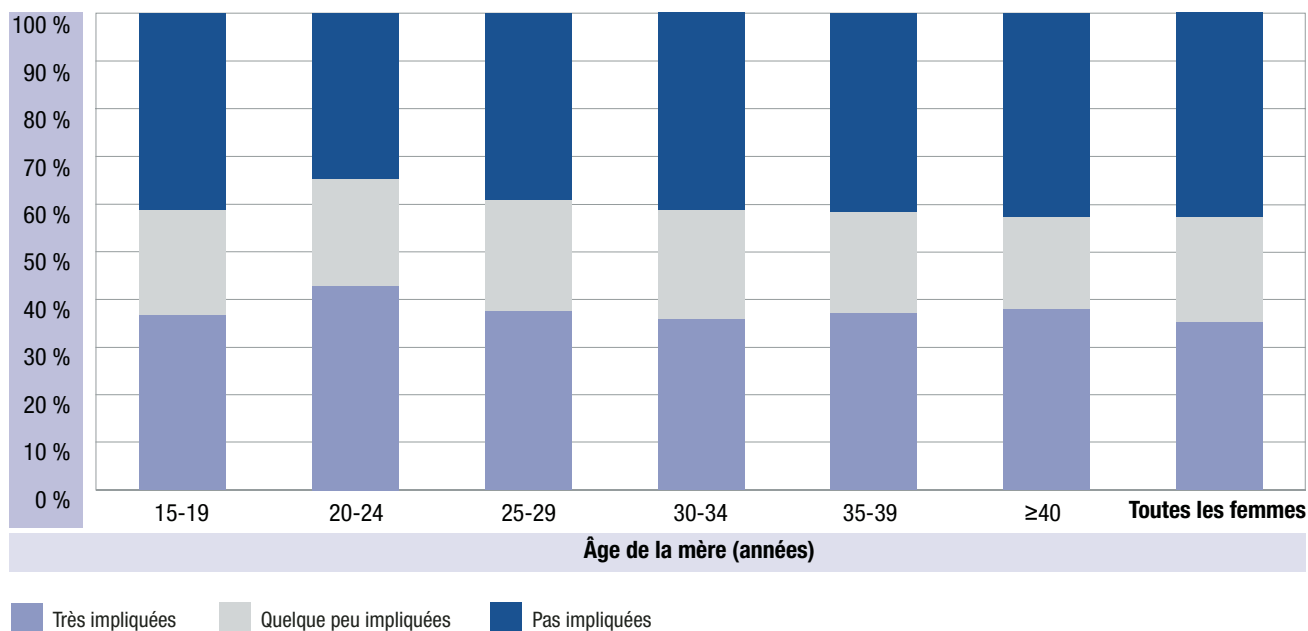


Figure 8.4 Répartition du niveau de participation des femmes à la prise de décision concernant le test de dépistage du VIH, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

Globalement, environ les trois quarts (74,3 %) des femmes ont indiqué qu'elles avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de leur grossesse, soit 77,4 % des femmes des provinces et territoires ayant une approche de dépistage optionnel et 70,3 % de leurs homologues des provinces et territoires ayant une approche de dépistage systématique. Dans les provinces et territoires où le dépistage est systématique, les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à ne pas savoir si elles avaient subi un test de dépistage (11,2 %) que dans les provinces et territoires où le dépistage est optionnel (8,4 %). Les femmes résidant dans les provinces ou territoires de dépistage systématique étaient proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir participé à la décision de subir le test du VIH (44,4 %), comparativement à leurs homologues des provinces et territoires à dépistage optionnel (39,1 %). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'indiquer qu'on leur avait administré un test de dépistage du VIH.

Limites

Il y a lieu d'interpréter les données avec prudence car des études de validité ont révélé que l'autodéclaration concernant le dépistage du VIH pendant la grossesse est un indicateur indirect très faible du nombre de tests de dépistage réellement administrés^{9,10}. La probabilité d'exactitude est plus grande dans le cas de la participation des femmes à la décision.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. VIH et sida chez les femmes au Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida [Internet]. Novembre 2007 [cité le 26 mars 2008]. Accessible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf.
2. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries. *JAMA*. 2000;283:1175–82.
3. Volmink J, Siegfried NL, van der Merwe L, Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007;1. Art. No.: CD003510. DOI: 10.1002/14651858.CD003510.
4. Patrick DM, Money DM, Forbes J, Dobson SR, Rekart ML, Cook DA, et al. Routine prenatal screening for HIV in a low-prevalence setting. *JAMC*. 1998;159(8):942–7.
5. Postma MJ, Beck EJ, Mandalia S, Sherr L, Walters MD, Houweling H, et al. Universal HIV screening of pregnant women in England: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 1999;318:1656–60.
6. Yudin M, Moravac C, Shah R. Influence of an “opt-out” test strategy and patient factors on human immunodeficiency virus screening in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007;110(1):81–6.
7. Chou R, Smits A, Huffman L, Fu R, Korthuis P. Prenatal screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2005;143(1):38–54.
8. Jayaraman G, Preiksaitis J, Larke B. Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates. *JAMC*. 2003;168(6):679–82.
9. O'Campo P, de Boer MA, Faden RR, Gielen AC, Kass N, Chaisson R. Discrepancies between women's personal interview data and medical record documentation of illicit drug use, sexually transmitted diseases, and HIV infection. *Med Care*. 1992;30(10):965–71.
10. Yudin MH, Barbara AM, Guenter D, Shaul RZ, Remis RS, King SM. Medical records and women's self-report are not reliable sources for determining whether prenatal HIV testing was done. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28(10):867–72.

9 Indice de masse corporelle de la mère et gain de poids pendant la grossesse

Sharon Bartholomew, Maureen Heaman

Introduction

L'indice de masse corporelle (IMC) est un outil largement utilisé pour classer le poids d'un individu par rapport à une grille de référence. On calcule l'IMC en divisant le poids exprimé en kilogrammes par la taille au carré exprimée en mètres [IMC = poids (kg)/taille (m)²].

Le tableau qui suit indique quatre catégories d'IMC selon la définition de Santé Canada¹ et des National Institutes of Health², ainsi que la répartition correspondante des Canadiennes en sous-catégories en fonction de l'IMC, à partir du poids et de la taille autodéclarés à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005.

Répartition des femmes âgées de 15 à 55 ans, selon la catégorie d'IMC (kg/m²), Canada, 2005 §

Catégorie d'IMC (kg/m ²)	Répartition (%)
Poids insuffisant : <18,5	11,8 (IC 95 % : 11,3-12,3)
Poids normal : 18,5-24,9	54,9 (IC 95 % : 54,2-55,7)
Excès de poids : 25,0-29,9	21,1 (IC 95 % : 20,6-21,7)
Obésité : ≥30	12,1 (IC 95 % : 11,6-12,5)

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.

IC : Intervalle de confiance.

§ Femmes dont on connaissait l'information sur l'IMC, à l'exclusion des femmes enceintes au moment de l'enquête.

Un examen systématique portant sur la relation entre les résultats au niveau du nourrisson et le gain de poids de la mère a révélé que les femmes ayant un faible gain de poids pendant la grossesse couraient un plus grand risque d'avoir un bébé prématuré et un bébé de petite taille pour son âge gestationnel, alors que celles ayant un gain de poids élevé couraient davantage le risque d'accoucher par césarienne et d'avoir un bébé de grande taille pour son âge gestationnel³. Le poids avant la grossesse par rapport à la taille est un indicateur important pour évaluer l'état nutritionnel de la mère avant la conception⁴. L'examen systématique a également fourni des données révélant une association indépendante entre un IMC faible avant la grossesse et un risque plus élevé de prématurité, ainsi qu'entre un IMC élevé avant la grossesse et un risque plus élevé d'avoir un bébé de grande taille pour son âge gestationnel et de macrosomie³.

Santé Canada⁵ et l'Institute of Medicine⁴ des États-Unis recommandent que l'on préconise le gain de poids des femmes au cours de leur grossesse en fonction de leur IMC avant leur grossesse. On conseille donc à celles ayant un IMC élevé avant la grossesse de prendre moins de poids que leurs homologues ayant un faible IMC^{4,5}.

L'EEM a demandé aux femmes d'indiquer leur taille et leur poids avant la grossesse, leur gain de poids pendant la grossesse et leur poids au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement). Ces valeurs ont été utilisées pour calculer l'IMC avant la grossesse et l'IMC au cours de la période postnatale.

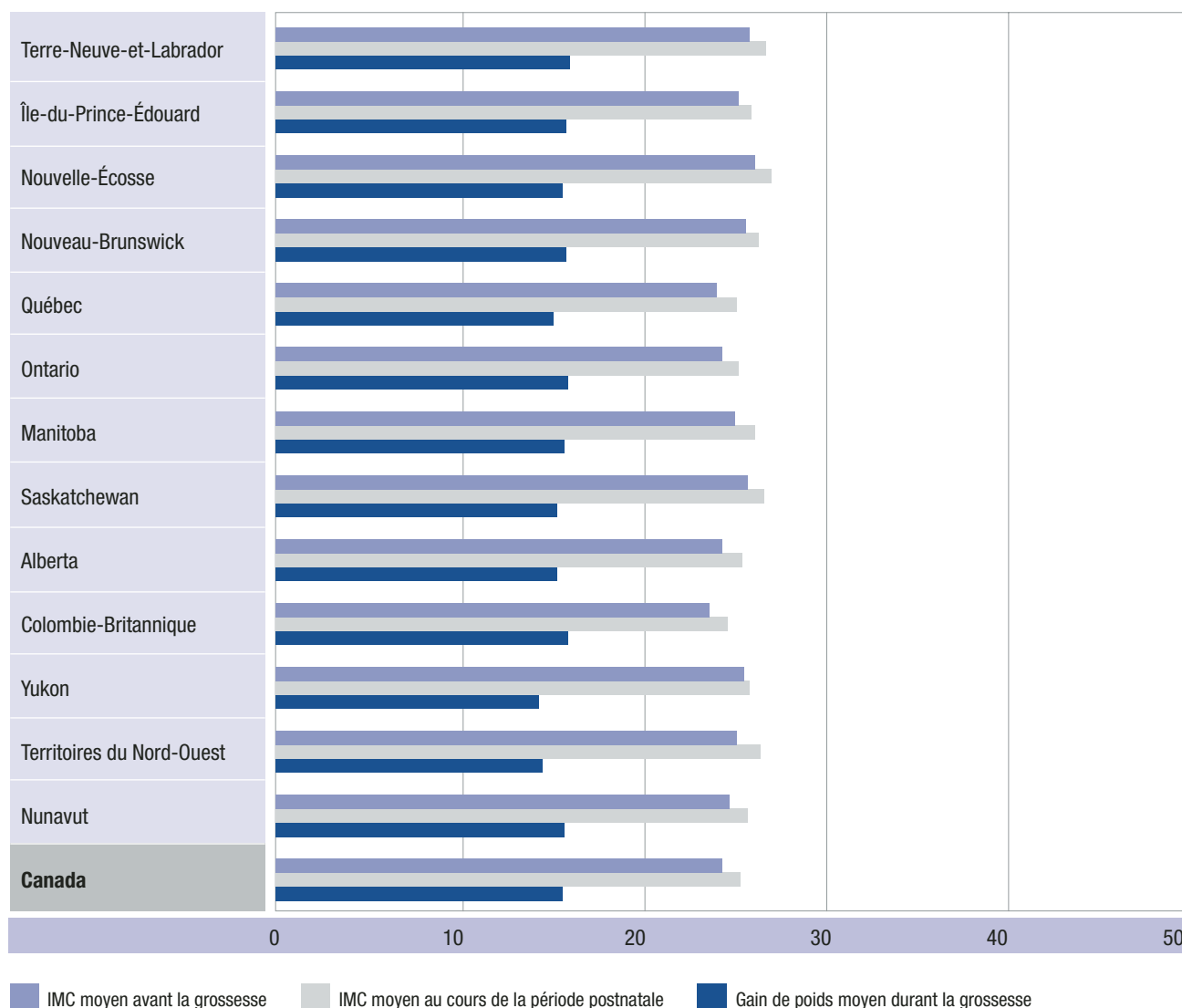
Résultats

- Pour le Canada dans son ensemble, l'IMC des femmes avant la grossesse était de 24,4 kg/m² (IC 95 % : 24,3-24,6). La moyenne variait de 23,7 kg/m² (IC 95 % : 23,4-24,1) en Colombie-Britannique et 24,1 kg/m² (IC 95 % : 23,9-24,4) au Québec à 25,9 kg/m² (IC 95 % : 25,3-26,4) à Terre-Neuve-et-Labrador, et 26,2 kg/m² (IC 95 % : 25,7-26,8) en Nouvelle-Écosse (figure 9.1).
- L'IMC moyen au cours de la période postnatale était de 25,4 kg/m² (IC 95 % : 25,2-25,5). Ces valeurs variaient de 24,7 kg/m² (IC 95 % : 24,3-25,1) en Colombie-Britannique à 27,1 kg/m² (IC 95 % : 26,6-27,7) en Nouvelle-Écosse.
- La proportion de femmes ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m² (poids insuffisant) avant la grossesse était de 6,1 % (IC 95 % : 5,5-6,7); 7,2 % (IC 95 % : 6,2-8,2) des primipares avaient un IMC témoignant d'un poids insuffisant avant la grossesse comparativement à 5,2 % (IC 95 % : 4,4-6,0) des multipares. La proportion de femmes ayant un IMC témoignant d'un poids insuffisant au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement) était de 3,8 % (IC 95 % : 3,3-4,3). Parmi les primipares, cette proportion était de 4,4 % (IC 95 % : 3,6-5,2) et elle était de 3,3 % (IC 95 % : 2,6-3,9) parmi les multipares (figure 9.2).
- La proportion de femmes qui avaient un IMC avant la grossesse indiquant l'obésité (30 kg/m² ou plus) était de 13,6 % (IC 95 % : 12,7-14,4); 12,1 % des primipares (IC 95 % : 10,9-13,4) avaient un IMC avant la grossesse indiquant l'obésité, comparativement à 14,7 % des multipares (IC 95 % : 13,5-16,0). La proportion de femmes qui avaient un IMC indiquant l'obésité au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement) était de 17,7 % (IC 95 % : 16,7-18,7). Chez les primipares, cette proportion était de 16,2 % (IC 95 % : 14,8-17,6) et chez les multipares, elle était de 19,0 % (IC 95 % : 17,6-20,4) (figure 9.2).
- Avant la grossesse, 12,5 % (IC 95 % : 9,5-15,5) des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires avaient un IMC indiquant un poids insuffisant (moins de 18,5 kg/m²) comparativement à 5,2 % (IC 95 % : 4,3-6,2) de celles ayant un diplôme universitaire. Au moment de l'entrevue, les proportions étaient de 5,8 %[†] (IC 95 % : 3,7-8,0) pour celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires et de 3,7 % (IC 95 % : 2,9-4,6) pour celles ayant un diplôme universitaire.
- Parmi celles ayant un diplôme d'études secondaires, 17,3 % (IC 95 % : 15,0-19,6) avaient un IMC avant la grossesse dans la catégorie obèse (30 kg/m² ou plus), comparativement à 9,1 % (IC 95 % : 7,9-10,3) de celles ayant un diplôme universitaire. Au moment de l'entrevue, les proportions de femmes ayant un IMC indiquant l'obésité variaient de 11,6 % (IC 95 % : 10,2-13,0) chez celles ayant un diplôme universitaire à 23,4 % (IC 95 % : 19,4-27,4) chez celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires.

- Le gain de poids moyen pendant la grossesse était de 15,7 kg (IC 95 % : 15,5-15,9) ou 34,6 livres (IC 95 % : 34,1-35,0). Cinq pour cent des femmes (5,5 %, IC 95 % : 4,9-6,0) avaient pris moins de sept kg, 24,5 % (IC 95 % : 23,4-25,6) avaient pris de 7,0 à 11,4 kg, 23,0 % (IC 95 % : 21,9-24,1) avaient pris de 11,5 à 15,9 kg, 12,0 % (IC 95 % : 11,2-12,8) de 16,0 à 17,9 kg et 35,1 % (IC 95 % : 33,8-36,4) avaient pris 18,0 kg ou plus (figure 9.3).
- La figure 9.3 montre la répartition du poids gagné selon la catégorie d'IMC avant la grossesse. À mesure que l'IMC avant la grossesse augmente, la quantité de poids pris diminue. Chez les femmes qui avaient avant la grossesse un IMC inférieur à 18,5 kg/m² (poids insuffisant), 37,2 % (IC 95 % : 32,1-42,4) avaient pris 18,0 kg ou plus, comparativement à 20,6 % (IC 95 % : 17,9-23,3) de celles qui avaient un IMC de 30 kg/m² ou plus (obésité) avant la grossesse (figure 9.3).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 9.1 IMC moyen (kg/m²) avant la grossesse et au cours de la période postnatale, et gain de poids moyen (kg) pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §



§ « Au cours de la période postnatale » fait référence au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement).

Figure 9.2 Répartition des catégories d'IMC (kg/m²) avant la grossesse et au cours de la période postnatale, selon la parité, Canada, 2006-2007 §

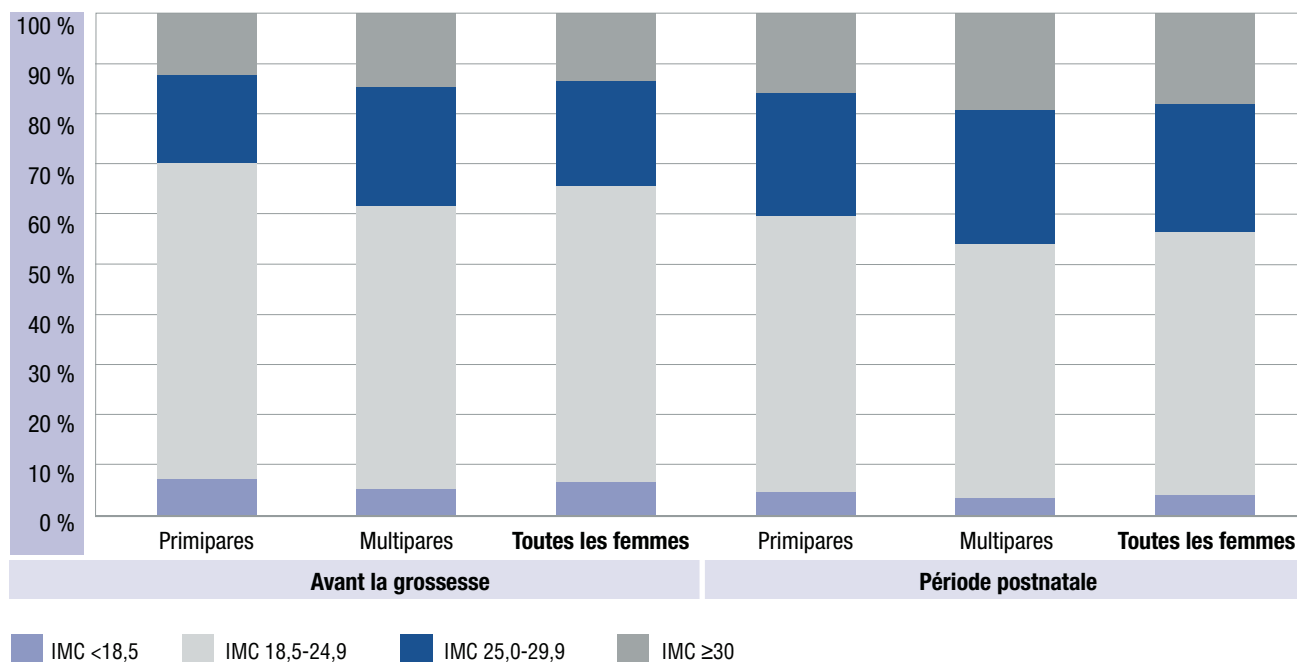
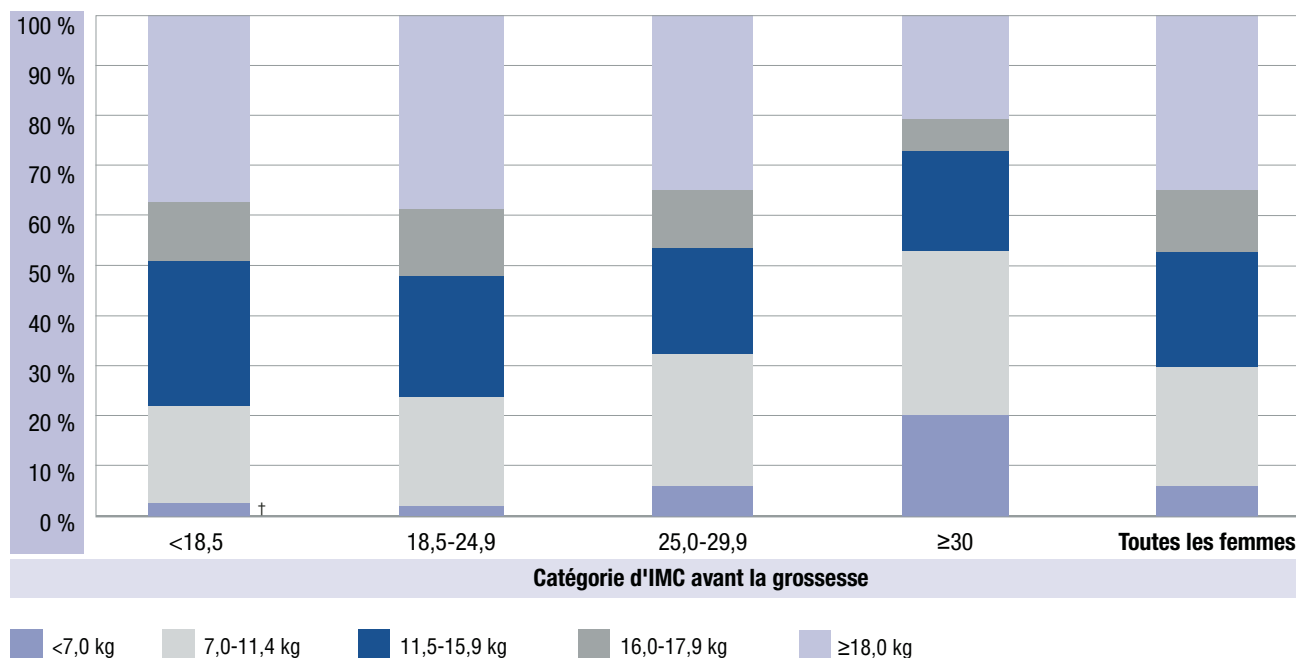


Figure 9.3 Répartition des catégories de gain de poids (kg) pendant la grossesse, en fonction des catégories d'IMC (kg/m²) avant la grossesse, Canada, 2006-2007



Résumé

Six pour cent (6,1 %) des femmes avaient un poids insuffisant avant la grossesse, tandis que 21,0 % avaient un excès de poids et que 13,6 % étaient obèses. Le gain de poids moyen pendant la grossesse était de 15,7 kg. Les femmes qui avaient un poids insuffisant ou normal avant la grossesse étaient celles qui avaient pris le plus de poids en moyenne, ce qui est conforme aux recommandations actuelles. De façon générale, les femmes n'avaient pas retrouvé leur IMC d'avant la grossesse au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement).

Limites

L'IMC au cours de la période postnatale a été calculé d'après le poids déclaré par les femmes au moment de l'entrevue, qui se situait entre le 5^e et le 14^e mois après l'accouchement. Par conséquent, les femmes ayant une perte de poids similaire au cours de la période postnatale peuvent avoir fait état de résultats différents selon le moment où elles ont été interrogées. On a observé que les Canadiens sous-estiment leur poids et surestiment leur taille et que l'ampleur des écarts augmente à mesure que l'IMC augmente⁶. L'IMC a été choisi pour l'EEM afin de mesurer les risques pour la santé en rapport avec le poids. Les catégories d'IMC sont établies pour la population canadienne dans son ensemble. Toutefois, il est important de mentionner que les risques pour la santé en fonction des différents IMC peuvent varier entre les groupes ethniques. D'autres méthodes de classement du poids par catégorie sont disponibles, notamment la mesure de la taille au bassin ou du tour de taille. Toutefois, leur pertinence en ce qui a trait à la maternité n'est pas claire. Des gains de poids aussi exceptionnels que 45 kg ou plus ont été mentionnés par 0,5 % des femmes. Bien que ces données puissent être erronées, elles ont été intégrées à l'analyse car leur exclusion n'avait aucune incidence sur les valeurs déclarées.

Références

1. Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2003. N° de catalogue : H49-179/2003F.
2. National Heart, Lung, and Blood Institute. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Washington (DC): National Institutes of Health; 1999. Publication 98-4083.
3. Viswanathan M, Siega-Riz AM, Moos M-K, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, et al. *Outcomes of maternal weight gain, evidence report/technology assessment No. 168*. (Préparé par RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. AHRQ Publication No. 08-E009. Contract No.: 290-02-0016.
4. Institute of Medicine. *Nutrition during pregnancy: part I weight gain and part II nutrient supplements*. Washington (DC): National Academy Press; 1990.
5. Santé Canada. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 1999. N° de catalogue : H39-459/1999F.
6. Shields M, Conner Gorber S, Tremblay MS. Estimations de l'obésité fondées sur des mesures auto déclarées et sur des mesures directes. *Rapports sur la santé* [Internet]. 2008 [cité le 29 mai 2008];19(2). Accessible à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-XIF/82-003-XIF2008002.pdf>.

Numéros des questions : HW_Q01-Q04

10 Usage du tabac

Maureen Heaman, Joan Lindsay, Janusz Kaczorowski

Introduction

L'usage du tabac, notamment de cigarettes, est la cause la plus importante d'issues défavorables de la grossesse sur laquelle on peut agir¹. Il y a un lien de cause à effet entre l'usage du tabac par la mère et le retard de croissance intra-utérine, et la cigarette est également reliée à un risque accru de prématurité, d'avortement spontané, de complications placentaires, de mortinaissance et de syndrome de mort subite du nourrisson^{1,2,3}. La cigarette est associée à un risque général accru de mortalité et de morbidité infantiles, qui s'explique en partie par une augmentation de la prématurité et du retard de croissance intra-utérine. Les effets défavorables à plus long terme chez les enfants dont la mère a fumé pendant la grossesse sont des maladies respiratoires, de l'asthme ainsi que des problèmes de développement neurologique et de comportement^{1,2,4}.

La relation entre l'usage du tabac par la mère et les issues défavorables de la grossesse est influencée par la quantité de cigarettes et la durée de la consommation. Les femmes qui arrêtent de fumer avant d'être enceintes ou durant leur grossesse parviennent à réduire de façon appréciable le risque de retard de croissance intra-utérine et de prématurité, comparativement à celles qui continuent de fumer tout au long de la grossesse³.

Bien que les taux d'usage du tabac aient baissé ces dernières années, l'usage du tabac par les mères pendant la grossesse demeure un problème de santé publique. Les femmes enceintes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer et de réduire leur nombre de cigarettes que les femmes qui ne sont pas enceintes¹. En 2000-2001, 17,7 % des femmes ayant donné naissance à un enfant dans les cinq années précédentes indiquaient avoir fumé au cours de leur grossesse, comparativement à 13,4 % en 2005⁵. Une étude réalisée au Manitoba a révélé que l'usage du tabac pendant la grossesse était plus courant chez les femmes ayant eu des soins prénataux inadéquats, moins de soutien de la part de leur entourage, et qui étaient célibataires, de même que chez les femmes des Premières nations et métisses⁶. Il est important que les professionnels de la santé fassent la promotion de l'arrêt de la cigarette chez les femmes en général, ciblent les groupes particulièrement vulnérables, aident les femmes enceintes qui fument à arrêter ou à réduire le nombre de cigarettes le plus tôt possible, et évitent que les femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse ne rechutent au cours de la période postnatale⁶⁻¹⁰.

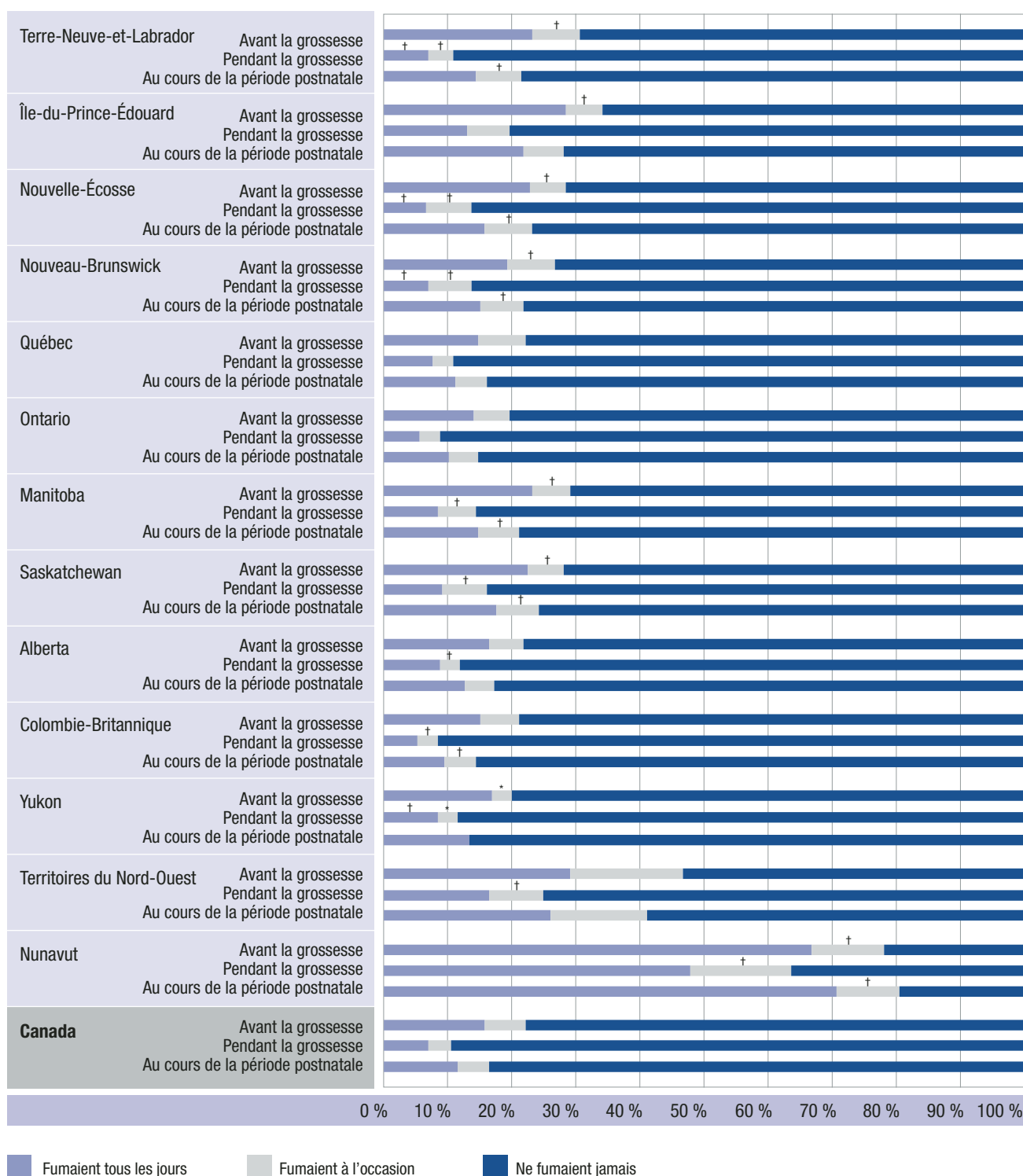
L'EEM a interrogé les femmes sur leur comportement par rapport à la cigarette avant leur grossesse ou avant qu'elles se rendent compte qu'elles étaient enceintes, et au moment de l'entrevue. On a demandé aux femmes le nombre de cigarettes qu'elles fumaient par jour et si elles avaient été exposées à la fumée secondaire.

Résultats

- Dans les trois mois précédant la grossesse ou avant de se rendre compte qu'elles étaient enceintes, 15,8 % (IC 95 % : 14,9-16,7) des femmes ont indiqué qu'elles fumaient tous les jours, 6,2 % (IC 95 % : 5,6-6,9) qu'elles fumaient à l'occasion, et 78,0 % (IC 95 % : 77,0-78,9) qu'elles ne fumaient jamais. Globalement, les proportions de fumeuses avant la grossesse (en regroupant celles qui fument tous les jours et celles qui fument à l'occasion) variaient de 19,6 % (IC 95 % : 17,9-21,3) en Ontario et 20,2 % (IC 95 % : 15,5-24,8) au Yukon à 46,6 % (IC 95 % : 41,0-52,3) dans les Territoires du Nord-Ouest et 78,1 % (IC 95 % : 72,3-83,8) au Nunavut (figure 10.1).
- Les mères les plus jeunes (15-19 ans) étaient proportionnellement les plus nombreuses à indiquer qu'elles fumaient avant la grossesse : 54,7 % (IC 95 % : 48,6-60,9) fumaient tous les jours ou à l'occasion (figure 10.2). L'usage du tabac avant la grossesse variait en fonction du niveau de scolarité : 46,9 % (IC 95 % : 42,5-51,2) des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont indiqué qu'elles fumaient, soit tous les jours ou à l'occasion, comparativement à 7,8 % (IC 95 % : 6,7-9,0) des femmes ayant un diplôme universitaire.
- La proportion de femmes qui fumaient pendant la grossesse a baissé comparativement à celles qui fumaient auparavant. Au cours des trois derniers mois de la grossesse, 6,9 % (IC 95 % : 6,2-7,5) des femmes fumaient tous les jours, 3,6 % (IC 95 % : 3,2-4,1) fumaient à l'occasion, et 89,5 % (IC 95 % : 88,8-90,2) ne fumaient jamais (figure 10.1). Globalement, la proportion de femmes ayant fumé pendant la grossesse (en regroupant celles qui fument tous les jours et à l'occasion) a montré des variations entre les provinces et les territoires, soit de 8,5 % (IC 95 % : 6,4-10,6) en Colombie-Britannique et 8,8 % (IC 95 % : 7,6-10,0) en Ontario à 24,9 % (IC 95 % : 19,8-30,0) dans les Territoires du Nord-Ouest et 63,8 % (IC 95 % : 56,9-70,7) au Nunavut. C'est dans les groupes d'âge les plus jeunes (15-19 ans et 20-24 ans) que l'on trouve la plus haute proportion de femmes ayant fumé pendant la grossesse (figure 10.2).
- Les multipares (11,7 %, IC 95 % : 10,6-12,7) étaient plus susceptibles de fumer pendant la grossesse (tous les jours ou à l'occasion) que les primipares (9,1 %, IC 95 % : 8,1-10,2). En outre, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de fumer (tous les jours ou à l'occasion) pendant la grossesse (20,0 %, IC 95 % : 17,7-22,3) que leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (7,7 %, IC 95 % : 6,9-8,4).
- Les femmes ayant indiqué qu'elles fumaient au cours de la période postnatale étaient proportionnellement moins nombreuses qu'avant la grossesse. Au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement), 11,7 % des femmes (IC 95 % : 10,9-12,4) disaient fumer tous les jours, 4,9 % (IC 95 % : 4,4-5,4) à l'occasion et 83,5 % (IC 95 % : 82,6-84,3) ne fumaient jamais (figure 10.1).

- Près de la moitié (47,0 %, IC 95 % : 43,4-50,6) des femmes ayant indiqué qu'elles fumaient tous les jours ou à l'occasion avant la grossesse mais qui ne fumaient plus au cours du troisième trimestre de la grossesse, avaient recommencé à fumer tous les jours ou à l'occasion au moment de l'entrevue. Ceci témoigne d'une proportion élevée de rechute parmi celles qui avaient arrêté de fumer pendant la grossesse.
- La proportion de fumeuses fumant 10 cigarettes ou plus par jour a baissé pendant la grossesse et a augmenté au cours de la période postnatale. Parmi les femmes qui fumaient tous les jours avant la grossesse, 31,8 % (IC 95 % : 28,9-34,7) fumaient de une à neuf cigarettes par jour et 68,2 % (IC 95 % : 65,3-71,1) 10 ou plus. Parmi celles qui fumaient quotidiennement au cours des trois derniers mois de la grossesse, 57,6 % (IC 95 % : 53,1-62,1) fumaient de une à neuf cigarettes par jour et 42,4 % (IC 95 % : 37,9-46,9) fumaient 10 cigarettes ou plus par jour. Sur celles qui fumaient quotidiennement au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement), 40,9 % (IC 95 % : 37,4-44,5) fumaient de une à neuf cigarettes par jour et 59,1 % (IC 95 % : 55,6-62,6) fumaient 10 cigarettes ou plus par jour.
- Près du quart (23,4 %, IC 95 % : 22,4-24,5) des femmes vivaient avec quelqu'un qui fumait pendant leur grossesse. Les proportions entre les provinces et territoires variaient de 19,7 % (IC 95 % : 16,8-22,6) en Colombie-Britannique et 20,0 % (IC 95 % : 17,9-22,1) au Québec à 41,0 % (IC 95 % : 35,2-46,9) au Yukon et 75,4 % (IC 95 % : 69,2-81,6) au Nunavut.

Figure 10.1 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient fumé tous les jours, à l'occasion ou jamais, selon la période et la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §

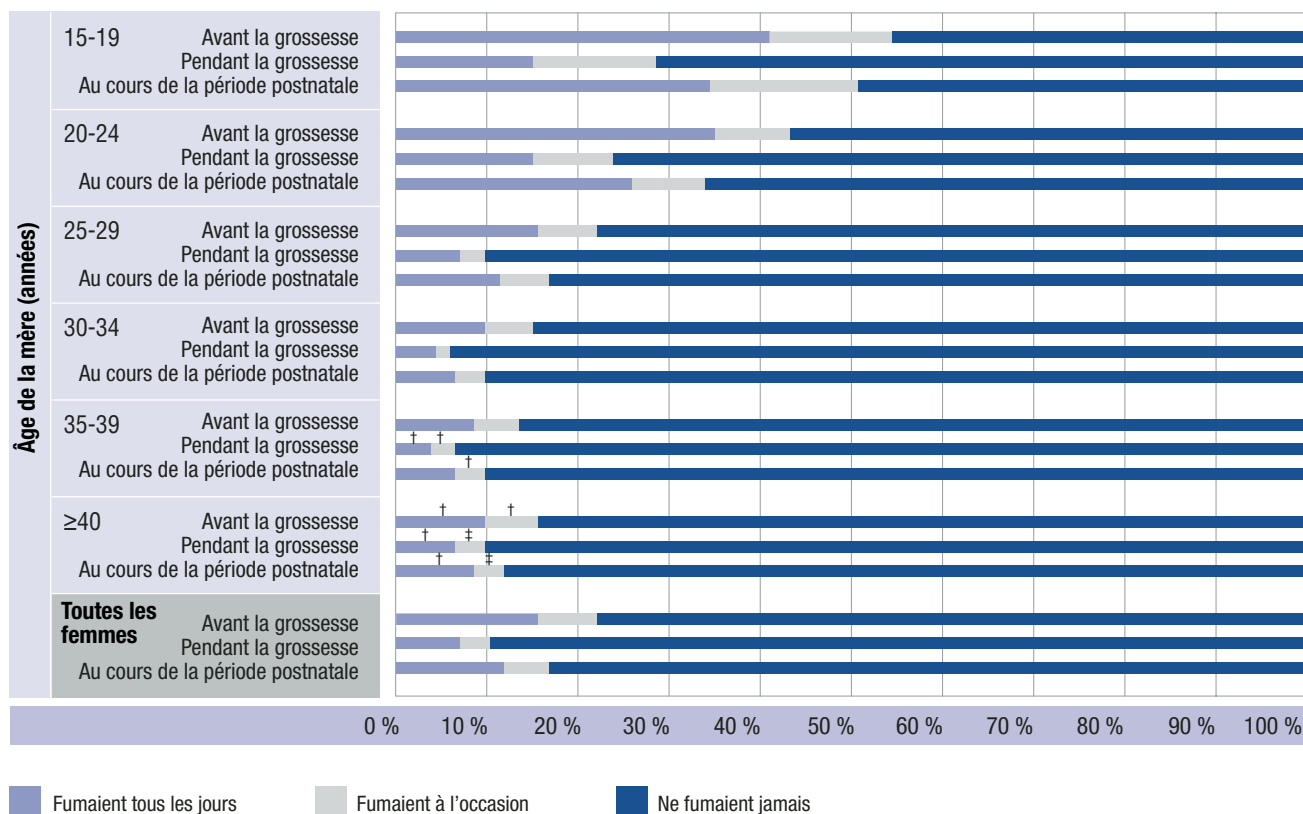


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ « Avant la grossesse » renvoie aux trois mois précédant la grossesse, « Pendant la grossesse » désigne les trois derniers mois de la grossesse et « Au cours de la période postnatale » fait référence au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement).

Figure 10.2 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient fumé tous les jours, à l'occasion ou jamais, selon la période et l'âge de la mère, Canada, 2006-2007 §



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ « Avant la grossesse » renvoie aux trois mois précédant la grossesse, « Pendant la grossesse » désigne les trois derniers mois de la grossesse et « Au cours de la période postnatale » fait référence au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement).

Résumé

Globalement, 10,5 % des femmes fumaient quotidiennement ou à l'occasion au cours des trois derniers mois de la grossesse, mais la proportion de fumeuses variait considérablement selon la province ou le territoire. Les femmes âgées de 24 ans ou moins, les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient proportionnellement plus nombreuses à fumer pendant la grossesse. Si de nombreuses femmes étaient très motivées pour arrêter de fumer pendant la grossesse, près de la moitié (47,0 %) de celles qui avaient arrêté avaient repris au moment de l'entrevue (soit de 5 à 14 mois après l'accouchement). Par ailleurs, pendant leur grossesse, près du quart des femmes (23,4 %) vivaient avec une personne qui fumait.

Limites

La sensibilisation croissante de la population aux effets néfaste de la cigarette, particulièrement pendant la grossesse, peut inciter les femmes à ne pas faire état de leur situation de fumeuses, de sorte que la prévalence de l'usage du tabac est peut-être plus élevée en réalité que ne le portent à croire les proportions mentionnées dans le présent rapport. Les proportions de fumeuses sont fondées sur les déclarations des répondantes et n'ont pas été validées par l'utilisation de biomarqueurs.

Références

1. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res.* 2004;6 Suppl 2:S125–40.
2. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child.* 2003;88(12):1086–90.
3. Office of the Surgeon General. *2001 Surgeon General's Report—women and smoking: health consequences of tobacco use among women.* Rockville (MD): Department of Health and Human Services; 2001.
4. Pattenden S, Antova T, Neuberger M, Nikiforov B, De Sario M, Grize L, et al. Parental smoking and children's respiratory health: independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tob Control.* 2006;15(4):294–301.
5. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008.* Ottawa, 2008.
6. Heaman MI, Chalmers K. Prevalence and correlates of smoking during pregnancy: a comparison of Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. *Birth.* 2005;32(4):299–305.
7. Heaman M. Smoking cessation in pregnancy: are we doing enough? *J Obstet Gynaecol Can.* 2002;24(8):611–3.
8. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, Hartsock SA, Hartmann KE, Helton M, et al. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(4):264–75.
9. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, smoking cessation and smoking reduction in postpartum women. *Birth.* 2007;34(4):341–7.
10. Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hall W, Dahinten S. Preventing smoking relapse in postpartum women. *Nurs Res.* 2000;49(1):44–52.

Numéros des questions : SM_Q01-Q10

11 Consommation d'alcool

Patricia O'Campo, Mary Johnston

Introduction

L'alcool est un tératogène et l'exposition prénatale peut conduire à une gamme de déficiences reconnues sous l'expression « ensemble de troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF)^{1,2}. Les déficiences cognitives, comportementales ou physiologiques ainsi que les troubles neurologiques du développement ou les handicaps physiques qui peuvent survenir avec l'ETCAF varient en fonction du moment de l'exposition, de la dose ou de la quantité d'alcool consommée, de la fréquence et du mode de consommation, de même qu'en fonction de l'état de santé, de l'état nutritionnel ou du bagage génétique des femmes enceintes et d'autres facteurs sociaux et environnementaux^{3,4}.

L'ETCAF est difficile à diagnostiquer parce que les effets de l'exposition prénatale à l'alcool varient considérablement et que les signes cliniques ne sont pas faciles à reconnaître chez les nouveaux-nés et les nourrissons. Les troubles apparaissent souvent à mesure que l'enfant progresse au cours des années scolaires ou de l'adolescence. Les estimations indiquent que le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), le plus sévère de ces troubles, touche trois naissances vivantes sur mille, alors que l'ETCAF (y compris le SAF, le syndrome d'alcoolisme fœtal partiel, les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool et les anomalies congénitales liées à l'alcool) touche neuf naissances vivantes sur mille^{4,5}. Des études indiquent que la consommation d'alcool pendant la grossesse, même en petite quantité, peut avoir une incidence négative sur le développement du cerveau du fœtus⁶⁻⁸. Les lignes directrices recommandent aux femmes qui envisagent une grossesse de s'abstenir de consommer de l'alcool, de même que pendant la grossesse⁹.

En raison de la proportion élevée de grossesses non planifiées, il arrive que certaines femmes consomment de l'alcool dans les premiers stades de la grossesse, avant de se rendre compte qu'elles sont enceintes. Par conséquent, la connaissance des modes de consommation d'alcool pendant les années où les femmes sont en âge de procréer et pendant la grossesse s'avère déterminante pour évaluer le risque dans la population. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005, 10,5 % des femmes ayant donné naissance à un enfant dans les cinq années précédentes ont indiqué qu'elles avaient consommé de l'alcool durant leur grossesse¹⁰.

L'EEM a demandé aux femmes de dire à quelle fréquence elles avaient consommé de l'alcool dans les trois mois précédant leur grossesse ou avant de se rendre compte qu'elles étaient enceintes, de même que la quantité d'alcool qu'elles ont consommée après avoir appris qu'elles étaient enceintes. On a eu recours aux définitions suivantes pour regrouper les données : fréquemment, une fois par semaine ou plus, y compris quotidiennement; peu fréquemment, deux à trois fois par mois ou moins; et aucune consommation d'alcool.

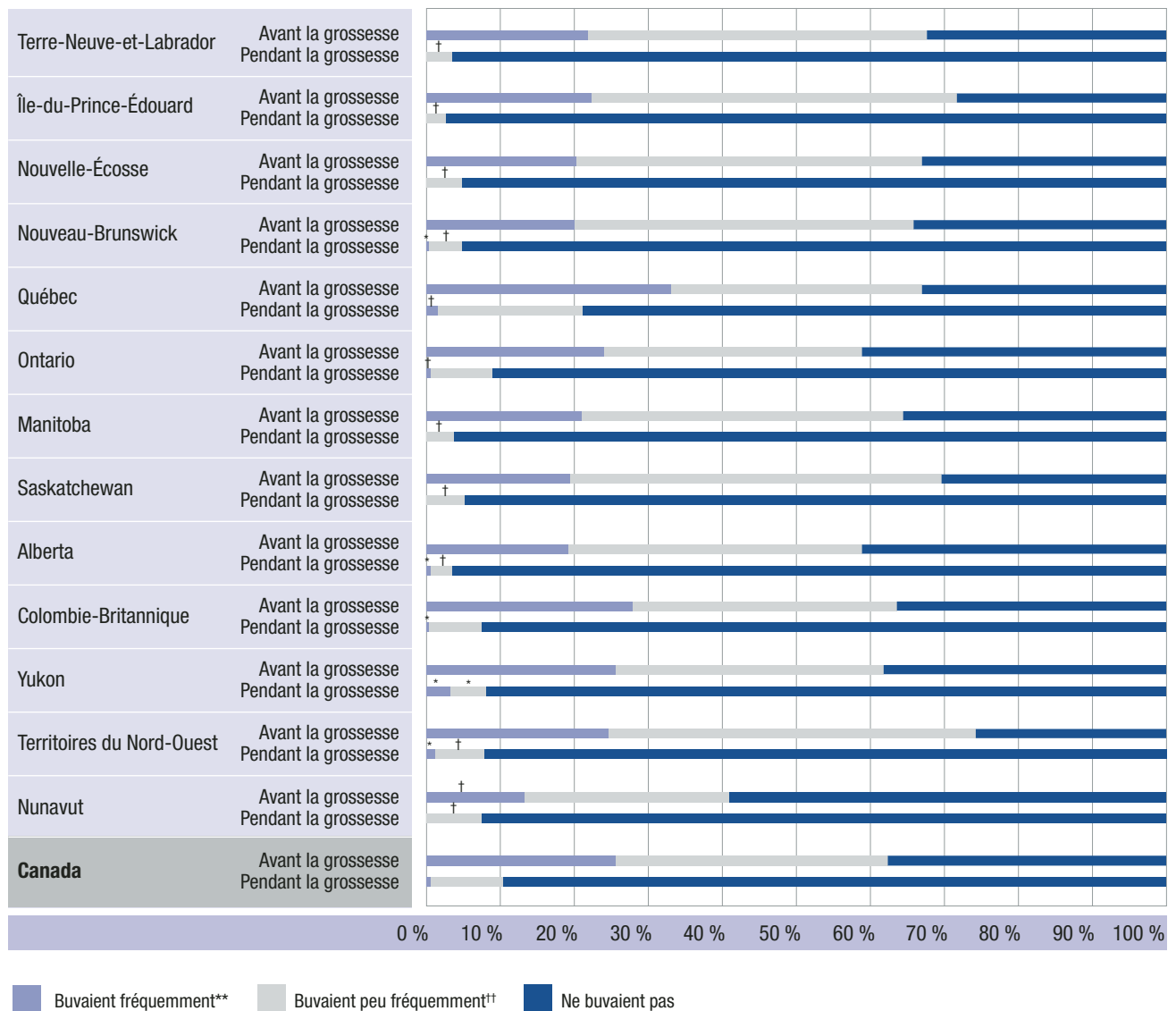
Résultats

- Dans les trois mois précédant leur grossesse ou avant de se rendre compte qu'elles étaient enceintes, 62,4 % des femmes (IC 95 % : 61,2-63,6) consommaient de l'alcool. La fréquence de la consommation variait; 14,4 % des femmes (IC 95 % : 13,5-15,3) buvaient moins d'une fois par mois, 12,0 % (IC 95 % : 11,2-12,8) une fois par mois et 10,4 % (IC 95 % : 9,6-11,2) deux à trois fois par mois. Certaines ont également fait état d'une consommation plus fréquente; 14,5 % (IC 95 % : 13,5-15,5) consommaient de l'alcool une fois par semaine, 8,8 % (IC 95 % : 8,1-9,6) deux à trois fois par semaine, 1,0 % (IC 95 % : 0,7-1,2) en consommaient quatre à six fois par semaine et 1,3 % (IC 95 % : 1,0-1,6) en consommaient tous les jours.
- Les modes de consommation au cours des trois mois précédant la grossesse ou avant de savoir qu'elles étaient enceintes variaient selon la province ou le territoire (figure 11.1). La proportion de femmes qui ne buvaient pas d'alcool dans les trois mois précédant la grossesse variait de 59,1 % (IC 95 % : 52,2-66,0) au Nunavut, 41,2 % (IC 95 % : 39,0-43,3) en Ontario et 41,0 % (IC 95 % : 37,4-44,6) en Alberta à 28,2 % (IC 95 % : 24,6-31,9) à l'Île-du-Prince-Édouard et 25,6 % (IC 95 % : 20,5-30,6) dans les Territoires du Nord-Ouest. La proportion de femmes ayant dit qu'elles consommaient de l'alcool fréquemment (une fois par semaine ou plus) avant la grossesse variaient de 33,1 % (IC 95 % : 30,7-35,5) au Québec et 28,0 % (IC 95 % : 24,7-31,2) en Colombie-Britannique à 19,5 % (IC 95 % : 15,7-23,3) en Saskatchewan, 19,1 % (IC 95 % : 16,2-22,0) en Alberta et 13,2 %[†] (IC 95 % : 8,2-18,3) au Nunavut.
- La consommation d'alcool a diminué considérablement après que les femmes ont appris qu'elles étaient enceintes; 10,5 % (IC 95 % : 9,7-11,2) ont indiqué qu'elles consommaient de l'alcool (fréquemment et peu fréquemment) pendant la grossesse (figure 11.1). On a observé certaines variations entre les provinces et territoires. Au Québec, 78,8 % (IC 95 % : 76,6-80,9) des femmes ont indiqué qu'elles ne consommaient pas d'alcool, comparativement à 97,3 % (IC 95 % : 95,9-98,7) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 11.1).
- Chez les femmes qui consommaient de l'alcool fréquemment (au moins une fois par semaine) avant la grossesse, 61,3 % (IC 95 % : 58,9-63,8) buvaient plus de deux verres d'alcool les jours où elles en consommaient. Le nombre de femmes ayant indiqué qu'elles buvaient fréquemment pendant leur grossesse et consommaient plus de deux verres d'alcool les jours où elles buvaient est trop petit pour qu'on en fasse état.

- La proportion de femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu ayant indiqué qu'elles ne consommaient pas d'alcool avant la grossesse était de 50,5 % (IC 95 % : 47,6-53,4), comparativement à 32,5 % (IC 95 % : 31,1-33,9) de leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu; 29,4 % (IC 95 % : 28,0-30,7) des femmes vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu ont fait état d'une consommation fréquente d'alcool (une fois par semaine ou plus), comparativement à 14,2 % (IC 95 % : 12,2-16,3) de leurs homologues vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (figure 11.2).
- Au cours de la grossesse, 92,3 % (IC 95 % : 90,7-93,8) des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu ont indiqué qu'elles ne consommaient pas d'alcool, comparativement à 88,2 % (IC 95 % : 87,3-89,1) de celles vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu. Une consommation d'alcool peu fréquente (moins d'une fois par semaine) pendant la grossesse a été mentionnée par 10,9 % (IC 95 % : 10,0-11,8) des femmes vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu, comparativement à 7,3 % (IC 95 % : 5,8-8,8) des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (figure 11.2).
- À mesure que l'âge de la mère augmentait, on a observé une baisse de la proportion de femmes indiquant qu'elles ne consommaient pas d'alcool dans les trois mois précédant la grossesse, à l'exception de celles de 40 ans ou plus qui étaient proportionnellement les plus nombreuses à indiquer qu'elles ne consommaient pas d'alcool. Pendant la grossesse, c'est dans le groupe des femmes les plus jeunes (15-19 ans) que l'on a observé la proportion la plus élevée de non-consommation d'alcool. Cette proportion diminuait ensuite à mesure que l'âge de la mère augmentait (figure 11.3).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 11.1 Répartition de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

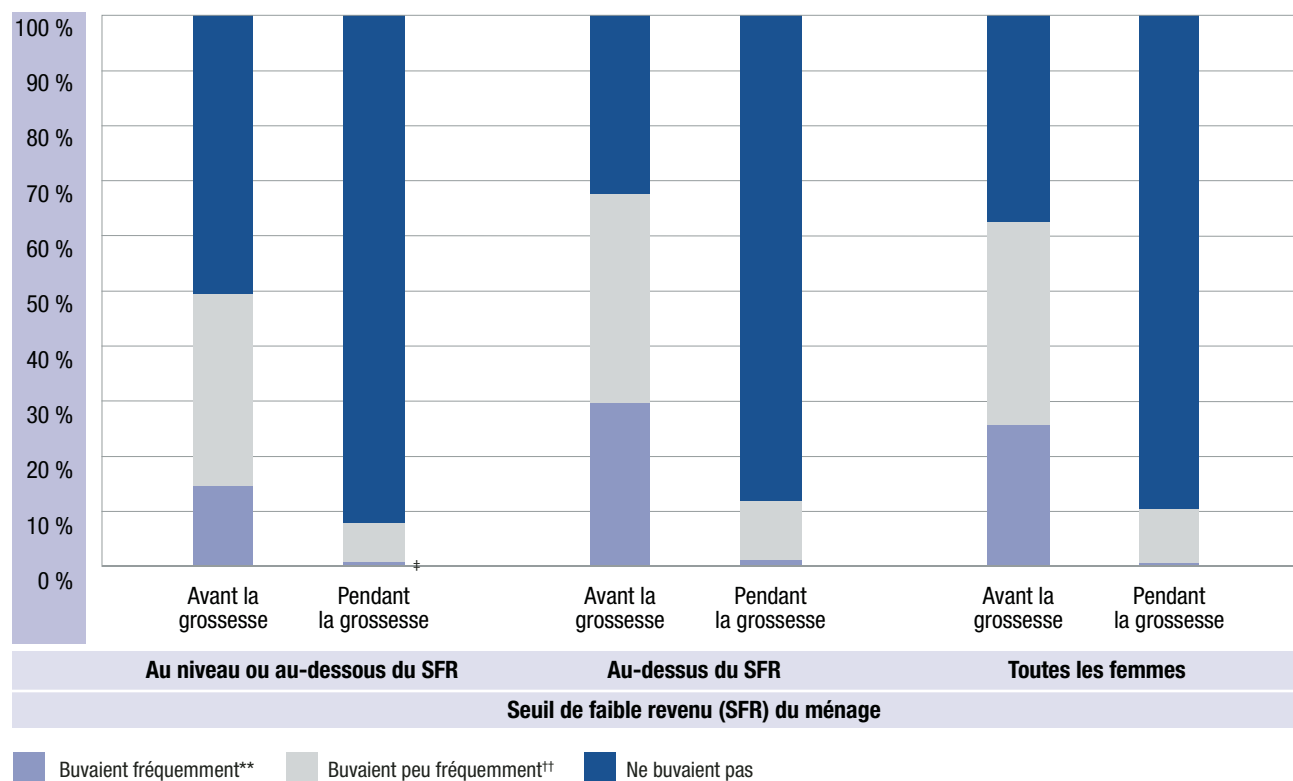
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ « Avant la grossesse » désigne les trois mois précédant la grossesse.

** Une fois par semaine ou plus, y compris quotidiennement.

†† Deux à trois fois par mois ou moins.

Figure 11.2 Répartition de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, selon la situation par rapport au seuil de faible revenu (SFR), Canada, 2006-2007 §



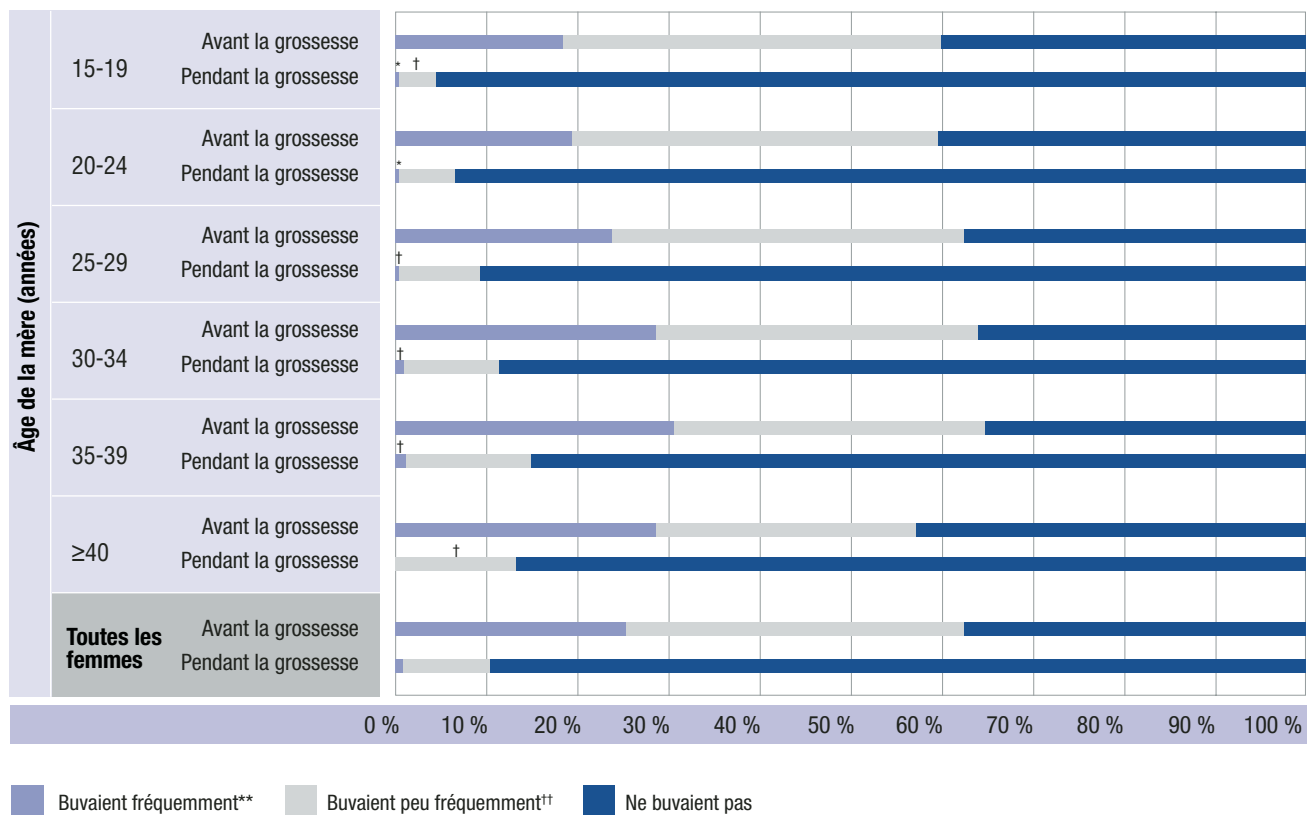
‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ « Avant la grossesse » désigne les trois mois précédant la grossesse.

** Une fois par semaine ou plus, y compris quotidiennement.

†† Deux à trois fois par mois ou moins.

Figure 11.3 Répartition de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007 §



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ « Avant la grossesse » désigne les trois mois précédant la grossesse.

** Une fois par semaine ou plus, y compris quotidiennement.

†† Deux à trois fois par mois ou moins.

Résumé

La consommation d'alcool a baissé considérablement pendant la grossesse (10,5 %), comparativement au cours des trois mois précédant la grossesse (62,4 %). Pendant la grossesse, 92,3 % des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu ont indiqué qu'elles ne consommaient pas d'alcool, comparativement à 88,2 % de leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu.

Limites

L'auto-déclaration de la consommation d'alcool peut donner lieu à une sous-estimation de la consommation réelle en raison de la tendance des mères à ne pas faire état de comportements socialement indésirables (c.-à-d., sous-déclaration).

Références

1. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*. 1973;1(7815):1267–71.
2. Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcohol Clin Exp Res*. 1989;13(4):597–8.
3. Sampson PD, Bookstein FL, Barr HM, Streissguth AP. Prenatal alcohol exposure, birthweight, and measures of child size from birth to age 14 years. *Am J Public Health*. 1994;84(9):1421–8.
4. Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Little RE, Clarren SK, Dehaene P, et al. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratol*. 1997;56(5):317–26.
5. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal alcohol spectrum disorder. *JAMA*. 2003;290(22):2996–9.
6. Sood B, Delaney-Black V, Covington C, Nordstrom-Klee B, Ager J, Templin T, et al. Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6 to 7 years: I. dose-response effect. *Pediatrics*. 2001;108(2):E34.
7. Wilford JA, Richardson GA, Leech SL, Day NL. Verbal and visuospatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(3):497–507.
8. Wilford JA, Leech SL, Day NL. Moderate prenatal alcohol exposure and cognitive status of children at age 10. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(6):1051–9.
9. Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Support Centre. *Supporting change: preventing and addressing alcohol use in pregnancy handbook*. Toronto: Best Start Resource Centre; 2005.
10. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.

Numéros des questions : AL_Q01-Q04

12 Consommation de drogues de la rue

Patricia O'Campo, Mary Johnston

Introduction

Bien que la consommation de drogues de la rue ou de drogues illicites pendant la grossesse constitue un problème de santé publique, il est difficile d'obtenir des données exactes en raison de la nature illégale de cette activité jugée indésirable sur le plan social. Tout indique que l'auto-déclaration dans le cadre des enquêtes ne correspond pas à la réalité et que l'écart peut être supérieur à 50 % par rapport aux données de consommation confirmées par des analyses biochimiques¹⁻³. Les enquêtes menées aux États-Unis estiment que 6,4 % des femmes en âge de procréer font usage de drogues de la rue et que 2,8 % des femmes enceintes consomment des drogues⁴. Une étude britannique estime que de 1,9 % à 8,3 % des femmes en âge de procréer font usage de drogues de la rue, notamment la cocaïne, le crack, l'ecstasy, les hallucinogènes et les opiacés⁵.

La consommation de drogues de la rue pendant la grossesse est associée à des bébés ayant une insuffisance de poids à la naissance, à la prématurité ainsi qu'à des problèmes de développement et de comportement au cours de l'enfance⁶⁻⁹. Toutefois, les données concernant les mécanismes directs par lesquels les drogues de la rue contribuent aux issues défavorables de la grossesse sont équivoques, car leur usage est souvent fortement relié à d'autres comportements nocifs pour la santé comme la consommation d'alcool ou de tabac, ou l'absence de soins prénataux^{8,10}. Par conséquent, on ne sait pas encore très bien si les issues défavorables de la grossesse et les problèmes de santé sont le résultat direct de l'usage de drogues de la rue, ou de l'exposition à une combinaison de risques incluant l'usage de drogues de la rue et d'autres comportements préjudiciables, ou si l'usage de drogues de la rue est un indicateur indirect de l'exposition à d'autres risques¹¹. En outre, les femmes qui font usage de drogues de la rue sont souvent dans une situation socio-économique inférieure et ont une nutrition fort médiocre, ce qui complique encore notre capacité à étudier les effets spécifiques de l'usage des drogues de la rue sur la santé de la mère et de l'enfant.

Comme dans le cas d'autres comportements nocifs pour la santé, les femmes éliminent souvent ou réduisent leur consommation de drogues de la rue lorsqu'elles découvrent qu'elles sont enceintes. Néanmoins, il y a lieu d'éviter toute consommation de telles drogues pendant la grossesse, étant donné que cela place le fœtus et la mère dans une situation qui risque d'avoir des effets défavorables.

L'EEM a demandé aux femmes si elles avaient pris des drogues de la rue dans les trois mois précédant leur grossesse ou avant de découvrir qu'elles étaient enceintes, et également si elles avaient pris de telles drogues après avoir réalisé qu'elles étaient enceintes.

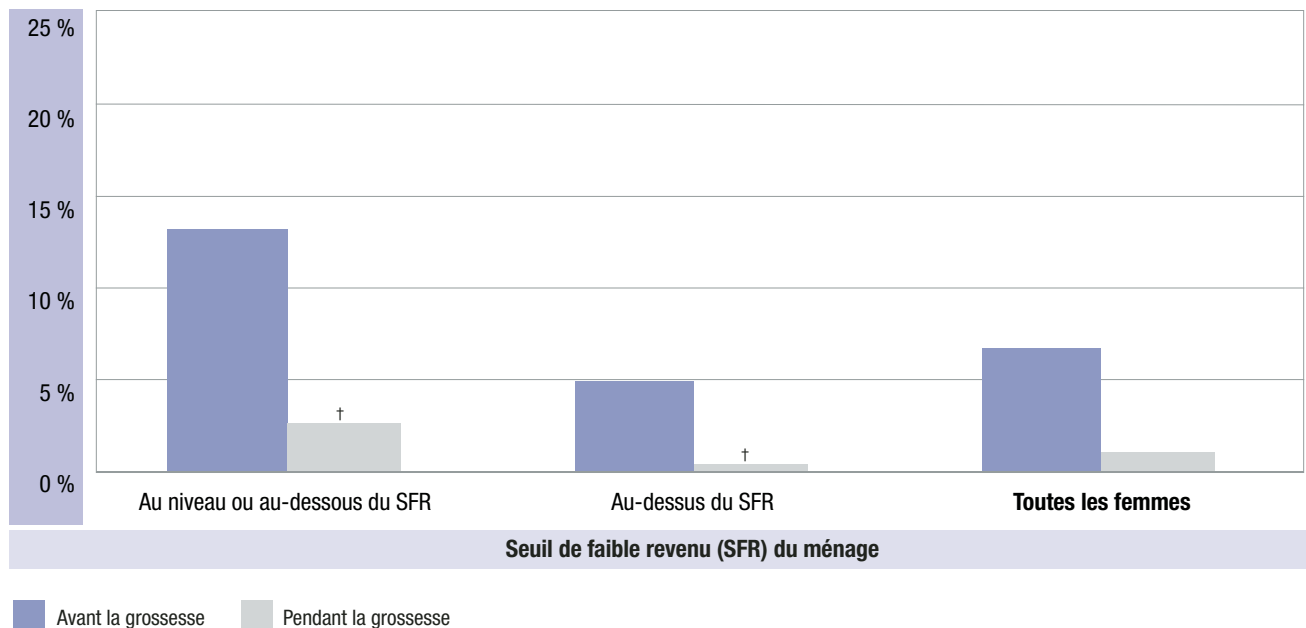
Résultats

- Dans les trois mois précédant la grossesse ou avant d'apprendre qu'elles étaient enceintes, 6,7 % (IC 95 % : 6,1-7,4) des femmes ont indiqué avoir pris des drogues de la rue. Une fois qu'elles se sont rendu compte de leur grossesse, la proportion de femmes ayant fait usage de drogues a chuté considérablement pour se situer à 1,0 % (IC 95 % : 0,7-1,2).
- L'usage de drogues de la rue variait selon la province ou le territoire. Bien qu'il ne soit pas possible de faire état des données pour l'ensemble des provinces et des territoires en raison du petit nombre, certains points saillants méritent d'être mentionnés. Les proportions de femmes ayant indiqué qu'elles avaient consommé des drogues avant la grossesse variaient de 5,5 %[†] (IC 95 % : 3,6-7,4) à l'Île-du-Prince-Édouard et 5,7 % (IC 95 % : 4,7-6,8) en Ontario à 10,5 %[†] (IC 95 % : 7,0-14,0) dans les Territoires du Nord-Ouest et 26,6 % (IC 95 % : 20,3-33,0) au Nunavut. Près de 9 % (8,7 %[†], IC 95 % : 4,6-12,7) des femmes du Nunavut ont indiqué qu'elles avaient consommé de la drogue alors qu'elles étaient enceintes; dans les autres provinces ou territoires où les chiffres étaient assez élevés pour qu'il en soit fait mention, les proportions étaient inférieures à 2 %.
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'indiquer qu'elles avaient consommé des drogues de la rue avant et pendant la grossesse que leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu. Treize pour cent (13,4 %, IC 95 % : 11,5-15,4) des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu ont indiqué qu'elles avaient consommé des drogues avant d'être enceintes, comparativement à 4,9 % (IC 95 % : 4,2-5,5) de celles au-dessus du seuil de faible revenu. Pendant la grossesse, les proportions correspondantes étaient de 2,6 %[†] (IC 95 % : 1,7-3,5) des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu et 0,5 %[†] (IC 95 % : 0,3-0,7) de celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu (figure 12.1).
- L'usage de drogues de la rue était relié à l'âge de la mère, et l'on trouve les proportions les plus élevées de consommation parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans. Le quart (25,0 %, IC 95 % : 19,9-30,1) des femmes du groupe de 15-19 ans et 16,2 % (IC 95 % : 13,8-18,7) des femmes du groupe de 20-24 ans ont fait état de consommation de drogue dans les trois mois précédant la grossesse. Pendant la grossesse, 3,4 %[†] (IC 95 % : 1,2-5,5) des femmes âgées de 15 à 19 ans et 3,4 %[†] (IC 95 % : 2,2-4,6) des femmes âgées de 20 à 24 ans ont indiqué avoir consommé de la drogue. Les proportions les plus faibles ont été observées chez les femmes âgées de 30 à 34 ans, à raison de 3,1 % (IC 95 % : 2,3-3,9) dans les trois mois précédant la grossesse et de 0,3 %[†] (IC 95 % : 0,1-0,5) pendant la grossesse (figure 12.2).

[†] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

[‡] Coefficient de variation >33,3 %.

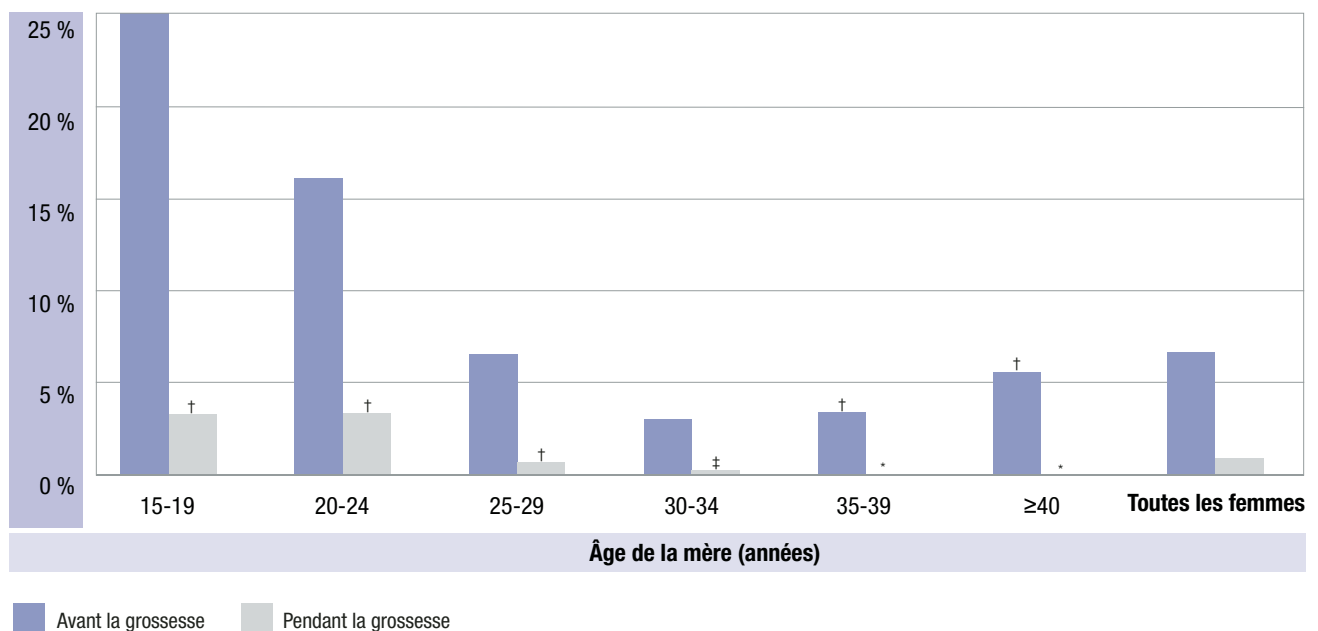
Figure 12.1 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient consommé des drogues de la rue avant et pendant la grossesse, selon la situation du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu (SFR), Canada, 2006-2007 §



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ « Avant la grossesse » désigne les trois mois précédant la grossesse.

Figure 12.2 Proportion de femmes ayant indiqué qu'elles avaient consommé des drogues de la rue avant et pendant la grossesse, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ « Avant la grossesse » désigne les trois mois précédant la grossesse.

Résumé

Environ 7 % (6,7 %) des femmes ont indiqué qu'elles avaient consommé des drogues de la rue au cours des trois mois précédant la grossesse et 1,0 % pendant la grossesse. Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu et les jeunes mères étaient plus susceptibles d'indiquer qu'elles consommaient des drogues de la rue avant et pendant la grossesse.

Limites

La question que l'on posait aux femmes concernant la consommation de drogues de la rue ne leur demandait pas de préciser de quelle drogue il s'agissait, mais regroupait toutes les drogues de la rue en une seule question, si bien qu'il n'est pas possible de savoir de quel type de drogues faisaient état les répondantes. Il se trouve que l'auto-déclaration concernant l'usage de drogues est bien au-dessous de la vérité lorsqu'on se fie uniquement à ce que disent les répondants dans le cadre d'enquêtes (c.-à-d., sous-déclaration)¹⁻³. Par conséquent, ces données sont vraisemblablement une sous-estimation de la véritable consommation de drogues de la rue des répondantes pendant la grossesse.

En plus de demander aux femmes si elles avaient consommé des drogues de la rue avant et pendant la grossesse, l'EEM les a également interrogées sur la fréquence de leur consommation. Toutefois, les réponses sur la question de la fréquence ne sont pas présentées ici, car les chiffres sont trop petits pour qu'on les mentionne avec précision.

Références

1. Musshoff F, Driever F, Lachenmeier K, Lachenmeier DW, Banger M, Madea B. Results of hair analyses for drugs of abuse and comparison with self-reports and urine tests. *Forensic Sci Int.* 2006;156(2-3):118-23.
2. Chen WJ, Fang CC, Shyu RS, Lin KC. Underreporting of illicit drug use by patients at emergency departments as revealed by two-tiered urinalysis. *Addict Behav.* 2006;31(12):2304-8.
3. Johnson BD, Golub A. The potential for accurately measuring behavioural and economic dimensions of consumption, prices, and markets for illegal drugs. *Drug Alcohol Depend.* 2007;90 Suppl 1:S16-26.
4. Ebrahim S, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):374-9.
5. Crome I, Kumar M. Epidemiology of drug and alcohol use in young women. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2007;12(2):98-105.
6. Williams JH, Ross L. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007;16(4):243-53.
7. Koren G, Chan D, Klein J, Karaskov T. Estimation of fetal exposure to drugs of abuse, environmental tobacco smoke, and ethanol. *Ther Drug Monit.* 2002;24(1):23-5.
8. Levitt P. Prenatal effects of drugs of abuse on brain development. *Drug Alcohol Depend.* 1998;51(1-2):109-25.
9. Lyons P, Rittner B. The construction of the crack babies phenomenon as a social problem. *Am J Orthopsychiatry.* 1998;68(2):313-20.
10. Richardson GA, Day NL. Detrimental effects of prenatal cocaine exposure: illusion or reality? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(1):28-34.
11. Schempf AH. Illicit drug use and neonatal outcomes: a critical review. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62(11):749-57.

13 Violence physique

Maureen Heaman, Patricia O'Campo

Introduction

La violence contre les femmes est un grave problème au Canada¹. Les résultats de l'Enquête sociale générale de 2004 ont révélé que 7 % des femmes mariées ou vivant avec un conjoint de fait ont fait l'expérience d'un type de violence quelconque de la part de leur partenaire intime au cours des cinq dernières années. La proportion de femmes qui ont fait état de violence atteignait 24 % chez les femmes autochtones². Les études du Manitoba et de la Saskatchewan estiment que 6 % à 9 % des femmes subissent des actes de violence physique à l'époque de leur grossesse³⁻⁶.

Les facteurs associés à la violence physique pendant la grossesse sont la jeunesse de la mère, moins de douze années de scolarité, la situation de mère célibataire et un faible revenu^{6,7}. La violence physique est également reliée à une grossesse involontaire, au caractère inadéquat des soins prénataux, à l'usage du tabac, à la consommation d'alcool ou de drogues de la rue pendant la grossesse, à des niveaux élevés de stress, et à de faibles niveaux de soutien social^{4,7-9}.

Plusieurs études indiquent une association entre la violence physique pendant la grossesse et des issues défavorables de la grossesse, comme le traumatisme fœtal, une insuffisance de poids à la naissance, la prématurité et la mortalité maternelle^{7,10}. Bien que la violence physique ait reçu le maximum d'attention en ce qui concerne les études de prévalence et les analyses en relation avec les issues défavorables, les données portent à croire que tous les types de violence – physique, affective, sexuelle et domination – ont une incidence négative sur la santé maternelle et infantile¹¹.

L'EEM a interrogé les femmes sur les types de violence physique et sexuelle qu'elles avaient subies au cours des deux dernières années, la relation avec l'auteur des actes de violence, combien de fois ces incidents s'étaient produits, s'ils s'étaient produits au cours de la grossesse, si la personne savait qu'elle était enceinte et si la violence s'était accrue au cours de la grossesse et depuis la naissance du bébé. On a demandé aux femmes qui ont fait état de violence si elles avaient reçu de l'information leur indiquant la conduite à suivre en pareil cas.

Nota : Dans les cas où les répondantes faisaient état de violence, si elles demandaient de l'aide au cours de l'entrevue, on lui remettait un numéro de téléphone sans frais destiné aux victimes de violence familiale.

Résultats

- Environ une femme sur dix (10,9 %, IC 95 % : 10,2-11,7) a indiqué qu'elle avait subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années. Les proportions variaient de 9,2 % (IC 95 % : 6,8-11,5) à l'Île-du-Prince-Édouard et 9,4 % (IC 95 % : 8,1-10,6) en Ontario à 34,5 % (IC 95 % : 27,6-41,4) au Nunavut et 35,5 % (IC 95 % : 30,1-40,8) dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 13.1).
- Les types d'actes de violence subis par les répondantes au cours des deux dernières années sont présentés à la figure 13.2. L'acte le plus souvent mentionné a trait au fait d'avoir été poussées, agrippées ou bousculées d'une façon qui aurait pu les blesser. C'était le cas de 63,7 % des femmes (IC 95 % : 60,2-67,2) qui ont fait état de violence.
- Ce sont les jeunes femmes qui ont le plus souvent fait état de violence : 41,0 % (IC 95 % : 34,9-47,1) des femmes âgées de 15 à 19 ans et 21,8 % (IC 95 % : 19,0-24,6) des femmes âgées de 20 à 24 ans ont fait état d'un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années. Ces proportions sont beaucoup plus élevées que dans le cas des femmes plus âgées (figure 13.3).
- Les proportions de femmes qui ont fait état de violence variaient en fonction du niveau de scolarité : 24,0 % (IC 95 % : 20,2-27,8) des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont fait état d'actes de violence, comparativement à 6,2 % (IC 95 % : 5,2-7,3) des femmes ayant un diplôme universitaire (figure 13.4). En outre, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de faire état d'actes de violence au cours des deux dernières années (21,0 %, IC 95 % : 18,7-23,3) que celles vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (8,3 %, IC 95 % : 7,5-9,1).
- Parmi les femmes qui ont fait état de violence au cours des deux dernières années, 43,4 % (IC 95 % : 39,6-47,1) ont indiqué qu'il s'agissait d'un acte isolé, 19,9 % (IC 95 % : 16,8-23,0) que cela s'était produit à deux reprises, 7,7 % (IC 95 % : 5,6-9,8) trois fois, 16,7 % (IC 95 % : 13,8-19,6) de quatre à 10 fois, et 12,3 % (IC 95 % : 9,9-14,8) 11 fois ou plus.
- Interrogées sur la relation avec la personne ayant exercé de la violence à leur endroit, 52,0 % (IC 95 % : 48,1-56,0) des femmes ont dit qu'il s'agissait de leur conjoint, de leur mari ou de leur copain, 16,5 % (IC 95 % : 13,6-19,3) d'un membre de leur famille, 13,0 % (IC 95 % : 10,5-15,6) d'un ami ou d'une connaissance, 8,6 % (IC 95 % : 6,5-10,7) d'un étranger, et 13,0 % (IC 95 % : 10,5-15,6) d'une autre personne.
- Interrogées sur la question de savoir si l'acte de violence s'était produit pendant la grossesse, 30,7 % (IC 95 % : 27,2-34,3) des femmes faisant état de violence ont dit que c'était bien le cas et 82,2 % (IC 95 % : 76,7-87,7) de ces femmes ont indiqué que l'auteur des actes de violence savait qu'elles étaient enceintes.
- Par comparaison à la situation d'avant la grossesse, le niveau de violence pendant la grossesse avait diminué pour 47,0 % (IC 95 % : 37,8-56,2) des femmes faisant état de violence. Il était demeuré au même niveau pour 47,6 % (IC 95 % : 38,1-57,0) et s'était accru pour 5,4 %[†] d'entre elles (IC 95 % : 1,6-9,3).
- Après la naissance du bébé, la violence a augmenté pour 16,3 %[†] (IC 95 % : 8,3-24,2) des répondantes qui ont fait état de violence, elle a diminué pour 51,6 % (IC 95 % : 41,0-62,1) et est demeurée au même niveau pour 32,2 % (IC 95 % : 22,4-41,9) d'entre elles.

- Parmi les femmes qui ont fait état de violence, 61,0 % (IC 95 % : 57,4-64,6) avaient discuté du problème ou reçu de l'information sur la conduite à tenir si elles subissaient des actes de violence.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation > 33,3 %.

Figure 13.1 Proportion de femmes ayant subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

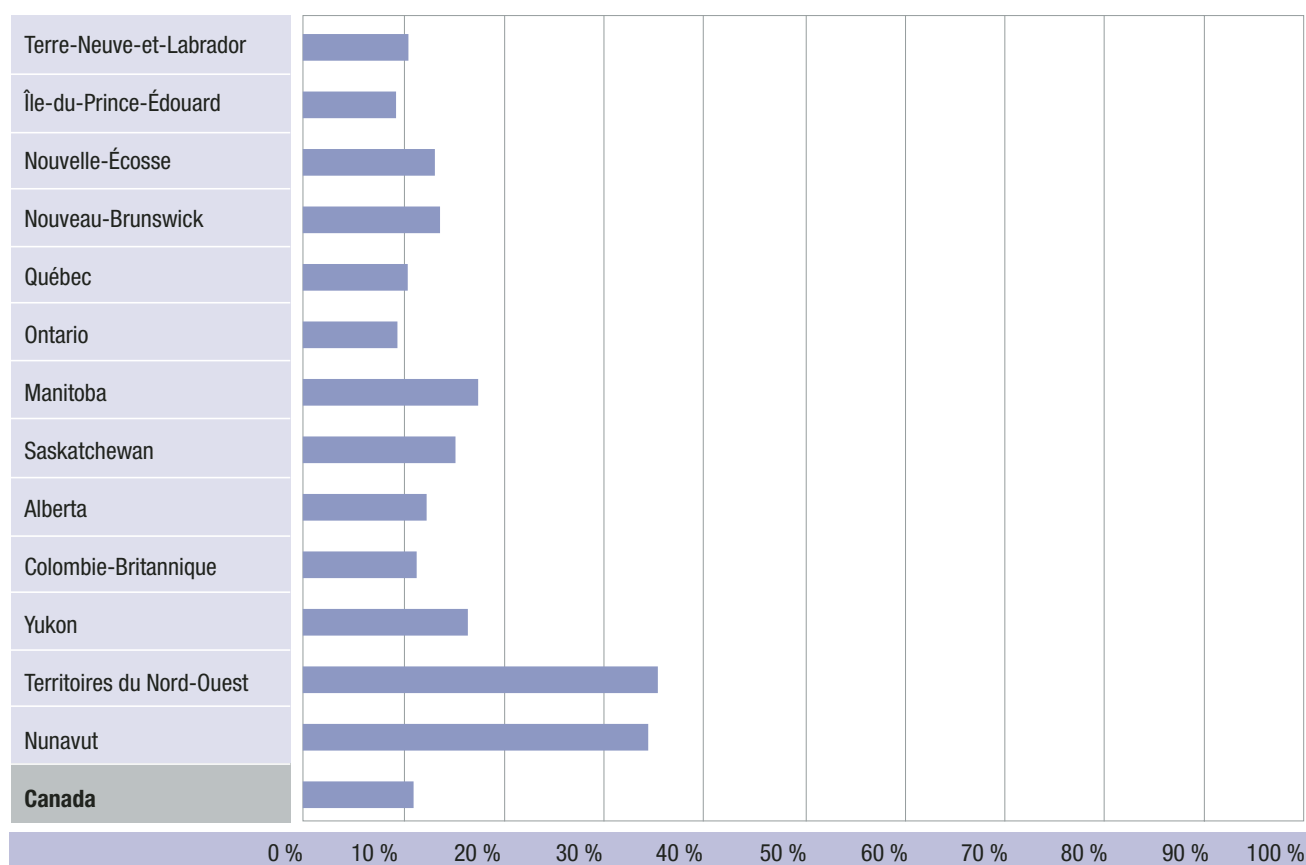


Figure 13.2 Proportion de femmes ayant subi différentes formes de violence au cours des deux dernières années parmi les femmes qui ont fait état de violence, Canada, 2006-2007

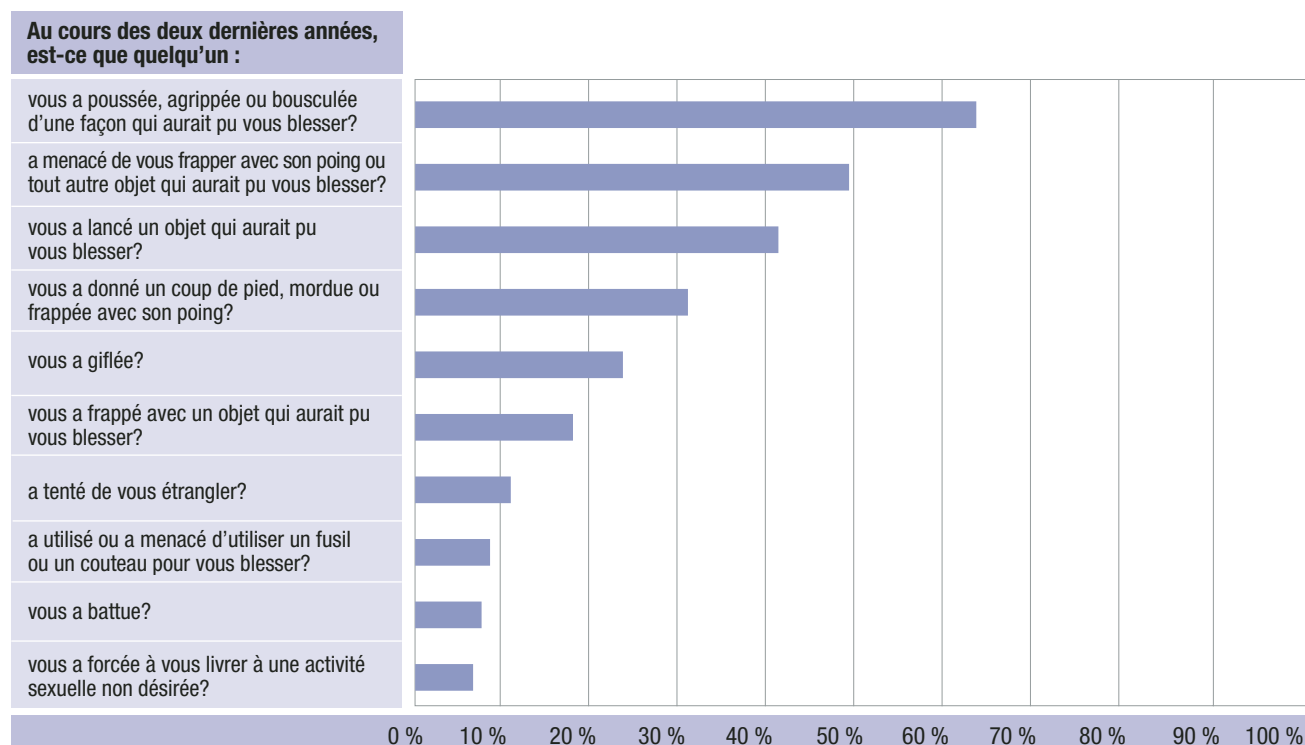
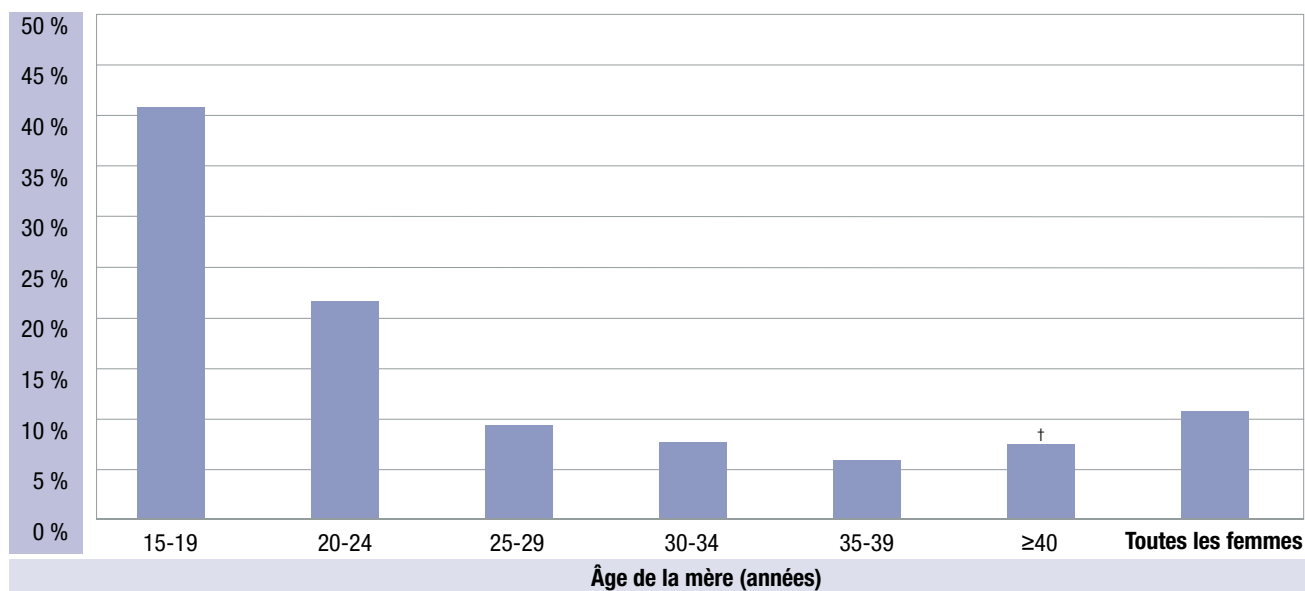
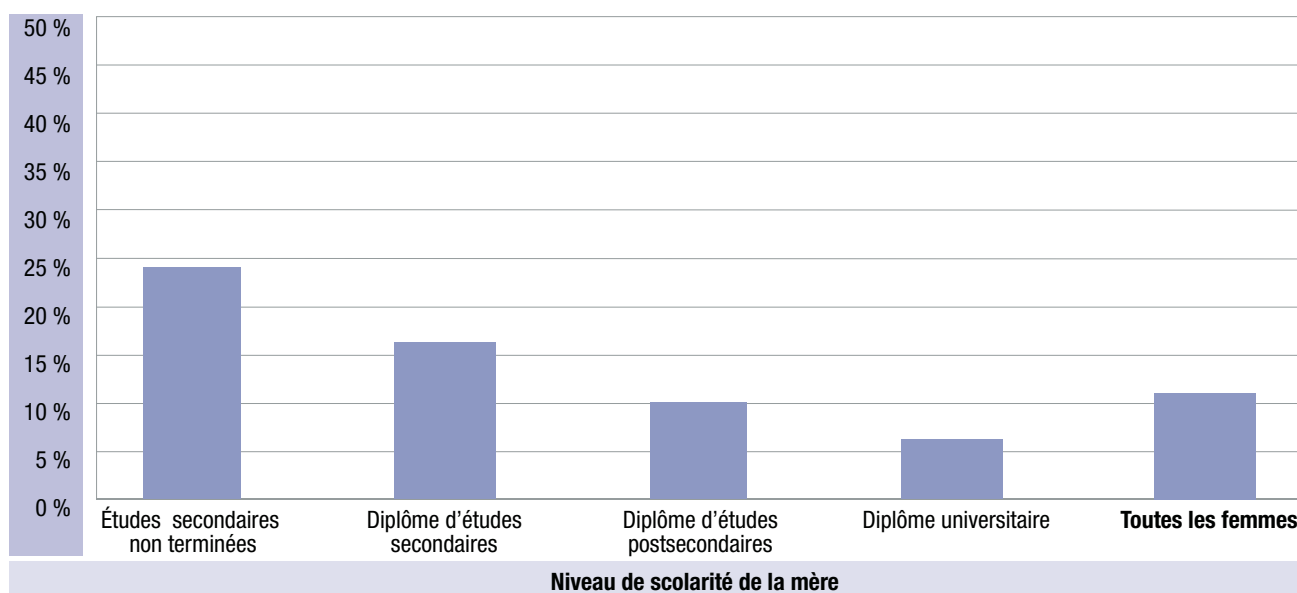


Figure 13.3 Proportion de femmes ayant subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 13.4 Proportion de femmes ayant subi un ou plusieurs actes de violence au cours des deux dernières années, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

La proportion de femmes ayant fait état de violence physique ou sexuelle au cours des deux dernières années était de 10,9 %. Les jeunes femmes (âgées de 24 ans ou moins), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de faire état de violence. On a observé des variations entre les provinces et territoires en ce qui concerne les actes de violence. Les courbes de violence semblent évoluer par suite de la grossesse. Comparativement à avant la grossesse, le niveau de violence pendant la grossesse a diminué pour 47,0 % des femmes ayant fait état de violence, mais il a augmenté pour 5,4 % d'entre elles. Le niveau de violence après la naissance du bébé a diminué pour 51,6 % des répondantes ayant fait état d'actes de violence, mais il a augmenté pour 16,3 % d'entre elles.

Limites

Les femmes peuvent être réticentes à confier qu'elles ont subi des actes de violence et par conséquent, ces données sont susceptibles de sous-estimer la réalité. Les questions posées dans le cadre de l'enquête mettaient l'accent sur la violence physique et sexuelle; on n'a pas recueilli d'information sur la violence psychologique ou financière ni sur la domination. Et on n'a demandé qu'aux femmes ayant fait état d'actes de violence si elles avaient reçu de l'information sur la conduite à suivre en pareil cas, si bien qu'on ignore combien de femmes en tout ont reçu ce type d'information.

Références

1. Santé Canada. *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 1999. N° de catalogue : H72-21/165-1998F.
2. Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005* [Internet]. Juillet 2005 [cité le 9 août 2007]. N° de catalogue : 85-224-XIF. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/85-224-XIF2005000.pdf>.
3. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996;275(24):1915–20.
4. Heaman MI. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(6):721–31.
5. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *JAMC*. 1999;160(7):1007–11.
6. Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J*. 2003;7(1):31–43.
7. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(1):47–64.
8. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996;25(4):313–20.
9. Pallitto CC, Campbell JC, O'Campo P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(3):217–35.
10. Boy A, Salihu HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *Int J Fertil Womens Med*. 2004;49(4):159–64.
11. O'Campo P, Schempff A. Racial inequalities in preterm delivery: issues in the measurement of psychosocial constructs. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192 Suppl 5:S56–63.

Numéros des questions : AV_Q01-Q19

14 Stress et soutien social

Maureen Heaman, Dawn Kingston

Introduction

Une variété de facteurs psychosociaux, dont le stress et l'anxiété, sont reliés aux issues défavorables de la grossesse. Ces facteurs peuvent avoir une incidence directe sur le fœtus par la libération de catécholamines, entraînant une vasoconstriction avec réduction de l'apport en oxygène et calorique au fœtus, ou une incidence indirecte par l'adoption de comportements incompatibles avec une vie saine¹. De plus en plus, les données militent en faveur d'une association entre le stress maternel prénatal et les infections ou inflammations pendant la grossesse, des issues défavorables de l'accouchement, comme l'insuffisance du poids du bébé à la naissance et la prématurité, ainsi que des effets durables sur le développement neurocognitif du nourrisson²⁻⁴. Les résultats du Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) des États-Unis indiquent que 64 % des femmes ont subi au moins un événement stressant pendant la grossesse et que celles ayant un faible statut socio-économique sont plus susceptibles de connaître de tels événements⁵.

Le soutien social peut aider à atténuer les effets négatifs du stress. On a observé que le soutien social a un effet positif sur le bien-être psychologique des femmes enceintes et cet élément a été relié à des issues plus favorables de la grossesse⁶. Le soutien social du conjoint ou d'un membre de la famille peut améliorer la croissance fœtale, même pour les femmes ayant une vie peu stressante⁷. Toutefois, les analyses faites sur la relation entre le soutien social pendant la grossesse et la prévention de l'accouchement prématuré et de l'insuffisance du poids à la naissance n'ont pas donné de résultats concluants^{8,9}.

L'EEM a interrogé les femmes sur les événements stressants qu'elles avaient vécus au cours des 12 mois précédant la naissance du bébé, à partir d'une liste citant différentes sources de stress comme un « déménagement », « un membre de la famille proche était très malade et a dû aller à l'hôpital » ou « vous vous disputiez plus que d'habitude avec votre mari ou votre conjoint ». On les a également interrogées sur le niveau général de stress pendant la grossesse et le soutien dont elles avaient bénéficié à cette époque. Les 13 questions entourant les événements stressants de la vie ont été adaptées par le PRAMS à partir du Life Events Inventory élaboré par Newton et Hunt¹⁰.

Résultats

- Interrogées sur le niveau de stress ressenti au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé, 43,0 % (IC 95 % : 41,7-44,2) des femmes ont répondu que la plupart des jours n'étaient pas stressants, 44,6 % (IC 95 % : 43,3-45,8) que la plupart des jours étaient assez stressants et 12,5 % (IC 95 % : 11,6-13,3) que la plupart des jours étaient très stressants. La proportion de femmes

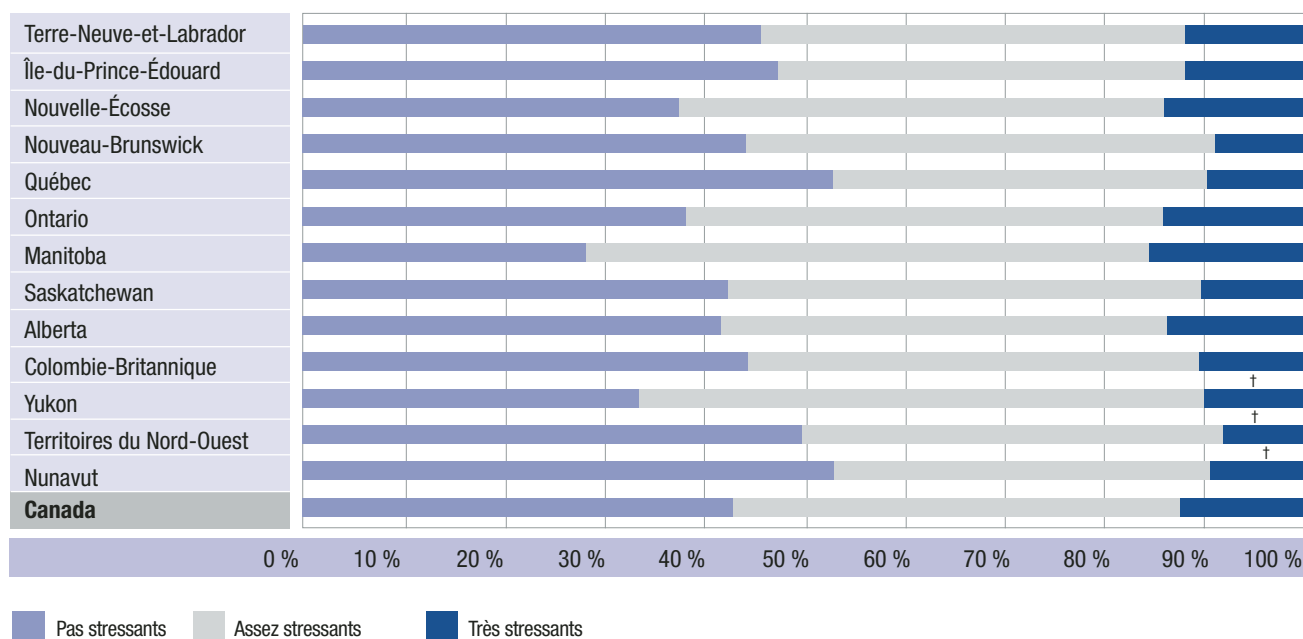
ayant répondu que la plupart des jours étaient très stressants variait entre les provinces et les territoires, passant de 8,2 %[†] (IC 95 % : 5,0-11,4) dans les Territoires du Nord-Ouest et 9,0 % (IC 95 % : 6,2-11,8) au Nouveau-Brunswick à 14,2 % (IC 95 % : 12,7-15,7) en Ontario et 15,6 % (IC 95 % : 12,0-19,2) au Manitoba (figure 14.1).

- Comparativement aux primipares (10,2 %, IC 95 % : 9,0-11,4), les multipares étaient plus susceptibles d'indiquer que la plupart des jours au cours de l'année précédant la naissance de leur bébé étaient très stressants (14,2 %, IC 95 % : 13,0-15,4). Par ailleurs, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'indiquer que la plupart des jours étaient très stressants (15,7 %, IC 95 % : 13,6-17,7) que leurs homologues vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (11,8 %, IC 95 % : 10,8-12,7).
- Même si 39,1 % (IC 95 % : 37,9-40,3) des femmes ont répondu qu'elles n'avaient vécu aucun événement stressant au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé, 27,8 % (IC 95 % : 26,7-29,0) ont fait état d'un événement, 16,0 % (IC 95 % : 15,1-16,9) de deux événements et 17,1 % (IC 95 % : 16,2-18,0) de trois événements stressants ou plus. Les mères les plus jeunes (15-19 ans) ont été proportionnellement plus nombreuses à mentionner la survenue de plusieurs événements stressants au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé; 43,9 % (IC 95 % : 37,9-49,9) ont fait état de trois événements ou plus et 20,4 % (IC 95 % : 15,5-25,2) de deux événements (figure 14.2).
- Les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient plus susceptibles d'avoir eu trois événements stressants ou plus (33,6 %, IC 95 % : 29,5-37,6) que leurs homologues ayant un niveau de scolarité plus élevé. En outre, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de faire état de trois événements stressants ou plus (34,5 %, IC 95 % : 31,7-37,3) que celles vivant dans un ménage au-dessus du seuil de faible revenu (12,4 %, IC 95 % : 11,4-13,3).
- Parmi les événements stressants survenus au cours des 12 mois précédant la naissance du bébé le plus souvent cités par les répondantes, on retrouve le fait d'avoir déménagé (28,3 %, IC 95 % : 27,1-29,4), la grave maladie d'un membre de la famille proche qui a dû aller à l'hôpital (21,9 %, IC 95 % : 20,8-22,9) et des disputes plus fréquentes que d'habitude avec le mari ou le conjoint (16,3 %, IC 95 % : 15,3-17,2).
- À la question leur demandant, si pendant leur grossesse, elles avaient eu accès à un soutien au moment où elles en avaient besoin, 57,3 % (IC 95 % : 56,1-58,6) des femmes ont répondu « tout le temps », 29,6 % (IC 95 % : 28,4-30,8) « la plupart du temps », 7,9 % (IC 95 % : 7,2-8,6) « parfois » et 5,1 % (IC 95 % : 4,5-5,7) « rarement » ou « jamais ». La proportion de femmes n'ayant eu du soutien que « rarement » ou « jamais » variait de 15,0 %[†] (IC 95 % : 9,7-20,3) au Nunavut et 9,1 % (IC 95 % : 7,4-10,7) au Québec à 2,3 %[†] (IC 95 % : 0,8-3,8) en Saskatchewan et 2,2 %[†] (IC 95 % : 0,7-3,7) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 14.3).

[†] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

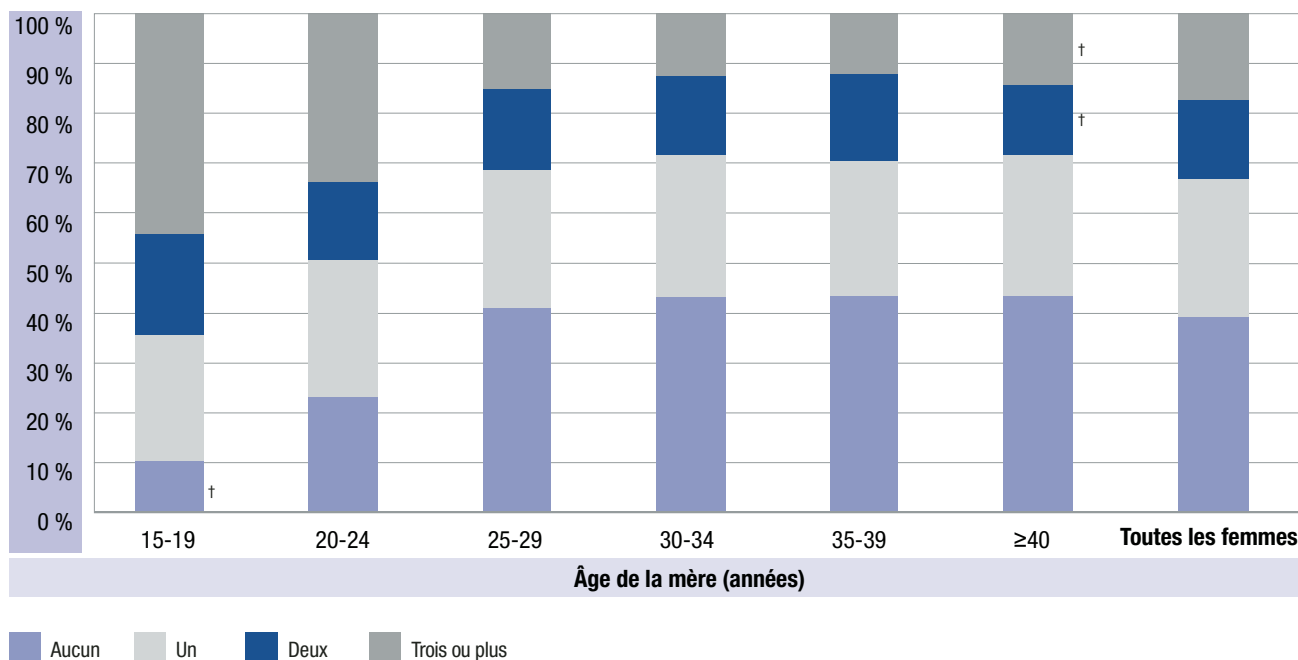
[‡] Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 14.1 Répartition des niveaux de stress indiqués par les femmes dans les 12 mois précédant la naissance du bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



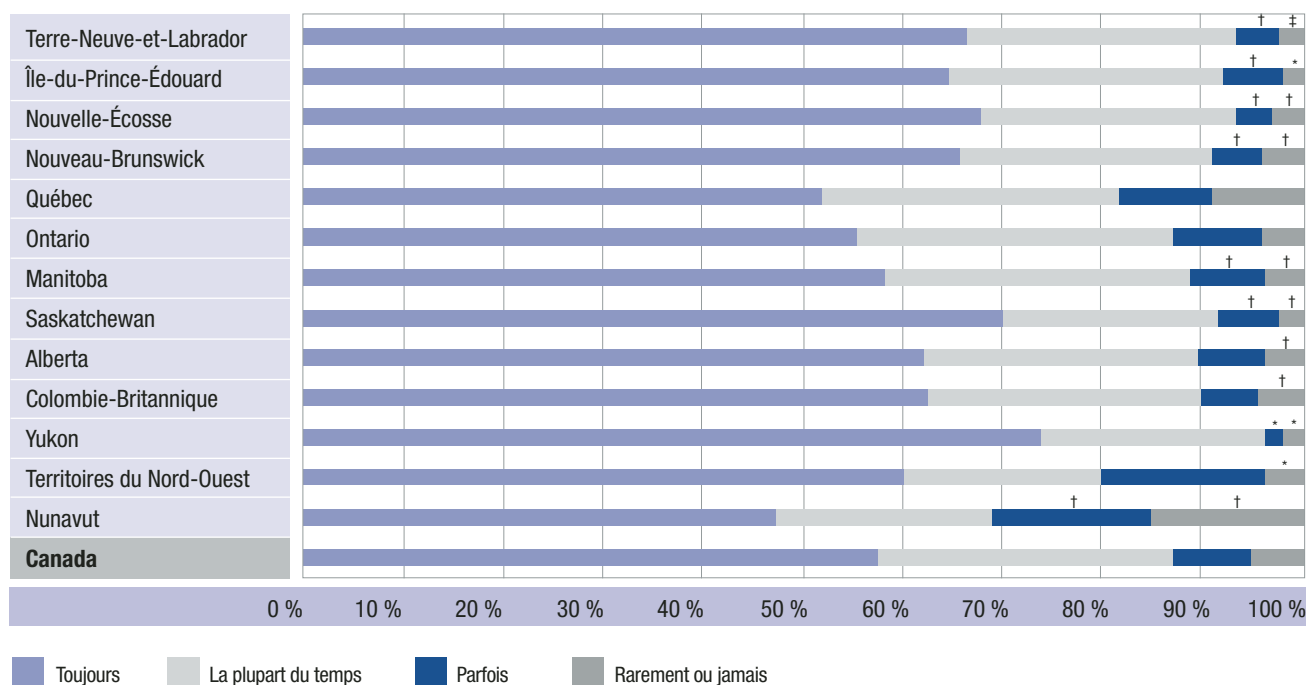
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 14.2 Répartition du nombre d'événements stressants dans les 12 mois précédant la naissance du bébé, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 14.3 Répartition de la fréquence du soutien dont ont bénéficié les femmes pendant la grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Résumé

Près du cinquième (17,1 %) des femmes ont indiqué qu'elles avaient eu trois événements stressants ou plus dans les 12 mois précédant la naissance de leur bébé. Les événements stressants étaient plus prévalents dans la vie des mères les plus jeunes (15-19 ans), des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et de celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu. Près de 13 % (12,5 %) des femmes ont indiqué que la plupart des jours étaient très stressants dans les 12 mois précédant la naissance de leur bébé. On a observé de plus hauts niveaux de stress chez les multipares et chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu. La majorité (86,9 %) des femmes ont bénéficié d'un soutien tout temps ou la plupart du temps au cours de leur grossesse.

Limites

Bien que le nombre d'événements stressants survenant dans la vie soit souvent utilisé comme un indicateur du niveau de stress, un événement particulier peut être perçu comme plus ou moins stressant selon la personne. L'EEM a demandé aux femmes de se rappeler le stress qu'elles avaient subi dans les 12 mois précédant la naissance de leur bébé, ce qui créait une possibilité de biais de rappel. Leurs réponses ont pu être influencées par leurs expériences au moment de l'accouchement ou par leur situation au moment où elles répondaient au questionnaire (notamment leur santé ou la santé de leur bébé), et ne reflètent peut-être pas exclusivement ce qu'elles ont vécu au cours de la période précédant la naissance.

Références

1. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(5):1286–92.
2. Dunkel-Schetter C. Maternal stress and preterm delivery. *Prenat Neonatal Med.* 1998;3:39–42.
3. Hobel CJ. Stress and preterm birth. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(4):856–80.
4. Ruiz RJ, Avant KC. Effects of maternal prenatal stress on infant outcomes: a synthesis of the literature. *ANS Adv Nurs Sci.* 2005;28(4):345–55.
5. Whitehead NS, Brogan DJ, Blackmore-Prince C, Hill HA. Correlates of experiencing life events just before or during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003;24(2):77–86.
6. McLean DE, Hatfield-Timajchy K, Wingo PA, Floyd RL. Psychosocial measurement: implications for the study of preterm delivery in black women. *Am J Prev Med.* 1993;9 Suppl 6:S39–81.
7. Hoffman S, Hatch MC. Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1996;10:380–405.
8. Orr ST. Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(4):842–55.
9. Hodnett ED, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;1. Art. No.: CD000198. DOI: 10.1002/14651858.CD000198.
10. Newton RW, Hunt LP. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *Br Med J.* 1984;288(6435):1191–4.

Numéros des questions : SE_Q01-Q14, SI_Q11

The first part of the paper discusses the importance of understanding the cultural context of the research. It highlights the need for researchers to be sensitive to the values and beliefs of the communities they are studying. This is particularly important in the field of education, where cultural differences can significantly impact learning outcomes. The paper then moves on to discuss the challenges of conducting research in diverse cultural settings. It notes that researchers often face difficulties in establishing rapport with participants and in interpreting their responses. To address these challenges, the paper suggests several strategies, including the use of local researchers and the development of culturally appropriate research instruments. The final part of the paper discusses the importance of ethical considerations in cross-cultural research. It emphasizes the need for researchers to obtain informed consent from participants and to ensure that the research is conducted in a way that respects the dignity and rights of all individuals.

Chapitre 2 : Travail et accouchement

The first part of the paper discusses the importance of understanding the cultural context of the research. It highlights the need for researchers to be sensitive to the values and beliefs of the communities they are studying. This is particularly important in the field of education, where cultural differences can significantly impact learning outcomes. The paper then moves on to discuss the challenges of conducting research in culturally diverse settings. It notes that researchers often face difficulties in establishing rapport with participants and in interpreting their responses. To address these challenges, the paper suggests several strategies, including the use of local researchers and the development of culturally appropriate research instruments. The final part of the paper discusses the importance of ethical considerations in cross-cultural research. It emphasizes the need for researchers to obtain informed consent from participants and to ensure that the research is conducted in a way that respects the dignity and rights of all individuals.

15 Lieu de l'accouchement

Beverley O'Brien, David Young

Introduction

Au Canada, les femmes accouchent généralement dans un hôpital ou une clinique, ou si c'est à l'extérieur de ces établissements, dans une maison privée ou une maison des naissances. Les maisons des naissances sont des centres communautaires où les femmes peuvent recevoir les soins primaires d'une sage-femme au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale (Regroupement les Sages-femmes du Québec 2008, communication personnelle écrite, 3 janvier). Ces centres sont indépendants du domicile et de l'hôpital, même si certains professionnels de la santé appellent parfois « maison des naissances » le service de maternité au sein de l'hôpital. Le cadre de la naissance est habituellement planifié à l'avance, mais certains accouchements ont lieu dans un cadre inattendu, notamment en chemin vers l'hôpital.

Au Canada, la sécurité des accouchements prévus à l'extérieur de l'hôpital demeure un sujet sensible, à l'origine de controverses malgré les résultats de plusieurs études indiquant qu'un accouchement planifié à domicile se compare favorablement à un accouchement planifié à l'hôpital^{1,2}. L'expérience du Canada relativement au lieu de naissance est différente de celle des Pays-Bas, où le tiers des bébés sont nés à domicile³, mais similaire à celle d'autres pays à haut revenu, comme le Royaume-Uni⁴ et les États-Unis⁵, où la plupart des bébés naissent à l'hôpital ou dans une maison des naissances.

Dans sa déclaration de principe sur la profession de sage-femme, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada reconnaît l'importance de donner aux femmes et à leur la famille la possibilité de choisir le milieu dans lequel la naissance se déroulera, mais elle précise aussi que les femmes doivent être informées des risques et des avantages liés au choix du lieu de l'accouchement, et « être conscientes des limites que leur choix impose en matière de soins de santé »⁶. Le principe voulant que les femmes ayant une grossesse à faible risque peuvent choisir le cadre de la naissance de leur enfant est inhérent à l'exercice de la profession de sage-femme au Canada et au cœur de certaines lois qui la régissent.

L'EEM a demandé aux femmes si leur bébé était né à l'hôpital ou dans une clinique, dans une maison des naissances, à domicile ou un autre lieu.

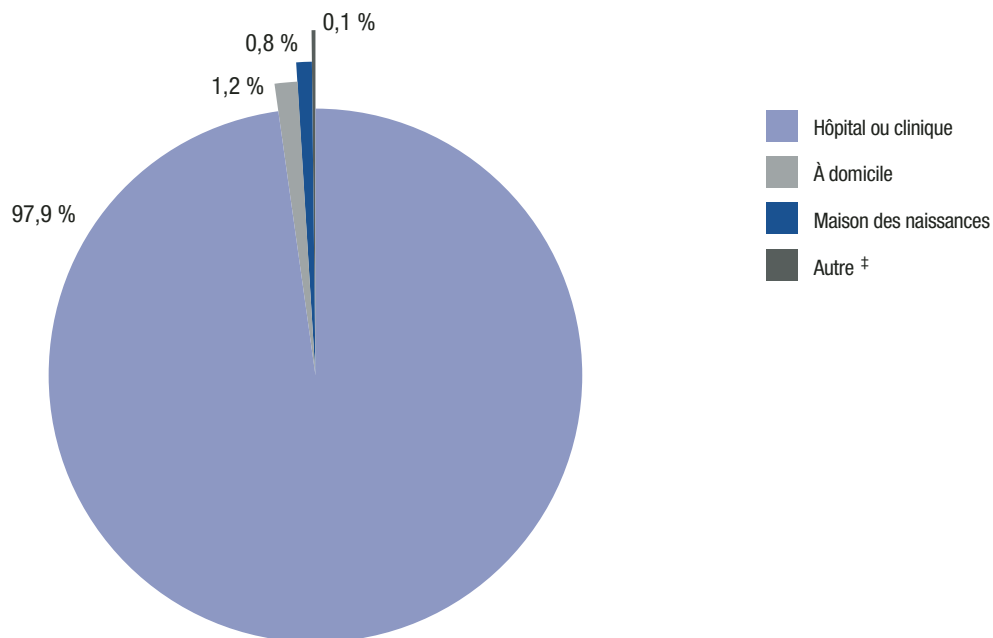
Résultats

- La majorité (97,9 %, IC 95 % : 97,5-98,3) des accouchements ont eu lieu à l'hôpital ou dans une clinique. Un peu plus de 1 % (1,2 %, IC 95 % : 0,9-1,5) des naissances ont eu lieu à domicile et un peu moins de 1 % (0,8 %, IC 95 % : 0,6-1,0) dans une maison des naissances (figure 15.1).
- Dans les cinq provinces et territoires qui ont fait état d'au moins cinq accouchements à l'extérieur de l'hôpital (à domicile, dans une maison des naissances ou en tout autre lieu), la proportion de ces naissances variait de 2,9 % (IC 95 % : 2,1-3,7) en Ontario à 0,9 %[†] (IC 95 % : 0,2-1,7) en Alberta.
- Les femmes de plus de 35 ans ont accouché plus souvent à l'extérieur de l'hôpital que leurs homologues de moins de 25 ans (3,6 %[†], IC 95 % : 2,4-4,8, et 0,6 %[†], IC 95 % : 0,1-1,2, respectivement).
- Les accouchements à l'extérieur de l'hôpital étaient plus fréquents chez les multipares (2,7 %, IC 95 % : 2,1-3,2) que chez les primipares (1,3 %[†], IC 95 % : 0,9-1,8).

[†] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

[‡] Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 15.1 Répartition du lieu de l'accouchement, Canada, 2006-2007



[‡] Coefficient de variation >33,3 %.

Résumé

Presque tous (97,9 %) les accouchements ont eu lieu à l'hôpital ou dans une clinique; seulement 1,2 % et 0,8 % des accouchements ont eu lieu à domicile ou dans une maison des naissances, respectivement. Les femmes des groupes d'âge supérieur et les multipares ont été proportionnellement plus nombreuses à accoucher à l'extérieur du cadre hospitalier.

Limites

Ce qu'on appelle clinique et maison des naissances n'est pas clairement défini. Les petits hôpitaux, les dispensaires ou les cabinets médicaux privés peuvent avoir été considérés par les femmes comme des cliniques, et le terme maternité peut avoir été employé pour désigner à la fois le service de maternité de l'hôpital ou une maison des naissances. L'EEM n'a pas interrogé les femmes sur le lieu prévu de l'accouchement et, par conséquent, on ignore si les répondantes ont accouché là où elles le prévoyaient.

Références

1. Fullerton JT, Navarro AM, Young SH. Outcomes of planned home birth: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(4):323–33.
2. Janssen P, Lee S, Ryan E, Etches D, Farquharson D, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *JAMC*. 2002;166(3):315–23.
3. Declercq E, DeVries R, Viisainen K, Salvesen HB, Wrede S. Where to give birth? Politics and the place of birth. In: DeVries R, Benoit C, van Teijlingen ER, Wrede S. *Birth by design. Pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge; 2001.
4. Redshaw M, Rowe R, Hockley C, Brocklehurst P. *Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006* [Internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2007 [cité le 3 juin]. Accessible à : <http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/maternitysurveys/maternity-survey-report.pdf>.
5. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, et al. Births: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep*. 2007;56(6):1–103.
6. Comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La profession de sage-femme. Déclaration de principe de la SOGC, n° 126. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25(3):239.

Numéro de question : LB_Q01

16 Déplacement jusqu'au lieu de l'accouchement

Beverley O'Brien, David Young

Introduction

Le Canada arrive au second rang mondial pour ce qui est de la superficie, et sa population est dispersée sur le plan géographique. De nombreuses personnes vivent dans des régions rurales ou éloignées, d'où la difficulté de planifier les soins de maternité et leur prise en charge à la grandeur du pays. En outre, un nombre croissant d'installations de soins en milieu rural sont fermées, et l'on est aux prises avec une situation de crise à l'échelle nationale concernant le recrutement et le maintien en place de professionnels de la santé compétents pour assurer les soins de maternité, crise qui est particulièrement grave dans les régions rurales¹.

La disponibilité de soins de maternité sur place, la situation médicale et obstétricale des mères ainsi que leur préférence peuvent influencer certaines femmes à se rendre dans une autre communauté pour accoucher. Par exemple, les femmes des communautés éloignées sont plus susceptibles d'accoucher sur place lorsqu'il y a un chirurgien capable d'effectuer une césarienne dans leur communauté². L'accouchement des femmes à l'extérieur de leur communauté peut être une source de stress psychologique et de difficultés financières pour elle et leur famille, en particulier lorsqu'il leur faut parcourir de longues distances.

Depuis les années 1970, les communautés canadiennes éloignées et du Nord ont évacué les femmes enceintes arrivant près de leur terme pour qu'elles accouchent dans des hôpitaux de niveau II ou III dans des régions plus méridionales du Canada³. Le « niveau » désigne la gamme de services offerts dans chaque hôpital particulier. Par exemple, le niveau III indique que l'hôpital peut offrir des services spécialisés les plus complexes, tandis que le niveau I est celui qui offre les services les moins complexes. Cette pratique qui consiste à transporter les futures mamans pour accoucher dans des hôpitaux de plus grandes communautés est contestée, et l'on a formulé des recommandations qui vont dans le sens d'une intégration des soins pris en charge par les sages-femmes et de leur formation dans la planification globale des soins de maternité dans les communautés éloignées⁴.

L'EEM a demandé aux femmes si elles avaient dû se déplacer pour aller dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher, quelle distance elles avaient dû parcourir pour se rendre au lieu de l'accouchement, combien de temps elles y avaient passé avant d'accoucher et ce qu'elles pensaient de cette expérience.

Nota : L'EEM n'inclut pas les femmes vivant dans les réserves des Premières nations, qui se trouvent en grand nombre dans des régions géographiquement éloignées avec un accès limité aux soins de maternité. Cette exclusion a des répercussions particulières pour des provinces comme

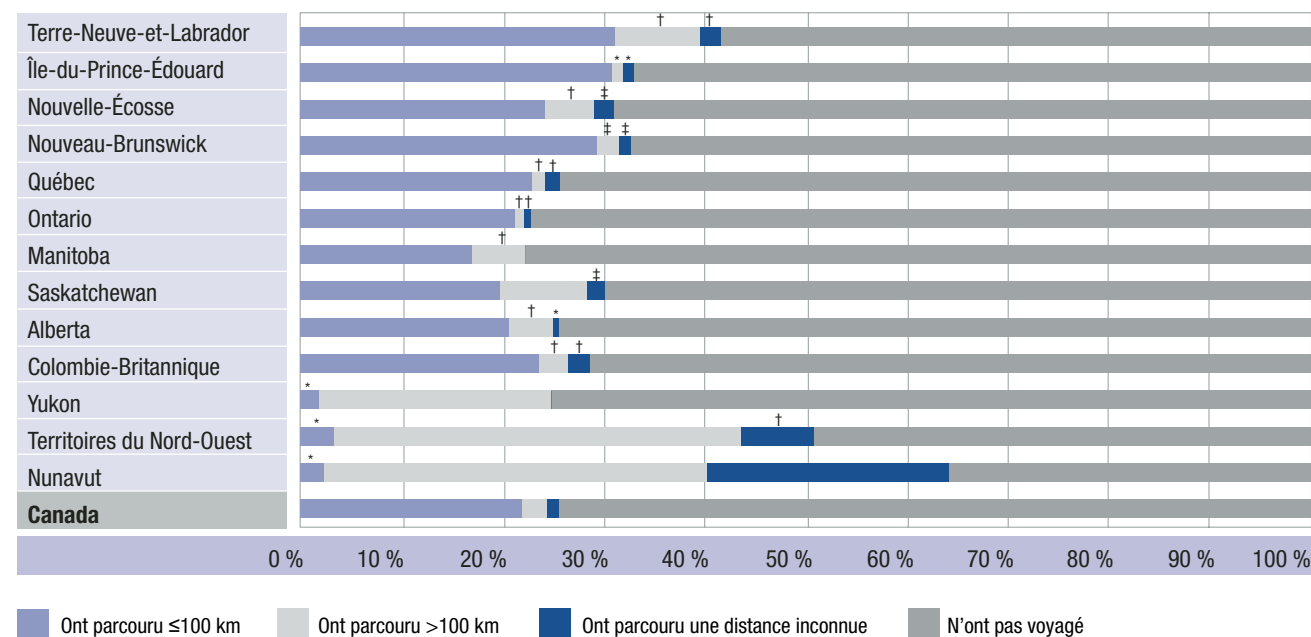
la Saskatchewan et le Manitoba, où une proportion élevée de femmes des Premières nations vivent dans une réserve. Il y a donc une sous-estimation, dans ces provinces, de la proportion de femmes qui doivent voyager pour donner naissance à leur bébé.

Résultats

- Le quart (25,6 %, IC 95 % : 24,4-26,7) des femmes ont indiqué qu'elles avaient dû se rendre dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher. La proportion variait de 64,5 % (IC 95 % : 57,6-71,3) au Nunavut et 50,8 % (IC 95 % : 44,9-56,6) dans les Territoires du Nord-Ouest à 22,8 % (IC 95 % : 21,0-24,7) en Ontario et 22,2 % (IC 95 % : 18,5-25,9) au Manitoba (figure 16.1).
- Si dans l'ensemble du pays, 2,5 % (IC 95 % : 2,1-2,8) des femmes seulement ont dû parcourir plus de 100 kilomètres (km) pour accoucher, dans les territoires la proportion est beaucoup plus élevée, variant de 40,3 % (IC 95 % : 34,6-46,0) dans les Territoires du Nord-Ouest à 23,0 % (IC 95 % : 17,9-28,1) au Yukon. Au Nunavut, 37,9 % (IC 95 % : 30,7-45,0) des femmes ont indiqué avoir parcouru plus de 100 km pour donner naissance à leur bébé et 23,9 % (IC 95 % : 17,7-30,1) ont voyagé pour accoucher mais ne savaient pas quelle distance elles avaient parcouru. En raison de l'éloignement géographique du Nunavut, il est probable que la distance inconnue est supérieure à 100 km. Par conséquent, la proportion de femmes du Nunavut ayant parcouru plus de 100 km pour accoucher dépasse peut-être 37,9 % (figure 16.1).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles de se déplacer que celles vivant au-dessus de ce seuil (18,5 %, IC 95 % : 16,3-20,7, et 28,3 %, IC 95 % : 27,0-29,7, respectivement).
- La proportion de femmes qui se sont rendues dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher était similaire quel que soit le mode d'accouchement, c'est-à-dire par césarienne ou par voie vaginale (26,3 %, IC 95 % : 24,1-28,6, et 25,3 %, IC 95 % : 24,0-26,6, respectivement).
- Parmi les primipares, la proportion de femmes qui se sont déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher était de 23,4 % (IC 95 % : 21,8-25,0), contre 27,4 % (IC 95 % : 25,8-28,9) pour les multipares.
- La majorité (77,2 %, IC 95 % : 75,2-79,2) des femmes qui se sont déplacées pour accoucher n'ont pas passé de nuit à l'extérieur de leur communauté avant d'accoucher. Environ 5 % (4,7 %, IC 95 % : 3,9-5,6) de celles qui se sont déplacées pour accoucher ont passé six nuits ou plus dans une autre ville, un autre village ou une autre localité avant leur accouchement.
- Le tiers (33,3 %, IC 95 % : 31,0-35,5) des femmes qui se sont déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher ont indiqué que leur expérience avait été « très positive » et 3,1 % (IC 95 % : 2,2-3,9) qu'elle avait été « très négative » (figure 16.2). L'expérience a été qualifiée de « très négative » par 14,0 %[†] (IC 95 % : 8,8-19,1) des femmes ayant parcouru plus de 100 km et 1,7 %[†] (IC 95 % : 1,0-2,3) des femmes qui avaient parcouru 100 km ou moins pour accoucher.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 16.1 Proportion de femmes qui se sont déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

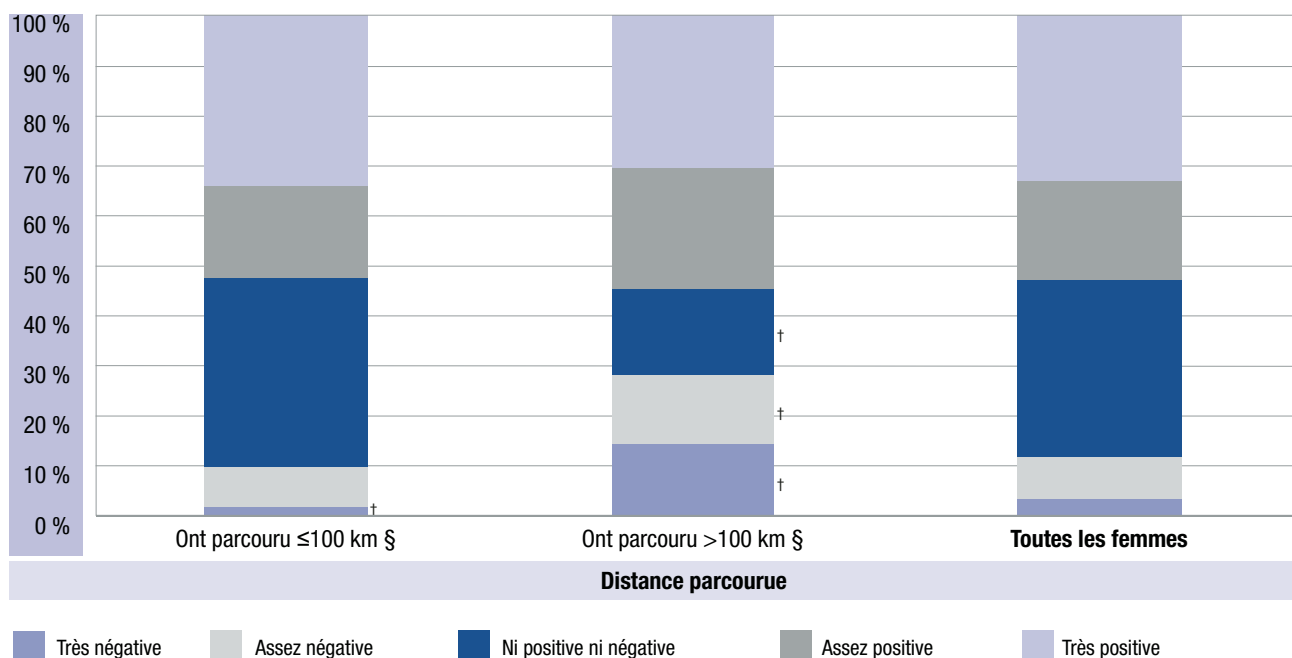


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 16.2 Répartition des opinions des femmes qui se sont déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher, selon la distance parcourue, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ Les femmes qui se sont déplacées mais qui ignoraient la distance parcourue ont été exclues.

Résumé

Le quart des femmes (25,6 %) ont indiqué qu'elles s'étaient déplacées dans une autre ville, un autre village ou une autre localité pour accoucher. Globalement, 2,5 % des femmes ont parcouru plus de 100 km. Cependant, la proportion de femmes des territoires ayant parcouru plus de 100 km pour accoucher était beaucoup plus élevée.

Limites

On n'a pas demandé aux femmes pourquoi elles s'étaient déplacées dans une autre communauté ni le moment choisi pour s'y rendre (p. ex., fin de semaine, vacances ou l'âge gestationnel au moment où elles ont fait le voyage). Les réserves des Premières nations sont souvent des communautés rurales ou éloignées où l'accès à un hôpital est limité. Comme les femmes vivant dans une réserve n'ont pas été incluses dans l'EEM, la proportion de femmes ayant voyagé pour accoucher est sous-estimée, en particulier dans les provinces et territoires ayant une proportion élevée de femmes des Premières nations vivant dans une réserve, comme la Saskatchewan et le Manitoba. Les femmes vivant dans une communauté éloignée doivent probablement se déplacer vers d'autres communautés par avion ou hélicoptère, ce qui rend plus difficile pour elles d'évaluer la distance parcourue. Il est probable que certaines femmes du Nunavut qui ne connaissaient pas la distance parcourue pour accoucher ont en fait parcouru plus de 100 km.

Références

1. Grzybowski S, Kornelsen J, Cooper E. Rural maternity care services under stress: the experiences of providers. *Journal canadien de la médecine rural*. 2007;12(2):89–94.
2. Lynch N, Thommasen H, Anderson N, Grzybowski S. Does having cesarean section capability make a difference to a small rural maternity service? *Le médecin de famille canadien*. 2005;51(9):1238–9.
3. Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(4):384–91.
4. Couchie C, Sanderson S; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. A report on best practices for returning birth to rural and remote Aboriginal communities. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(3):250–60.

Numéros des questions : LB_Q04-Q07, LBD05IMP, LBD05MET

17 Accoucheur

Beverley O'Brien, David Young

Introduction

Le Canada et d'autres pays sont en proie à une pénurie et à une mauvaise répartition géographique des professionnels de la santé prenant en charge les soins de maternité^{1,2}. Les obstétriciens, gynécologues ou médecins de famille sont moins nombreux à prendre en charge les soins de maternité (en particulier l'accouchement), et l'augmentation du nombre de sages-femmes ne suffit pas pour compenser cette réduction¹. Les premières sages-femmes ont été autorisées en Ontario en 1992, et les soins des sages-femmes sont actuellement autorisés en vertu de la loi dans sept provinces (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse) et dans les Territoires du Nord-Ouest³ et financés par les fonds publics dans quatre provinces (Ontario, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba) et dans les Territoires du Nord-Ouest^{4,5}. Au Nunavut, les sages-femmes autorisées d'une province quelconque peuvent exercer et être rémunérées à la maison des naissances de Rankin Inlet⁴.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada appuie l'intégration des soins dispensés par des sages-femmes financés à même les fonds publics dans l'ensemble des provinces et des territoires⁶ et pilote à l'heure actuelle une initiative pour élaborer des modèles interprofessionnels de prise en charge des soins de maternité dans toutes les régions du pays⁷. Malgré cette évolution des choses, la proportion de naissances à l'hôpital sous la direction des sages-femmes en tant qu'accoucheuses au Canada demeure très faible⁸ et contraste avec les façons de faire observées dans d'autres pays à revenu élevé comme le Royaume-Uni⁹ et les Pays-Bas¹⁰ où les sages-femmes sont les accoucheuses dans 62 % et 37 % de toutes les naissances, respectivement.

Bien qu'on observe certaines similarités entre les professionnels de la santé en ce qui concerne le type de soins dispensés au moment de l'accouchement, dans le cas des femmes courant peu de risques sur le plan obstétrical, celles qui accouchent avec une sage-femme ont des taux plus faibles d'intervention obstétricale au cours du travail et de l'accouchement, notamment en ce qui concerne le déclenchement et l'accélération du travail, la surveillance fœtale électronique, l'anesthésie spinale, l'épisiotomie et la césarienne, comparativement aux femmes accouchées par des médecins¹¹.

Outre le fait d'avoir un accoucheur ou une accoucheuse compétents, la continuité du professionnel de la santé pour dispenser les soins – c'est-à-dire que les femmes soient suivies par le même professionnel de la santé ou un petit groupe de professionnels de la santé, tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale – est considérée comme bénéfique. Un examen systématique ayant comparé la continuité du professionnel de la santé (sages-femmes uniquement) et la non-continuité du professionnel de la santé (médecins et sages-femmes), a révélé que les femmes ayant

bénéficié d'une continuité de soins ont obtenu de meilleurs résultats, notamment des niveaux inférieurs de médicaments au cours de l'accouchement pour réduire la douleur et un plus haut degré de satisfaction. Toutefois, on ne sait pas si ces effets sont dus à la continuité des soins ou au type de professionnel de la santé¹².

L'EEM a interrogé les femmes sur le type de professionnel de la santé ayant mis au monde leur bébé et leur a demandé si elles avaient eu le même professionnel de la santé au cours de la grossesse et lors de l'accouchement. On leur a également demandé quelle importance elles accordaient au fait que le professionnel de la santé les ayant suivi au cours de leur grossesse soit présent à l'accouchement.

Résultats

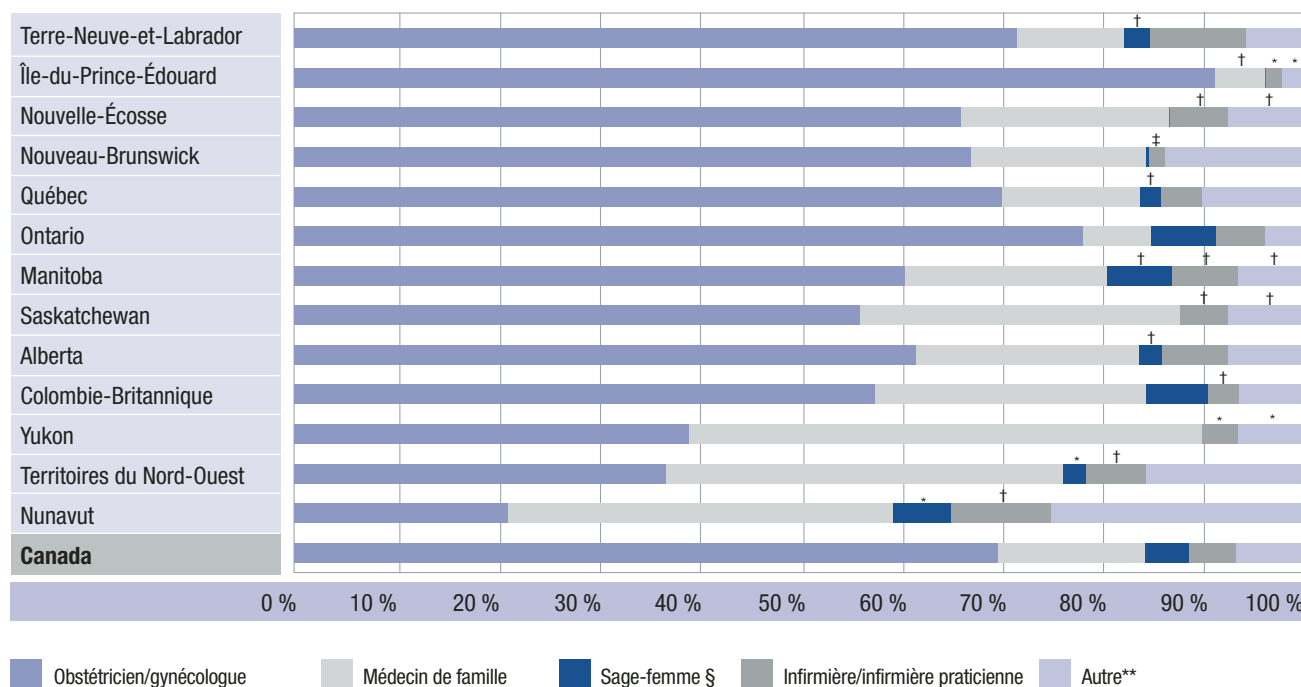
- Globalement, 69,6 % (IC 95 % : 68,5-70,8) des femmes ont indiqué que l'accoucheur ayant dispensé les soins primaires était un obstétricien ou un gynécologue. En outre, 14,6 % (IC 95 % : 13,8-15,5) ont décrit leur accoucheur comme un médecin de famille, 4,7 % (IC 95 % : 4,2-5,3) ont indiqué qu'il s'agissait d'une infirmière ou infirmière praticienne et 4,3 % (IC 95 % : 3,7-4,8) d'une sage-femme (figure 17.1).
- La proportion de femmes assistées principalement à l'accouchement par un obstétricien ou un gynécologue variait de 91,1 % (IC 95 % : 88,7-93,6) à l'Île-du-Prince-Édouard et 78,0 % (IC 95 % : 76,2-79,8) en Ontario à 36,8 % (IC 95 % : 31,2-42,4) dans les Territoires du Nord-Ouest et 21,1 % (IC 95 % : 14,6-27,5) au Nunavut. Plus de la moitié des femmes de chacune des provinces ont été assistées à l'accouchement par un obstétricien ou un gynécologue (figure 17.1).
- La proportion de femmes assistées principalement à l'accouchement par un médecin de famille variait de 50,8 % (IC 95 % : 45,0-56,6) au Yukon et 39,3 % (IC 95 % : 33,5-45,0) dans les Territoires du Nord-Ouest à 6,8 % (IC 95 % : 5,7-8,0) en Ontario et 5,0 %[†] (IC 95 % : 3,1-6,9) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 17.1).
- La proportion de femmes assistées principalement à l'accouchement par une infirmière ou une infirmière praticienne variait d'environ 10 % au Nunavut et Terre-Neuve-et-Labrador (9,9 %[†], IC 95 % : 5,3-14,6 et 9,5 %, IC 95 % : 6,6-12,4, respectivement) à 3,1 %[†] (IC 95 % : 1,7-4,4) en Colombie-Britannique et 1,6 %[†] (IC 95 % : 0,4-2,9) au Nouveau-Brunswick (figure 17.1).
- La proportion de femmes assistées principalement à l'accouchement par une sage-femme était d'environ 6 % au Manitoba, en Ontario et en Colombie-Britannique soit de 6,5 %[†] (IC 95 % : 4,0-8,9) de 6,4 % (IC 95 % : 5,3-7,5) et de 6,1 % (IC 95 % : 4,3-7,8), respectivement (figure 17.1).
- La moitié des femmes (49,4 %, IC 95 % : 48,1-50,7) ont indiqué qu'elles avaient été suivies par le même professionnel de la santé au cours de leur grossesse ainsi que pendant le travail et l'accouchement, les proportions variant de 76,5 % (IC 95 % : 71,6-81,5) au Yukon à 23,8 % (IC 95 % : 19,6-27,9) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 17.2).

- Parmi les femmes ayant été suivies par le même professionnel de la santé, la majorité (88,4 %, IC 95 % : 87,3-89,5) considérait qu'il était important d'être suivi par la même personne. Et parmi celles qui n'avaient pas eu le même professionnel de la santé, 42,3 % (IC 95 % : 40,5-44,1) considérait qu'il aurait été important d'être suivi par la même personne.
- Les multipares étaient plus nombreuses à avoir été suivies par le même professionnel de la santé au cours de la grossesse et de l'accouchement (51,5 %, IC 95 % : 49,8-53,1) comparativement aux primipares (46,9 %, IC 95 % : 45,0-48,8).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 17.1 Répartition du type d'accoucheur ayant assisté à l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

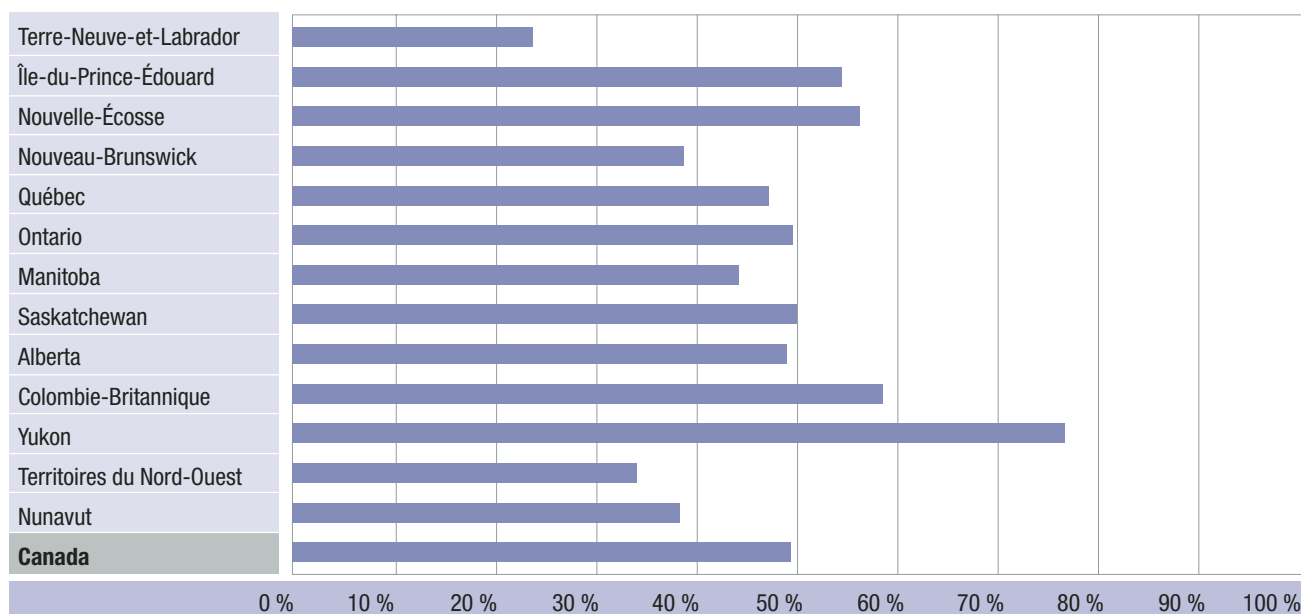
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ Les soins des sages-femmes sont actuellement autorisés en vertu de la loi dans sept provinces (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse) et dans les Territoires du Nord-Ouest³ et financés par les fonds publics dans quatre provinces (Ontario, Colombie-Britannique, Québec, Manitoba) et dans les Territoires du Nord-Ouest^{4,5}. Au Nunavut, les sages-femmes autorisées d'une province quelconque peuvent exercer et être rémunérées à la maison des naissances de Rankin Inlet⁴.

** La catégorie « Autre » inclut les professionnels de la santé dont le type n'a pas été précisé par les mères, notamment les médecins dont la spécialisation n'a pas été précisée.

Figure 17.2 Proportion de femmes ayant été suivies par le même professionnel de la santé pendant la grossesse et l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résumé

Globalement, plus des deux tiers (69,6 %) des femmes ont été assistées principalement à l'accouchement par un obstétricien ou un gynécologue, 14,6 % par un médecin de famille, 4,7 % par une infirmière ou une infirmière praticienne et 4,3 % par une sage-femme. La fréquence d'utilisation de chaque type d'accoucheur ou d'accoucheuse variait selon la province ou le territoire. La moitié (49,4 %) des femmes ont été suivies par le même professionnel de la santé pendant la grossesse et à l'accouchement et la majorité (88,4 %) d'entre elles considéraient qu'il était important d'être suivi par la même personne. Parmi les femmes qui n'ont pas été suivies par le même professionnel de la santé au cours de la grossesse et de l'accouchement, 42,3 % pensaient qu'il aurait été important d'être suivies par la même personne.

Limites

Les femmes ont défini la spécialité de leur médecin ou du type de professionnel de la santé en ayant recours à une variété de titres et, dans certains cas, le type de spécialité médicale n'est pas indiqué. Le terme sage-femme est un titre protégé dans les provinces ou territoires où l'exercice de la profession est légiféré. Cependant, de nombreuses femmes ayant été assistées à l'accouchement par des praticiennes non réglementées, dans le cas de certains accouchements à domicile, peuvent également les désigner sous l'appellation sages-femmes.

Références

1. Davis D, Lalonde AB. *Mémoire pour la consultation prébudgétaire de la SOGC* [Internet]. 2006 [cité le 3 janvier 2008]. Accessible à : http://www.sogc.org/projects/pdf/pre-budget-consult-2006_f.pdf.
2. Sheldon G. Globalization and health workforce shortage. *Surgery*. 2006;140(3):354–8.
3. Consortium canadien des ordres de sages-femmes. *Situation juridique de la profession de sage-femme au Canada* [Internet]. Août 2007 [cité le 11 juin 2008]. Accessible à : <http://cmrc-ccosf.ca/node/42>.
4. Hawkins M, Knox S. *The midwifery option: a Canadian guide to the birth experience*. Toronto (ON): Harper Collins; 2003.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *La profession de sage-femme* [Internet]. Avril 2007 [cité le 14 mai 2008]. Accessible à : <http://www.hlthss.gov.nt.ca/Careers/midwifery/default.asp>.
6. Comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La profession de sage-femme. Déclaration de principe de la SOGC, n° 126. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25(3):239.
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Une initiative pancanadienne reliée à la naissance. Un cadre pancanadien, inclusif, intégré et exhaustif visant l'offre durable de soins à la mère et à l'enfant, axés sur la famille* [Internet]. Janvier 2008 [cité le 3 mars 2008]. Accessible à : <http://www.sogc.org/projects/pdf/BirthingStrategyVersionJan2008F.pdf>.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Grossesse et accouchement : Qui fournit les soins? Dans : *Donner naissance au Canada. Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2004.
9. Redshaw M, Rowe R, Hockley C, Brocklehurst P. *Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006* [Internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2007 [cité le 10 juin 2008]. Accessible à : <http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/maternitysurveys/maternity-survey-report.pdf>.
10. Wieggers TA. Workload of primary-care midwives. *Midwifery*. 2007;23:425–32.
11. Rosenblatt RA, Dobie SA, Hart GL, Schneeweiss R, Gould D, Raine TR, et al. Interspecialty differences in obstetric care of low-risk women. *Am J Public Health*. 1997;87(3):344–51.
12. Hodnett E. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;1. Art. No.: CD000062. DOI: 10.1002/14651858.CD000062.

Numéros des questions : LB_Q08-Q11B

18 Type d'accouchement

Janusz Kaczorowski, Lily Lee

Introduction

Les types d'accouchement sont l'accouchement par voie vaginale spontané, l'accouchement par voie vaginale assisté par les forceps ou la ventouse obstétricale et l'accouchement par césarienne. L'accouchement par césarienne comprend deux catégories, soit l'accouchement par césarienne non prévu ou accouchement d'urgence, et l'accouchement par césarienne planifié ou électif, qui inclut l'accouchement par césarienne à la demande de la mère.

Dans l'*accouchement par voie vaginale spontané*, le bébé est né sans assistance chirurgicale ou autre (c.-à-d., sans forceps ni ventouse obstétricale). En 2004-2005, on estimait que 63,4 % des accouchements à l'hôpital au Canada étaient des accouchements par voie vaginale spontanés¹. Dans le cas de l'*accouchement par voie vaginale assisté*, on peut avoir recours soit aux forceps ou à la ventouse obstétricale pour aider à la délivrance d'un bébé lorsque l'accouchement par voie vaginale spontané n'a pas progressé de façon adéquate. Les deux techniques ont des indications similaires¹⁻³. Bien que l'utilisation de la ventouse obstétricale réduise le traumatisme maternel, comparativement aux forceps, et abaisse le taux de lésions faciales, la réduction des céphalohématomes et des hémorragies rétinienne associée à l'utilisation des forceps peut être considérée comme un bienfait compensatoire^{1,4,5}.

Le taux d'accouchement assisté a diminué au Canada, passant de 16,3 % des accouchements par voie vaginale en milieu hospitalier en 1995-1996 à 14,8 % en 2004-2005¹. Le taux d'accouchement assisté par ventouse obstétricale a progressé, passant de 9,4 % des accouchements par voie vaginale en milieu hospitalier en 1995-1996 à 10,3 % en 2004-2005, avec une diminution correspondante du taux d'accouchement à l'aide de forceps, qui a été ramené de 7,4 % des accouchements par voie vaginale en milieu hospitalier à 4,6 % au cours de la même période¹. On observe des variations considérables dans ces taux entre les différentes régions du Canada¹.

L'*accouchement par césarienne* est une procédure chirurgicale généralement exécutée lorsque l'accouchement par voie vaginale pourrait mettre en danger la vie de la mère ou du bébé, ou leur santé; toutefois, ces dernières années, elle a été exécutée à la demande de la mère ou sur avis de professionnels de la santé, sans indication médicale⁶. Le taux d'accouchement par césarienne au Canada continue d'augmenter, malgré les préoccupations croissantes concernant les raisons et les conséquences de cette tendance. Selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*, le taux est passé de 17,6 % en 1995-1996 à 25,6 % en 2004-2005, avec d'importantes variations entre les provinces et territoires¹.

L'*accouchement par césarienne planifié* est exécuté soit sur avis du professionnel de la santé ou à la demande de la mère, pour des raisons qui peuvent être ou non reliées à la santé de la mère ou à celle du bébé. Bien que la plupart des accouchements chirurgicaux planifiés ou d'urgence soient

considérés comme nécessaires sur le plan médical, la question de l'accouchement par césarienne planifié à la demande de la mère fait l'objet d'une controverse. Les bénéfices que l'on fait valoir pour la mère sont une réduction de l'incontinence urinaire et fécale, une réduction de la dysfonction sexuelle et le fait qu'on évite les complications du travail et l'anxiété associée à la peur du travail^{7,8}. Toutefois, ces allégations n'ont pas été étayées dans les études de suivi⁹. En outre, une étude canadienne récente indique une morbidité maternelle sévère trois fois plus élevée chez les femmes en bonne santé ayant eu un accouchement par césarienne planifié, comparativement à celles ayant eu un accouchement par voie vaginale planifié, même si la différence dans le risque absolu était minime¹⁰.

L'EEM a demandé aux femmes si elles avaient eu un accouchement par voie vaginale ou par césarienne. À celles ayant accouché par voie vaginale, on a demandé s'il avait fallu utiliser les forceps ou la ventouse obstétricale. On leur a également demandé si à un moment donné avant l'accouchement elles avaient demandé d'accoucher par césarienne ou si leur professionnel de la santé avait recommandé ce type d'accouchement. Les répondantes devaient également indiquer si la césarienne était planifiée ou non prévue. Les femmes qui ont eu un accouchement par césarienne planifié devaient préciser si les raisons étaient d'ordre médical ou non.

Résultats

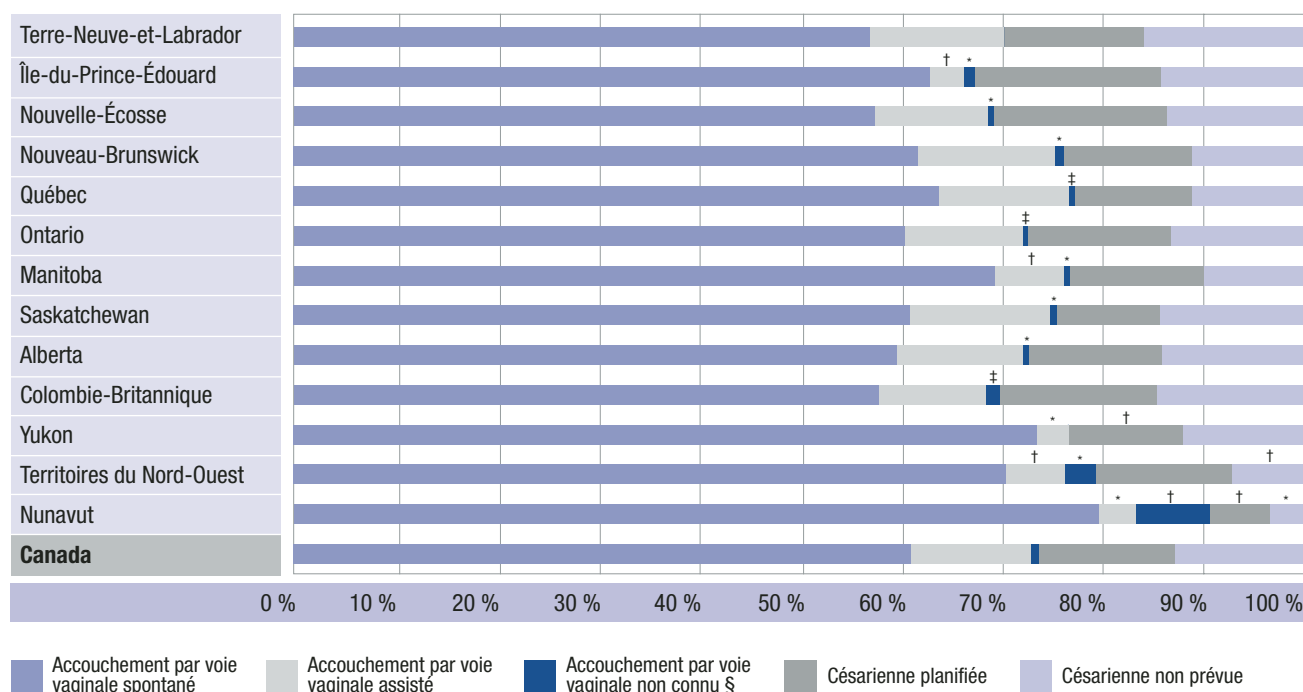
- Globalement, 73,7 % (IC 95 % : 72,5-74,8) des femmes ont accouché par voie vaginale, dont 61,1 % (IC 95 % : 59,9-62,4) ont eu un accouchement par voie vaginale spontané et 11,9 % (IC 95 % : 11,1-12,8) ont eu un accouchement par voie vaginale assisté (figure 18.1). La proportion de femmes ayant fait état d'un accouchement par voie vaginale assisté de la ventouse obstétricale était de 7,1 % (IC 95 % : 6,5-7,8). Quatre pour cent (3,6 %, IC 95 % : 3,1-4,1) des femmes ont eu un accouchement par voie vaginale assisté par les forceps et 1,2 % (IC 95 % : 0,9-1,4) ont eu un accouchement par voie vaginale assisté à la fois par les forceps et la ventouse obstétricale.
- Vingt-six pour cent (26,3 %, IC 95 % : 25,2-27,5) des femmes ont accouché par césarienne. La proportion variait de 32,6 % (IC 95 % : 28,8-36,3) à l'Île-du-Prince-Édouard et 30,8 % (IC 95 % : 26,7-34,9) en Nouvelle-Écosse à 20,5 % (IC 95 % : 15,8-25,3) dans les Territoires du Nord-Ouest et 9,3 %[†] (IC 95 % : 4,9-13,6) au Nunavut (figure 18.1).
- La proportion d'accouchement par césarienne a augmenté avec l'âge maternel, passant d'environ 20 % pour les femmes de moins de 25 ans (20,4 %, IC 95 % : 15,6-25,2, et 19,7 %, IC 95 % : 16,8-22,5 des femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, respectivement), à 42,6 % (IC 95 % : 34,9-50,3) pour les femmes âgées de 40 ans ou plus (figure 18.2). La proportion de femmes ayant accouché par césarienne était plus élevée chez les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité élevé (figure 18.3) et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu.
- Treize pour cent (13,5 %, IC 95 % : 12,6-14,3) des femmes ont eu un accouchement par césarienne planifié. La proportion variait de 18,5 % (IC 95 % : 15,3-21,7) à l'Île-du-Prince-Édouard et 17,2 % (IC 95 % : 13,7-20,6) en Nouvelle-Écosse à 10,2 % (IC 95 % : 7,4-13,0) en Saskatchewan et 5,9 %[†] (IC 95 % : 2,3-9,4) au Nunavut (figure 18.1). La proportion de femmes dont la césarienne était

planifiée a augmenté avec l'âge (figure 18.2) et était plus élevée pour les multipares et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu.

- Parmi les femmes dont la césarienne était planifiée, 86,7 % (IC 95 % : 84,4-89,1) ont fait état de raisons médicales. La proportion de ces cas a augmenté avec l'âge maternel et le niveau de scolarité et elle était supérieure chez les primipares.
- À un moment donné pendant la grossesse, avant le travail ou l'accouchement, 8,1 % (IC 95 % : 7,4-8,7) des femmes ont demandé à leur professionnel de la santé d'accoucher par césarienne. Ce pourcentage inclut 5,3 % (IC 95 % : 4,7-5,8) des multipares qui avaient eu auparavant un accouchement par césarienne.
- Seize pour cent (15,8 %, IC 95 % : 14,8-16,7) des femmes ont indiqué que leur professionnel de la santé avait recommandé une césarienne à un moment donné pendant la grossesse, avant le début du travail.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 18.1 Répartition du type d'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



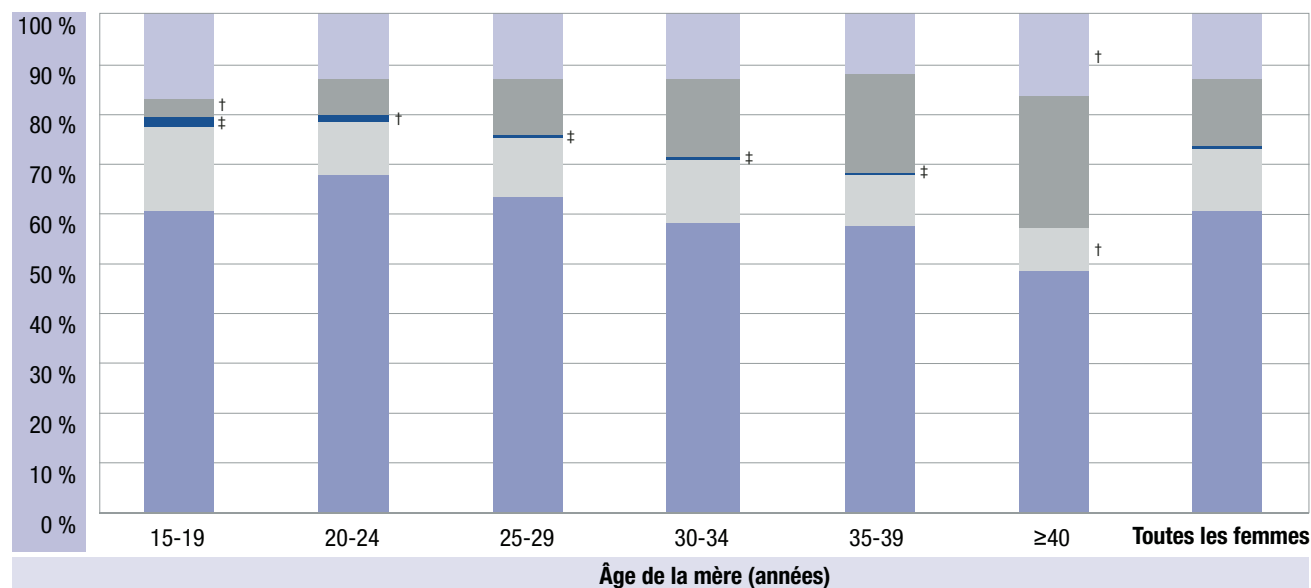
* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

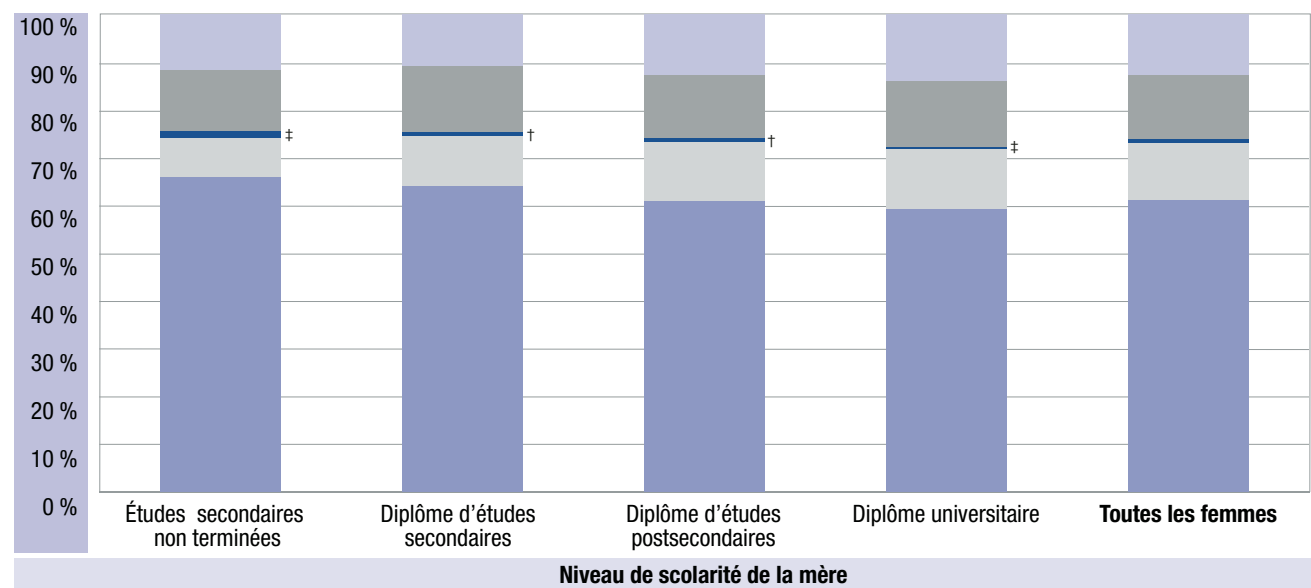
§ Se rapporte aux femmes qui ont accouché par voie vaginale mais n'ont pas indiqué si on avait utilisé les forceps ou la ventouse obstétricale.

Figure 18.2 Répartition du type d'accouchement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.
 ‡ Coefficient de variation >33,3 %.
 § Se rapporte aux femmes qui ont accouché par voie vaginale mais n'ont pas indiqué si on avait utilisé les forceps ou la ventouse obstétricale.

Figure 18.3 Répartition du type d'accouchement, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.
 ‡ Coefficient de variation >33,3 %.
 § Se rapporte aux femmes qui ont accouché par voie vaginale mais n'ont pas indiqué si on avait utilisé les forceps ou la ventouse obstétricale.

Résumé

Environ les trois quarts (73,7 %) des femmes ont donné naissance à leur bébé par voie vaginale. Les accouchements par césarienne (26,3 %) étaient plus fréquents chez les femmes des groupes d'âge supérieur, les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité élevé et les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu. Peu (8,1 %) de femmes ont demandé à leur professionnel de la santé une césarienne à un moment donné pendant la grossesse. Ce pourcentage inclut 5,3 % de multipares ayant eu un accouchement par césarienne auparavant.

Limites

L'EEM n'a pas demandé pas aux femmes pourquoi le professionnel de la santé avait recommandé une césarienne ou pourquoi elles avaient demandé elles-mêmes une césarienne.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Donner naissance au Canada. Un profil régional*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2004.
3. Vacca A. Vacuum-assisted delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;16(1):17–30.
4. Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 1998;(4). Art. No.: CD000224. DOI: 10.1002/14651858.CD000224.
5. McQuivey RW. Vacuum-assisted delivery: a review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004;16(3):171–9.
6. National Institutes of Health. State-of-the-science conference statement: cesarean delivery on maternal request. March 27–29, 2006. *Obstet Gynecol*. 2006;107(6):1386–97.
7. MacArthur C, Glazener C, Wilson D, Lancashire R, Herbison G, Grant A. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six year longitudinal study. *BJOG*. 2006;113(2):218–24.
8. Bump R. Advising prospective mothers about the maternal morbidity of vaginal childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(4):823.
9. Klein M, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and cesarean births. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(4):332–9.
10. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS; pour le Groupe d'étude sur la santé maternelle du Système canadien de surveillance périnatale. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *JAMC*. 2007;176(4):455–60.

Numéros des questions : LB_Q18, CS_Q01-Q03, VB_Q01A-Q01B, PC_Q09-Q10

19 Position pour accoucher

Lily Lee, Beverley Chalmers

Introduction

Nombreux sont ceux qui estiment que le décubitus dorsal (position couchée sur le dos) pour l'accouchement est plus pratique pour l'accoucheur et plus confortable pour les femmes¹. Selon un examen systématique, comparativement au décubitus dorsal ou à la position gynécologique (position de décubitus dorsal avec les jambes reposant sur des étriers), l'utilisation de la station debout ou du décubitus latéral (position couchée sur le côté) pour accoucher était associée à un deuxième stade du travail plus court, à une légère réduction des accouchements assistés par voie vaginale, à une baisse des épisiotomies, à une diminution de la douleur signalée par la mère au deuxième stade du travail et à un nombre moins élevé de tracés anormaux du rythme cardiaque, mais à une plus grande perte estimative de sang et à un plus grand nombre de déchirements du périnée².

Santé Canada recommande que les femmes reçoivent de l'information adéquate sur les diverses positions pour accoucher afin de faire un choix informé et d'accoucher dans la position qu'elles jugent la plus confortable³. L'Organisation mondiale de la santé se prononce contre l'utilisation systématique du décubitus dorsal pour accoucher et inclut une position autre que le décubitus dorsal parmi les cinq indicateurs clés d'une gestion efficace du travail normal⁴.

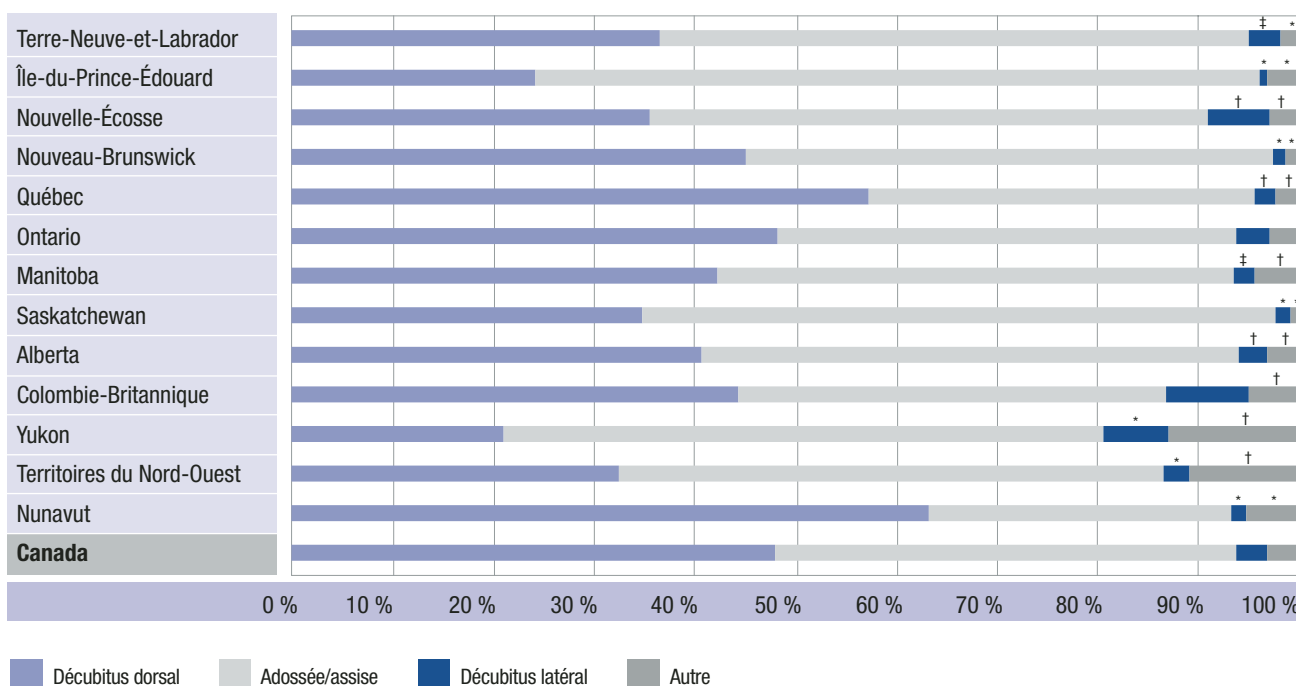
L'EEM a demandé aux femmes ayant accouché par voie vaginale dans quelle position elles se trouvaient au moment de la naissance. En outre, on a demandé aux femmes ayant accouché par voie vaginale qui n'étaient pas en décubitus latéral au moment de la naissance si leurs jambes étaient placées dans des étriers.

Résultats

- La position la plus fréquente signalée par les femmes ayant accouché par voie vaginale était le décubitus dorsal (47,9 %, IC 95 % : 46,4-49,4), suivi par la position adossée ou assise (45,8 %, IC 95 % : 44,3-47,3). Trois pour cent (3,3 %, IC 95 % : 2,8-3,9) des femmes ont accouché en décubitus latéral et 3,0 % (IC 95 % : 2,5-3,5) dans d'autres positions (figure 19.1).
- L'utilisation du décubitus dorsal pour accoucher variait grandement selon les provinces et territoires, allant de 63,3 % (IC 95 % : 56,0-70,6) au Nunavut et 57,2 % (IC 95 % : 54,2-60,2) au Québec, à 24,2 % (IC 95 % : 19,9-28,4) à l'Île-du-Prince-Édouard et 21,1 % (IC 95 % : 15,7-26,5) au Yukon (figure 19.1).

- Plus de la moitié (57,0 %, IC 95 % : 55,5-58,5) des femmes ayant accouché par voie vaginale qui n'étaient pas en décubitus latéral ont indiqué que leurs jambes reposaient dans des étriers au moment de la naissance. L'utilisation d'étriers pendant l'accouchement par voie vaginale variait de 73,4 % (IC 95 % : 70,6-76,3) au Québec et 70,4 % (IC 95 % : 65,8-75,0) à l'Île-du-Prince-Édouard à 39,2 % (IC 95 % : 32,4-46,0) au Yukon et 37,7 % (IC 95 % : 31,9-43,5) en Nouvelle-Écosse (figure 19.2). L'utilisation d'étriers était plus courante chez les femmes de moins de 30 ans que chez les femmes plus âgées.
- Quarante-neuf pour cent (49,3 %, IC 95 % : 47,0-51,6) des primipares et 46,6 % (IC 95 % : 44,5-48,6) des multipares ont accouché en position couchée sur le dos. La proportion de mères primipares ayant leurs jambes reposant dans des étriers était plus élevée que celles des mères multipares (59,5 %, IC 95 % : 57,3-61,8 par rapport à 55,2 %, IC 95 % : 53,2-57,3).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu utilisaient dans une moins grande proportion la position couchée sur le dos pour accoucher par voie vaginale que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu était au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (45,4 %, IC 95 % : 43,6-47,2 et 52,6 %, IC 95 % : 49,2-56,1, respectivement).

Figure 19.1 Répartition des positions pour accoucher adoptées par les femmes ayant accouché par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

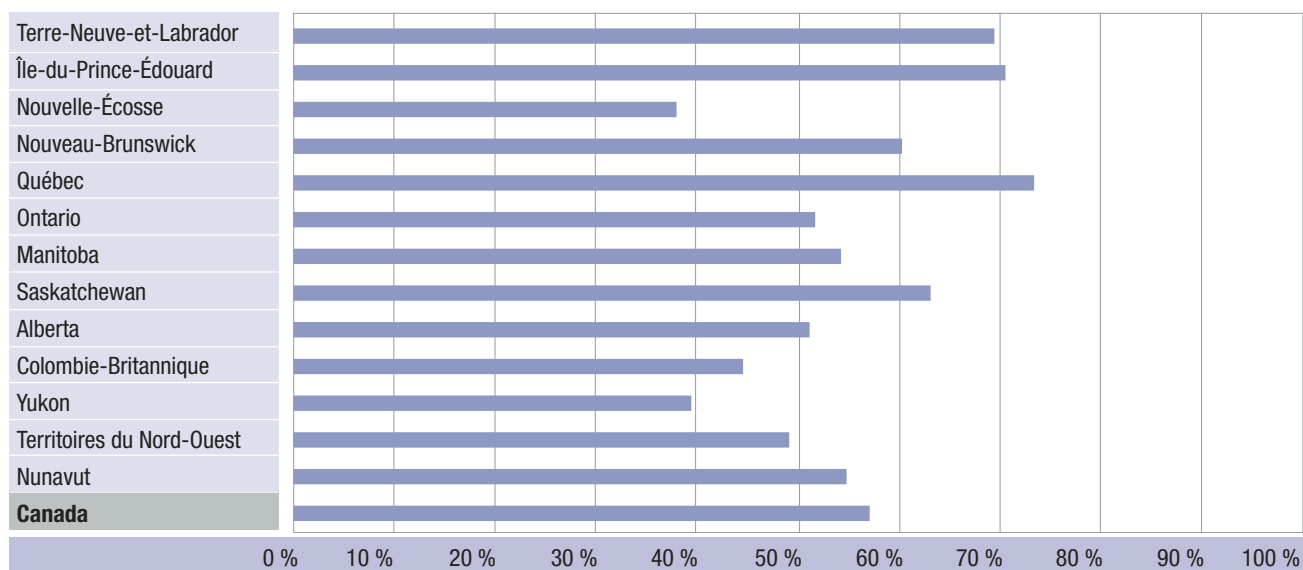


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 19.2 Proportion de femmes ayant accouché par voie vaginale et ne se trouvant pas en décubitus latéral au moment de la naissance qui ont utilisé des étriers, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résumé

Près de la moitié (47,9 %) des femmes qui ont accouché par voie vaginale ont signalé être en position couchée sur le dos au moment de la naissance. On a relevé une variation importante dans l'utilisation de cette position entre les provinces et les territoires. Plus de la moitié (57,0 %) des femmes ayant accouché par voie vaginale qui ne se trouvaient pas en position couchée sur le côté au moment de la naissance ont signalé que leurs jambes reposaient dans des étriers.

Limites

L'EEM n'a pas demandé si la position adoptée pour accoucher était le résultat du choix de la femme, la préférence du professionnel de la santé ou si cette position était médicalement nécessaire. On n'a pas posé non plus aux femmes en décubitus dorsal de questions sur la position couchée sur le dos avec inclinaison, et les repose-pieds du lit d'accouchement peuvent avoir été pris pour des étriers.

Références

1. Mayberry LJ, Wood SH, Strange LB, Lee L, Heisler DR, Neilson-Smith K. Managing second-stage labour. *AWHONN Lifelines*. 1999;3(6):28-34.
2. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;1. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
3. Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* [Internet]. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2000. N° de catalogue : H39-527/2000F. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1-fra.php>.
4. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth*. 2001;28(2):79-83.

Numéros des questions : VB_Q04-Q05

20 Déclenchement ou accélération du travail

Lily Lee, David Young

Introduction

La définition clinique du déclenchement du travail est la suivante : enclenchement artificiel du travail avant qu'il ne débute spontanément¹. Le déclenchement du travail est souvent nécessaire lorsque la poursuite de la grossesse présente un risque pour la mère ou le fœtus. En 2004-2005, le taux de déclenchement du travail, défini comme le recours à des moyens médicaux ou chirurgicaux pour déclencher le travail, s'élevait à 21,8 % au Canada². Des études rétrospectives et des rapports de bases de données ont mis en évidence une association entre le déclenchement du travail et des taux plus élevés d'anomalie dans le rythme cardiaque fœtal, l'hyperstimulation utérine, la rupture utérine, l'accouchement assisté par voie vaginale et l'accouchement par césarienne³. Toutefois, des essais cliniques randomisés, accompagnés d'une analyse d'intention de traitement, portant sur les deux raisons les plus courantes du déclenchement du travail (grossesse prolongée et rupture prématurée de la membrane amniotique) n'ont pas corroboré ces résultats, n'observant ni une hausse ni une baisse des accouchements par césarienne^{4,5}.

Quand le travail s'est déclenché spontanément, l'amniotomie ou l'administration d'oxytocine sont utiles pour accroître les contractions utérines inadéquates ou le travail qui progresse lentement⁶. Ces interventions sont appelées accélération du travail par les cliniciens. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande l'administration de l'ocytocine avant qu'on n'envisage toute intervention chirurgicale⁷. Toutefois, l'accélération précoce systématique du travail au moyen de l'amniotomie et de l'oxytocine chez les nullipares dont le travail se déroule normalement n'a pas été associée à une réduction cliniquement significative des accouchements par césarienne ou de meilleurs résultats sur le plan obstétrique ou néonatal⁸.

L'EEM a demandé aux femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale si leur professionnel de la santé avait essayé de déclencher ou d'accélérer le travail au moyen de médicaments ou d'autres techniques.

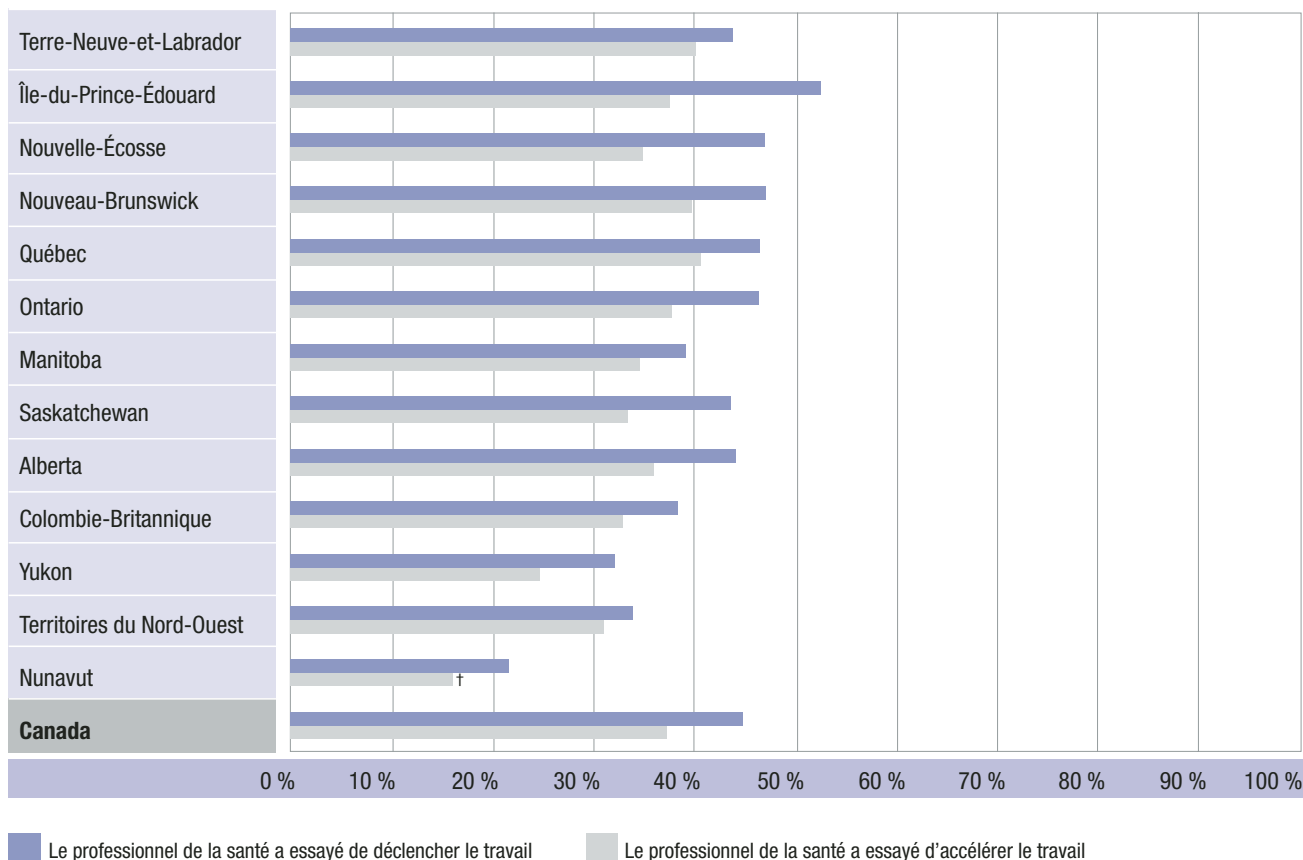
Nota : Les questions de l'EEM sur le déclenchement ou l'accélération du travail peuvent ne pas correspondre aux définitions cliniques du déclenchement et de l'accélération du travail. Par conséquent, il se peut que des femmes aient signalé des actes autres que ceux couverts par les définitions cliniques.

Résultats

- Environ 45 % (44,8 %, IC 95 % : 43,4-46,1) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé que leur professionnel de la santé avait essayé de déclencher le travail au moyen de médicaments ou d'une autre technique. Cette proportion variait considérablement entre les provinces et territoires, allant de 52,5 % (IC 95 % : 47,7-57,2) à l'Île-du-Prince-Édouard et 47,0 % (IC 95 % : 41,3-52,6) au Nouveau-Brunswick à 32,1 % (IC 95 % : 26,0-38,1) au Yukon et 21,6 % (IC 95 % : 15,6-27,6) au Nunavut (figure 20.1).
- Une proportion moindre de femmes ayant accouché par voie vaginale ont signalé que leur professionnel de la santé avait essayé de déclencher le travail (42,1 %, IC 95 % : 40,6-43,5) par rapport à celles qui avaient tenté d'accoucher par voie vaginale, mais avaient fini par accoucher par césarienne (65,0 %, IC 95 % : 61,0-69,0). Les primipares étaient également proportionnellement plus nombreuses que les multipares à avoir signalé qu'on avait essayé de déclencher leur travail (50,7 %, IC 95 % : 48,7-52,7 et 39,4 %, IC 95 % : 37,5-41,4, respectivement).
- Trente-sept pour cent (37,3 %, IC 95 % : 36,0-38,6) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé que leur professionnel de la santé avait essayé d'accélérer le travail au moyen de médicaments ou d'une autre technique. La proportion de femmes qui ont signalé que leur professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail variait selon les provinces et territoires, allant de 40,6 % (IC 95 % : 37,7-43,5) au Québec et 40,1 % (IC 95 % : 34,8-45,4) à Terre-Neuve-et-Labrador à 24,7 % (IC 95 % : 19,1-30,4) au Yukon et 16,1 %[†] (IC 95 % : 10,6-21,5) au Nunavut (figure 20.1).
- Une proportion moindre de femmes ayant accouché par voie vaginale ont indiqué que leur professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail (34,7 %, IC 95 % : 33,4-36,1) par rapport à celles qui avaient tenté d'accoucher par voie vaginale, mais qui avaient fini par accoucher par césarienne (56,7 %, IC 95 % : 52,6-60,8). Le pourcentage de primipares signalant que leur professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail était plus élevé que celui des mères multipares (44,7 %, IC 95 % : 42,8-46,7 et 30,8 %, IC 95 % : 28,9-32,6, respectivement). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu étaient proportionnellement plus nombreuses à signaler que leur professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail (38,8 %, IC 95 % : 37,2-40,3) que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (32,7 %, IC 95 % : 29,7-35,8).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 20.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le professionnel de la santé a essayé de déclencher ou d'accélérer le travail, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Résumé

Globalement, près de la moitié (44,8 %) des femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé que leur professionnel de la santé avait essayé de déclencher leur travail au moyen de médicaments ou d'autres techniques, et plus du tiers (37,3 %) ont indiqué que le professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail. Ces proportions variaient entre les provinces et territoires. On avait administré des médicaments ou utilisé d'autres techniques pour déclencher le travail à près des deux tiers (65,0 %) des femmes qui ont accouché par césarienne après avoir tenté d'accoucher par voie vaginale.

Limites

Il se peut que des femmes aient interprété le déclenchement ou l'accélération de leur travail différemment des définitions cliniques. Par conséquent, les femmes ont peut-être signalé des actes autres que ceux couverts par ces définitions. Par exemple, elles ont peut-être interprété le décollement des membranes (c.-à-d., la séparation manuelle de la membrane amniotique de la partie inférieure de l'utérus) comme un acte de déclenchement du travail, et elles peuvent avoir considéré le déclenchement soutenu ou d'autres techniques non médicales (p. ex., la stimulation des mamelons ou même la marche) comme une accélération du travail. Cette différence d'interprétation explique probablement l'important écart entre l'EEM et le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*, dans le taux de déclenchement du travail (44,8 % par rapport à 21,8 % respectivement). L'EEM n'a pas demandé aux femmes de préciser la technique employée pour déclencher ou accélérer le travail. L'information sur les raisons du déclenchement ou de l'accélération n'a pas été recueillie ni l'information sur l'âge gestationnel auquel le travail a été déclenché.

Références

1. Crane J; Comité de médecine fœto-maternelle, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Le déclenchement du travail à terme. Directive clinique de la SoGC, n° 107. *J Obstet Gynaecol Can.* 2001;23(8):717–28.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
3. Glantz JC. Elective induction vs. spontaneous labour associations and outcomes. *J Repr Med.* 2005;50(4):235–40.
4. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;4. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub2.
5. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *NEJM.* 1996;334(16):1005–10.
6. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;2. Art. No.: CD000015. DOI: 10.1002/14651858.CD000015.pub2.
7. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dystocie*. Directive clinique de la SOGC, n° 40. Ottawa : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 1995.
8. Fraser W, Vendittelli F, Krauss I, Breart G. Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(2):189–94.

Numéros des questions : VB_Q05-Q06

21 Monitoringage fœtal électronique

David Young, Lily Lee, Beverley Chalmers

Introduction

Au début des années 1900, l'auscultation intermittente du rythme cardiaque du fœtus était devenue la principale méthode de surveillance de la santé fœtale intrapartum¹. L'évaluation continue du rythme cardiaque fœtal est devenue possible dans les années 1960 grâce à l'appareil électronique de monitoringage fœtal. On a tenu pour acquis et vite accepté, sans confirmation au moyen d'essais cliniques randomisés, que la disponibilité et l'interprétation d'un tracé continu serait plus utile qu'une évaluation intermittente². Exception faite d'une réduction des convulsions néonatales (morbidity à court terme), une méta-analyse évaluant le monitoringage fœtal électronique (MFE) par rapport à l'auscultation intermittente n'a mis en évidence aucun avantage pour le nouveau-né pour ce qui est de la mortalité ou de la morbidité marquée à long terme, comme la paralysie cérébrale³. On a également fait une constatation importante et préoccupante relativement à l'utilisation du MFE : une augmentation des interventions, par exemple des accouchements par césarienne, des accouchements par voie vaginale assistés et le recours à l'anesthésie³.

Même si des preuves de qualité appuient le recours à l'auscultation intermittente (p. ex., stéthoscope, Doppler) en tant que technique adéquate pour surveiller la santé fœtale pendant un travail normal⁴, le MFE demeure grandement utilisé dans le cadre des soins intrapartum réguliers. Dans le cadre d'une enquête récente sur les politiques et pratiques courantes adoptées dans les hôpitaux canadiens offrant des soins de maternité, 85 % des hôpitaux ont indiqué que presque toutes les femmes avaient eu un MFE à l'admission⁵. Aux États-Unis, selon une enquête menée auprès des femmes qui avaient accouché récemment, le MFE était utilisé à un moment donné pendant le travail dans 94 % des naissances vivantes⁶. Les directives cliniques canadiennes recommandent le recours à l'auscultation intermittente à des fins de surveillance fœtale pendant le travail spontané chez les femmes en bonne santé accouchant à terme, qui ne présentent aucun facteur de risque de résultats périnataux défavorables⁴.

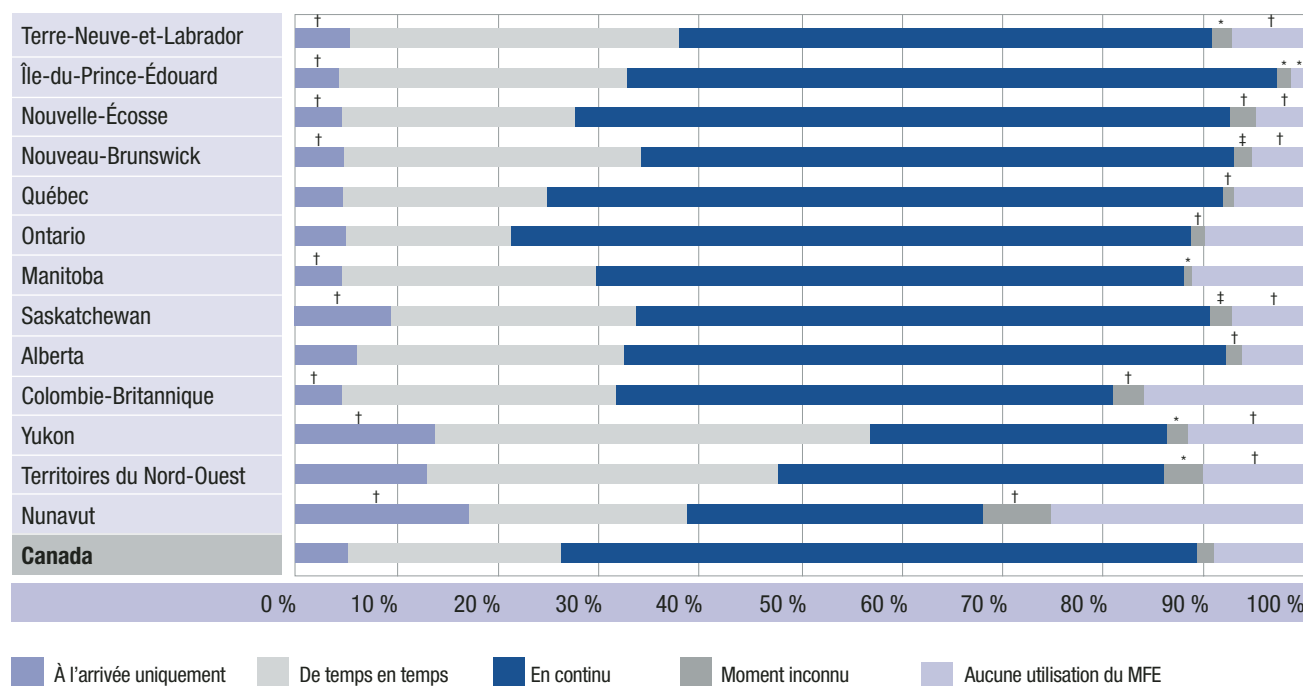
L'EEM a demandé aux femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale si elles étaient branchées à un appareil de MFE. Le cas échéant, on leur demandait quand le MFE avait été utilisé (c.-à-d., à l'arrivée ou à l'admission, de temps en temps pendant le travail ou continuellement). On a également demandé aux femmes si le rythme cardiaque du bébé avait été surveillé à l'aide d'un autre instrument, comme un stéthoscope, un appareil Doppler ou un fœtoscope.

Résultats

- Globalement, 90,8 % (IC 95 % : 90,0-91,6) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé un MFE à un moment donné pendant le travail. Cette proportion variait selon la région, de 98,6 % (IC 95 % : 97,5-99,7) à l'Île-du-Prince-Édouard à 74,8 % (IC 95 % : 67,9-81,7) au Nunavut (figure 21.1).

- On a eu recours à une utilisation continue pour 62,9 % (IC 95 % : 61,5-64,2) des femmes; 21,1 % (IC 95 % : 19,9-22,3) ont fait état d'une utilisation intermittente et 5,2 % (IC 95 % : 4,6-5,8) d'une utilisation au moment de l'admission, mais plus par la suite. Ces modes d'utilisation du MFE variaient considérablement selon la région (figure 21.1).
- L'utilisation du MFE à un certain moment durant le travail était plus élevée chez les primipares (94,0 %, IC 95 % : 93,0-94,9) que chez les multipares (87,9 %, IC 95 % : 86,6-89,2).
- Le rythme cardiaque fœtal était surveillé au moyen d'un stéthoscope, d'un appareil Doppler ou d'un fœtoscope chez 32,3 % (IC 95 % : 31,0-33,7) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, mais cette proportion variait grandement selon la région. La surveillance au moyen de ces méthodes variait de 48,3 % (IC 95 % : 41,9-54,7) dans les Territoires du Nord-Ouest et environ 43 % au Yukon et en Colombie-Britannique (43,9 %, IC 95 % : 37,3-50,5 et 43,4 %, IC 95 % : 39,0-47,8, respectivement) à 21,8 % (IC 95 % : 17,9-25,8) à l'Île-du-Prince-Édouard et 20,4 % (IC 95 % : 15,8-25,1) au Nouveau-Brunswick (figure 21.2).
- Quarante-trois pour cent (42,7 %, IC 95 % : 33,5-52,0) des femmes âgées de 40 ans ou plus ont fait état d'une surveillance du rythme cardiaque du fœtus au moyen d'un stéthoscope, d'un appareil Doppler ou d'un fœtoscope par rapport à 27,3 % (IC 95 % : 21,4-33,2) des femmes les plus jeunes (figure 21.3).
- La proportion de femmes chez lesquelles le rythme cardiaque fœtal avait été surveillé par auscultation uniquement, au moyen d'un stéthoscope, d'un appareil Doppler ou d'un fœtoscope (c'est-à-dire qu'on n'avait eu du tout recours au MFE pendant le travail) se chiffrait à 6,5 % (IC 95 % : 5,8-7,3).

Figure 21.1 Répartition de l'utilisation du monitoring fœtal électronique (MFE) pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 21.2 Proportion de l'utilisation du stéthoscope, de l'appareil Doppler ou du fœtoscope pour surveiller le rythme cardiaque du bébé pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

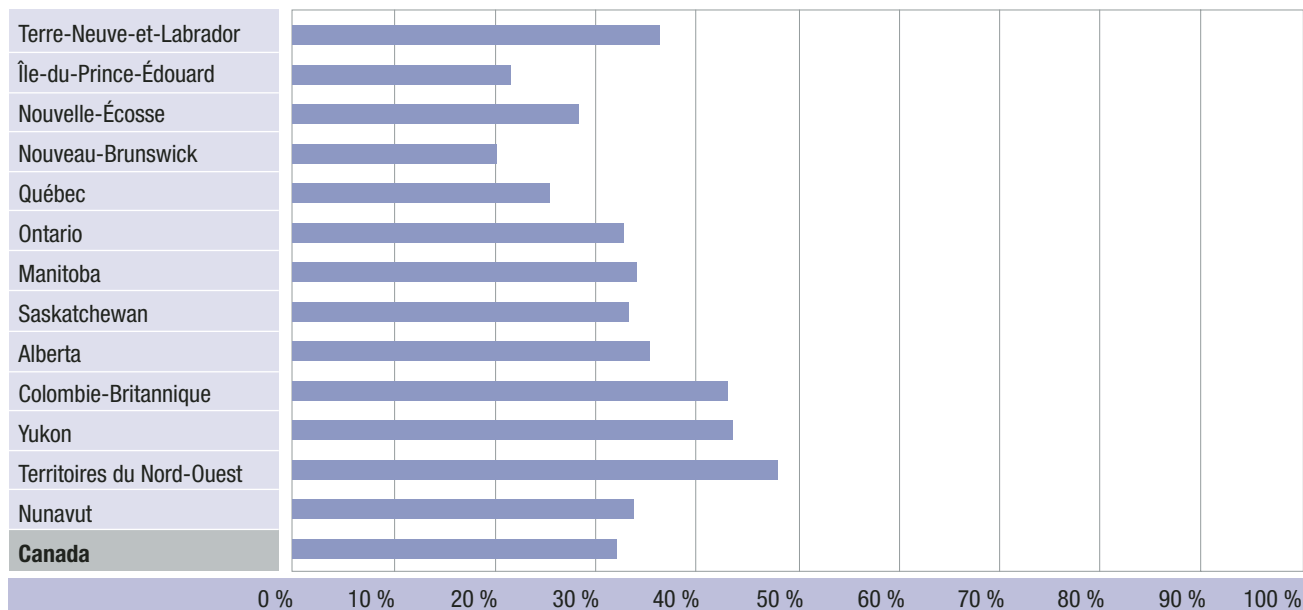
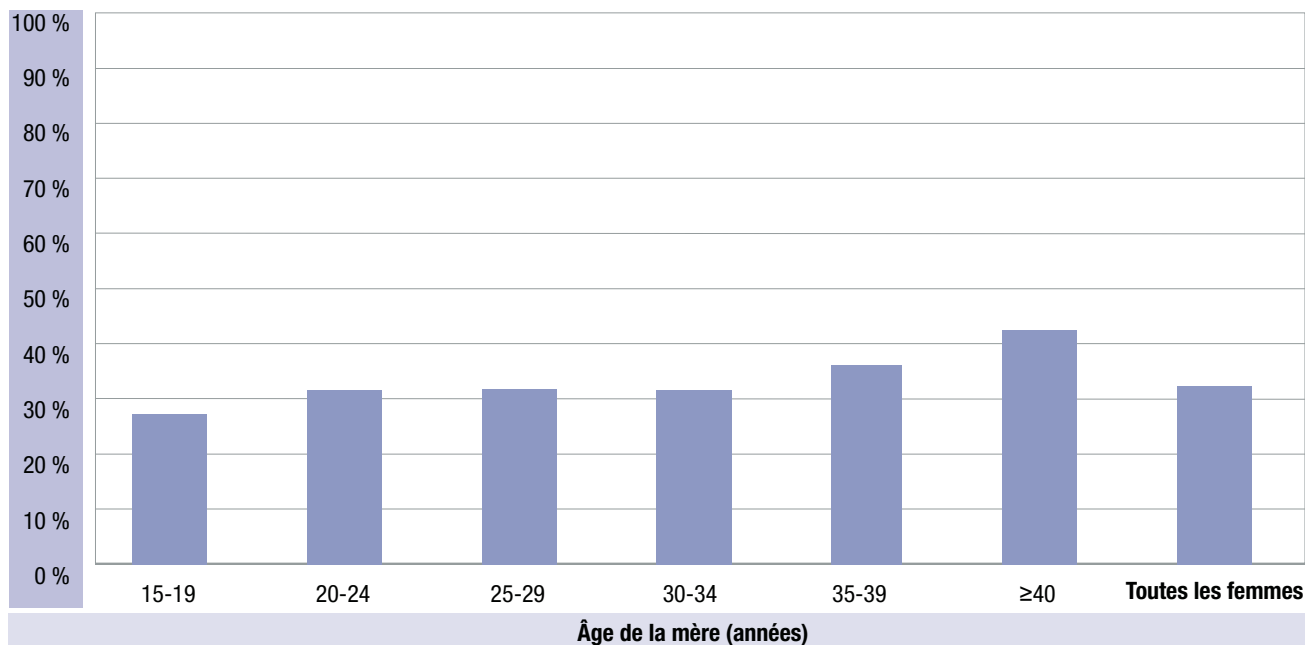


Figure 21.3 Proportion de l'utilisation du stéthoscope, de l'appareil Doppler ou du fœtoscope pour surveiller le rythme cardiaque du bébé pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

Parmi les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, 90,8 % ont fait état d'un monitoring fœtal électronique (MFE) à un moment donné pendant le travail et 62,9 % ont fait part d'une utilisation continue du MFE. Le recours au MFE diminuait plus l'âge de la mère augmentait, et était plus élevé chez les primipares que chez les multipares. Chez une petite proportion (6,5 %) de femmes, l'auscultation du rythme cardiaque du fœtus a été effectuée pendant le travail uniquement au moyen d'un stéthoscope, d'un appareil Doppler ou d'un fœtoscope (c'est-à-dire que le MFE n'a pas du tout été utilisé pendant le travail).

Limites

L'EEM n'a pas pu faire la distinction entre les techniques utilisées pour l'auscultation intermittente (c.-à-d., stéthoscope, appareil Doppler ou fœtoscope). Les femmes peuvent avoir confondu l'auscultation intermittente au moyen d'un appareil Doppler portatif avec une « autre méthode » ou éventuellement avec le MFE ou le stéthoscope. Aucune question sur le MFE n'a été posée aux femmes ayant accouché par césarienne qui n'ont pas tenté d'accoucher par voie vaginale.

Références

1. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. Haverkamp AD, Thompson HE, McFee JF, Cetrulo C. The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1976;125(3):310–20.
3. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.
4. Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal Health Surveillance Consensus Committee, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Directive clinique de la SOGC, n° 197. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(9 Suppl 4):S3–56.
5. Hanvey L, Levitt C, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Bartholomew S; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien de la santé infantile. *Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens 2007*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada. Sous presse 2009.
6. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection; 2006.

Numéros des questions : VB_Q10-Q13

22 Rasage du pubis, lavement et poussée sur l'abdomen

Janusz Kaczorowski, David Young

Introduction

Le recours fréquent ou courant au rasage du pubis et à l'administration de lavements ou de suppositoires aux femmes en travail est remis en question depuis des dizaines d'années. Le rasage du périnée avant le travail était une procédure systématique pour les femmes au Canada puisqu'on croyait qu'il réduisait le risque d'infection en cas de déchirement ou d'épisiotomie^{1,2}. Cependant, rien ne permet de corroborer ces affirmations¹⁻⁴. De plus, les données indiquent que le rasage provoque un inconfort, de la gêne et des microlacérations^{2,5} ainsi que de l'irritation et des démangeaisons lorsque les poils repoussent^{1,2}.

Par ailleurs, les lavements ou les suppositoires administrés pour faciliter l'élimination intestinale en vue de l'accouchement étaient supposés réduire le risque d'infection et de contamination fécale et de raccourcir le travail^{3,5,6}. Cependant, les différences dans la durée du travail et la réduction des taux d'infection ne sont pas étayées par les données existantes^{1,3,5}. De surcroît, les lavements sont désagréables et peuvent être embarrassants⁶.

Il existe une autre intervention de longue date, soit pousser sur le dessus de l'abdomen de la mère pour accroître la pression intra-abdominale afin de faciliter l'accouchement par voie vaginale. Dans une enquête menée aux États-Unis, 17 % des femmes ont indiqué que leur professionnel de la santé avait poussé sur leur abdomen pendant l'accouchement⁷. Par contre, on dispose de peu de données tendant à confirmer cette pratique.

Selon une étude de 2007 portant sur les politiques et pratiques courantes adoptées dans les hôpitaux canadiens offrant des soins de maternité, 96 % des hôpitaux avaient pour politique de ne pas raser le pubis des femmes à leur admission et 88 % interdisaient l'administration d'un lavement ou de suppositoires à leur admission⁴.

L'EEM a demandé aux femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale si leur pubis ou les poils autour du vagin avaient été rasés en vue de l'accouchement. On a également demandé à ces femmes si on leur avait administré un lavement en vue de l'accouchement ou si quelqu'un avait poussé sur le dessus de leur abdomen pour faire descendre le bébé pendant l'accouchement par voie vaginale.

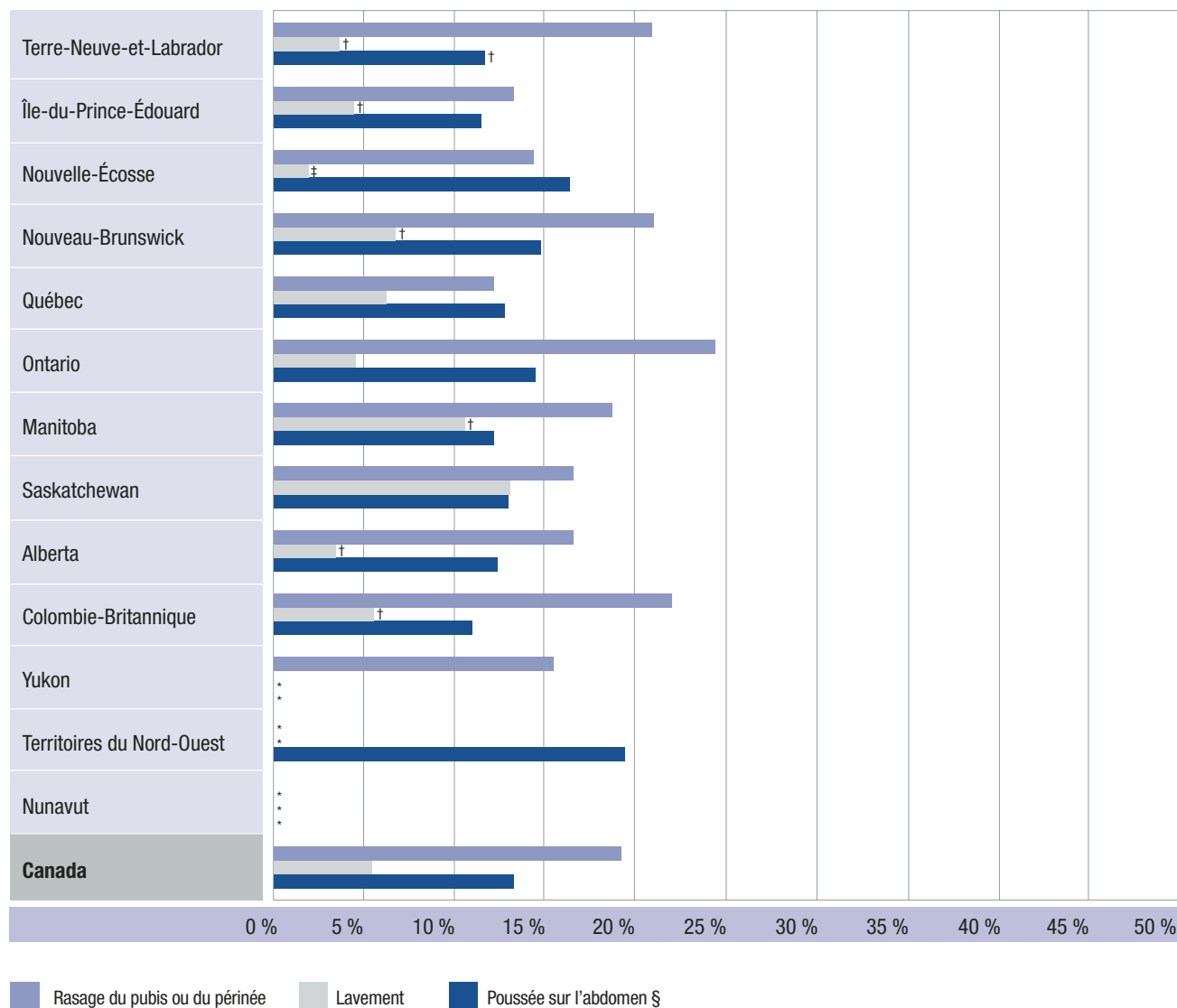
Résultats

- Globalement, 19,1 % (IC 95 % : 17,9-20,2) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont indiqué qu'on leur avait rasé le pubis ou le périnée, la proportion allant de 24,3 % (IC 95 % : 22,1-26,5) en Ontario et 21,9 % (IC 95 % : 18,6-25,2) en Colombie-Britannique à 13,2 % (IC 95 % : 9,9-16,4) à l'Île-du-Prince-Édouard et 12,1 % (IC 95 % : 10,2-14,0) au Québec (figure 22.1).
- Les femmes de moins de 25 ans (figure 22.2), les femmes ayant accouché par césarienne après avoir tenté d'accoucher par voie vaginale, les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé (figure 22.3) et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'indiquer qu'on leur avait rasé le pubis ou le périnée.
- Dans l'ensemble, 5,4 % (IC 95 % : 4,7-6,0) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont fait état d'un lavement. Ce pourcentage variait de 13,0 % (IC 95 % : 9,3-16,6) en Saskatchewan et 10,5 %[†] (IC 95 % : 7,0-13,9) au Manitoba à 3,4 %[†] (IC 95 % : 1,9-4,9) en Alberta et 1,9 %[†] (IC 95 % : 0,5-3,3) en Nouvelle-Écosse (figure 22.1).
- Les femmes de moins de 20 ans, les femmes de 40 ans et plus (figure 22.2), les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé (figure 22.3) et celles vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'avoir subi un lavement.
- Parmi les femmes qui ont accouché par voie vaginale, 13,2 % (IC 95 % : 12,1-14,2) ont signalé que quelqu'un avait poussé sur le dessus de leur abdomen pendant l'accouchement. Par région, cette proportion allait de 19,3 % (IC 95 % : 14,0-24,6) dans les Territoires du Nord-Ouest et 16,3 % (IC 95 % : 12,3-20,4) en Nouvelle-Écosse à environ 11 % à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard (11,6 %, IC 95 % : 7,7-15,6 et 11,4 %, IC 95 % : 8,0-14,9, respectivement) et 10,9 % (IC 95 % : 7,9-13,9) en Colombie-Britannique (figure 22.1).
- Les femmes ayant un diplôme universitaire (figure 22.3), les femmes vivant dans un ménage dont le revenu était supérieur au seuil de faible revenu et les femmes soignées par une infirmière ou une sage-femme pendant l'accouchement étaient proportionnellement moins nombreuses à signaler que quelqu'un avait poussé sur le dessus de leur abdomen pendant l'accouchement par voie vaginale.

[†] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

[‡] Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 22.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le pubis ou le périnée a été rasé, auxquelles on a administré un lavement ou chez lesquelles on a poussé sur le dessus de l'abdomen, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

§ Inclut uniquement les femmes ayant accouché par voie vaginale.

Figure 22.2 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le pubis ou le périnée a été rasé, auxquelles on a administré un lavement ou chez lesquelles on a poussé sur le dessus de l'abdomen, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

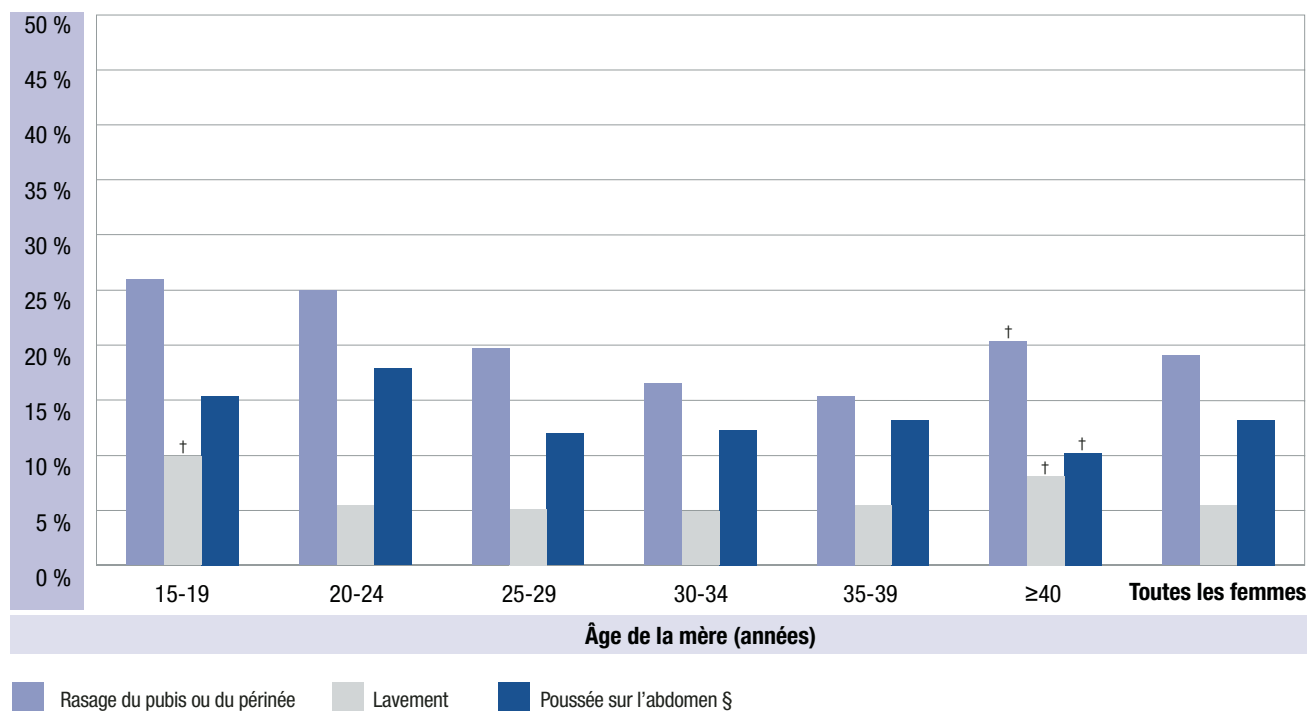
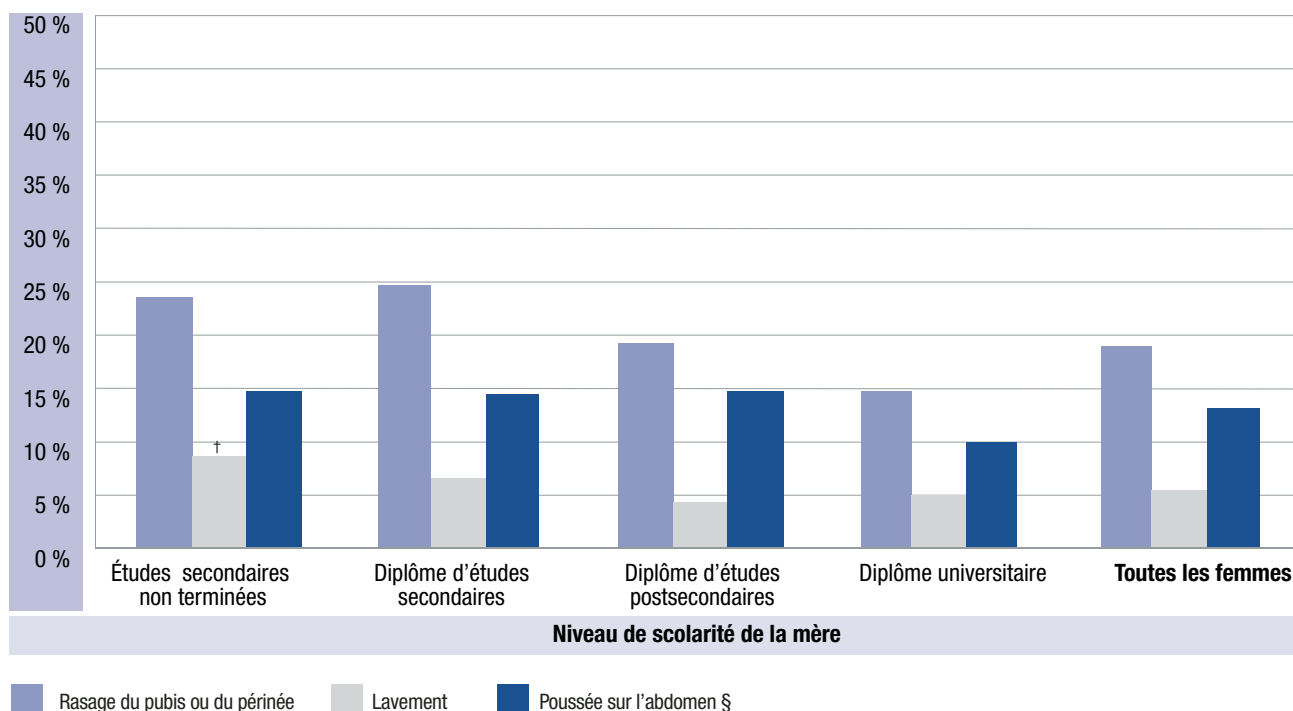


Figure 22.3 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le pubis ou le périnée a été rasé, auxquelles on a administré un lavement ou chez lesquelles on a poussé sur le dessus de l'abdomen, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

Chez les femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, presque une sur cinq (19,1 %) a signalé que son pubis ou son périnée avait été rasé; 5,4 % avaient subi un lavement et chez 13,2 % d'entre elles, on avait poussé sur le dessus de l'abdomen pour faire descendre le bébé pendant l'accouchement. Les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé et les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de faire état de ces procédures. On a également observé des écarts importants entre les provinces et les territoires.

Limites

L'EEM n'a pas demandé aux femmes de préciser si le rasage du pubis ou du périnée ou le lavement avaient été demandés par elles ou avaient été administrés par un professionnel de la santé dans le cadre d'une procédure régulière. Comme l'EEM n'a pas demandé aux femmes de préciser qui avait réalisé le rasage ou le lavement en vue de l'accouchement, les pourcentages peuvent inclure ceux effectués par les femmes elles-mêmes. Les femmes peuvent avoir cru qu'un professionnel de la santé qui, en fait, palpaient leur abdomen poussait sur le dessus de leur abdomen pendant l'accouchement.

Références

1. Smith MA, Ruffin MT, Green LA. The rational management of labour. *Am Fam Physician*. 1993;47(6):1471–81.
2. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;4. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.
3. Hofmeyr GJ. Evidence based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004;19(1):103–15.
4. Hanvey L, Levitt C, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Bartholomew S; pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale, Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien de la santé infantile. *Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens 2007*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada. Sous presse 2009.
5. Cuervo LG, del Pilar Bernal M, Mendoza N. Effects of high volume saline enemas vs. no enema during labour – the N-Ma randomized controlled trial [ISRCTN43153145]. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. Mars 2006 [cité le 10 janvier 2008];6:8. Accessible à : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-6-8.pdf>.
6. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 1999;4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.
7. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Part 2: Women's experiences giving birth. In: *Listening to Mothers II: report of the second national U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York: Childbirth Connection; 2006. p. 28–42.

Numéros des questions : VB_Q08-Q09, BB_Q02, LB_Q18

23 Épisiotomie et points de suture dans la région du périnée

Beverley O'Brien, Janusz Kaczorowski

Introduction

Une épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée visant à élargir l'orifice du vagin pendant un accouchement par voie vaginale. Cette procédure repose sur l'idée qu'elle réduira les déchirures du périnée et le trauma néonatal, facilitera l'accouchement vaginal opératoire et protégera le fonctionnement du plancher pelvien. Toutefois, on a remis en question le recours systématique à l'épisiotomie. Selon un examen systématique récent, le recours systématique n'apporte aucun résultat bénéfique à la mère et présente un risque d'effets dommageables par rapport au recours limité à l'épisiotomie¹. L'épisiotomie médiane est associée à une augmentation importante des déchirures graves du périnée, en particulier en cas d'accouchement par manœuvre instrumentale au moyen d'une ventouse ou de forceps². Il faut encore étudier l'utilité du recours limité à l'épisiotomie relativement à la santé du fœtus³.

Sur la scène internationale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'American College of Obstetricians and Gynecologists recommandent un recours limité à l'épisiotomie^{4,5}; toutefois, la décision de procéder à une épisiotomie varie fortement et dépend de la situation clinique et de la préférence du clinicien. Au Canada, le taux d'épisiotomie chez les femmes ayant accouché par voie vaginale en hôpital est en baisse. Selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*, le taux a chuté, passant de 31,1 % en 1995-1996 à 20,4 % en 2004-2005, soit une baisse relative de 34 %⁶. Le fait que des déchirures mineures soient suturées dépend aussi de la préférence du clinicien. L'OMS recommande de ne pas suturer systématiquement les déchirures mineures⁷.

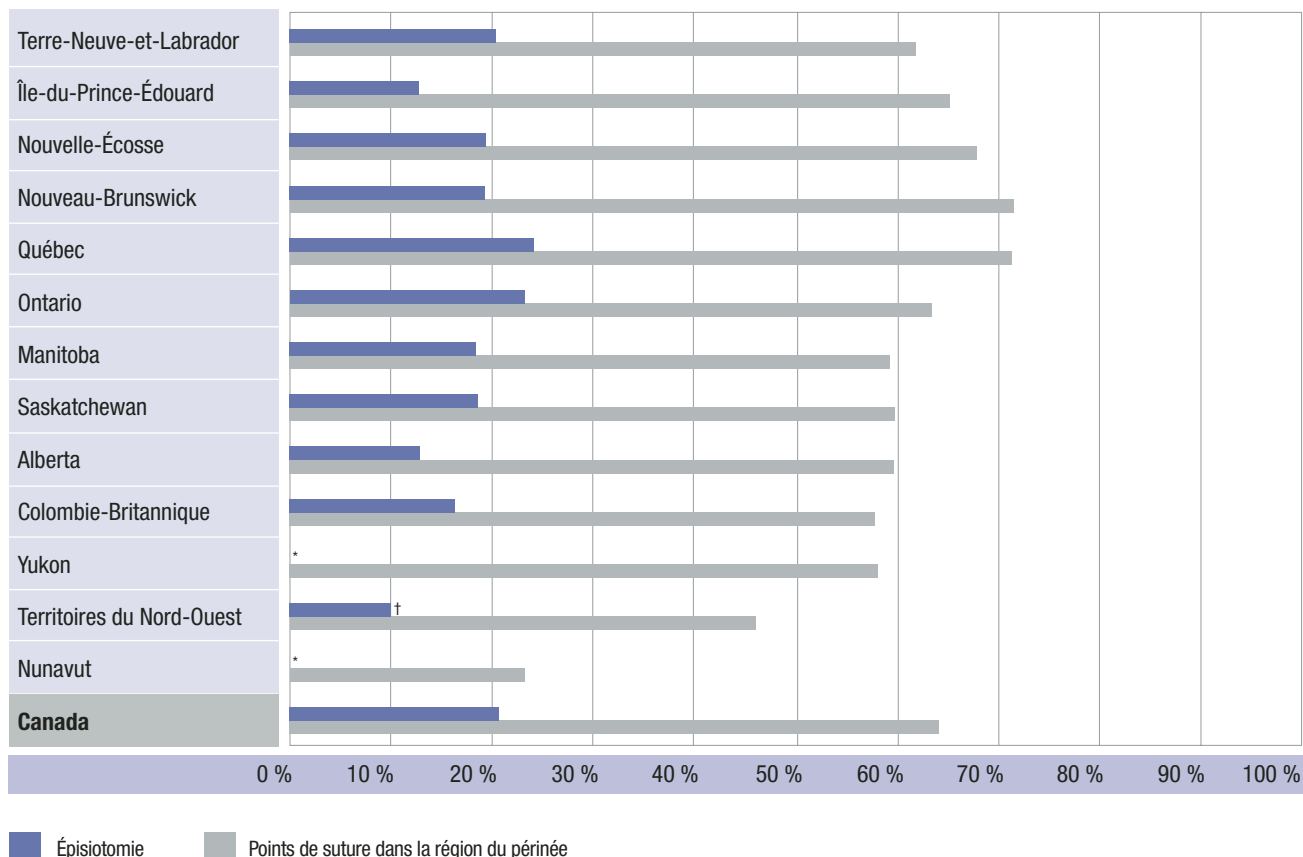
L'EEM a demandé aux femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale si, juste avant l'accouchement, on avait pratiqué sur elles une épisiotomie ou une coupure visant à élargir l'orifice du vagin, et si elles avaient eu des points de suture dans la région avoisinant le vagin pour réparer une déchirure ou une coupure.

Résultats

- Parmi les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, 20,7 % (IC 95 % : 19,6-21,8) ont signalé qu'on avait pratiqué sur elles une épisiotomie. Le recours à cette pratique variait selon la région, allant de 24,1 % (IC 95 % : 21,6-26,6) au Québec et 23,2 % (IC 95 % : 21,1-25,3) en Ontario à environ 13 % en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard (12,9 %, IC 95 % : 10,3-15,6, et 12,8 %, IC 95 % : 9,7-15,9, respectivement), et 10,0 %[†] (IC 95 % : 6,3-13,6) dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 23.1).
- La proportion de femmes qui ont fait état d'une épisiotomie variait selon leur âge, allant de 23,3 % (IC 95 % : 19,9-26,7) chez les femmes âgées de 35 à 39 ans à 14,4 % (IC 95 % : 10,2-18,6) chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (figure 23.2). Les primipares (27,1 %, IC 95 % : 25,3-28,8) étaient plus susceptibles de subir une épisiotomie que les multipares (15,0 %, IC 95 % : 13,6-16,4). Les femmes ayant un diplôme d'études postsecondaires (22,4 %, IC 95 % : 20,4-24,3) étaient plus susceptibles d'avoir eu une épisiotomie que celles ayant un diplôme d'études secondaires (17,7 %, IC 95 % : 15,3-20,0) ou que celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires (14,2 %, IC 95 % : 10,6-17,8) (figure 23.3).
- Parmi les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, 64,1 % (IC 95 % : 62,8-65,4) ont signalé avoir eu des points de suture. Le pourcentage de femmes qui avaient eu des points de suture variait de 71,5 % (IC 95 % : 66,4-76,5) au Nouveau-Brunswick et 71,3 % (IC 95 % : 68,6-73,9) au Québec à 46,0 % (IC 95 % : 40,0-52,1) dans les Territoires du Nord-Ouest et 23,2 % (IC 95 % : 16,8-29,6) au Nunavut (figure 23.1).
- Les primipares étaient plus susceptibles d'avoir eu des points de suture (70,6 %, IC 95 % : 68,8-72,4) que les multipares (58,2 %, IC 95 % : 56,3-60,2). Les femmes ayant obtenu un diplôme universitaire étaient plus susceptibles d'avoir eu des points de suture (69,1 %, IC 95 % : 66,9-71,3) que celles ayant un diplôme d'études postsecondaires (64,1 %, IC 95 % : 61,9-66,3) ou ayant un niveau de scolarité moins élevé (figure 23.3). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu (65,5 %, IC 95 % : 63,9-67,0) étaient plus susceptibles d'avoir eu des points de suture que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (59,6 %, IC 95 % : 56,5-62,7).
- Environ le tiers (35,9 %, IC 95 % : 34,5-37,2) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé n'avoir pas eu d'épisiotomie ou de points de suture dans la région du périnée, ce qui donne à penser que le périnée est resté intact ou que les déchirures ne requéraient pas de points de suture.

[†] Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

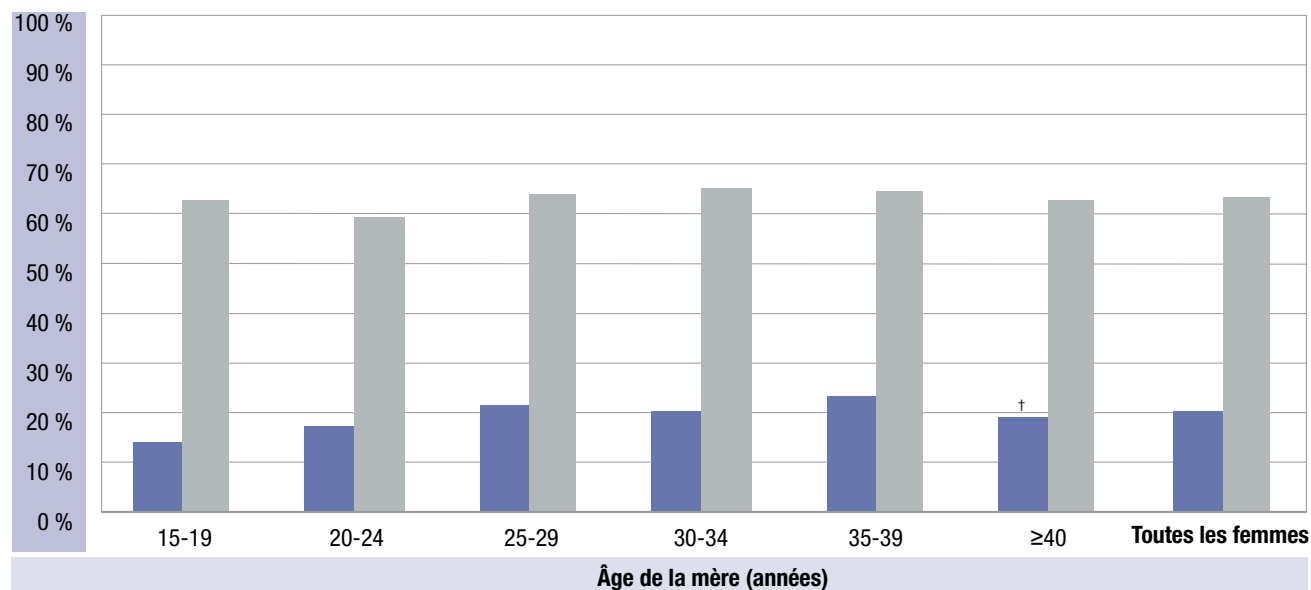
Figure 23.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une épisiotomie ou des points de suture dans la région du périnée, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

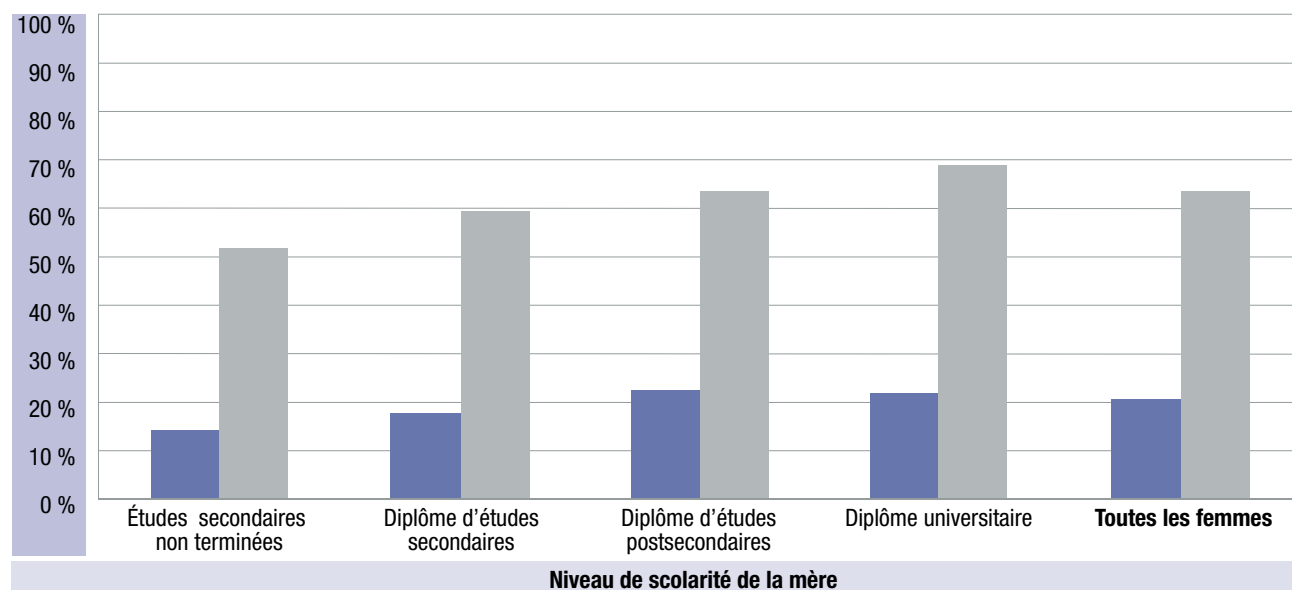
Figure 23.2 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une épisiotomie ou des points de suture dans la région du périnée, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



Épisiotomie Points de suture dans la région du périnée

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 23.3 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une épisiotomie ou des points de suture dans la région du périnée, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



Épisiotomie Points de suture dans la région du périnée

Résumé

Une femme sur cinq (20,7 %) ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale avait eu une épisiotomie. Les deux tiers (64,1 %) des femmes ont signalé avoir eu des points de suture dans la région du périnée près de l'orifice du vagin pour réparer une déchirure ou une coupure. Les primipares, les femmes ayant un niveau de scolarité élevé et celles vivant dans une province étaient plus susceptibles d'avoir subi ces procédures. Un peu plus du tiers (35,9 %) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé n'avoir eu ni épisiotomie ni point de suture, ce qui donne à penser que le périnée est resté intact ou que les déchirures ne requéraient pas de points de suture.

Limites

L'EEM n'a pas interrogé les femmes sur l'ampleur de la déchirure du périnée et ne leur a pas demandé si les points de suture visaient des déchirures minimales ou une réparation majeure du périnée.

Références

1. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr K. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(17):2141–8.
2. Kudish B, Blackwell S, Mcneeley G, Bujold E, Kruger M, Hendrix SL, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195:749–54.
3. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr K, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;112:1–8.
4. World Health Organization. Episiotomy. In: *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* [Internet]. 2003 [cité le 3 juin 2008]. Accessible à : http://www.who.int/reproductive-health/impac/Procedures/Episiotomy_P71_P75.html.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin No. 71: Episiotomy. *Obstet Gynecol*. 2006;107:956–62.
6. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
7. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001;28(3):202–7.

Numéros des questions : BB_Q03-Q04

24 Gestion de la douleur

Beverley O'Brien, David Young, Beverley Chalmers

Introduction

L'intensité de la douleur pendant le travail et les stratégies visant à calmer la douleur varient selon la personne. Certaines femmes souhaitent que l'on calme leur douleur au moyen de médicaments, tandis que d'autres veulent éviter tout médicament. La douleur pendant le travail peut être contrôlée au moyen de techniques avec ou sans médicaments, ou une combinaison des deux. Celles-ci dépendent du choix disponible et de la préférence de la mère. L'anesthésie épidurale est une technique avec médicaments qui est souvent utilisée pour réduire la douleur pendant le travail et l'accouchement. Une méta-analyse qui a comparé l'anesthésie épidurale avec les opiacés a révélé que les femmes qui avaient eu une anesthésie épidurale étaient plus susceptibles d'avoir accouché par voie vaginale par manœuvre instrumentale¹. Elles avaient également tendance à avoir un deuxième stade du travail plus long et étaient plus susceptibles d'avoir bénéficié d'une accélération du travail et d'avoir une pression artérielle très basse, de la fièvre et de la difficulté à uriner¹.

Un examen systématique de l'immersion dans l'eau (p. ex., baignoire, piscine) pendant le travail et l'accouchement a révélé que, par rapport aux femmes qui n'avaient pas recours à l'immersion dans l'eau pendant le premier stade du travail, celles qui en avaient fait usage avaient moins besoin d'une analgésie épidurale ou spinale et ont fait état d'une douleur moindre, sans résultats néonataux défavorables². Selon un récent examen systématique des effets sur les résultats pour la mère et le nouveau-né des méthodes complémentaires et alternatives de gestion de la douleur pendant le travail, les femmes qui avaient eu recours à l'acupuncture ou à l'hypnose pendant le travail étaient moins susceptibles d'avoir eu besoin d'une analgésie; toutefois, cet examen concluait que trop peu d'autres approches complémentaires avaient fait l'objet d'une étude scientifique suffisante pour qu'on puisse en déterminer l'utilité³.

L'EEM a demandé aux femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale quelles techniques avec ou sans médicaments elles avaient employées pour faire face à la douleur pendant le travail ou l'accouchement et le degré d'efficacité de chaque technique. On a demandé aux femmes ayant accouché par césarienne le type d'anesthésie qui leur avait été administré pour la césarienne. On a également demandé à toutes les femmes si, avant le travail ou l'accouchement, elles avaient reçu assez d'information sur l'utilisation de techniques autres que la prise de médicaments pour contrôler la douleur (p. ex., exercices de respiration ou massage) et les effets secondaires éventuels du recours à des analgésiques ou à l'anesthésie.

Résultats

- Chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, les techniques sans médicaments les plus souvent signalées pour calmer la douleur étaient les exercices de respiration (74,1 %, IC 95 % : 72,9-75,3), le changement de position (69,5 %, IC 95 % : 68,2-70,8) et la marche (52,0 %, IC 95 % : 50,7-53,3). Moins de la moitié des femmes avaient reçu un massage (33,0 %, IC 95 % : 31,6-34,3), pris un bain ou une douche (32,5 %, IC 95 % : 31,3-33,8) ou s'étaient assises sur une balle d'accouchement (18,1 %, IC 95 % : 17,1-19,0) (figure 24.1).
- Plus de la moitié (57,3 %, IC 95 % : 56,0-58,5) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale avaient eu une anesthésie épidurale ou spinale, tandis que moins d'un quart ont signalé avoir pris des analgésiques ou respiré des gaz (22,0 %, IC 95 % : 20,9-23,1 et 20,5 %, IC 95 % : 19,5-21,5, respectivement) (figure 24.1). La proportion de femmes qui avaient eu une épidurale variait de 66,7 % (IC 95 % : 64,1-69,3) au Québec et 60,7 % (IC 95 % : 58,4-63,0) en Ontario, à 24,2 % (IC 95 % : 18,7-29,8) au Yukon et 13,0 %[†] (IC 95 % : 8,0-17,9) au Nunavut (figure 24.2).
- Les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir eu une anesthésie épidurale si elles étaient primipares (71,6 %, IC 95 % : 69,7-73,5), si elles avaient fini par accoucher par césarienne (84,4 %, IC 95 % : 81,5-87,3), si elles avaient un niveau de scolarité élevé (diplôme d'études postsecondaires : 58,7 %, IC 95 % : 56,6-60,8; diplôme universitaire : 59,6 %, IC 95 % : 57,3-61,8) ou si elles vivaient dans un ménage dont le revenu était supérieur au seuil de faible revenu (59,4 %, IC 95 % : 57,9-60,9).
- Parmi les femmes qui ont eu recours à une technique particulière pour calmer la douleur, l'anesthésie épidurale ou spinale (81,1 %, IC 95 % : 79,7-82,6) était le plus souvent qualifiée de « très efficace », suivie du bain ou de la douche (54,8 %, IC 95 % : 52,5-57,2). La technique la moins souvent citée comme étant « très efficace » était le gaz respiré au moyen d'un masque (22,5 %, IC 95 % : 20,0-25,1) (figure 24.3).
- Près du quart (23,0 %, IC 95 % : 21,9-24,2) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé avoir utilisé uniquement des techniques pour calmer la douleur sans médicaments et 68,9 % (IC 95 % : 67,6-70,2) ont indiqué avoir utilisé à la fois des techniques avec et sans médicaments pendant le travail. L'utilisation exclusive de techniques pour calmer la douleur sans médicaments variait de 54,2 % (IC 95 % : 46,8-61,6) au Nunavut et 31,2 % (IC 95 % : 25,1-37,4) au Yukon à 13,7 % (IC 95 % : 9,9-17,5) au Nouveau-Brunswick et 13,5 % (IC 95 % : 9,8-17,2) en Nouvelle-Écosse (figure 24.4).
- Les techniques pour calmer la douleur sans médicaments ont été mentionnées plus souvent par les femmes ayant accouché par voie vaginale (25,1 %, IC 95 % : 23,8-26,3) que par les femmes ayant tenté d'accoucher par voie vaginale puis qui ont fini par avoir une césarienne (7,7 %, IC 95 % : 5,4-10,0), et plus souvent par les femmes multipares (31,1 %, IC 95 % : 29,3-32,9) que par les primipares (14,1 %, IC 95 % : 12,6-15,5).
- Chez les femmes qui avaient accouché par césarienne, 90,9 % (IC 95 % : 89,5-92,3) avaient eu une anesthésie épidurale ou spinale, 3,8 % (IC 95 % : 2,8-4,7) avaient eu une anesthésie générale et 5,4 % (IC 95 % : 4,3-6,5) avaient eu les deux pour la césarienne. La proportion de femmes qui avaient eu une anesthésie générale, sans ou avec une anesthésie épidurale ou spinale, pendant

l'accouchement par césarienne était de 12,8 % (IC 95 % : 10,3-15,2) en cas d'accouchement non prévu par césarienne et 5,6 % (IC 95 % : 4,0-7,2) en cas d'accouchement par césarienne planifié.

- Près des trois quarts (77,0 %, IC 95 % : 75,9-78,0) de toutes les femmes avaient reçu assez d'information avant le travail sur les techniques pour calmer la douleur avec et sans médicaments et sur les effets secondaires éventuels des analgésiques et de l'anesthésie pendant le travail et l'accouchement. Cette proportion variait de 84,9 % (IC 95 % : 80,5-89,3) au Yukon et 82,7 % (IC 95 % : 79,6-85,8) à l'Île-du-Prince-Édouard à 70,1 % (IC 95 % : 64,9-75,3) dans les Territoires du Nord-Ouest et 50,5 % (IC 95 % : 43,2-57,7) au Nunavut (figure 24.5).
- Les femmes ayant un diplôme d'études postsecondaires ou universitaire étaient plus susceptibles d'avoir reçu assez d'information que celles ayant un diplôme d'études secondaires ou n'ayant pas terminé leurs études secondaires. Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles d'avoir reçu suffisamment d'information (73,1 %, IC 95 % : 70,5-75,8) que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu (78,4 %, IC 95 % : 77,2-79,6).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 24.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont utilisé des techniques particulières pour calmer la douleur, Canada, 2006-2007

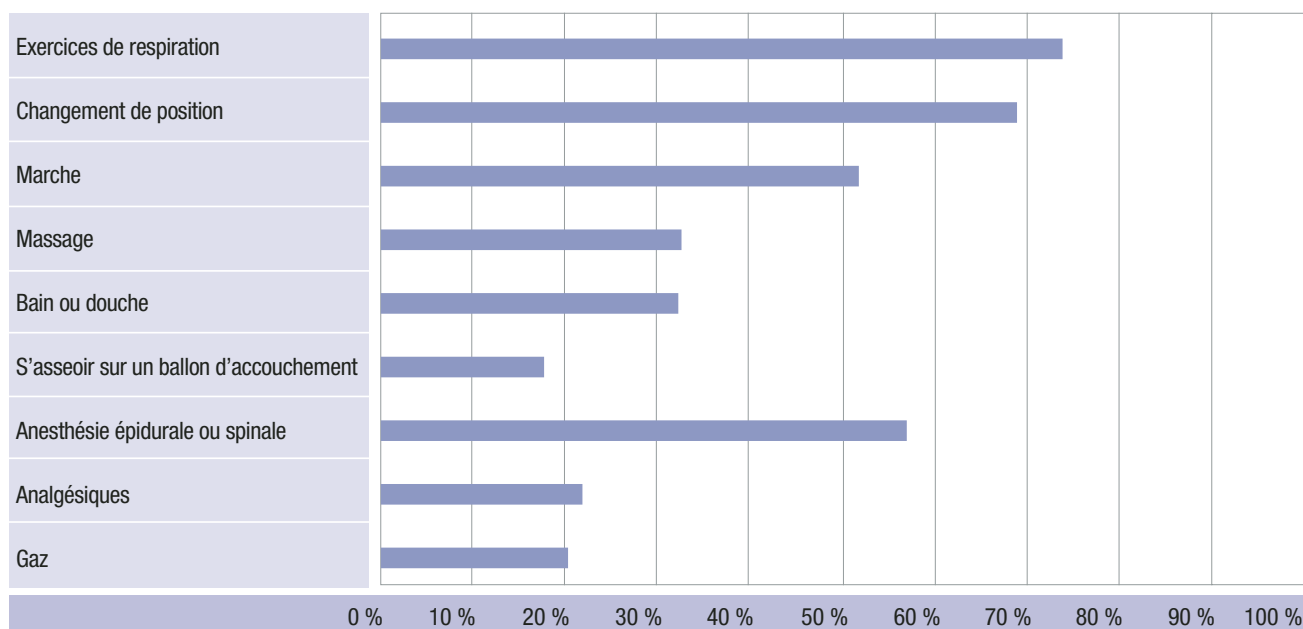
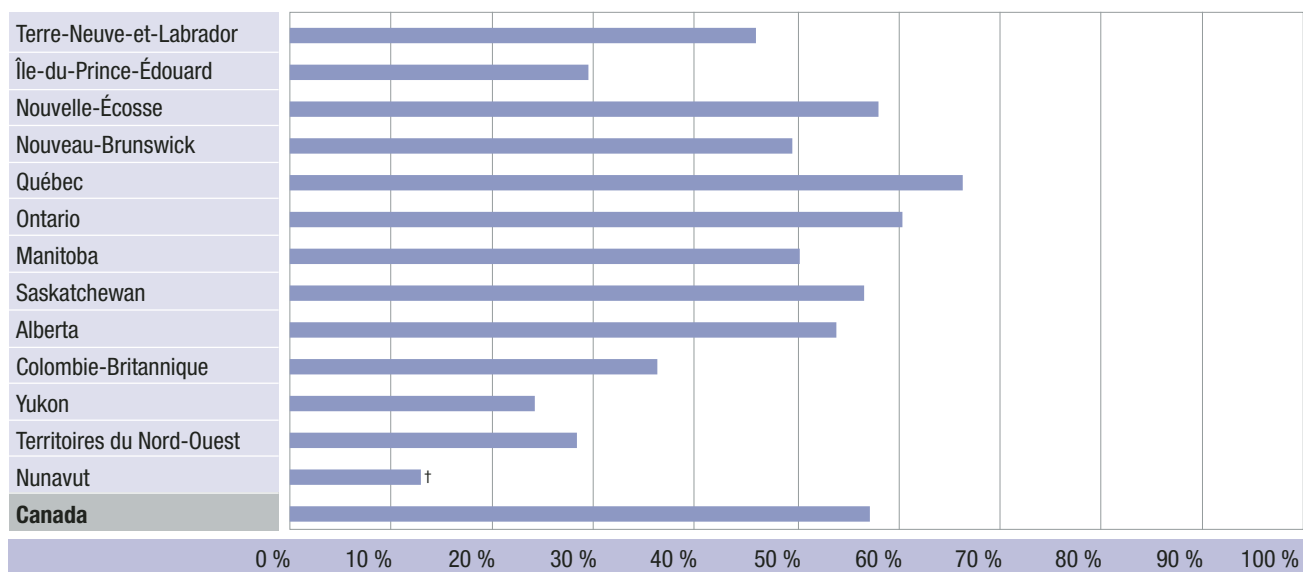


Figure 24.2 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont eu une anesthésie épidurale ou spinale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 24.3 Répartition des opinions des femmes sur l'efficacité des techniques pour calmer la douleur utilisées pendant le travail et l'accouchement, Canada, 2006-2007

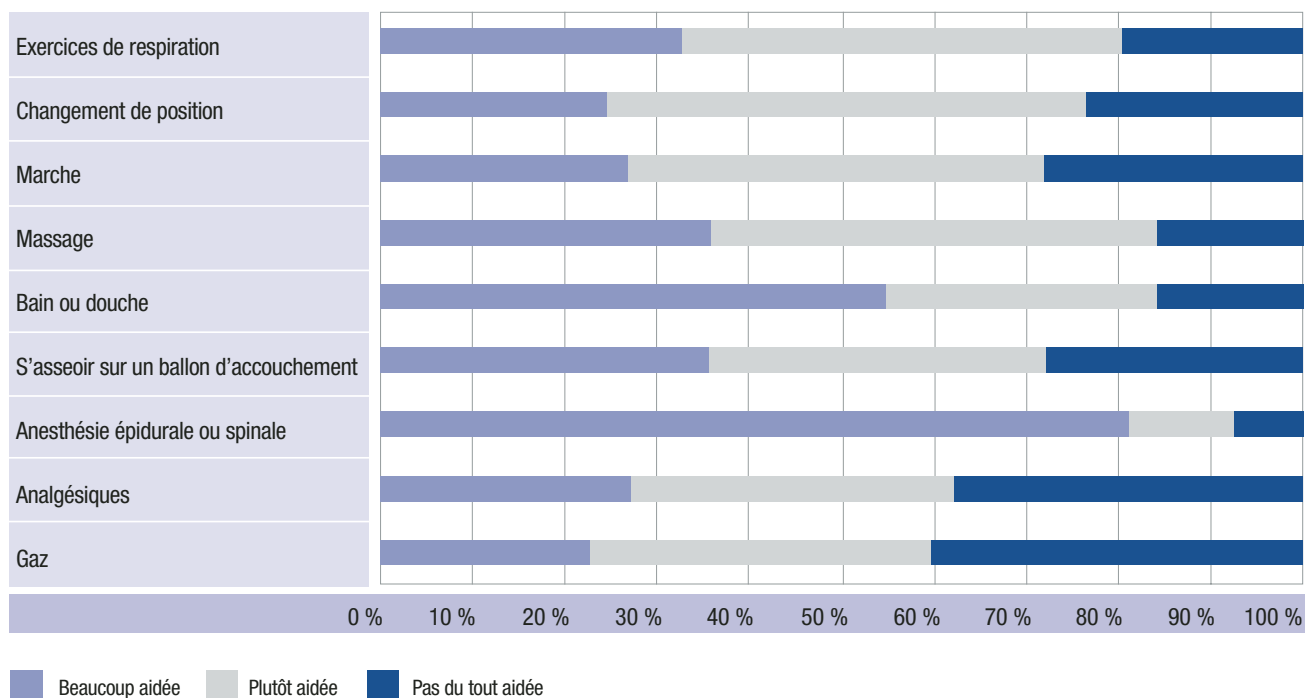
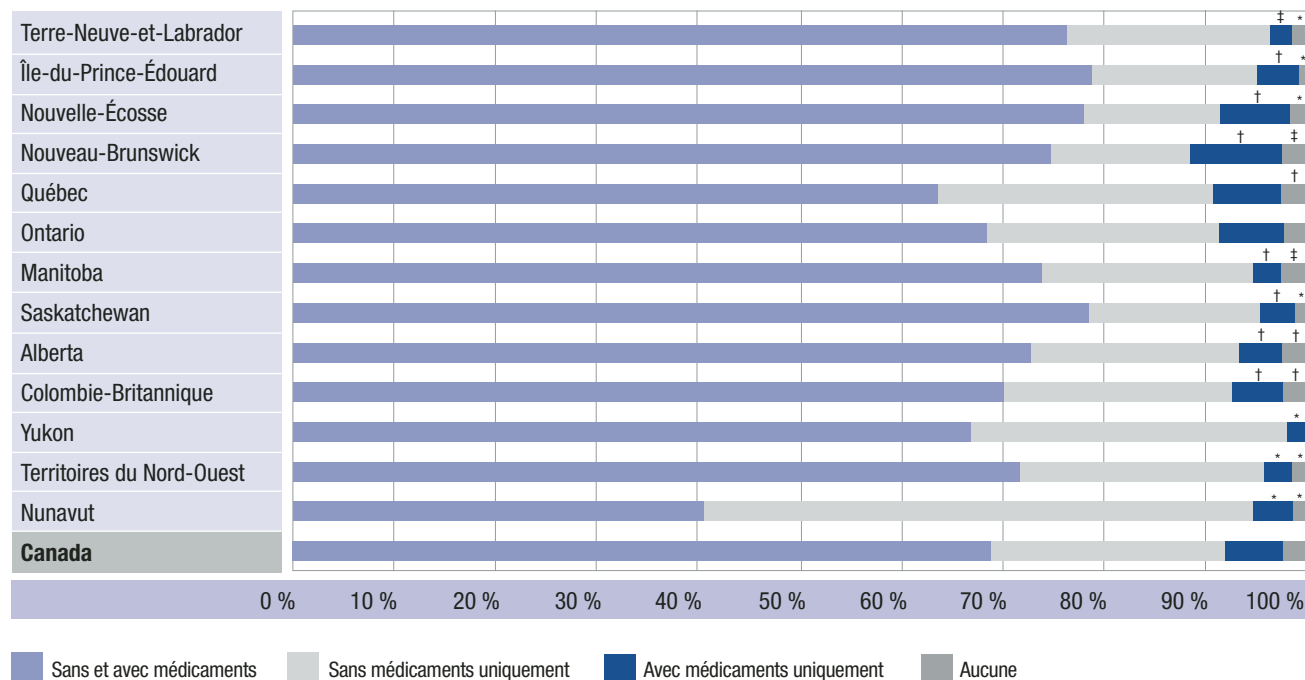


Figure 24.4 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale qui ont utilisé des techniques avec médicaments, sans médicaments ou les deux pour calmer la douleur pendant le travail et l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

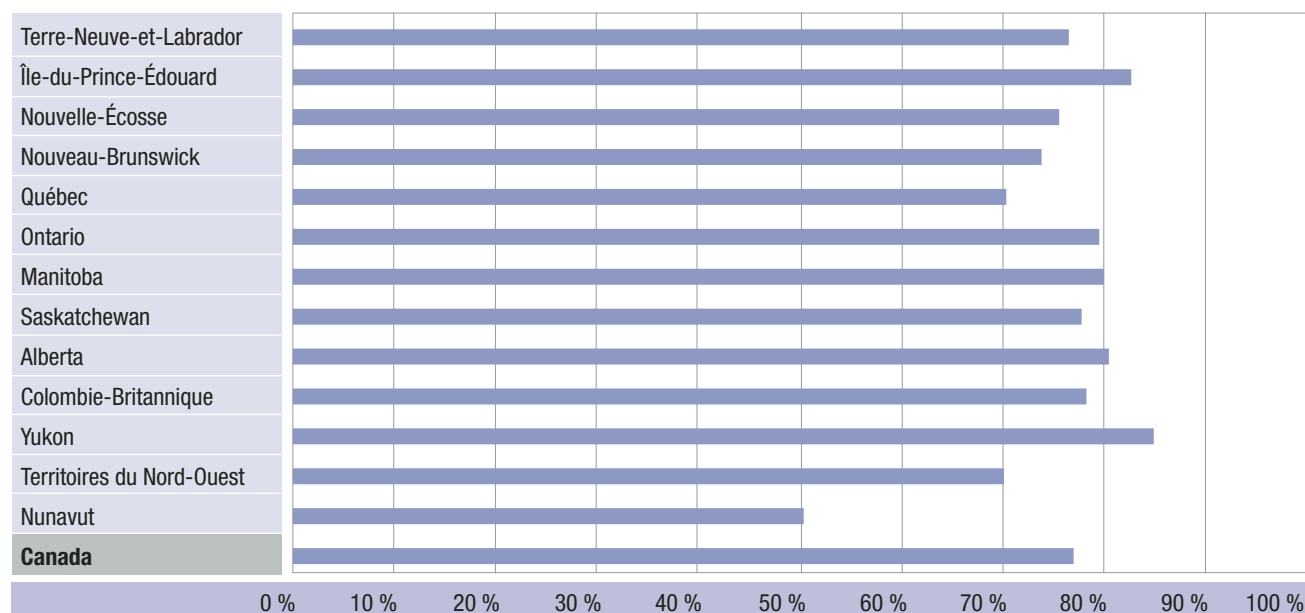


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 24.5 Proportion de femmes ayant reçu suffisamment d'information sur l'utilisation de techniques sans médicaments pour calmer la douleur et sur les effets secondaires éventuels des analgésiques et de l'anesthésie, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résumé

Chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, les exercices de respiration (74,1 %) et le changement de position (69,5 %) étaient les techniques sans médicaments les plus souvent mentionnées pour calmer la douleur pendant le travail et l'accouchement. Les bains ou les douches étaient la technique pour calmer la douleur sans médicaments jugée la plus efficace (54,8 %). L'anesthésie épidurale ou spinale était la technique avec médicaments la plus souvent utilisée (57,3 %), et la plupart des femmes (81,1 %) qui avaient utilisé cette technique estimaient qu'elle les avait beaucoup aidées. Il y avait un écart important dans l'utilisation de l'anesthésie épidurale ou spinale entre les provinces et les territoires. De nombreuses (68,9 %) femmes avaient eu recours à la fois à des techniques pour calmer la douleur avec et sans médicaments pendant le travail ou l'accouchement. Les trois quarts (77,0 %) des femmes avaient reçu suffisamment d'information avant le travail à propos des techniques pour calmer la douleur avec et sans médicaments et des effets secondaires possibles des analgésiques et de l'anesthésie pendant le travail et l'accouchement.

Limites

L'EEM ne s'est pas penchée sur la disponibilité des méthodes pour calmer la douleur. Il se peut que des femmes n'aient pas utilisé certaines techniques car elles n'étaient pas disponibles. L'EEM n'a pas recueilli d'information sur le moment où les techniques pour calmer la douleur avaient été efficaces pendant le travail. Il est possible que certaines techniques efficaces au départ le soient moins à mesure que le travail progresse. Les femmes ont peut-être eu recours à d'autres techniques pour calmer la douleur sur lesquelles l'EEM n'a pas posé de questions.

Références

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;4. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
2. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub2.
3. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

Numéros des questions : SI_Q07-Q08, PM_Q01A-Q01F, PM_Q02-Q14, LB_Q18, CS_Q01, BB_Q01

25 Soutien pendant le travail et l'accouchement

Beverley Chalmers, Beverley O'Brien, Madeline Boscoe

Introduction

Les préoccupations concernant la médicalisation de l'expérience d'accouchement des femmes et les données scientifiques prouvant une amélioration des résultats associés au soutien apporté aux femmes pendant le travail et l'accouchement ont fait ressortir la nécessité d'offrir un soutien individuel continu aux femmes pendant le travail et l'accouchement¹. Selon une méta-analyse menée récemment, par rapport aux femmes qui ont reçu les soins ordinaires, celles qui avaient reçu un soutien individuel continu pendant le travail et l'accouchement étaient plus susceptibles d'avoir eu un travail plus court et un accouchement spontané par voie vaginale et étaient moins susceptibles d'avoir pris des analgésiques intrapartum ou à faire état d'une expérience d'accouchement peu satisfaisante². On a observé encore plus d'avantages quand le soutien était offert par une personne autre qu'un membre du personnel hospitalier (c'est-à-dire une personne dont le seul rôle est d'offrir un soutien aux femmes pendant le travail), quand le soutien a été apporté tôt pendant le travail et quand il a été fourni dans des cadres où l'anesthésie épidurale n'était pas systématiquement disponible². Le soutien peut inclure un soutien pratique ou affectif, de l'information ainsi que la défense des intérêts de la parturiente.

L'EEM a demandé aux femmes si leur mari, leur conjoint, une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou conjoint étaient à leurs côtés pendant le travail et l'accouchement et si elles étaient satisfaites du soutien qu'elles avaient reçu d'eux. L'EEM leur a également demandé si elles avaient reçu suffisamment d'information avant l'accouchement sur ce que leur mari ou conjoint pouvait faire pour les aider pendant le travail et l'accouchement.

Nota : Les questions se rapportant à la présence du mari ou du conjoint et à la satisfaction à l'égard du soutien reçu de celui-ci ont été posées séparément pour le travail et l'accouchement; toutefois, les questions se rapportant à la présence d'un compagnon ou d'une compagne et à la satisfaction du soutien reçu de ce dernier ne faisaient aucune distinction entre le travail et l'accouchement.

Résultats

- La plupart des femmes avaient à leurs côtés leur mari ou leur conjoint pendant le travail (94,6 %, IC 95 % : 94,1-95,2) et pendant l'accouchement (92,3 %, IC 95 % : 91,6-93,0). La proportion de femmes qui avaient à leurs côtés leur mari ou leur conjoint

pendant le travail variait selon la province ou le territoire, allant de 96,6 % (IC 95 % : 94,4-98,8) au Yukon à 36,3 % (IC 95 % : 28,9-43,7) au Nunavut, et la proportion de femmes qui avaient à leurs côtés leur mari ou leur conjoint pendant l'accouchement allait de 94,9 % (IC 95 % : 92,3-97,5) au Yukon à 37,8 % (IC 95 % : 30,4-45,2) au Nunavut (figure 25.1).

- Par rapport aux femmes plus âgées, les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles d'avoir à leurs côtés leur mari ou conjoint pendant le travail (83,8 %, IC 95 % : 79,4-88,2) et pendant l'accouchement (78,8 %, IC 95 % : 73,9-83,6) (figure 25.2). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles d'avoir à leurs côtés leur mari ou leur conjoint pendant le travail (85,9 %, IC 95 % : 83,8-87,9) et pendant l'accouchement (83,1 %, IC 95 % : 80,9-85,4) que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu était supérieur au seuil de faible revenu (97,5 %, IC 95 % : 97,0-98,0 et 95,5 %, IC 95 % : 94,8-96,1, respectivement).
- La majorité des femmes étaient « très satisfaites » du soutien qu'elles avaient reçu de leur mari ou conjoint pendant le travail (82,7 %, IC 95 % : 81,7-83,7) et plus encore du soutien reçu pendant l'accouchement (87,0 %, IC 95 % : 86,1-87,9), même si les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles de se déclarer « très satisfaites » de ce type de soutien pendant le travail (66,1 %, IC 95 % : 59,8-72,5) ou l'accouchement (74,2 %, IC 95 % : 68,1-80,3) (figure 25.3).
- Environ le tiers (35,5 %, IC 95 % : 34,2-36,7) des femmes ont signalé la présence à leurs côtés d'une compagne ou d'un compagnon autre que leur mari ou conjoint pendant le travail ou l'accouchement. Ce pourcentage variait de 57,7 % (IC 95 % : 50,5-64,9) au Nunavut et 49,9 % (IC 95 % : 44,4-55,5) dans les Territoires du Nord-Ouest à 34,0 % (IC 95 % : 29,6-38,4) en Saskatchewan et 28,9 % (IC 95 % : 26,5-31,3) au Québec (figure 25.1).
- La proportion de femmes qui avaient à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou leur conjoint pendant le travail ou l'accouchement diminuait à mesure que l'âge de la mère augmentait. Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) (73,0 %, IC 95 % : 67,8-78,2) étaient plus susceptibles que les femmes plus âgées d'avoir eu à leurs côtés un compagnon ou une compagne pendant le travail ou l'accouchement (figure 25.2), tout comme les primipares (44,9 %, IC 95 % : 43,0-46,8) par rapport aux multipares (27,6 %, IC 95 % : 26,1-29,2). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (47,3 %, IC 95 % : 44,4-50,2), comparativement à celles dont le revenu du ménage était supérieur au seuil de faible revenu (31,6 %, IC 95 % : 30,2-33,0), étaient également plus susceptibles d'avoir eu à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou leur conjoint pendant le travail ou l'accouchement.
- La majorité (85,8 %, IC 95 % : 84,4-87,2) des femmes ayant à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou leur conjoint pendant le travail ou l'accouchement étaient « très satisfaites » du soutien qu'elles avaient reçu (figure 25.3).
- La plupart (92,1 %, IC 95 % : 91,4-92,8) des femmes ont signalé avoir reçu suffisamment d'information sur ce que leur mari ou conjoint pouvait faire pour les aider pendant le travail et l'accouchement.

Figure 25.1 Proportion de femmes qui avaient à leurs côtés leur mari ou conjoint ou encore une compagne ou un compagnon pendant le travail et l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

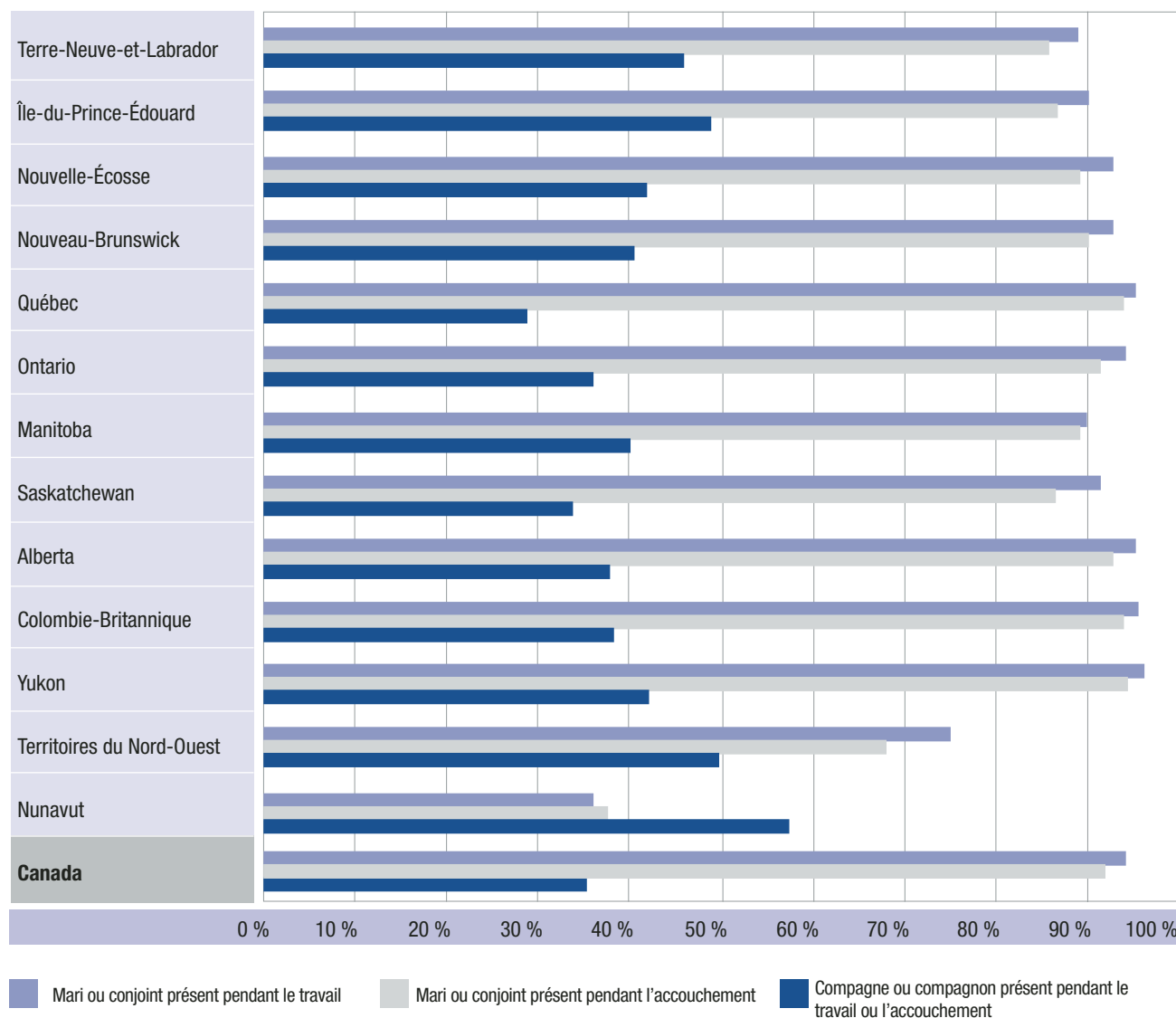


Figure 25.2 Proportion de femmes qui avaient à leurs côtés leur mari ou conjoint ou encore une compagne ou un compagnon pendant le travail et l'accouchement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

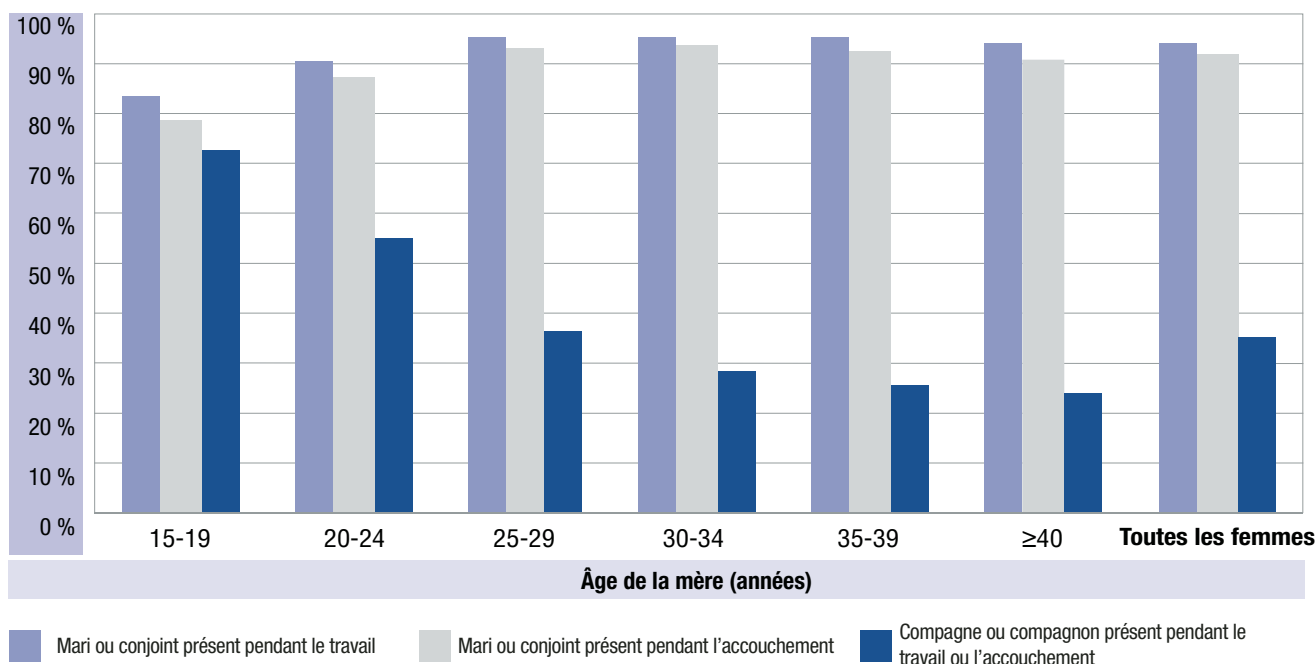
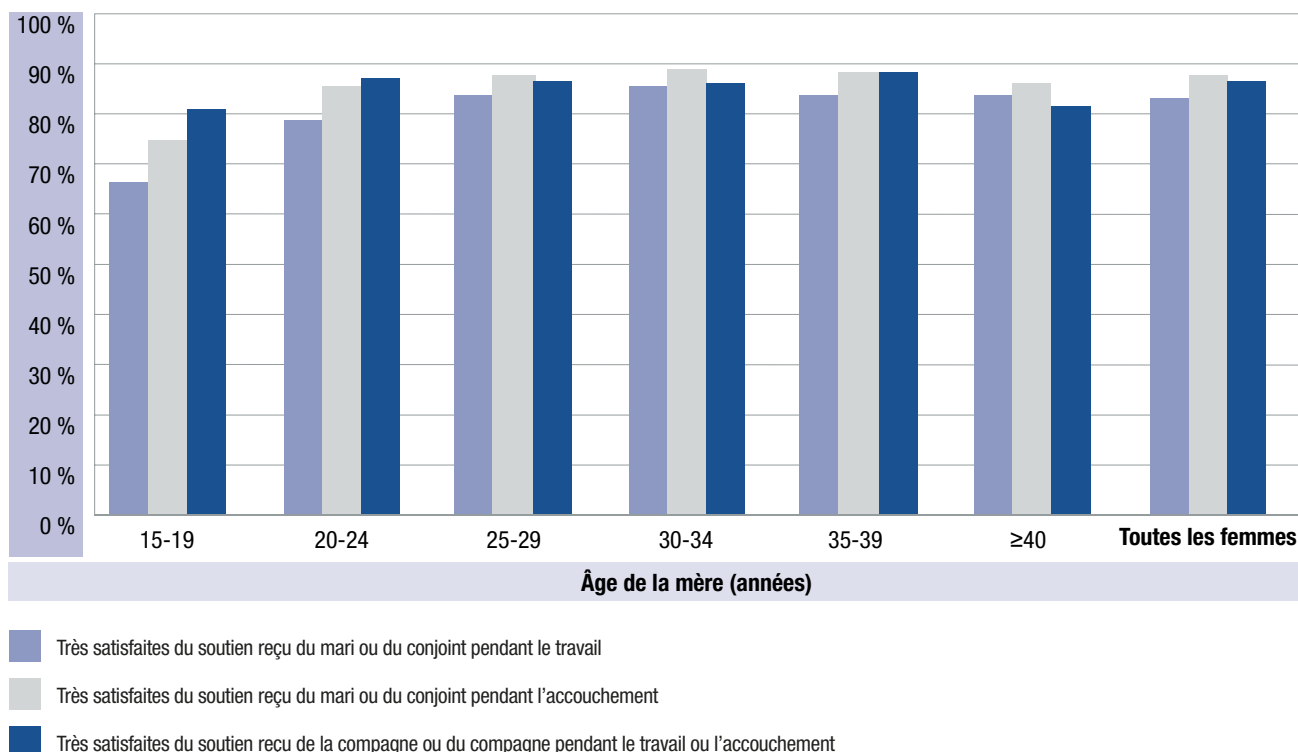


Figure 25.3 Proportion de femmes qui étaient « très satisfaites » du soutien qu'elles ont reçu de leur mari ou conjoint ou encore de leur compagne ou compagnon pendant le travail et l'accouchement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

La majorité des femmes interrogées dans le cadre de l'EEM avaient à leurs côtés leur mari ou leur conjoint pendant le travail (94,6 %) et l'accouchement (92,3 %). Environ un tiers (35,5 %) des femmes avaient à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou conjoint pendant le travail ou l'accouchement. Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles d'avoir eu à leurs côtés une compagne ou un compagnon autre que leur mari ou conjoint pendant le travail ou l'accouchement. La majorité des femmes étaient très satisfaites du soutien reçu de leur mari ou conjoint ou encore de leur compagne ou compagnon.

Limites

L'EEM n'a pas demandé aux femmes pendant combien de temps leur mari, conjoint, compagne ou compagnon était resté à leurs côtés pendant le travail ou si elles avaient obtenu un soutien individuel continu d'un professionnel de la santé.

Références

1. Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* [Internet]. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2000. N° de catalogue : H39-527/2000F. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1-fra.php>.
2. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

Numéros des questions : LB_Q12-Q17, SI_Q06

26 Contact entre la mère et le nourrisson à la naissance

Beverley Chalmers, Beverley O'Brien, Madeline Boscoe

Introduction

Le premier contact peau contre peau entre la mère et le bébé s'avère bénéfique. En plus d'améliorer les résultats en matière d'allaitement et l'attachement rapide entre la mère et le nourrisson, des études indiquent que le contact peau contre peau suivant la naissance peut réduire les pleurs du nourrisson et accroître sa stabilité cardio-respiratoire et qu'il n'a aucun effet défavorable¹. Il ne devrait pas être momentané, mais se poursuivre pendant la première heure ou plus après la naissance et autant que possible par la suite. Un contact limité entre la mère et le nourrisson et des contacts limités peau contre peau après la naissance peuvent avoir des effets indésirables, entre autres l'échec de l'allaitement et un comportement moins affectueux de la mère à l'égard de son bébé².

L'EEM a demandé aux mères quand elles avaient tenu leur bébé dans leurs bras pour la première fois, leur avis sur le moment de ce premier contact, si le bébé était nu (c.-à-d., non enveloppé, habillé ou langé) et si elles avaient tenu leur bébé contre leur peau nue. L'EEM a également demandé si les bébés se trouvaient dans la même chambre ou le même lit que la mère pendant la plus grande partie de la première heure après la naissance et s'ils étaient dans la même chambre pendant les 24 premières heures après la naissance. Les questions concernant le contact entre la mère et le nourrisson n'ont été posées qu'aux femmes dont le bébé n'avait pas été admis dans une unité des soins intensifs ou des soins spéciaux immédiatement après la naissance.

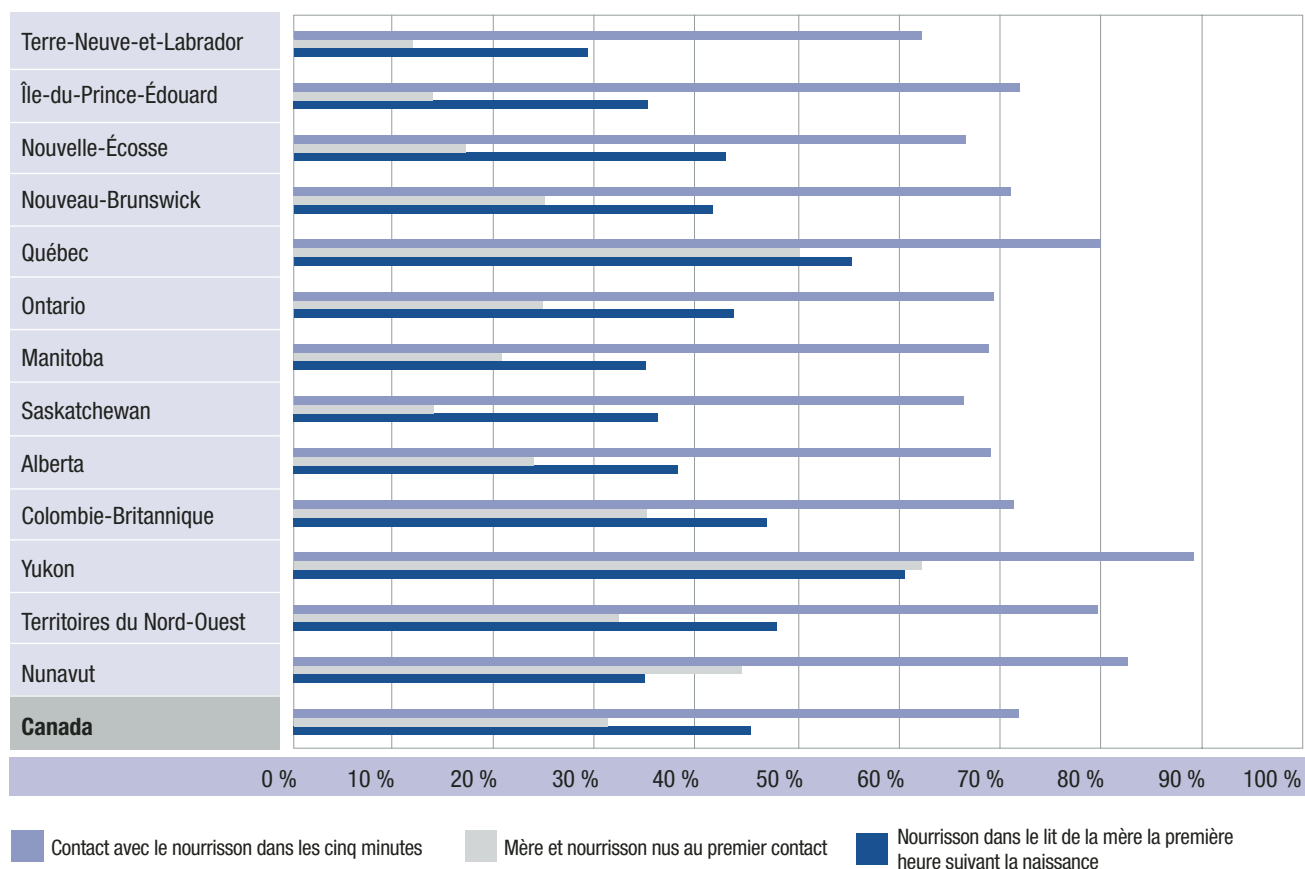
Nota : Comme le contact peau contre peau suivant la naissance et le fait de laisser l'enfant avec la mère 24 heures par jour constituent des volets des « 10 étapes » de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés visant à promouvoir et à encourager l'allaitement, cette section vient compléter la section 30 (Initiative Hôpitaux amis des bébés) au chapitre 3 du présent rapport.

Résultats

- Globalement, près des trois quarts (71,9 %, IC 95 % : 70,7-73,2) des femmes ont signalé avoir tenu leur bébé dans leurs bras immédiatement ou dans les cinq minutes suivant la naissance. Le pourcentage de femmes qui ont signalé un contact avec leur bébé dans les cinq minutes suivant la naissance variait de 89,2 % (IC 95 % : 85,5-92,9) au Yukon, 82,7 % (IC 95 % : 76,7-88,7) au Nunavut et 80,0 % (IC 95 % : 77,7-82,3) au Québec, à 66 % en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan (66,6 %, IC 95 % : 61,8-71,5, et 66,4 %, IC 95 % : 61,4-71,4, respectivement) et 62,2 % (IC 95 % : 57,0-67,4) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 26.1).

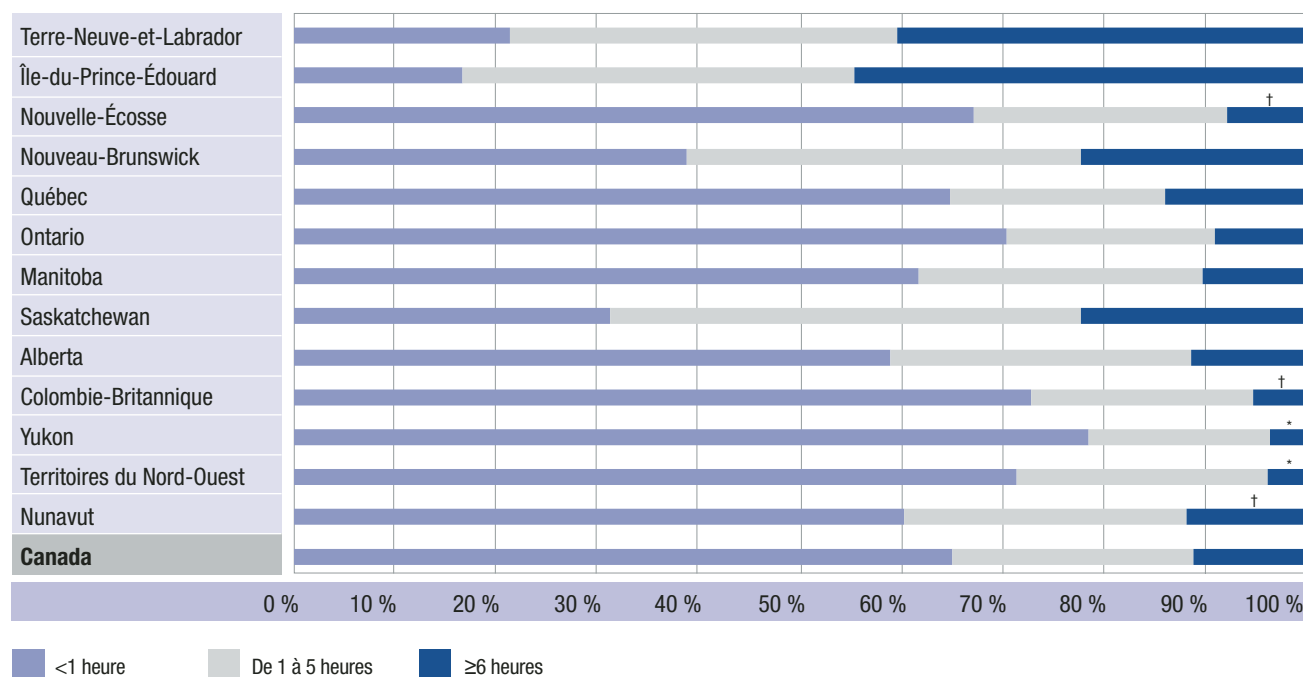
- Les femmes qui avaient accouché par césarienne étaient moins susceptibles d'avoir tenu leur bébé immédiatement dans leurs bras après la naissance (29,0 %, IC 95 % : 26,5-31,6) comparativement à celles qui avaient accouché par voie vaginale (85,7 %, IC 95 % : 84,6-86,8).
- La plupart (86,2 %, IC 95 % : 85,3-87,1) des femmes estimaient qu'elles avaient tenu leur bébé dans leurs bras au bon moment, 10,4 % (IC 95 % : 9,6-11,2) ont signalé qu'elles l'avaient tenu dans leurs bras trop tard et 3,4 % (IC 95 % : 2,8-3,9) ont indiqué qu'elles l'avaient tenu trop tôt. Les femmes qui avaient accouché par voie vaginale étaient plus susceptibles d'estimer que le premier contact avec leur bébé avait eu lieu au bon moment (91,0 %, IC 95 % : 90,1-91,9) comparativement aux femmes ayant accouché par césarienne (71,3 %, IC 95 % : 68,8-73,8). Environ un quart (26,2 %, IC 95 % : 23,8-28,6) des femmes ayant accouché par césarienne ont estimé avoir tenu leur bébé dans leurs bras trop tard.
- Moins du tiers (31,1 %, IC 95 % : 29,8-32,3) des femmes ont indiqué que la première fois qu'elles ont tenu leur bébé, il était nu contre leur peau nue (contact peau contre peau). Le contact peau contre peau après la naissance variait de 62,2 % (IC 95 % : 56,4-68,0) au Yukon et 50,2 % (IC 95 % : 47,4-53,0) au Québec à 13,8 % (IC 95 % : 10,8-16,8) à l'Île-du-Prince-Édouard et 11,8 % (IC 95 % : 8,4-15,3) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 26.1).
- Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles (18,1 %, IC 95 % : 13,2-23,1) de signaler un contact peau contre peau avec leur bébé immédiatement après la naissance par rapport aux femmes plus âgées. Par ailleurs, les femmes ayant accouché par césarienne étaient moins susceptibles d'avoir eu un contact peau contre peau avec leur bébé immédiatement après la naissance (7,5 %, IC 95 % : 6,0-9,1) que les femmes ayant accouché par voie vaginale (38,7 %, IC 95 % : 37,1-40,2).
- Pendant presque toute l'heure qui a suivi la naissance, 13,9 % (IC 95 % : 13,0-14,8) des femmes ont signalé que leur bébé ne se trouvait pas dans la même chambre et 40,8 % (IC 95 % : 39,5-42,1) ont indiqué qu'il se trouvait dans la même chambre, mais pas dans leur lit. Moins de la moitié des femmes (45,3 %, IC 95 % : 43,9-46,6) ont mentionné avoir eu le bébé dans leur lit pendant la première heure suivant la naissance, et cette proportion variait selon la province ou le territoire, allant de 60,6 % (IC 95 % : 54,5-66,6) au Yukon et 55,3 % (IC 95 % : 52,5-58,0) au Québec à 29,1 % (IC 95 % : 24,2-34,0) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 26.1). Celles qui avaient accouché par césarienne étaient moins susceptibles d'avoir eu leur bébé dans leur lit pendant la première heure suivant la naissance (22,6 %, IC 95 % : 20,2-25,1) que celles qui avaient accouché par voie vaginale (52,5 %, IC 95 % : 51,0-54,0).
- Pendant les 24 premières heures suivant la naissance, 65,0 % (IC 95 % : 63,8-66,2) des femmes ont signalé que leur bébé avait passé moins d'une heure à l'extérieur de leur chambre (le bébé reste avec sa mère 24 heures par jour). Vingt-quatre pour cent (23,8 %, IC 95 % : 22,7-24,9) des femmes ont indiqué que leur bébé avait passé entre une et cinq heures en dehors de leur chambre, et 11,2 % (IC 95 % : 10,4-12,0), que leur bébé avait été en dehors de leur chambre au moins six heures pendant les 24 premières heures qui ont suivi la naissance. La proportion de femmes qui ont indiqué avoir passé 24 heures par jour avec leur bébé variait de 78,6 % (IC 95 % : 73,8-83,5) au Yukon et 72,8 % (IC 95 % : 69,3-76,2) en Colombie-Britannique à 21,4 % (IC 95 % : 17,1-25,6) à Terre-Neuve-et-Labrador et 16,7 % (IC 95 % : 13,4-19,9) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 26.2).
- Les femmes qui avaient accouché par voie vaginale (70,9 %, IC 95 % : 69,9-72,2) étaient plus susceptibles de signaler que leur bébé avait passé moins d'une heure en dehors de leur chambre pendant les 24 premières heures suivant la naissance que les femmes qui avaient accouché par césarienne (46,5 %, IC 95 % : 43,8-49,3) (figure 26.3).

Figure 26.1 Répartition des types de contact entre la mère et le nourrisson après la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §



§ Les femmes dont le bébé a été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance sont exclues.

Figure 26.2 Répartition du nombre d'heures que le nourrisson a passé en dehors de la chambre de sa mère pendant les 24 premières heures suivant la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §

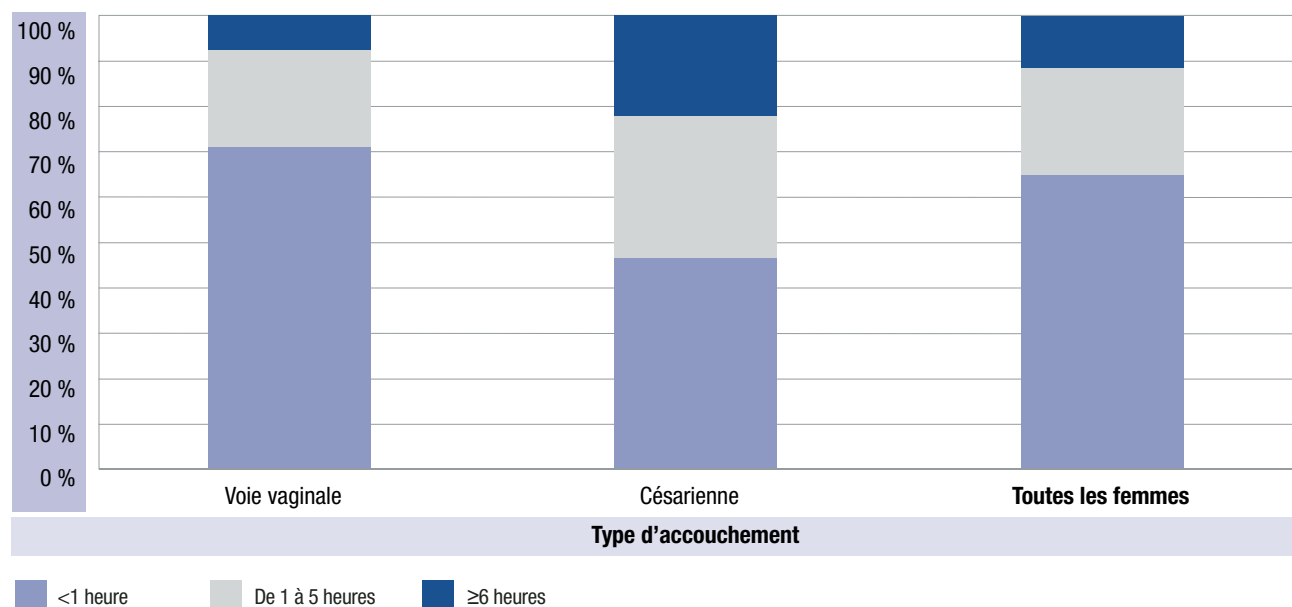


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ Les femmes dont le bébé a été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance sont exclues.

Figure 26.3 Répartition du nombre d'heures que le nourrisson a passé en dehors de la chambre de sa mère pendant les 24 premières heures suivant la naissance, selon le type d'accouchement, Canada, 2006-2007 §



§ Les femmes dont le bébé a été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance sont exclues.

Résumé

Près des trois quarts (71,9 %) des femmes ont tenu leur bébé dans leurs bras pour la première fois soit immédiatement après avoir accouché ou dans les cinq minutes suivant la naissance. Environ un tiers (31,1 %) des mères ont signalé avoir tenu leur bébé nu contre leur peau au premier contact, et 45,3 % l'avaient eu dans leur lit pendant la première heure suivant la naissance. Le nombre d'heures que le bébé a passé en dehors de la chambre de la mère pendant les premières 24 heures suivant la naissance était plus élevé chez les femmes qui avaient accouché par césarienne. Le contact entre la mère et le nourrisson après la naissance variait selon la province ou le territoire.

Limites

L'EEM n'a pas posé de questions sur le contact entre la mère et le nourrisson aux femmes dont le bébé a été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux.

Références

1. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
2. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Mother and baby. Dans : *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 428–439.

Numéros des questions : PP_Q04-Q11, LB_Q18

27 Expérience de l'accouchement et satisfaction à l'égard des soins

Beverley Chalmers, Catherine Royle

Introduction

Une expérience positive de l'accouchement peut améliorer l'adaptation au rôle parental, influencer sur l'autogestion positive de la santé et accroître le respect des recommandations futures en matière de soins de santé et le suivi¹. Toutefois, il est difficile de mesurer la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience d'accouchement. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'évaluation faite par la femme, notamment les attentes personnelles, les connaissances concernant l'accouchement et l'expérience connexe, le soutien et la qualité des soins fournis par les professionnels de la santé, les méthodes et les événements entourant l'accouchement et les questions socio-démographiques. Par ailleurs, le moment où l'évaluation est réalisée (peu après l'accouchement ou des mois plus tard), la formulation des questions et les échelles de notation utilisées peuvent influencer sur l'indice de satisfaction des femmes².

Souvent, on utilise les indices de satisfaction à l'égard des soins de santé conjointement avec d'autres mesures cliniques pour évaluer la qualité du service. Toutefois, certains rapports mettent en garde contre les indices de satisfaction des femmes à l'égard des soins reçus puisqu'ils ne reflètent pas nécessairement la qualité des soins, les femmes pouvant évaluer leur expérience de la grossesse et de l'accouchement, quelle qu'elle ait été, comme étant positive – ce qu'elles ont eu était le *nec plus ultra*³.

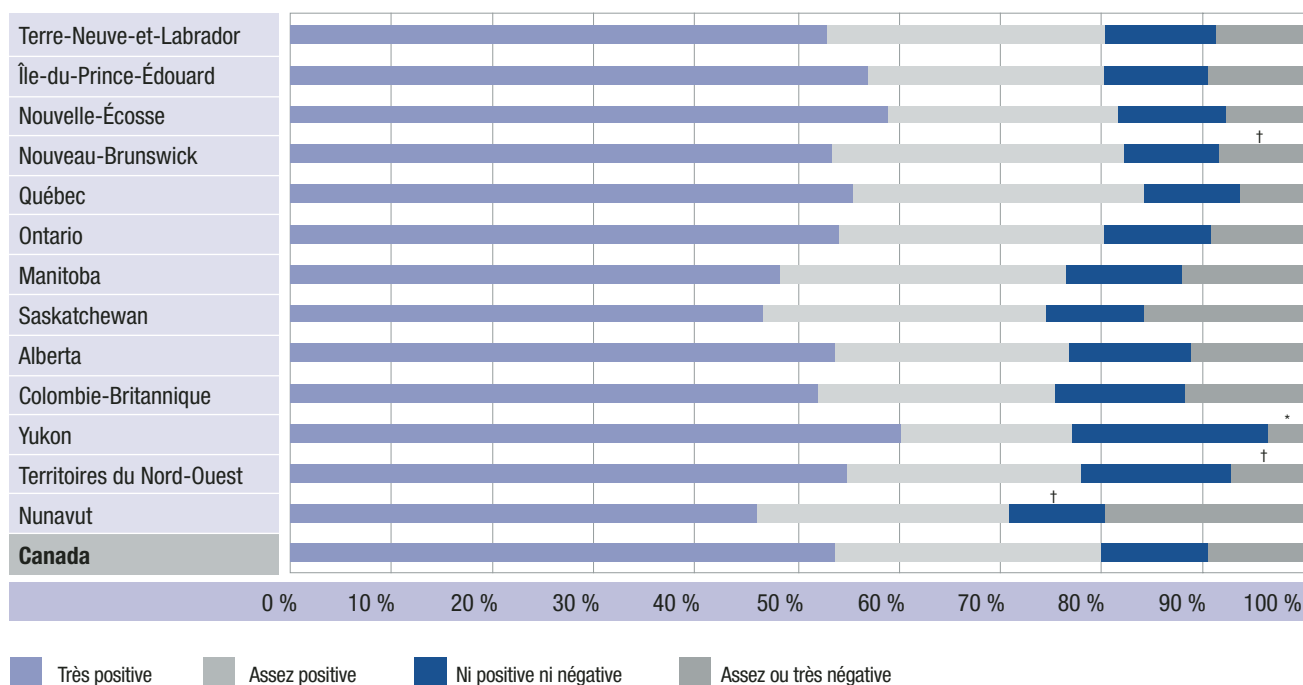
Malgré ces défis, la plupart des enquêtes nationales ou à grande échelle sur l'expérience de maternité des femmes incluent une évaluation de la satisfaction des femmes à l'égard de divers aspects de la grossesse, de la naissance et du post-partum.

L'EEM a demandé aux femmes d'évaluer leur expérience générale du travail et de l'accouchement et si leur professionnel de la santé leur avait donné suffisamment d'information sur le progrès de leur travail. Les femmes ont dû réfléchir à toute leur expérience de la grossesse, du travail et de l'accouchement et au post-partum immédiat et évaluer leur satisfaction à l'égard de six aspects de leur interaction avec les professionnels de la santé : l'information fournie par les professionnels de la santé, la compassion et la compréhension dont ont fait preuve les professionnels de la santé, la compétence des professionnels de la santé, le respect de l'intimité et de la dignité de la femme démontrés par les professionnels de la santé, le respect de la femme démontré par les professionnels de la santé; et leur participation personnelle à la prise de décisions.

Résultats

- Environ la moitié (53,8 %, IC 95 % : 52,5-55,1) des femmes ont signalé que leur expérience globale du travail et de l'accouchement était « très positive ». Ce pourcentage variait de 60,5 % (IC 95 % : 54,8-66,2) au Yukon et 59,0 % (IC 95 % : 54,4-63,7) en Nouvelle-Écosse à 48,4 % (IC 95 % : 43,3-53,5) au Manitoba, 46,8 % (IC 95 % : 42,0-51,6) en Saskatchewan et 46,1 % (IC 95 % : 38,9-53,4) au Nunavut (figure 27.1).
- Les femmes qui avaient été assistées principalement par une sage-femme étaient plus susceptibles de qualifier leur expérience globale du travail et de l'accouchement de « très positive » (71,1 %, IC 95 % : 65,3-76,8) que les femmes qui avaient été assistées principalement par un médecin de famille (58,3 %, IC 95 % : 55,1-61,5), une infirmière ou une infirmière praticienne (53,6 %, IC 95 % : 47,8-59,5) ou un obstétricien/gynécologue (52,3 %, IC 95 % : 50,7-53,9) (figure 27.2).
- Les multipares étaient plus susceptibles de qualifier de « très positive » leur expérience globale du travail et de l'accouchement (56,5 %, IC 95 % : 54,7-58,2) que les primipares (50,7 %, IC 95 % : 48,7-52,6).
- La plupart (89,1 %, IC 95 % : 88,2-90,0) des femmes ont reçu de l'information de leurs professionnels de la santé concernant le progrès de leur travail. Ce pourcentage variait de 96,3 % (IC 95 % : 94,0-98,6) au Yukon à 79,2 % (IC 95 % : 73,4-85,1) au Nunavut.
- Près des deux tiers (61,8 %, IC 95 % : 60,6-63,0) des femmes se sont déclarées « très satisfaites » de l'information que leur avait fournie leurs professionnels de la santé tout au long de la grossesse, du travail et de l'accouchement ainsi que du post-partum immédiat (figure 27.3). Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient comparativement moins susceptibles d'être « très satisfaites » de l'information reçue de leurs professionnels de la santé (48,1 %, IC 95 % : 42,1-54,1) que les mères plus âgées. Environ les deux tiers des femmes (65,4 %, IC 95 % : 64,1-66,6) étaient « très satisfaites » de la compassion et de la compréhension dont ont fait preuve leurs professionnels de la santé (figure 27.3).
- Environ les trois quarts des femmes se sont déclarées « très satisfaites » de la compétence perçue de leurs professionnels de la santé (75,9 %, IC 95 % : 74,8-77,0), du respect de leur intimité et de leur dignité démontré par leurs professionnels de la santé (75,6 %, IC 95 % : 74,5-76,7), du respect pour elles-mêmes démontré par leurs professionnels de la santé (78,5 %, IC 95 % : 77,5-79,6) et de leur participation à la prise de décisions (72,6 %, IC 95 % : 71,5-73,8) (figure 27.3). Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles de se déclarer « très satisfaites » à l'égard de chacune de ces caractéristiques.

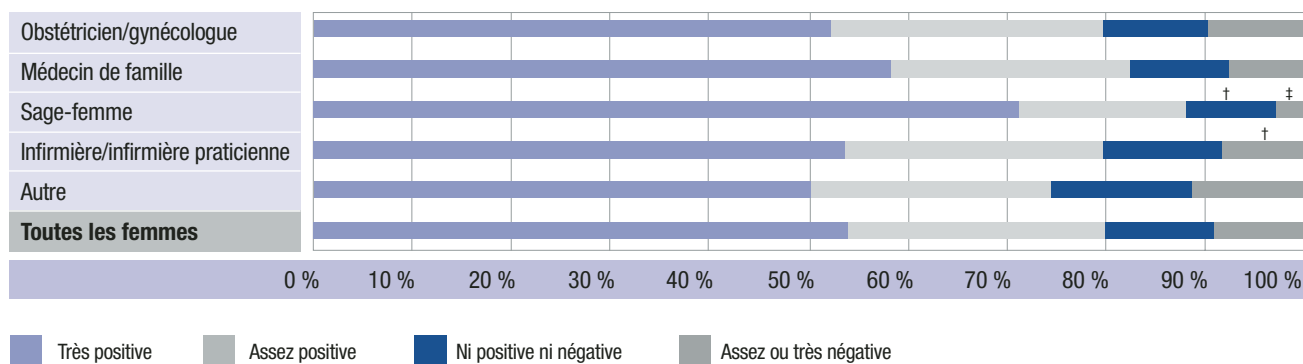
Figure 27.1 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience globale du travail et de l'accouchement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 27.2 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience globale du travail et de l'accouchement, selon le type d'accoucheur, Canada, 2006-2007

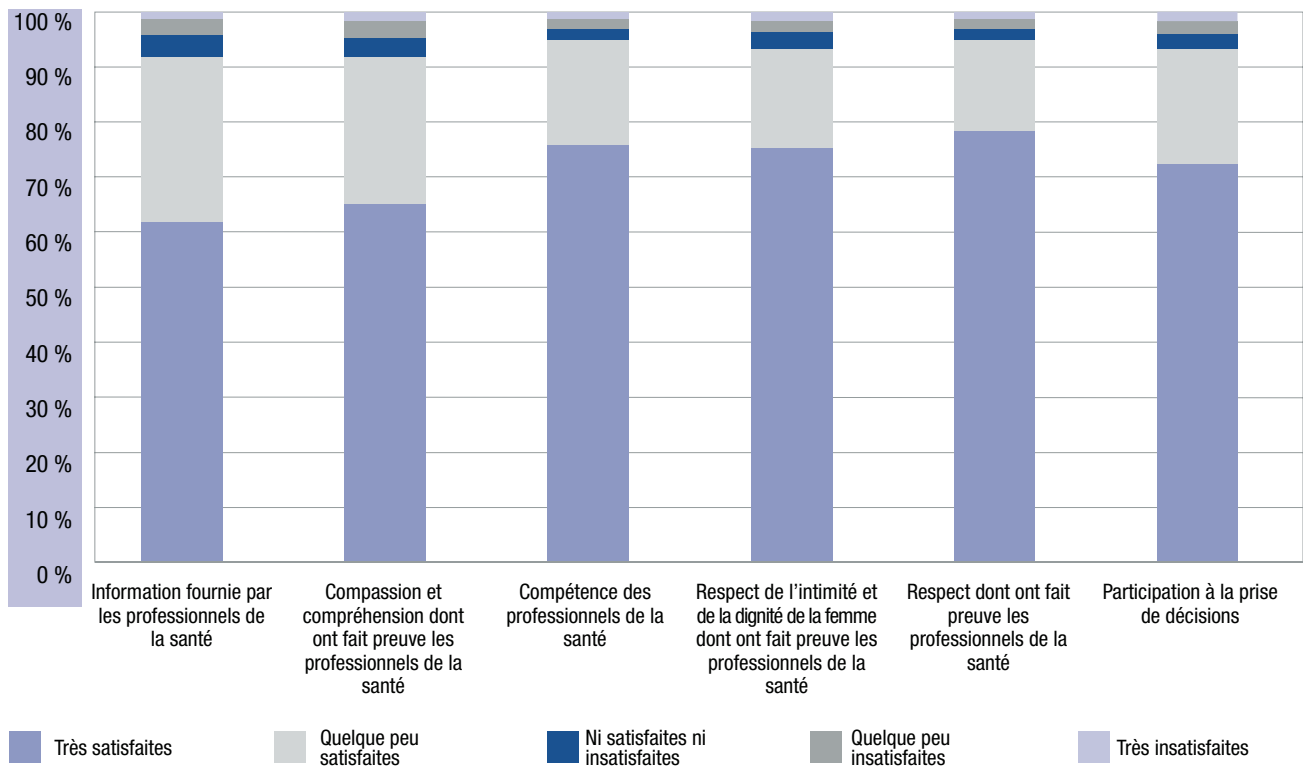


† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

§ La catégorie « Autre » inclut les professionnels de la santé dont le type n'a pas été précisé par les mères, notamment les médecins dont la spécialisation n'a pas été précisée.

Figure 27.3 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard de certains aspects de l'interaction avec les professionnels de la santé pendant toute la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat, Canada, 2006-2007



Résumé

Un peu plus de la moitié (53,8 %) des femmes ont indiqué que leur expérience globale du travail et de l'accouchement était « très positive ». L'évaluation de cette expérience variait selon la province ou le territoire. Les femmes ayant été assistées par une sage-femme à l'accouchement étaient proportionnellement plus nombreuses (71,1 %) à qualifier leur expérience du travail et de l'accouchement de « très positive » que celles qui avaient été assistées par un autre professionnel de la santé. En ce qui concerne l'interaction entre les femmes et leurs professionnels de la santé, environ les trois quarts des femmes étaient « très satisfaites » du respect qui leur avait été témoigné (78,5 %), de la compétence perçue des professionnels de la santé (75,9 %), du respect de leur intimité et de leur dignité (75,6 %) et de leur participation personnelle à la prise de décisions (72,6 %). Environ les deux tiers des femmes étaient « très satisfaites » de la compassion et de la compréhension à leur égard (65,4 %) et de l'information qui leur avait été fournie (61,8 %) par leurs professionnels de la santé tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat.

Limites

L'EEM ne s'est penchée que sur certains aspects de la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat. Les questions concernant les interactions avec les professionnels de la santé ne faisaient pas la distinction entre les professionnels de la santé ni entre les différentes périodes (c.-à-d., grossesse, travail, accouchement et post-partum immédiat).

Références

1. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs*. 2005;52(6):672–81.
2. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17–27.
3. van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie A-M, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: “what is, must still be best”. *Birth*. 2003;30(2):75–82.

Numéros des questions : VB_Q06B, PM_Q14, PC_Q05A-Q05B, PP_Q19A-Q19F

Chapitre 3 : Post-partum



The first part of the paper discusses the importance of understanding the cultural context of the research. It highlights how cultural differences can influence the interpretation of data and the design of the study. The second part of the paper focuses on the methodology used in the research. It describes the sampling process and the data collection methods. The third part of the paper presents the results of the study. It includes a table showing the distribution of responses across different categories. The final part of the paper discusses the implications of the findings and suggests areas for future research.

28 Durée du séjour de la mère à l'hôpital

Susie Dzakpasu, Cathy Kimak

Introduction

Au Canada, la durée du séjour à l'hôpital de la mère et de son bébé après l'accouchement a grandement diminué au cours des 15 dernières années. En 1991-1992, environ 3,7 % des femmes ayant accouché par voie vaginale demeuraient à l'hôpital pendant moins de deux jours, par rapport à 25,5 % en 2004-2005. En 1991-1992, environ 2,7 % des femmes ayant accouché par césarienne demeuraient à l'hôpital moins de quatre jours, comparativement à 52,5 % en 2004-2005^{1,2}.

Les avantages associés à un court séjour à l'hôpital incluent une réduction des frais d'hôpital et une adaptation post-partum axée sur la famille à la maison. Toutefois, les répercussions d'un court séjour à l'hôpital sur la santé de la mère et de son bébé continuent de faire l'objet de débats, certaines études observant un accroissement de la morbidité maternelle et néonatale tandis que d'autres ne relèvent aucun effet négatif³⁻⁷. Pour réduire les risques de résultats de santé défavorables, le bien-être physique, psychologique et social de la mère et du nouveau-né doit être évalué soigneusement avant la sortie de l'hôpital⁷. Par ailleurs, les femmes devraient être aiguillées vers les services de suivi communautaires, comme les visites au foyer après l'accouchement et les ressources de soutien à l'allaitement. La disponibilité et l'utilité des services de suivi peuvent influencer sur la satisfaction des femmes à l'égard de leur séjour à l'hôpital.

L'EEM a interrogé les femmes ayant accouché dans un hôpital, une clinique ou une maison des naissances sur la durée de leur séjour après l'accouchement et la durée du séjour de leur bébé. On a également demandé aux femmes si la durée de leur séjour était « suffisante », « trop courte » ou « trop longue ». Par court séjour de la mère à l'hôpital, on entend un séjour de moins de deux jours pour les femmes ayant accouché par voie vaginale et de moins de quatre jours pour les femmes ayant accouché par césarienne.

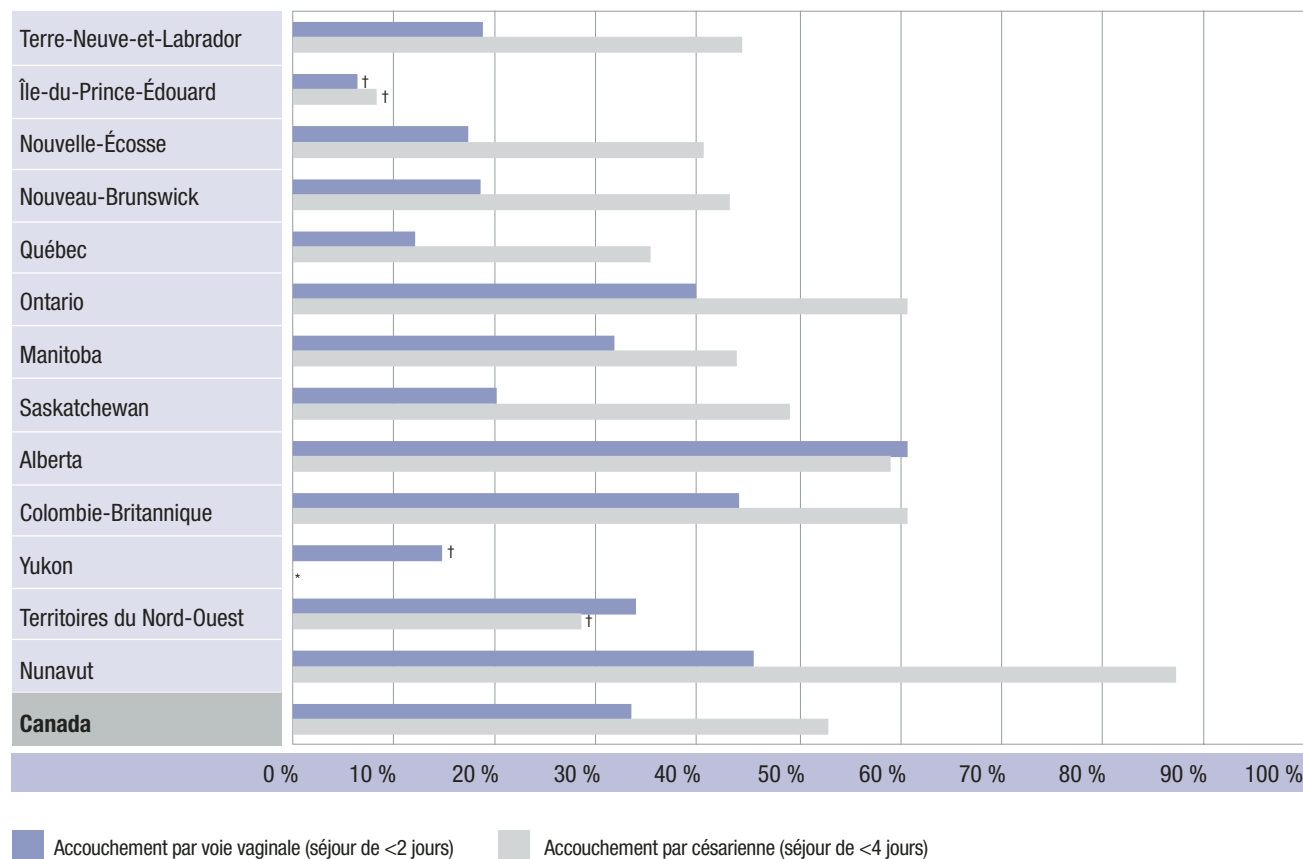
Résultats

- La durée moyenne du séjour de la mère à l'hôpital était de 2,1 jours (IC 95 % : 2,0-2,2) pour les femmes ayant accouché par voie vaginale et de 3,8 jours (IC 95 % : 3,6-4,0) pour les femmes ayant accouché par césarienne. Dans l'ensemble, 33,6 % (IC 95 % : 32,3-34,9) des femmes ayant accouché par voie vaginale sont demeurées à l'hôpital pendant moins de deux jours et 53,0 % (IC 95 % : 50,5-55,6) de celles ayant accouché par césarienne y sont demeurées moins de quatre jours.
- Parmi les femmes ayant accouché par voie vaginale, la proportion ayant passé un court séjour à l'hôpital variait selon la région, allant de 60,7 % (IC 95 % : 56,7-64,6) en Alberta à 6,4 %[†] (IC 95 % : 4,0-8,9) à l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les femmes ayant accouché par césarienne, la proportion de femmes ayant passé un court séjour à l'hôpital variait de 87,5 % (IC 95 % : 71,9-103,0) au Nunavut à 8,3 %[†] (IC 95 % : 4,4-12,3) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 28.1).

- Parmi les femmes ayant accouché par voie vaginale, un séjour de courte durée à l'hôpital était moins fréquent chez les femmes les plus jeunes (15-19 ans) (28,8 %, IC 95 % : 22,8-34,9) que chez les femmes plus âgées (figure 28.2), et chez les primipares (22,5 %, IC 95 % : 20,7-24,4) que chez les multipares (41,9 %, IC 95 % : 40,0-43,7). De même, parmi les femmes ayant accouché par césarienne, un court séjour à l'hôpital était moins fréquent chez les mères les plus jeunes (15-19 ans) (34,2 %[†], IC 95 % : 20,8-47,7) que chez les mères plus âgées (figure 28.2) et chez les mères primipares (49,0 %, IC 95 % : 45,5-52,5) que chez les mères multipares (57,3 %, IC 95 % : 53,6-61,0).
- Environ 70 % (69,5 %, IC 95 % : 68,3-70,6) des femmes ont indiqué que la durée de leur séjour avait été « suffisante », qu'elles y soient restées peu longtemps ou non. Une proportion plus élevée de femmes ayant passé un court séjour à l'hôpital ont indiqué que leur séjour avait été « trop court » et une proportion plus élevée de femmes ayant passé un plus long séjour à l'hôpital ont indiqué que leur séjour avait été « trop long » (figure 28.3).
- Parmi les bébés nés dans un hôpital, une clinique ou une maison des naissances, la plupart (95,2 %, IC 95 % : 94,7-95,8) sont rentrés à la maison en même temps que leur mère.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

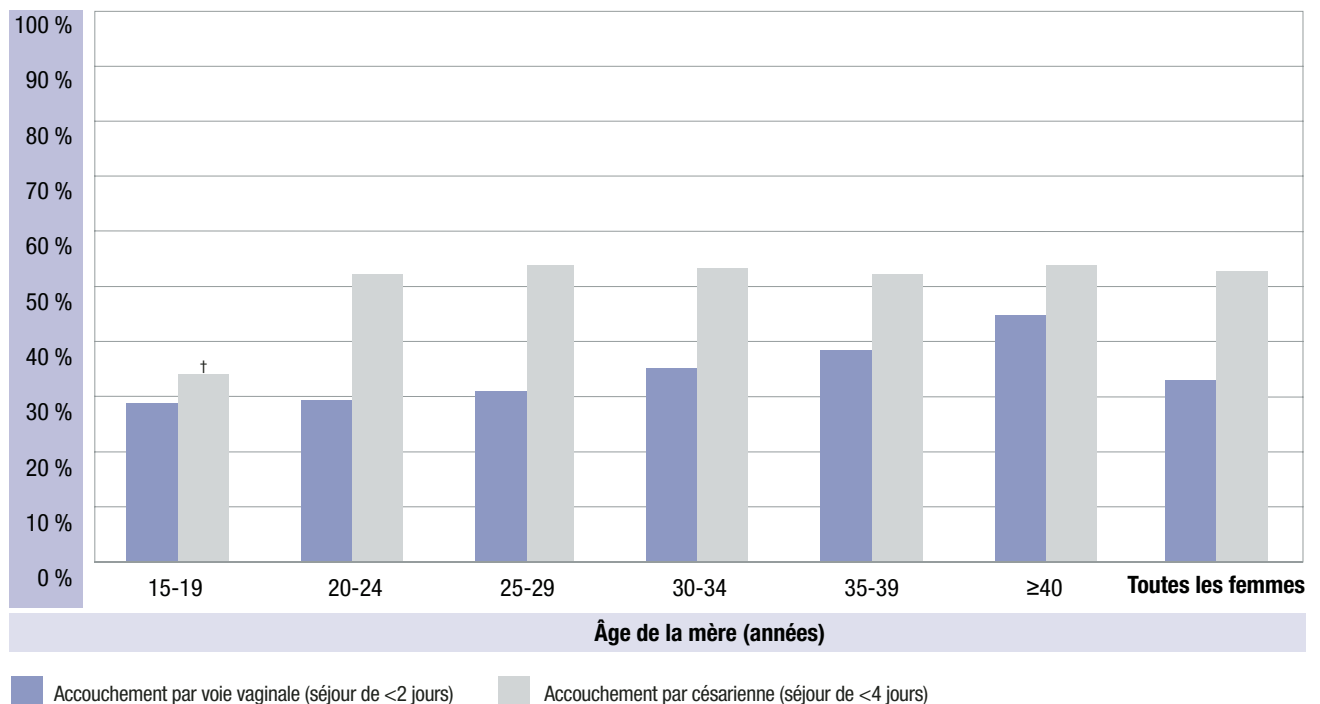
Figure 28.1 Proportion de femmes qui ont passé un court séjour à l'hôpital après l'accouchement, selon le type d'accouchement et la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

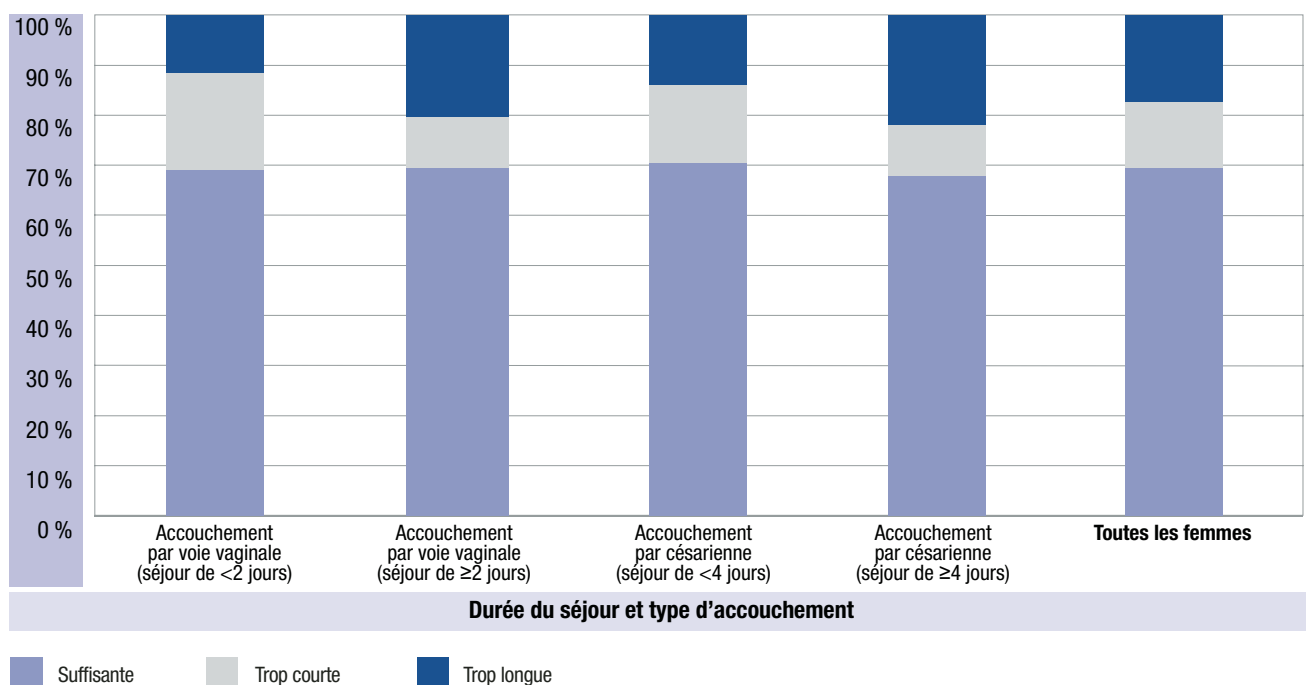
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 28.2 Proportion de femmes qui ont passé un court séjour à l'hôpital après l'accouchement, selon le type d'accouchement et l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 28.3 Répartition des opinions des femmes sur la durée de leur séjour à l'hôpital après l'accouchement, selon la durée du séjour et le type d'accouchement, Canada, 2006-2007



Résumé

Environ le tiers (33,6 %) des femmes ayant accouché par voie vaginale sont restées à l'hôpital pendant moins de deux jours après l'accouchement, et plus de la moitié (53,0 %) des femmes ayant accouché par césarienne y sont restées moins de quatre jours. La proportion de femmes dont le séjour à l'hôpital a été court variait considérablement selon la province ou le territoire. Soixante-dix pour cent (69,5 %) des femmes ont signalé que leur séjour à l'hôpital avait été « suffisant », peu importe la durée de leur séjour.

Limites

L'EEM a demandé aux femmes combien de jours, de semaines ou de mois elles étaient restées à l'hôpital et n'a pas consigné les réponses en heures. L'EEM n'a pas demandé aux femmes si la durée du séjour après l'accouchement était leur choix ou avait été recommandée par le professionnel de la santé.

Références

1. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2003.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
3. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique*. 2000;91(1):46–50.
4. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, et al. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(3):681–7.
5. Wen SW, Liu S, Fowler D. Trends and variations in neonatal length of in-hospital stay in Canada. *Revue canadienne de santé publique*. 1998;89(2):115–9.
6. Martens P, Derksen S, Gupta S. Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics*. 2004;114(3):708–13.
7. Cargill Y, Martel MJ; Comité de pratique clinique-obstétrique, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement. Déclaration de principe de la SOGC, n° 190. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(4):357–9.

Numéros des questions : PPD12, PP_Q13-Q14

29 Taux d'allaitement

Beverley Chalmers, Catherine Royle

Introduction

L'allaitement est reconnu dans le monde entier comme étant la méthode optimale d'alimentation des nourrissons compte tenu de ses effets bénéfiques sur la croissance, l'immunité et le développement cognitif du nourrisson¹⁻⁴. Par ailleurs, on a observé chez les femmes qui allaitent plusieurs avantages, comme la réduction des saignements après l'accouchement, le retard de la reprise de l'ovulation et une meilleure reminéralisation osseuse⁵.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2005, 87 % des femmes ayant accouché au cours des cinq dernières années avaient commencé à allaiter, 51 % signalant encore allaiter à l'occasion à six mois et 16,4 % ayant déclaré pratiquer l'allaitement exclusif à six mois de post-partum⁶. Le taux d'allaitement à l'occasion à six mois au Canada en 2005 était identique à celui rapporté la même année pour la Finlande (51 %), plus élevé que les taux enregistrés au Royaume-Uni (21 %), aux Pays-Bas (25 %) et en Italie (38 %), et inférieurs à ceux enregistrés en Suède (74 %), en Norvège (80 %) et en Moldavie (81 %)⁷.

L'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie et Les diététistes du Canada recommandent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois après la naissance pour les nourrissons en bonne santé nés à terme, avec l'introduction d'aliments complémentaires à six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et plus⁸. Ces recommandations corroborent celles formulées par l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance⁹.

L'EEM a demandé aux femmes comment elles avaient l'intention d'allaiter leur bébé avant la naissance, si elles avaient commencé à l'allaiter et pendant combien de temps elles l'avaient fait. On a également demandé aux femmes quand les liquides, comme l'eau, le jus ou le lait maternisé, et les solides avaient été ajoutés à l'alimentation de leur bébé afin d'estimer la durée de l'allaitement exclusif. Les analyses de l'allaitement à six mois excluent les femmes interrogées moins de six mois après l'accouchement (13 % des répondantes).

Nota : Comme un allaitement accru est l'objectif des « 10 étapes » de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés visant à promouvoir et à encourager l'allaitement, la présente section vient compléter la section 30 (Initiative Hôpitaux amis des bébés) au chapitre 3 du présent rapport.

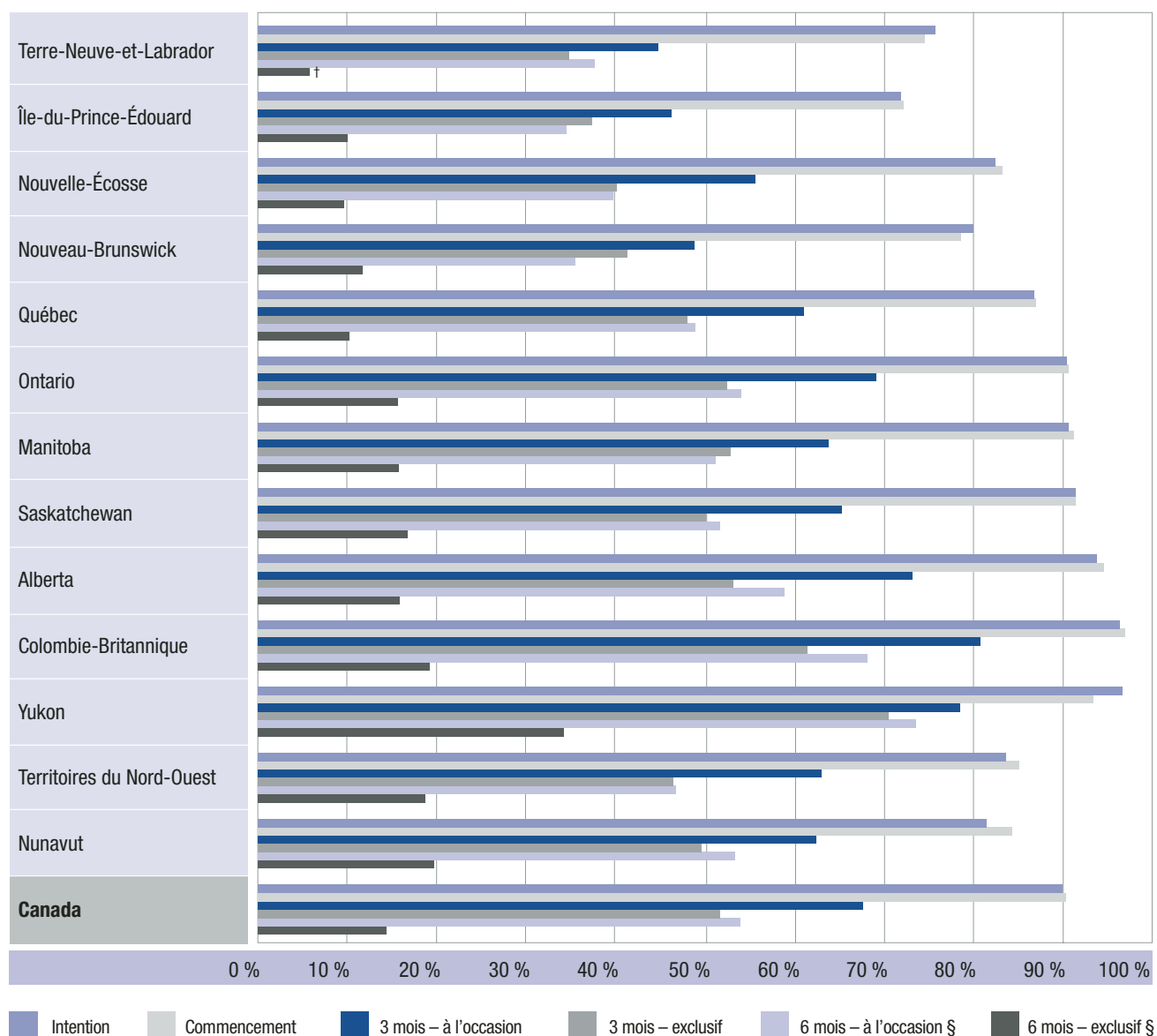
Résultats

- Globalement, 90,0 % (IC 95 % : 89,3-90,7) des femmes avaient l'intention d'allaiter leur enfant avant d'accoucher. Cette intention variait d'environ 96 % au Yukon et en Colombie-Britannique (96,7 %, IC 95 % : 94,5-98,9, et 96,4 %, IC 95 % : 95,1-97,8, respectivement) à 71,9 % (IC 95 % : 68,1-75,7) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 29.1). L'intention d'allaiter était plus élevée chez les primipares (93,2 %, IC 95 % : 92,3-94,1) que chez les multipares (87,5 %, IC 95 % : 86,4-88,6) (figure 29.2) et moins élevée chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (86,9 %, IC 95 % : 84,9-88,9) que chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu était supérieur à ce seuil (91,1 %, IC 95 % : 90,3-91,9). L'intention d'allaiter augmentait avec l'âge de la mère (figure 29.4).
- La proportion de femmes qui ont commencé à allaiter était élevée (90,3 %, IC 95 % : 89,6-91,0), allant de 97,0 % (IC 95 % : 95,8-98,3) en Colombie-Britannique et 94,6 % (IC 95 % : 92,8-96,3) en Alberta à environ trois quarts des femmes à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard (74,6 %, IC 95 % : 70,3-79,0 et 72,2 %, IC 95 % : 68,6-75,9, respectivement) (figure 29.1). Les primipares (92,8 %, IC 95 % : 91,8-93,7) étaient plus susceptibles de commencer l'allaitement que les multipares (88,4 %, IC 95 % : 87,4-89,4) (figure 29.2). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu (91,1 %, IC 95 % : 90,3-91,9) étaient plus susceptibles de commencer l'allaitement que celles vivant dans un ménage dont le revenu était égal ou inférieur à ce seuil (87,7 %, IC 95 % : 85,8-89,6), et les femmes ayant un diplôme universitaire (96,1 %, IC 95 % : 95,3-96,9) étaient plus susceptibles d'avoir commencé à allaiter que les femmes ayant un niveau de scolarité moins élevé (figure 29.3). Les mères les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles de commencer l'allaitement (83,6 %, IC 95 % : 79,6-87,7) que les mères plus âgées (figure 29.4).
- Un peu plus de la moitié (51,7 %, IC 95 % : 50,4-53,0) des femmes ont signalé avoir pratiqué l'allaitement exclusif de leur bébé jusqu'à trois mois après l'accouchement, tandis que 67,6 % (IC 95 % : 66,5-68,8) des femmes ont mentionné avoir allaité, ne serait-ce qu'à l'occasion, à trois mois. La proportion de femmes ayant allaité exclusivement jusqu'à six mois s'élevait à 14,4 % (IC 95 % : 13,5-15,4), tandis que la proportion de femmes qui allaient à l'occasion à six mois s'élevait à 53,9 % (IC 95 % : 52,6-55,2). L'allaitement exclusif à trois mois variait de 70,5 % (IC 95 % : 65,2-75,8) au Yukon à 34,8 % (IC 95 % : 30,1-39,6) à Terre-Neuve-et-Labrador, et l'allaitement exclusif à six mois variait de 34,2 % (IC 95 % : 28,6-39,7) au Yukon à 5,8 %[†] (IC 95 % : 3,4-8,3) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 29.1).
- Par rapport aux mères plus âgées, les mères les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles d'avoir allaité jusqu'à trois mois après l'accouchement, soit exclusivement (34,1 %, IC 95 % : 28,4-39,7) ou non exclusivement (40,5 %, IC 95 % : 34,6-46,4). Ces mères étaient également moins susceptibles d'allaiter à six mois, avec 5,1 %[†] (IC 95 % : 2,3-7,8) faisant état d'un allaitement exclusif et 22,8 % (IC 95 % : 17,9-27,8) signalant un allaitement occasionnel (figure 29.4). Même si les primipares ont fait état d'une plus grande intention d'allaiter et d'un plus grand début d'allaitement que les multipares, elles étaient moins susceptibles de recourir à l'allaitement exclusif à trois mois (49,2 %, IC 95 % : 47,2-51,1) et à six mois (12,5 %, IC 95 % : 11,2-13,9) après l'accouchement que les multipares (figure 29.2).
- La plupart (87,2 %, IC 95 % : 85,0-89,4) des bébés admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance étaient allaités.

- Parmi les enfants allaités chez lesquels les liquides autres que le lait maternel avaient été ajoutés à leur alimentation au moment de l'enquête, les liquides avaient été ajoutés à 12,6 semaines (IC 95 % : 12,4-12,9) en moyenne. Par ailleurs, 25,2 % (IC 95 % : 24,1-26,4) des mères qui allaitaient avaient ajouté d'autres liquides à l'alimentation dans les 14 jours après la naissance.
- Parmi les bébés chez lesquels les solides ont été ajoutés à leur alimentation, ceux-ci avaient été ajoutés en moyenne à 4,8 mois (IC 95 % : 4,8-4,8).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

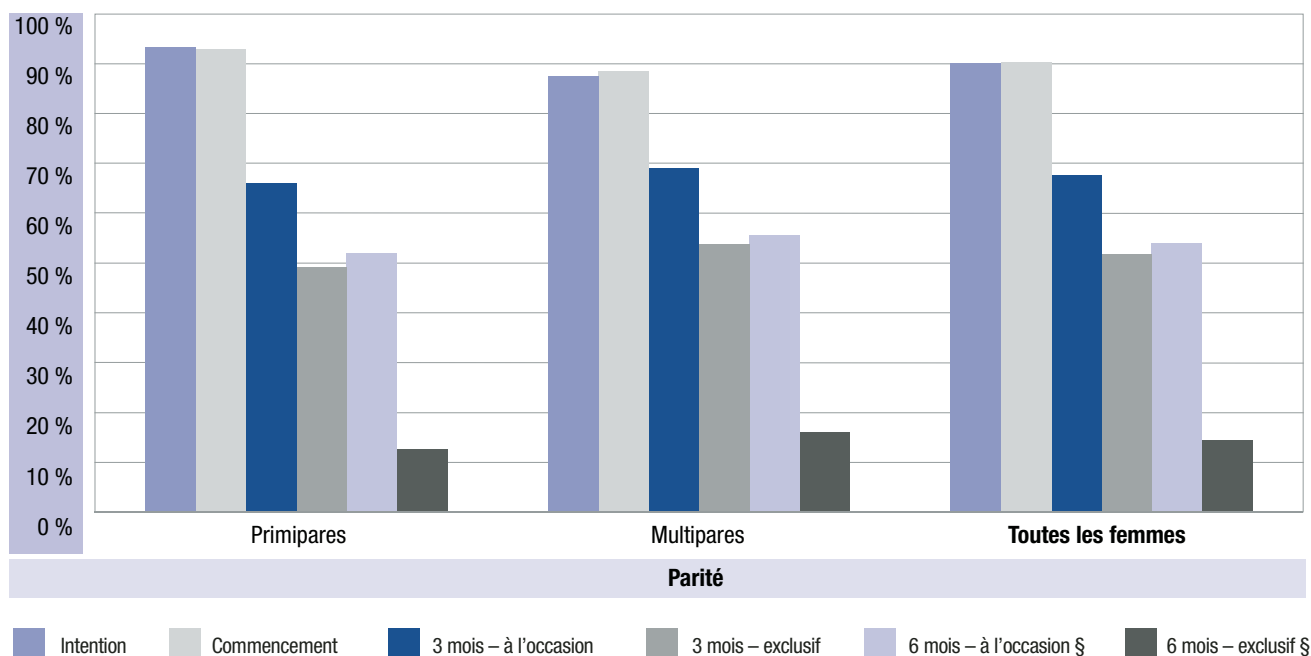
Figure 29.1 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

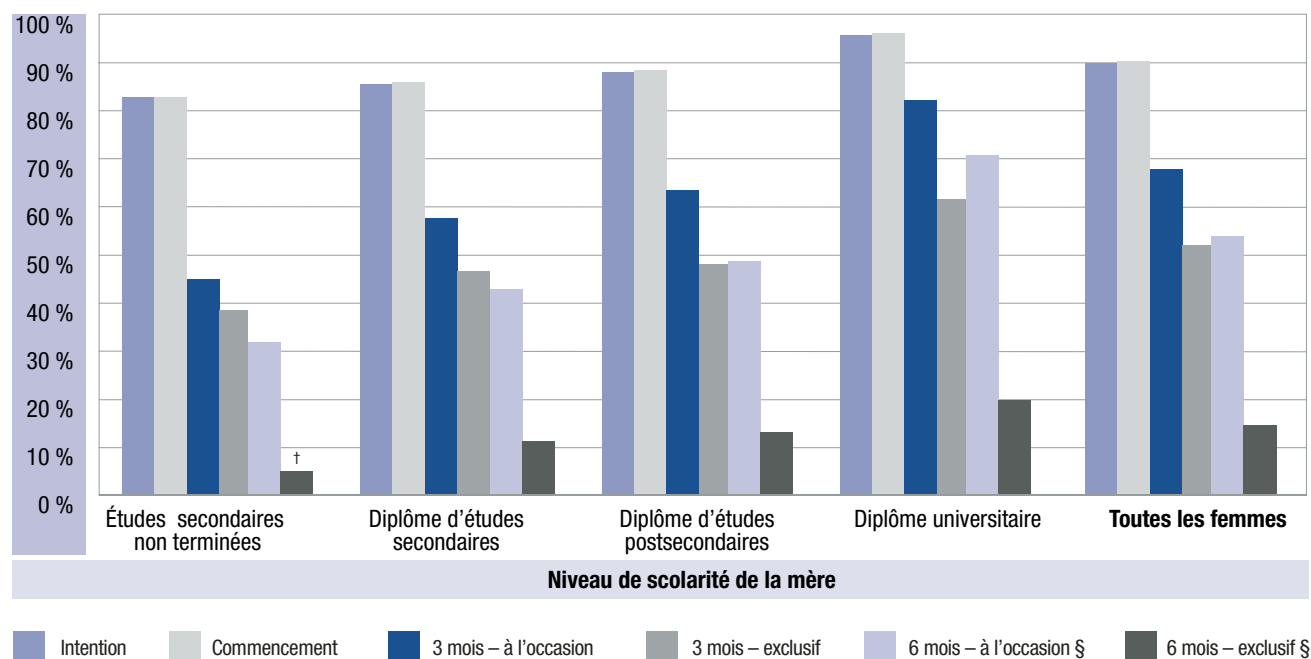
§ Les taux d'allaitement à six mois excluent les femmes qui ont été interrogées moins de six mois après leur accouchement.

Figure 29.2 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon la parité, Canada, 2006-2007



§ Les taux d'allaitement à six mois excluent les femmes qui ont été interrogées moins de six mois après leur accouchement.

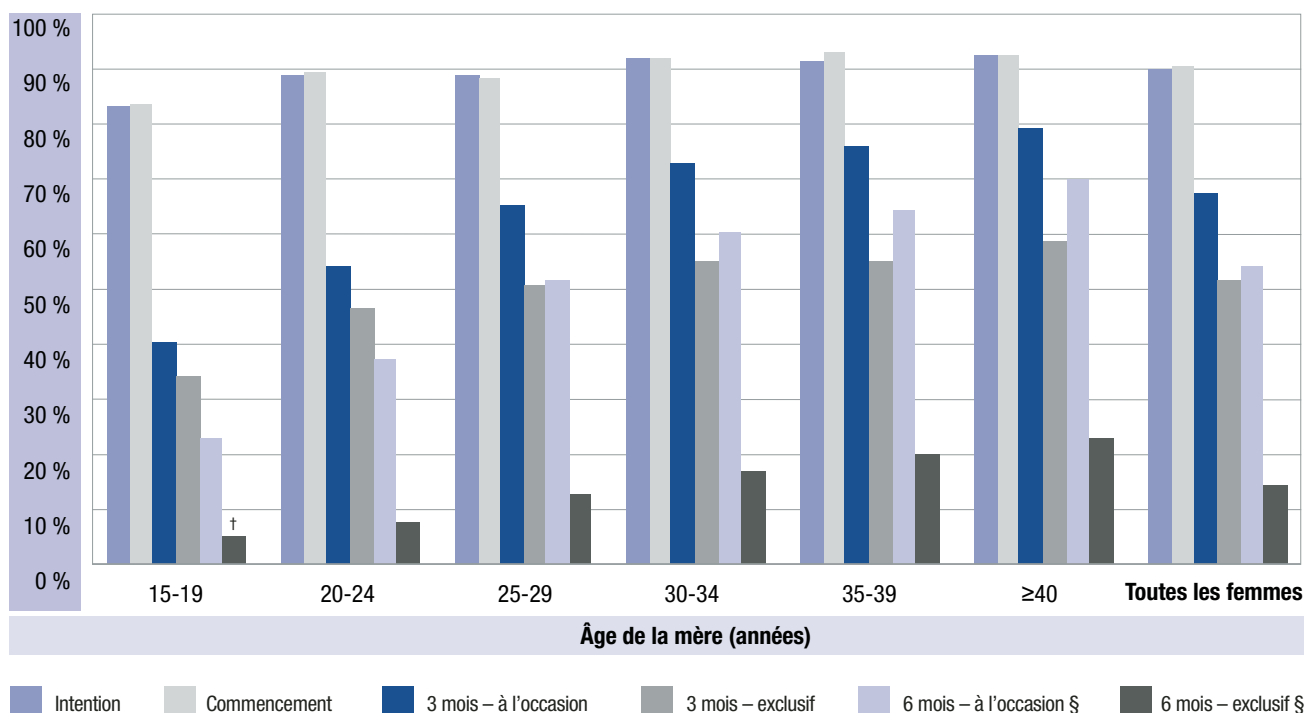
Figure 29.3 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ Les taux d'allaitement à six mois excluent les femmes qui ont été interrogées moins de six mois après leur accouchement.

Figure 29.4 Proportion de femmes qui avaient l'intention d'allaiter, proportion ayant commencé à allaiter et durée de l'allaitement, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

Même si la majorité (90,3 %) des femmes ont commencé à allaiter, la proportion de femmes qui ont signalé allaiter à l'occasion ou pratiquer un allaitement exclusif six mois après l'accouchement était moins élevée (53,9 % et 14,4 %, respectivement). Le taux d'allaitement était plus élevé dans l'ouest que dans l'est du Canada, augmentait avec l'âge et le niveau de scolarité de la mère et était plus élevé chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu.

Limites

Les réponses des femmes aux questions sur la durée de l'allaitement et le moment de l'introduction de liquides et de solides dans l'alimentation ont été données en semaines ou en mois, et la conversion d'une unité à l'autre peut donner lieu à des erreurs d'arrondi. La désirabilité sociale de l'allaitement peut avoir incité les femmes à surdéclarer le commencement et la durée de l'allaitement.

Références

1. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285(4):413–20.
2. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*. 1992;339(8788):261–4.
3. Kramer M, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol*. 2004;554:63–77.
4. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578–84.
5. Rea M. Benefits of breastfeeding and women's health. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80 Suppl 5:S142–6.
6. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
7. World Health Organization–Euro. *The European health report*. Copenhagen: WHO; 2005.
8. Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 1998.
9. World Health Organization, UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO/UNICEF; 2003.

Numéros des questions : BF_Q01-Q02, BFD08, BFD09, BF_Q10, BFD11

30 Initiative Hôpitaux amis des bébés

Beverley Chalmers, Catherine Royle

Introduction

L'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) est un programme mondial de promotion de l'allaitement élaboré et mis en œuvre par l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance^{1,2}. Elle recommande que tous les centres de soins de maternité suivent les « 10 étapes » en vue de promouvoir et d'appuyer l'allaitement. Le Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT), piloté par le Canada, est le plus grand essai randomisé jamais mené dans le domaine de la lactation humaine et il donne à penser que l'IHAB accroît l'allaitement exclusif et prolongé, ce qui, à son tour, améliore la santé du nourrisson durant sa première année de vie³ et améliore le développement cognitif des enfants en âge scolaire⁴.

Les 10 étapes de l'IHAB

- Étape 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit, communiquée de façon systématique à tous les professionnels de la santé.
- Étape 2 : Donner à tous les membres du personnel professionnel de la santé les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Étape 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la gestion de l'allaitement maternel.
- Étape 4 : Aider les mères à commencer l'allaitement au sein dans la demi-heure suivant la naissance*.
- Étape 5 : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et entretenir la lactation, même si elles sont séparées de leur nourrisson.
- Étape 6 : Ne donner aux nouveau-nés ni aliment, ni boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Étape 7 : Pratiquer la cohabitation : laisser l'enfant avec la mère 24 heures par jour**.
- Étape 8 : Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Étape 9 : Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette.
- Étape 10 : Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et aiguiller les mères vers ces associations dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

* L'IHAB précise que l'étape 4 comprend le contact peau contre peau entre la mère et le bébé dès la naissance du bébé, suivi par l'allaitement maternel dès que le bébé montre qu'il est prêt à être allaité, généralement dans l'heure qui suit l'accouchement. L'allaitement dans les cinq premières minutes après la naissance n'est généralement pas adéquat et n'est pas recommandé⁵.

** À l'étape 7, le bébé doit rester dans la chambre de sa mère au moins 23 heures par jour.

L'EEM a posé aux femmes des questions se rapportant aux étapes 3 à 10 de l'IHAB. Plus précisément, on a demandé aux femmes si elles avaient suffisamment d'information sur l'allaitement maternel avant l'accouchement, quand elles ont allaité pour la première fois et si on leur avait offert de l'aide pour commencer l'allaitement ou si on leur avait donné des échantillons gratuits de lait maternisé. On a demandé aux femmes qui ont allaité ou ont essayé d'allaiter leur bébé ne serait-ce que pendant un court laps de temps si elles allaient à la demande ou selon un horaire déterminé, si elles avaient utilisé une tétine artificielle ou une sucette et si elles avaient reçu de l'information sur les services communautaires de soutien à l'allaitement. On a interrogé les femmes dont le bébé n'a pas été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance sur le temps que leur bébé avait passé dans leur chambre pendant les 24 heures qui ont suivi la naissance. Aucune question n'a été posée relativement aux étapes 1 et 2, puisque les femmes n'étaient pas concernées par ces étapes.

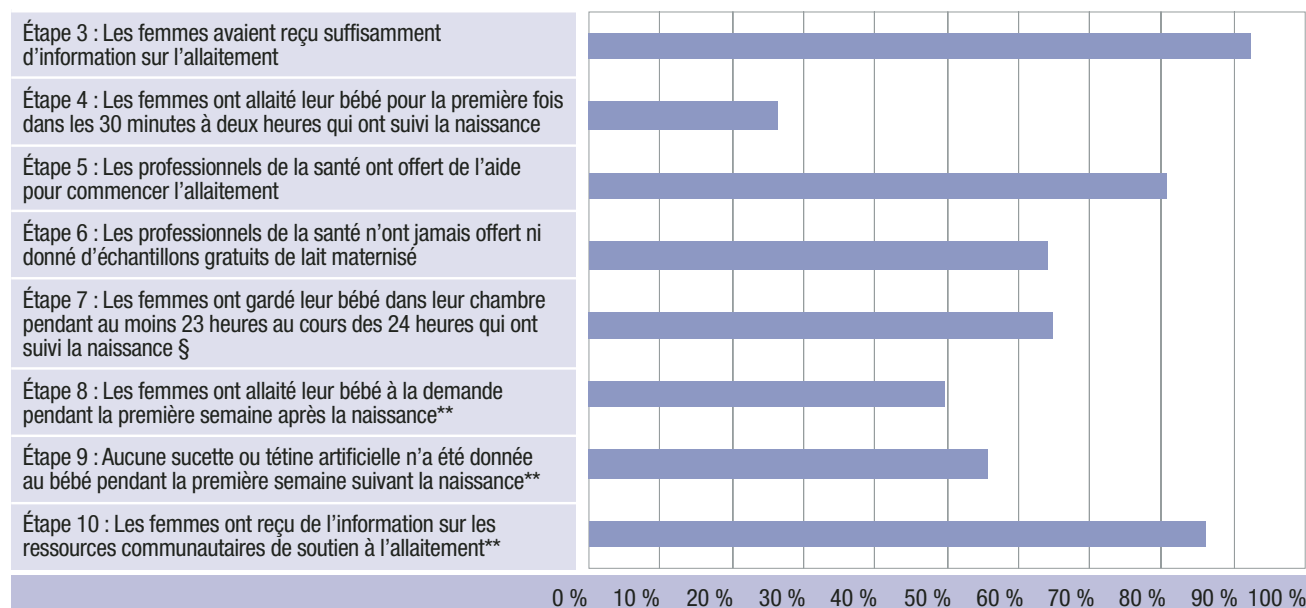
Nota : Cette section vient compléter la section 26 (Contact entre la mère et le nourrisson à la naissance) au chapitre 2 et la section 29 (Taux d'allaitement) au chapitre 3 du présent rapport.

Résultats

- En ce qui a trait à l'étape 3, 92,3 % (IC 95 % : 91,6-93,0) des femmes ont signalé avoir reçu suffisamment d'information sur l'allaitement maternel pendant la grossesse (figure 30.1).
- Pour ce qui est de l'étape 4, 19,8 % (IC 95 % : 18,7-20,8) des femmes ont signalé avoir mis leur bébé au sein pour la première fois dans les cinq minutes suivant la naissance. Vingt et un pour cent (21,5 %, IC 95 % : 20,4-22,6) des femmes ont mis le bébé au sein entre 6 et 29 minutes après la naissance, 26,6 % (IC 95 % : 25,5-27,7) entre 30 minutes et moins de deux heures, et 21,6 % (IC 95 % : 20,6-22,7) deux heures ou plus après la naissance (figure 30.2). Parmi les bébés admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux et nourris au sein, 60,2 % (IC 95 % : 56,6-63,7) ont été mis au sein pour la première fois plus de deux heures après la naissance.
- En ce qui concerne l'étape 5, 80,7 % (IC 95 % : 79,7-81,7) des femmes se sont vu offrir une aide des professionnels de la santé pour commencer l'allaitement, les primipares (88,8 %, IC 95 % : 87,6-90,0) étant proportionnellement plus nombreuses à le signaler que les multipares (74,0 %, IC 95 % : 72,6-75,5).
- Pour ce qui est de l'étape 6, 64,2 % (IC 95 % : 63,0-65,4) des femmes ont signalé ne pas avoir reçu ni s'être vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé par les professionnels de la santé. Ce pourcentage variait de 77,3 % (IC 95 % : 74,1-80,6) en Colombie-Britannique et 71,6 % (IC 95 % : 66,0-77,2) au Yukon à 57,3 % (IC 95 % : 55,1-59,4) en Ontario et 52,9 % (IC 95 % : 45,8-60,1) au Nunavut (figure 30.3). Les femmes de plus de 20 ans et les femmes ayant un diplôme d'études universitaires étaient plus susceptibles de ne pas avoir reçu ou ne pas s'être vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé, par rapport aux mères les plus jeunes (15-19 ans) et à celles ayant moins qu'un diplôme universitaire. Les mères vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu (66,7 %, IC 95 % : 65,3-68,1) étaient également plus susceptibles de ne pas avoir reçu ou s'être vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé comparativement à leurs homologues vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (58,3 %, IC 95 % : 55,4-61,1), tout comme les mères multipares (67,7 %, IC 95 % : 66,1-69,2) par rapport aux mères primipares (60,0 %, IC 95 % : 58,1-61,9).

- En ce qui a trait à l'étape 7, 65,0 % (IC 95 % : 63,8-66,2) des femmes dont le bébé n'avait pas été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance ont signalé que leur bébé était resté dans leur chambre pendant au moins 23 heures au cours des 24 premières heures après la naissance, tandis que 23,8 % (IC 95 % : 22,7-24,9) ont indiqué que leur bébé était resté dans leur chambre entre 19 et 23 heures pendant cette période. On a observé un important écart régional concernant les pratiques de cohabitation; la proportion de femmes indiquant que leur bébé était resté au moins 23 heures dans leur chambre allait de 78,6 % (IC 95 % : 73,8-83,5) au Yukon, 72,8 % (IC 95 % : 69,3-76,2) en Colombie-Britannique et 71,4 % (IC 95 % : 66,0-76,7) dans les Territoires du Nord-Ouest à 21,4 % (IC 95 % : 17,1-25,6) à Terre-Neuve-et-Labrador et 16,7 % (IC 95 % : 13,4-19,9) à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 30.4). Le temps pendant lequel le bébé était resté dans la chambre variait également selon le type d'accouchement. Les femmes ayant accouché par voie vaginale étaient plus susceptibles de garder leur bébé dans leur chambre pendant au moins 23 heures au cours de la journée qui a suivi la naissance (70,9 %, IC 95 % : 69,6-72,2), par rapport aux femmes qui ont accouché par césarienne (46,5 %, IC 95 % : 43,8-49,3).
- Pour ce qui est de l'étape 8, 49,8 % (IC 95 % : 48,5-51,2) des femmes qui ont allaité ont indiqué avoir allaité au sein leur bébé la première semaine dès qu'il avait faim (allaitement à la demande), tandis que 17,7 % (IC 95 % : 16,6-18,7) avaient suivi un horaire déterminé et 32,5 % (IC 95 % : 31,2-33,8) ont eu recours à la fois à l'allaitement à la demande et à un horaire déterminé (figure 30.5).
- En ce qui concerne l'étape 9, la proportion de femmes allaitantes qui ont signalé que leur bébé n'avait pas reçu de tétine artificielle ou de sucette dans la première semaine était de 55,6 % (IC 95 % : 54,3-56,9) (figure 30.1). Cette proportion avait tendance à augmenter avec l'âge et le niveau de scolarité de la mère. Les bébés des mères de plus de 40 ans (67,8 %, IC 95 % : 60,6-75,1) et les bébés des mères ayant un diplôme d'études universitaires (63,6 %, IC 95 % : 61,5-65,8) étaient plus susceptibles de ne pas avoir reçu de tétine ou de sucette que ceux des mères moins âgées ou ayant un niveau de scolarité moins élevé.
- En ce qui a trait à l'étape 10, 86,3 % (IC 95 % : 85,4-87,2) des mères allaitantes ont reçu de l'information sur les ressources communautaires de soutien à l'allaitement (figure 30.1).

Figure 30.1 Proportion de femmes qui ont vécu des expériences correspondant aux étapes 3 à 10 de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés, Canada, 2006-2007



§ Les femmes dont le bébé a été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance sont exclues.

** Chez les femmes qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur bébé même pendant un court laps de temps.

Figure 30.2 Répartition du moment où la mère a allaité son bébé pour la première fois, Canada, 2006-2007

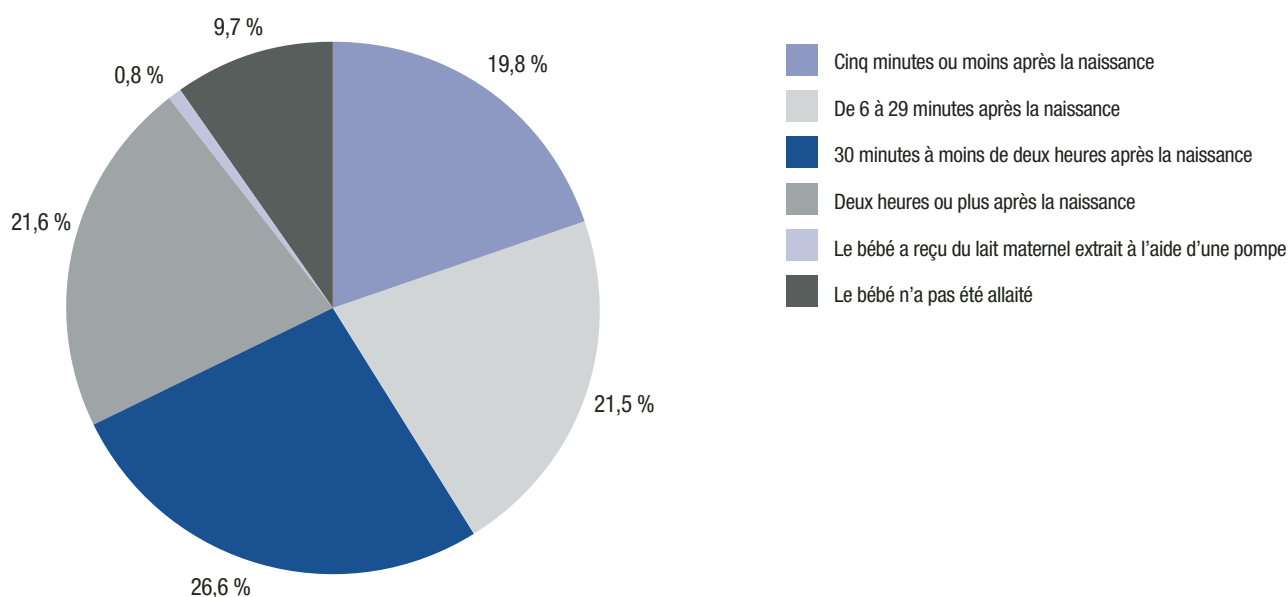


Figure 30.3 Proportion de femmes qui n'ont pas reçu ou ne se sont pas vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé par les professionnels de la santé (étape 6 de l'IHAB), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

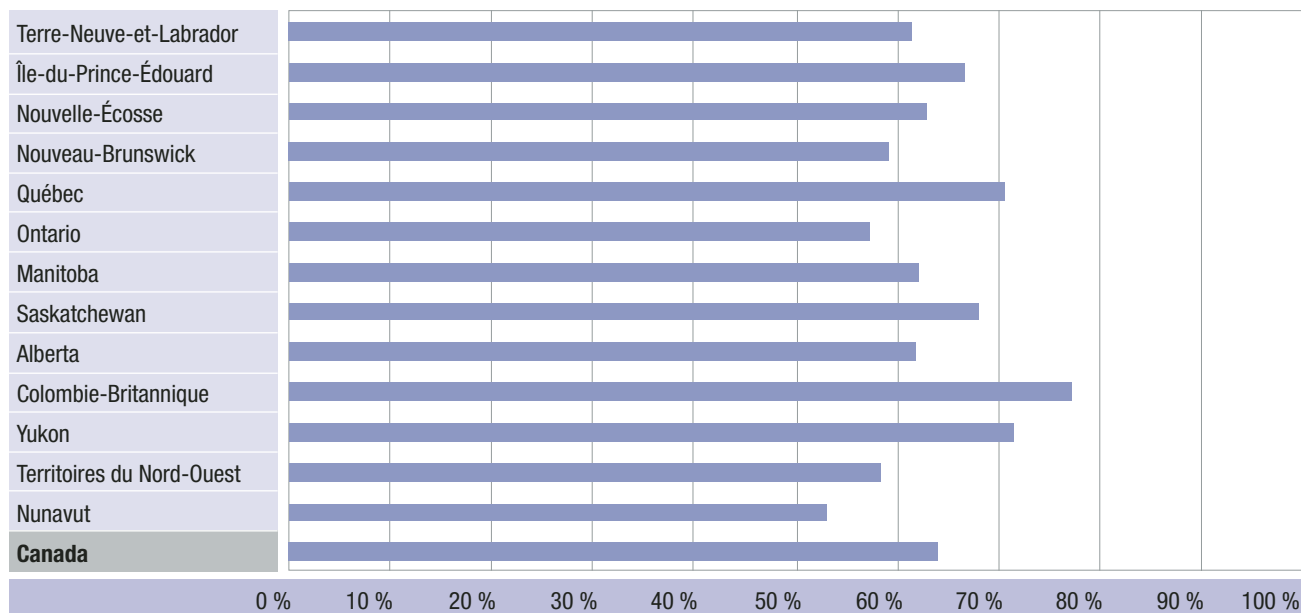
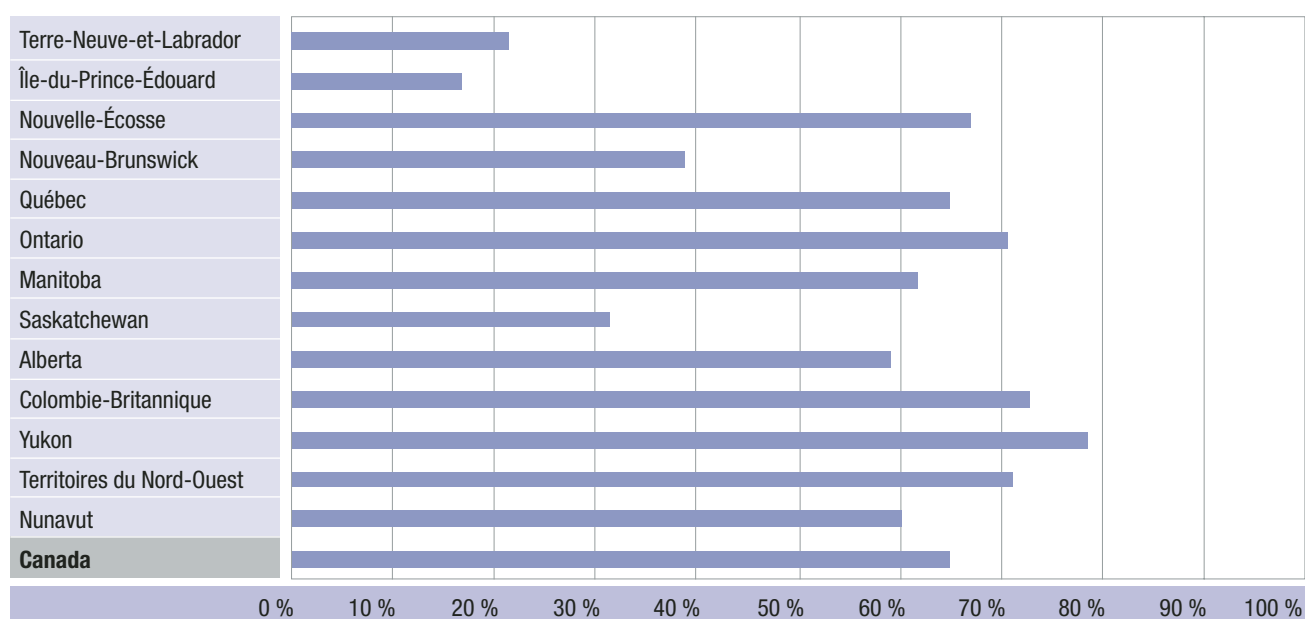
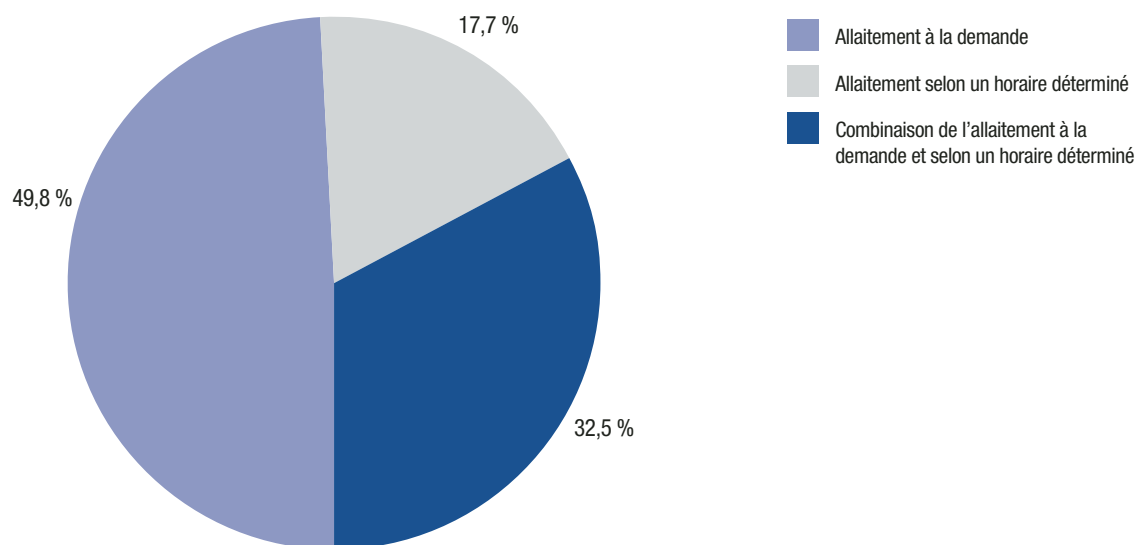


Figure 30.4 Proportion de femmes qui ont gardé le bébé dans leur chambre pendant au moins 23 heures la première journée suivant la naissance (étape 7 de l'IHAB), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §



§ Les femmes dont le bébé a été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux immédiatement après la naissance sont exclues.

Figure 30.5 Répartition des méthodes d'allaitement pendant la première semaine après la naissance, Canada, 2006-2007



Résumé

La proportion de femmes ayant vécu des expériences correspondant aux étapes 3 à 10 de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés est élevée pour certaines étapes, tandis que d'autres nécessitent une amélioration. La plupart (80 %-90 %) des mères ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information sur l'allaitement maternel, des renseignements sur les ressources communautaires en matière d'allaitement et une aide pour commencer l'allaitement maternel. Les pratiques n'encourageant pas l'allaitement maternel ou le respect des étapes de l'IHAB étaient les suivantes : 50,2 % des bébés nourris au sein n'étaient pas allaités uniquement à la demande pendant la première semaine après la naissance; 44,4 % des bébés nourris au sein ont reçu une tétine artificielle ou une sucette pendant la première semaine suivant la naissance; 35,8 % des mères ont reçu ou se sont vu offrir des échantillons gratuits de lait maternisé; 35,0 % des bébés ont été hors de la chambre de leur mère pendant plus d'une heure au cours des 24 heures qui ont suivi la naissance et 19,8 % des bébés ont commencé à être allaités trop tôt (c.-à-d., dans les cinq minutes qui ont suivi la naissance).

Limites

L'EEM ne s'est pas penchée sur la qualité de l'information ou de l'aide fournie aux femmes par les professionnels de la santé concernant l'allaitement, ni sur la nature de toute source d'information additionnelle sur l'allaitement mise à la disposition des femmes. Aucune question précise n'a été posée pour savoir si le bébé était prêt pour l'allaitement maternel.

Références

1. World Health Organization, UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement*. Geneva: World Health Organization; 1989.
2. World Health Organization, UNICEF. *Ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: World Health Organization; 1989.
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285(4):413–20.
4. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578–84.
5. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*. 2001;28(3):202–7.

Numéros des questions : PI_Q09, PP_Q10-Q11, BF_Q03-Q07, BF_Q09-Q10

31 Contact à domicile et satisfaction à l'égard des soins postnataux

Cathy Kimak, Catherine Royle, Beverley Chalmers

Introduction

Au Canada et dans plusieurs autres pays, on a observé une réduction de la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement^{1,2}. Cette situation a donné lieu à l'élaboration de directives régionales et nationales pour les soins postnataux ainsi qu'à un accroissement des services périnataux offerts dans la communauté^{1,3-5}, dont le but est d'assurer la santé des nouvelles mères et de leur bébé. Toutefois, les chercheurs ont relevé l'absence de données probantes sur lesquelles fonder les décisions de programme concernant les modèles de soins de suivi les plus efficaces^{4,6}.

Les services postnataux au Canada sont offerts par les hôpitaux, les centres de santé, les infirmières de la santé publique et les dispensateurs de soins primaires. Divers modèles sont utilisés, notamment des appels téléphoniques, des services de triage par téléphone, des visites en clinique (avec et sans rendez-vous) et des visites à domicile.

La satisfaction à l'égard des soins postnataux est un important indicateur des expériences de la mère. Le degré de satisfaction ou d'insatisfaction à l'égard des soins que la mère et son bébé reçoivent après l'accouchement est également utile pour déterminer les domaines où des améliorations peuvent être apportées⁷. Les études ont révélé que la satisfaction de la mère à l'égard des soins postnataux s'améliore quand les soins sont offerts dans le cadre de visites à domicile plutôt que de visites à la clinique ou à l'hôpital⁸.

L'EEM a demandé aux femmes si un professionnel de la santé les avait contactées à leur domicile (visite à domicile ou appel téléphonique) après l'accouchement. On a également demandé aux femmes quel âge avait leur bébé au moment de ce contact. Pour les femmes ayant accouché en clinique ou à l'hôpital, on a estimé le temps qui s'est écoulé avant le premier contact après le congé de l'hôpital en soustrayant la durée du séjour à l'hôpital après la naissance de l'âge du bébé au moment du contact au domicile. L'EEM a également demandé aux femmes quel était leur degré de satisfaction à l'égard des soins postnataux qu'elles et leur bébé avaient reçus.

Résultats

- Globalement, 93,3 % (IC 95 % : 92,6-93,9) des femmes ont signalé qu'un professionnel de la santé les avait contactées à leur domicile après la naissance. Ce taux variait de toutes ou presque toutes les femmes à l'Île-du-Prince-Édouard (100,0 %, IC 95 % : 100,0-100,0), en Colombie-Britannique (99,6 %, IC 95 % : 99,1-100,1), en Alberta (99,4 %, IC 95 % : 98,8-100,0) et à Terre-Neuve-et-Labrador (99,2 %, IC 95 % : 98,3-100,2) à 75,1 % (IC 95 % : 70,7-79,4) au Nouveau-Brunswick et 62,9 % (IC 95 % : 55,7-70,1) au Nunavut (figure 31.1).
- Les primipares étaient un peu plus susceptibles d'avoir été contactées (94,6 %, IC 95 % : 93,7-95,5) que les multipares (92,2 %, IC 95 % : 91,3-93,1). Quarante-vingt-quatorze pour cent (94,0 %, IC 95 % : 93,3-94,8) des femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu avaient été contactées par un professionnel de la santé à leur domicile après la naissance, tout comme 91,8 % (IC 95 % : 90,2-93,4) de celles dont le ménage avait un revenu égal ou inférieur à ce seuil.
- Quarante-vingt-treize pour cent (93,5 %, IC 95 % : 92,8-94,1) des femmes contactées l'ont été dans les 14 jours suivant la naissance, avec une moyenne de 6,9 jours (IC 95 % : 6,7-7,1) (le nombre médian de jours était de 5,0). Le temps qui s'est écoulé en moyenne avant le premier contact au domicile variait selon la province ou le territoire, allant de 14,6 jours (IC 95 % : 11,6-17,7) au Nouveau-Brunswick et 11,0 jours (IC 95 % : 9,3-12,7) dans les Territoires du Nord-Ouest à 4,1 jours (IC 95 % : 3,8-4,4) en Alberta (figure 31.2).
- Parmi les femmes qui ont accouché dans un hôpital ou une maison des naissances, le temps qui s'est écoulé en moyenne entre la sortie de l'hôpital et le contact au domicile était de 4,4 jours (IC 95 % : 4,2-4,6) (le nombre médian de jours était de 2,0). Le temps qui s'est écoulé en moyenne entre la sortie de l'hôpital et le contact au domicile variait selon la province ou le territoire, allant de 11,8 jours (IC 95 % : 8,8-14,8) au Nouveau-Brunswick et 8,2 jours (IC 95 % : 6,5-9,9) dans les Territoires du Nord-Ouest à 2,1 jours (IC 95 % : 1,8-2,4) en Alberta (figure 31.2).
- Les deux tiers (66,0 %, IC 95 % : 64,8-67,1) des mères étaient « très satisfaites » des soins de santé qu'elles avaient reçus après l'accouchement et 24,9 % (IC 95 % : 23,8-26,0) étaient « assez satisfaites ». La proportion de femmes qui étaient « très satisfaites » des soins de santé reçus après l'accouchement variait de 85,1 % (IC 95 % : 81,0-89,3) au Yukon et 74,5 % (IC 95 % : 70,4-78,7) en Nouvelle-Écosse à 56,8 % (IC 95 % : 54,0-59,5) au Québec et 44,4 % (IC 95 % : 37,1-51,6) au Nunavut (figure 31.3).
- Près des trois quarts (74,5 %, IC 95 % : 73,4-75,6) des femmes étaient « très satisfaites » des soins que leur bébé avait reçus depuis leur naissance, les estimations allant de 86,5 % (IC 95 % : 82,5-90,5) au Yukon et 82,9 % (IC 95 % : 79,3-86,6) au Nouveau-Brunswick à 63,3 % (IC 95 % : 57,8-68,8) dans les Territoires du Nord-Ouest et 61,5 % (IC 95 % : 54,1-68,9) au Nunavut (figure 31.4).

Figure 31.1 Proportion de femmes qui ont été contactées à leur domicile par un professionnel de la santé après la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

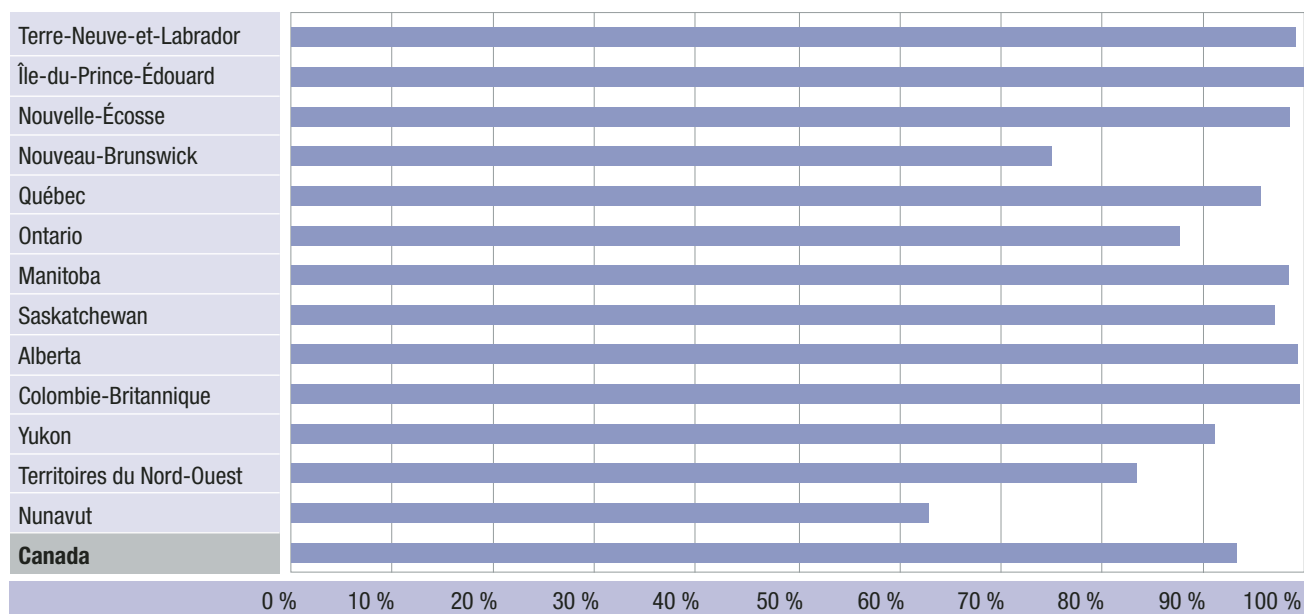
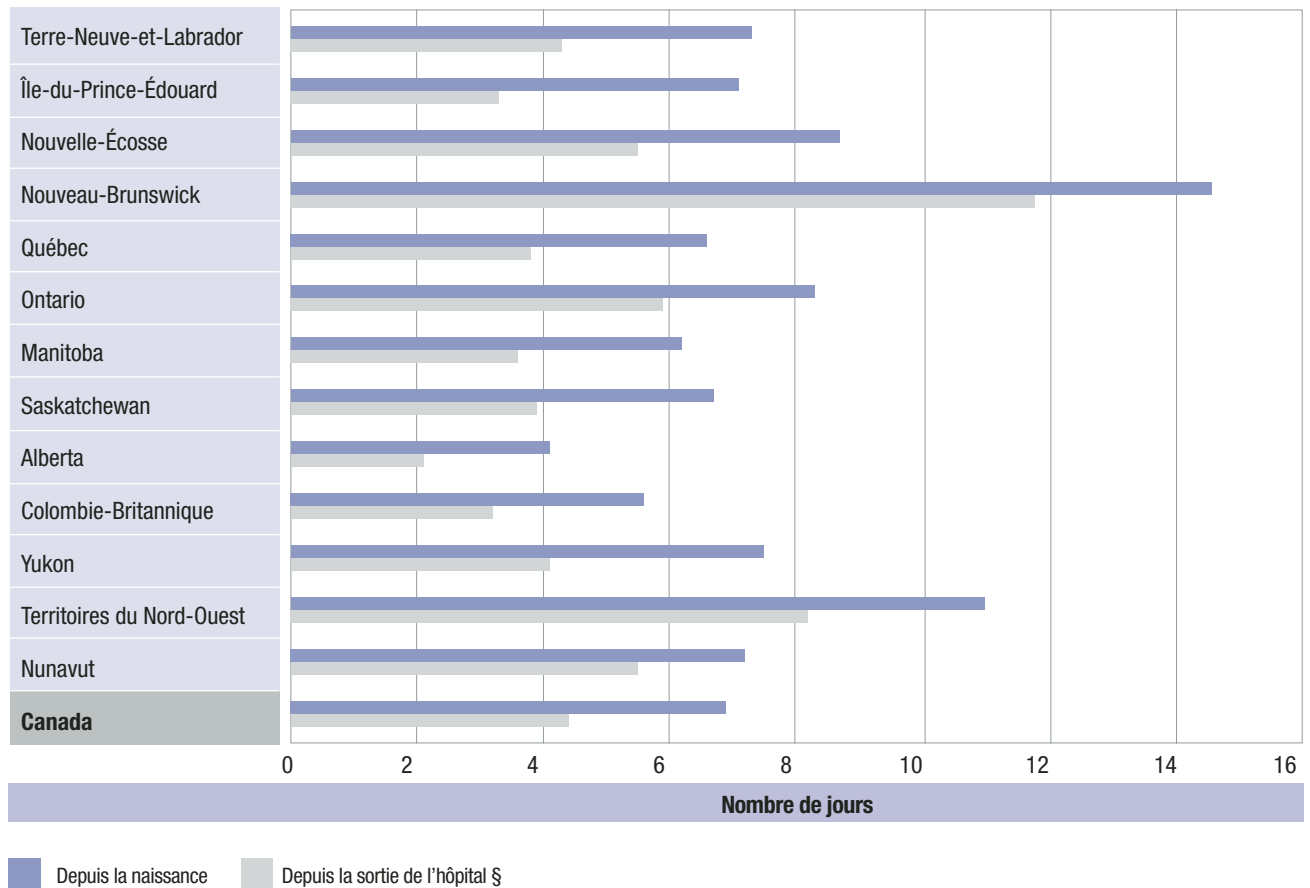
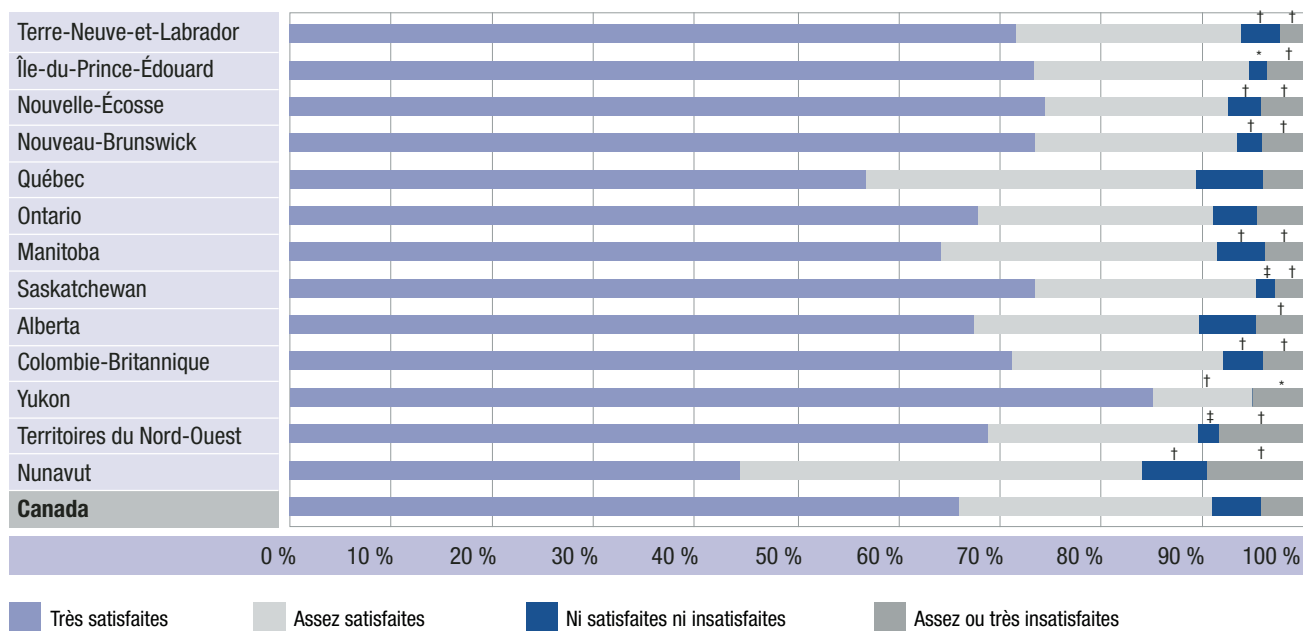


Figure 31.2 Nombre moyen de jours qui se sont écoulés avant le premier contact à domicile par un professionnel de la santé parmi les femmes qui ont été contactées, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



§ On estime les jours écoulés après la sortie de l'hôpital en soustrayant la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement de l'âge du bébé au moment du contact à domicile. Les accouchements au domicile sont exclus.

Figure 31.3 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard des soins maternels postnataux, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

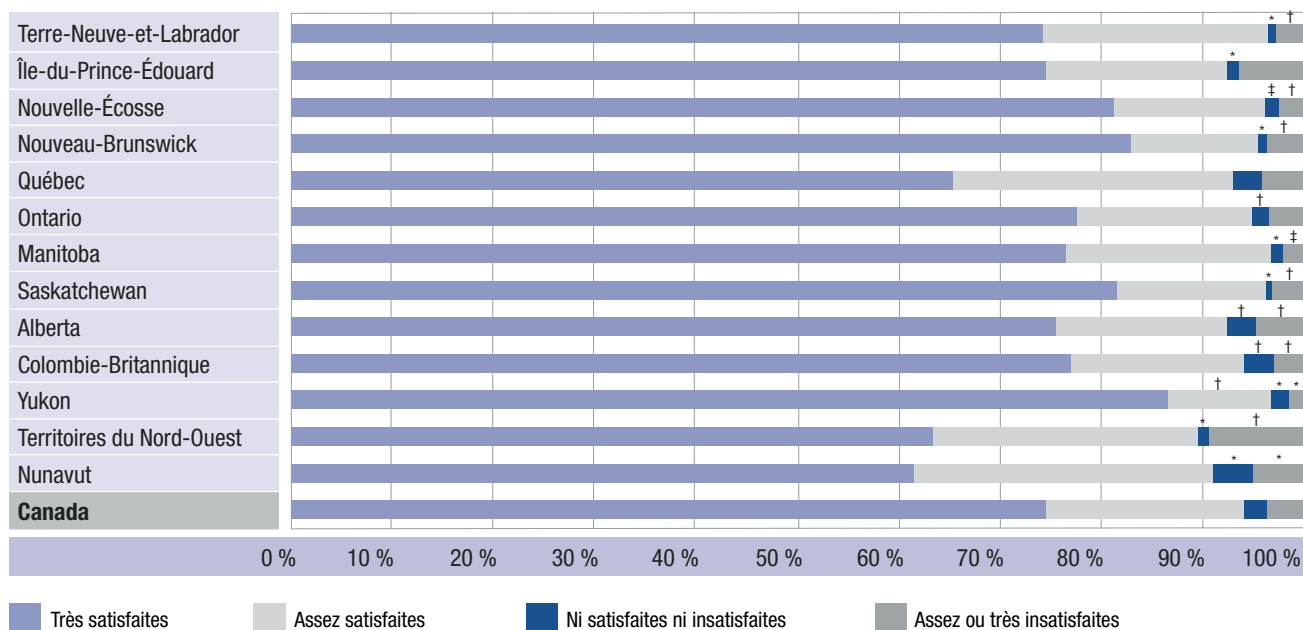


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 31.4 Répartition de la satisfaction des femmes à l'égard des soins postnataux reçus par le bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Résumé

La majorité (93,3 %) des femmes ont signalé qu'un professionnel de la santé les avait contactées à leur domicile après la naissance. En moyenne, elles ont été contactées environ sept jours après la naissance et parmi celles qui ont accouché à l'hôpital ou dans une clinique, ce délai était d'environ quatre jours après la sortie de l'hôpital. Ceci variait considérablement entre les provinces et les territoires. Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à être très satisfaites des soins que leur nouveau-né avait reçus (74,5 %) que de ceux qu'elles avaient reçus (66,0 %).

Limites

Les questions de l'EEM ne faisaient pas la différence entre les femmes qui avaient reçu une visite à domicile et celles qui avaient reçu un appel téléphonique. Par ailleurs, on n'a pas demandé aux femmes si plusieurs contacts avaient été pris.

Références

1. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Bernier L, Pineault R. Accessibility, continuity and appropriateness: key elements in assessing integration of perinatal services. *Health Soc Care Community*. 2003;11(5):397–404.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
3. Cargill Y, Martel MJ; Comité de pratique clinique-obstétrique, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement. Déclaration de principe de la SOGC, n° 190. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(4):357–9.
4. Steel O'Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. *Revue canadienne de santé publique*. 2003;94(2):98–103.
5. Sword W, Watt S, Krueger P. Implementation, uptake, and impact of a provincial postpartum program. *Can J Nurs Res*. 2004;36(2):60–82.
6. Gagnon AJ, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics*. 2002;109(6):1074–80.
7. Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research* [Internet]. Novembre 2007 [cité le 19 juin 2008];7:178. Accessible à : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/178>.
8. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J; The McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 2006;33(3):210–20.

Numéros des questions : MH_Q01-Q02, BH_Q06, MH_Q24

32 Information postnatale

Dawn Kingston, Beverley Chalmers

Introduction

Il importe de comprendre les besoins d'information des femmes concernant la période postnatale pour les préparer à prendre soin de leur nouveau-né et d'elles-mêmes, à faire face aux changements physiques et émotionnels après l'accouchement et à faire la transition au rôle parental¹. Compte tenu de la tendance à un congé rapide de l'hôpital après l'accouchement, il est indispensable que les professionnels de la santé comprennent les besoins en information des femmes et qu'ils leur fournissent l'information la plus pertinente par les moyens les plus efficaces. Plusieurs études sur les besoins des femmes en information postnatale et les sources d'information ont été réalisées au cours des vingt dernières années. Toutefois, la plupart ont été des études descriptives visant un seul groupe, qui mettaient uniquement l'accent sur le contenu et qui n'ont pas évalué les effets indépendants des caractéristiques démographiques sur les besoins en information (p. ex., âge, parité, région, statut socio-économique) ou les résultats pour la mère ou le nouveau-né associés aux besoins en information postnatale.

Selon les études, les besoins des femmes en information changent pendant le post-partum¹⁻³, les opinions des femmes quant à ce qu'il leur faut savoir pendant la période suivant l'accouchement diffèrent de ce que leurs professionnels de la santé estiment qu'elles devraient savoir², et la satisfaction des besoins d'information des nouvelles mères adolescentes devrait passer par la satisfaction des besoins de leurs mères également⁴.

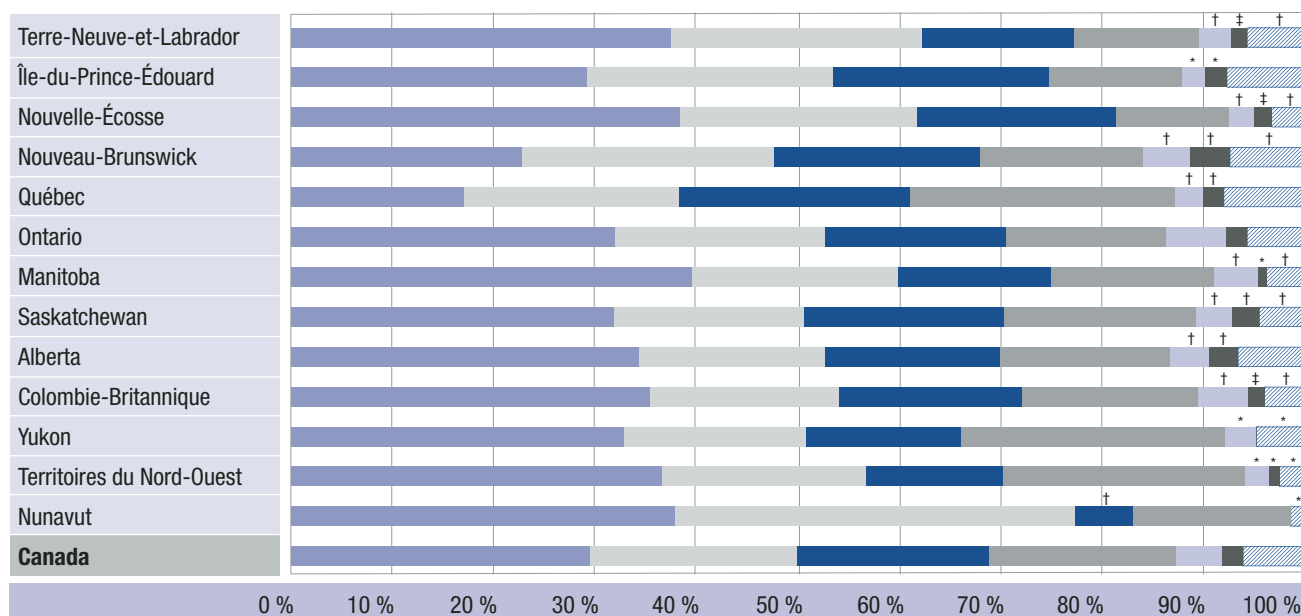
L'EEM a demandé aux femmes de mentionner la source d'information qui leur avait été la plus utile concernant le post-partum (p. ex., livres, grossesse précédente, Internet, professionnel de la santé, famille et amis) et si elles estimaient avoir reçu suffisamment d'information sur les sujets suivants : les effets possibles de l'arrivée d'un nouveau bébé sur la relation avec leur mari ou leur conjoint, les exigences physiques sur leur corps qui surviennent dans les premiers mois après l'accouchement, les sentiments négatifs possibles après l'arrivée du bébé, les changements des réactions et émotions sexuelles, l'allaitement maternel et l'utilisation du lait maternelisé, la dépression post-partum, l'utilisation d'un siège-auto pour bébé et le syndrome de la mort subite du nourrisson.

Résultats

- Globalement, 29,4 % (IC 95 % : 28,3-30,5) des femmes considéraient que la source d'information la plus utile après l'accouchement était un professionnel de la santé, suivi de la famille ou des amis (20,5 %, IC 95 % : 19,5-21,5), des livres (18,9 %, IC 95 % : 17,9-20,0) ou d'une grossesse précédente (18,5 %, IC 95 % : 17,6-19,5). Peu de femmes ont jugé qu'Internet (4,5 %, IC 95 % : 3,9-5,0) ou les cours prénataux et de préparation à l'accouchement (2,1 %, IC 95 % : 1,8-2,5) avaient été leur source d'information postnatale la plus utile (figure 32.1).
- On a observé des variations dans les sources d'information entre les provinces et les territoires. La proportion de femmes ayant indiqué qu'un professionnel de la santé avait été leur source d'information la plus utile après l'accouchement variait, allant de 39,5 % (IC 95 % : 34,6-44,5) au Manitoba et 38,3 % (IC 95 % : 33,8-42,8) en Nouvelle-Écosse à 22,7 % (IC 95 % : 18,6-26,8) au Nouveau-Brunswick et 17,0 % (IC 95 % : 15,0-19,1) au Québec. La proportion de femmes ayant considéré la famille ou les amis comme leur source d'information la plus utile variait de 39,5 % (IC 95 % : 32,1-47,0) au Nunavut et 24,8 % (IC 95 % : 20,5-29,2) à Terre-Neuve-et-Labrador à environ 18 % en Alberta et au Yukon (18,4 %, IC 95 % : 15,5-21,2 et 18,0 %, IC 95 % : 13,3-22,6, respectivement) (figure 32.1).
- On a observé des variations en fonction de l'âge dans les sources d'information jugées les plus utiles par les femmes. Les jeunes femmes (âgées de moins de 30 ans) ont cité la famille ou les amis comme leur source d'information la plus utile, tandis que les femmes de 30 ans et plus ont indiqué que leur source la plus utile avait été un professionnel de la santé ou leur grossesse précédente. Environ 10 % (9,6 %[†], IC 95 % : 6,2-13,0) des femmes âgées de 15 à 19 ans ont cité une autre source comme source d'information la plus utile (figure 32.2).
- Les sources d'information les plus utiles après l'accouchement pour les femmes primipares étaient la famille ou les amis (31,8 %, IC 95 % : 30,1-33,5), un professionnel de la santé (29,3 %, IC 95 % : 27,6-31,0) et les livres (22,8 %, IC 95 % : 21,1-24,4). Pour les multipares, leur grossesse précédente (33,6 %, IC 95 % : 31,9-35,2), le professionnel de la santé (29,4 %, IC 95 % : 27,8-31,0) et les livres (15,8 %, IC 95 % : 14,5-17,1) avaient constitué leur source la plus utile.
- Dans l'ensemble, la plupart des femmes ont signalé avoir reçu suffisamment d'information sur des questions propres à la période postnatale. Les sujets sur lesquels les femmes avaient reçu le moins d'information étaient l'utilisation de lait maternisé (79,3 %, IC 95 % : 78,3-80,3) et les changements des réactions ou émotions sexuelles (76,6 %, IC 95 % : 75,6-77,7) (figure 32.3). Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) étaient moins susceptibles que les autres de signaler avoir reçu suffisamment d'information sur de nombreux sujets.
- Même si la plupart des besoins en information ne semblent pas différer grandement selon la parité, les primipares étaient proportionnellement moins nombreuses à juger qu'elles avaient reçu suffisamment d'information sur les exigences physiques imposées à leur corps pendant les premiers mois suivant l'accouchement (74,8 %, IC 95 % : 73,1-76,5), comparativement aux femmes multipares (87,8 %, IC 95 % : 86,6-88,9).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 32.1 Répartition des sources d'information postnatale jugées les plus utiles par les femmes, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Professionnel de la santé § Famille/amis Livres Grossesse précédente Internet Cours prénataux Autre**

* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

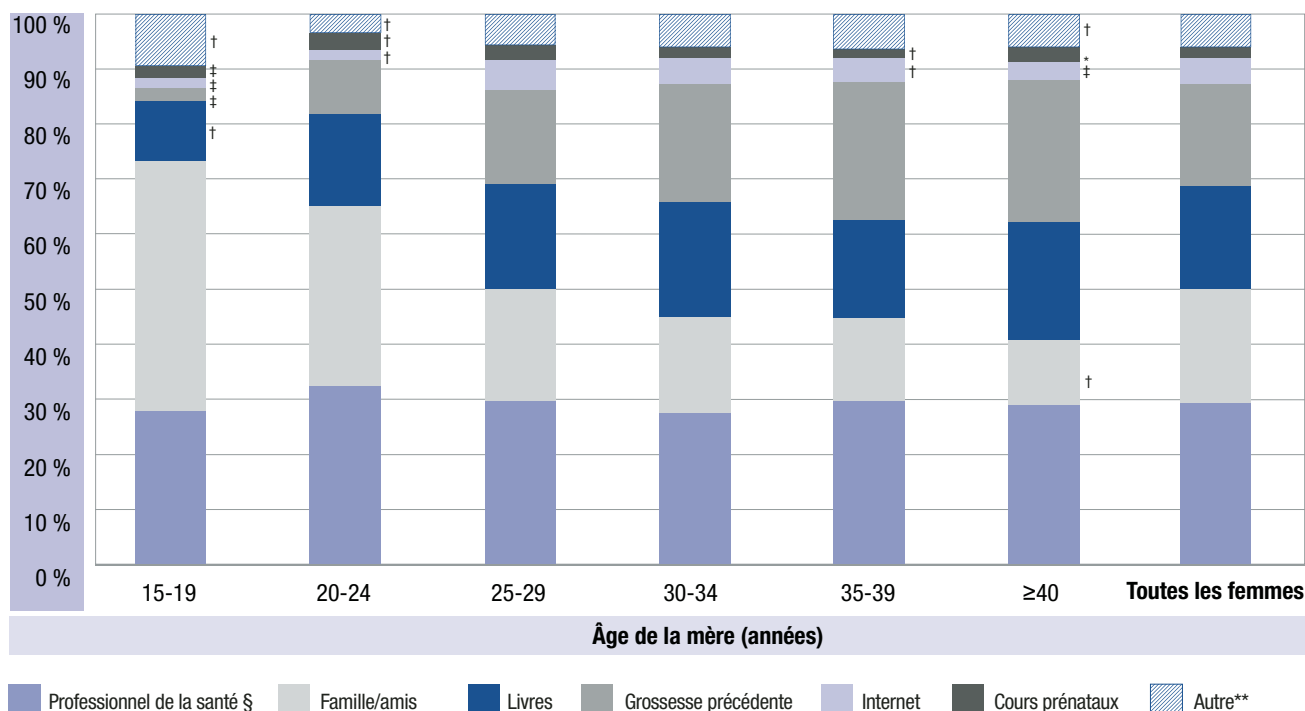
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

§ Obstétricien/gynécologue, médecin de famille/médecin généraliste, sage-femme et infirmière/infirmière praticienne.

** Inclut les doulas.

Figure 32.2 Répartition des sources d'information postnatale jugées les plus utiles par les femmes, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

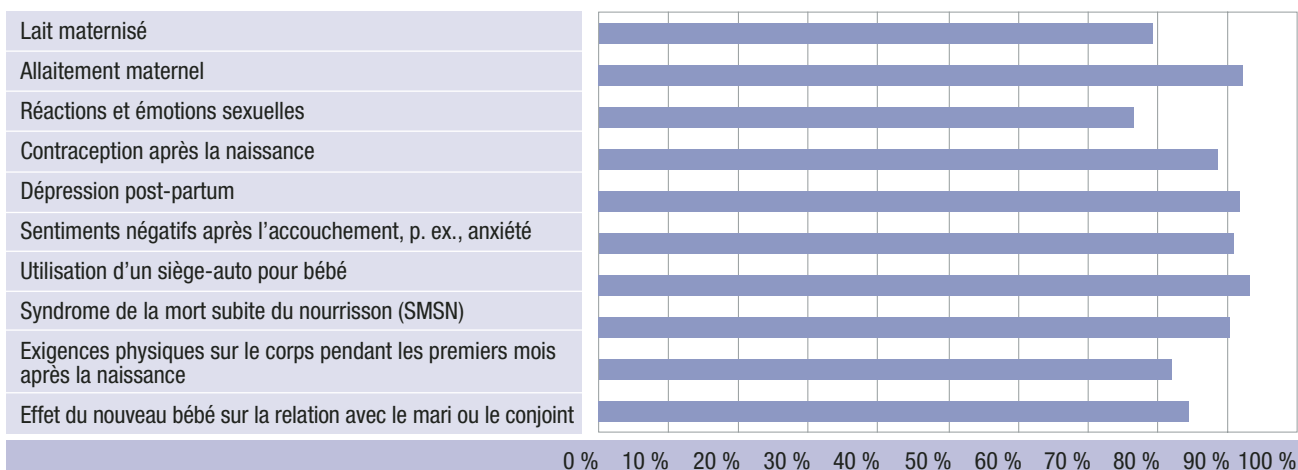
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

§ Obstétricien/gynécologue, médecin de famille/médecin généraliste, sage-femme et infirmière/infirmière praticienne.

** Inclut les doulas.

Figure 32.3 Proportion de femmes qui ont reçu suffisamment d'information sur des questions postnatales, Canada, 2006-2007



Résumé

Les femmes ont cité le professionnel de la santé (29,4 %) comme étant leur source d'information postnatale la plus utile. Les autres sources utiles étaient la famille ou les amis (20,5 %), les livres (18,9 %) et la grossesse précédente (18,5 %). Les femmes ont indiqué disposer de suffisamment d'information sur les soins de base à prodiguer au bébé et à elles-mêmes (p. ex., siège-auto pour bébé, contraception, dépression post-partum), mais semblaient moins bien informées sur des questions ayant trait à la transition au rôle de parent (p. ex., changements d'ordre sexuel, exigences physiques, effet sur la relation avec le mari ou le conjoint).

Limites

L'EEM n'a posé aucune question sur le type d'information reçue des différentes sources ou sur la cohérence des renseignements reçus. On n'a pas demandé si les besoins en information variaient pendant le post-partum ou quels autres renseignements les femmes aimeraient recevoir. On ne sait pas bien si les différences dans les sources d'information les plus utiles entre les provinces et les territoires ont trait à la disponibilité de ces sources.

Références

1. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth*. 2005;32(2):86–92.
2. Ruchala PL. Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1999;29(3):265–73.
3. Bowman KG. Postpartum learning needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(4):438–43.
4. Bowman KG, Ruchala PL. A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;35(2):250–6.

Numéros des questions : PI_Q01-Q11

33 Congé de maternité

Susie Dzakpasu, Louise Pelletier

Introduction

En 2000, en vertu d'une modification apportée à la *Loi sur l'assurance-emploi* du Canada, la durée des prestations parentales est passée de 10 à 35 semaines. Combinée avec le congé de maternité existant de 15 semaines, la durée totale du congé de maternité et parental avec protection d'emploi (et non nécessairement payé) a été portée de six mois à un an. Même si toutes les provinces et les territoires offrent un congé avec protection d'emploi, la durée exacte et le niveau de rémunération varient selon la province ou le territoire et selon l'employeur^{1,2}. En 2001, 77 % des femmes ayant un nouveau-né étaient employées au cours de l'année précédant la naissance, et 82 % de ces femmes étaient retournées ou prévoyaient retourner travailler dans les deux années suivant la naissance³.

Une période de congé de maternité après la naissance est importante, car cela permet aux mères de prendre soin d'elles mêmes et de leur nouveau-né avec l'assurance de pouvoir retourner travailler. Les congés de maternité plus longs sont associés à un allaitement de plus longue durée, ce qui s'est avéré être bénéfique à la santé du nourrisson⁴⁻⁶. Toutefois, le débat se poursuit concernant l'incidence des diverses durées du congé de maternité sur la santé générale des enfants, entre autres sur leur développement cognitif et social^{2,4,7}. Selon des études, il existe un lien entre des congés plus longs et une meilleure santé mentale de la mère, entre autres moins de symptômes de dépression^{4,8}.

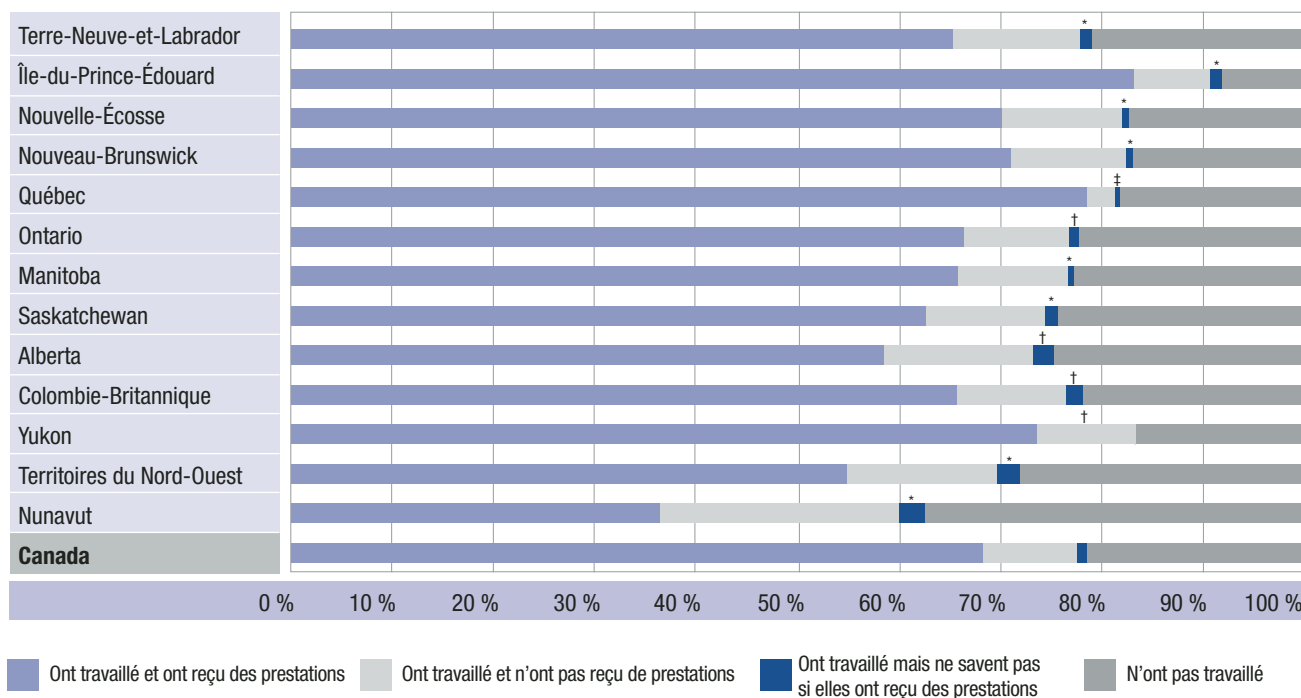
L'EEM a demandé aux femmes si et quand elles avaient arrêté de travailler avant la naissance de leur enfant et si et quand elles étaient retournées travailler. On a également demandé aux femmes si elles avaient reçu des prestations de maternité ou parentales payées par l'assurance-emploi pendant leur absence du travail. La proportion de femmes qui sont retournées au travail six mois après la naissance exclut les femmes interrogées moins de six mois après l'accouchement (13 % des répondantes de l'EEM).

Résultats

- Environ les trois quarts (78,6 %, IC 95 % : 77,6-79,7) des femmes ont signalé avoir occupé un emploi rémunéré ou travaillé à leur propre compte à un moment donné pendant la grossesse; ce pourcentage allait de 91,9 % (IC 95 % : 89,7-94,1) à l'Île-du-Prince-Édouard à 62,5 % (IC 95 % : 55,6-69,5) au Nunavut (figure 33.1).
- Soixante-huit pour cent (68,3 %, IC 95 % : 67,1-69,4) des femmes ont travaillé pendant la grossesse et ont reçu des prestations de maternité ou parentales; 9,3 % (IC 95 % : 8,6-10,1) des femmes ont travaillé mais n'ont pas reçu de prestations, et 1,0 % (IC 95 % : 0,8-1,3) ont travaillé mais n'ont pas indiqué avoir reçu des prestations. On a observé de grands écarts régionaux dans la proportion de travailleuses qui ont reçu des prestations (figure 33.1).

- Les femmes les plus jeunes et celles ayant un niveau de scolarité moins élevé étaient moins susceptibles d'avoir travaillé pendant la grossesse (figures 33.2 et 33.3). C'était également le cas pour les multipares comparativement aux primipares (70,8 %, IC 95 % : 69,2-72,5 par rapport à 88,2 %, IC 95 % : 87,0-89,4) et pour les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu par rapport à celles vivant dans un ménage dont le revenu était supérieur à ce seuil (59,6 %, IC 95 % : 56,7-62,6 par rapport à 85,2 %, IC 95 % : 84,1-86,2). Les femmes de ces groupes qui avaient travaillé pendant la grossesse étaient également moins susceptibles d'avoir reçu des prestations de maternité ou parentales. Vingt-quatre pour cent (24,2 %, IC 95 % : 23,0-25,3) des femmes avaient arrêté de travailler avant ou à la 28^e semaine de grossesse, 67,5 % (IC 95 % : 66,3-68,8) avant ou à la 36^e semaine et presque toutes (92,9 %, IC 95 % : 92,2-93,7) avant ou à la 38^e semaine (figure 33.4).
- Parmi les femmes qui ont travaillé pendant la grossesse, 11,6 % (IC 95 % : 10,8-12,5) ont repris le travail dans les six mois qui ont suivi la naissance. La proportion de femmes qui ont repris le travail dans les six mois suivant la naissance variait de 21 % à l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest (21,3 %, IC 95 % : 17,5-25,0 et 20,5 %, IC 95 % : 16,0-25,0, respectivement) à 9,4 % (IC 95 % : 7,7-11,0) au Québec (figure 33.5). Parmi l'ensemble des femmes qui étaient retournées travailler au moment de l'entrevue, les principaux motifs s'étaient des raisons financières (42,9 %, IC 95 % : 39,6-46,2) et le fait que la carrière était importante ou qu'elles voulaient retourner au travail (24,2 %, IC 95 % : 21,4-27,0).

Figure 33.1 Répartition du statut d'emploi des femmes pendant la grossesse et de la réception de prestations de maternité ou parentales, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

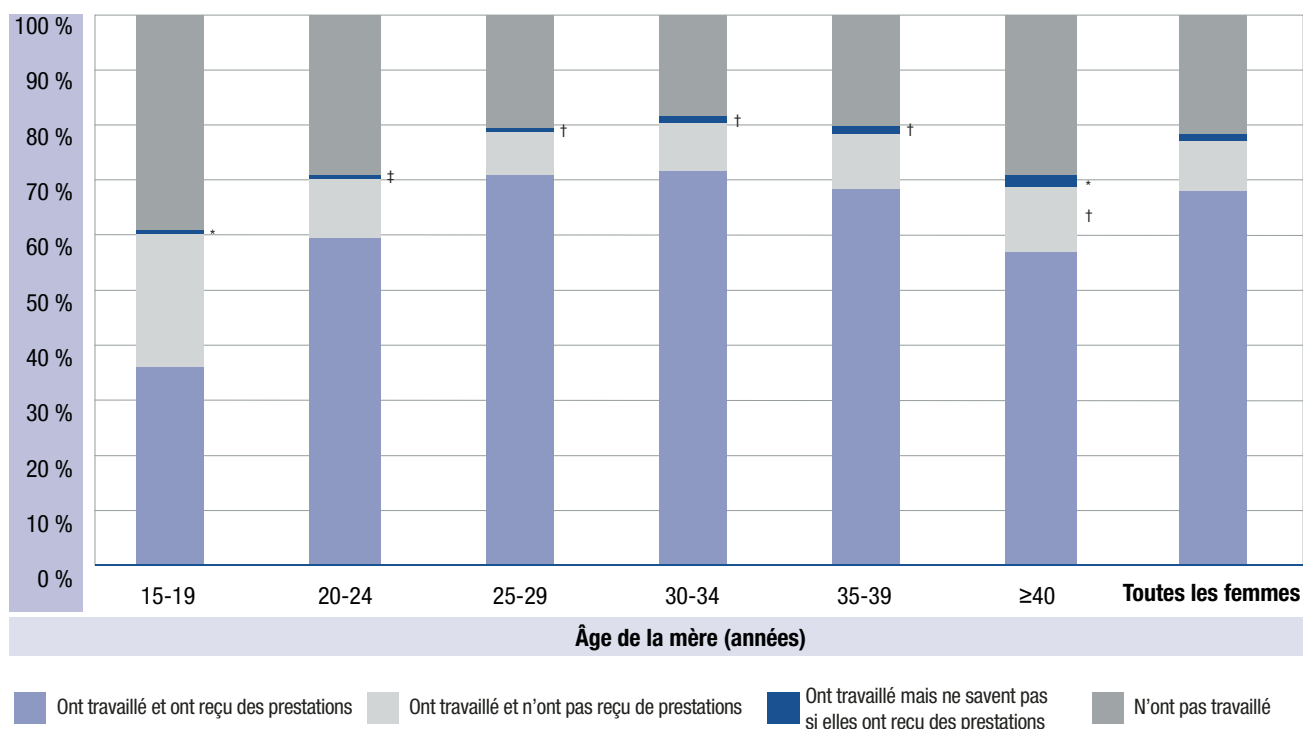


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 33.2 Répartition du statut d'emploi des femmes pendant la grossesse et de la réception de prestations de maternité ou parentales, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

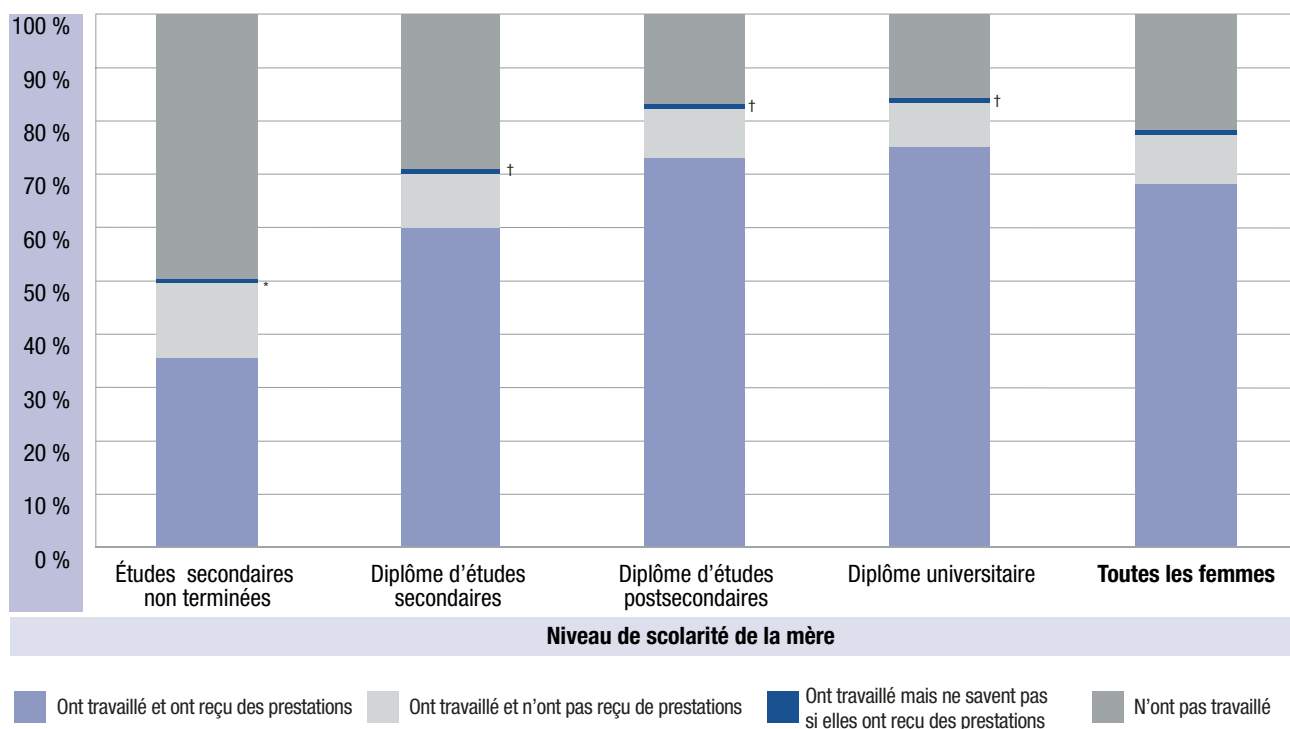


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 33.3 Répartition du statut d'emploi des femmes pendant la grossesse et de la réception de prestations de maternité ou parentales, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 33.4 Pourcentage cumulé de femmes qui ont arrêté de travailler pendant la grossesse, selon le nombre de semaines de grossesse, Canada, 2006-2007

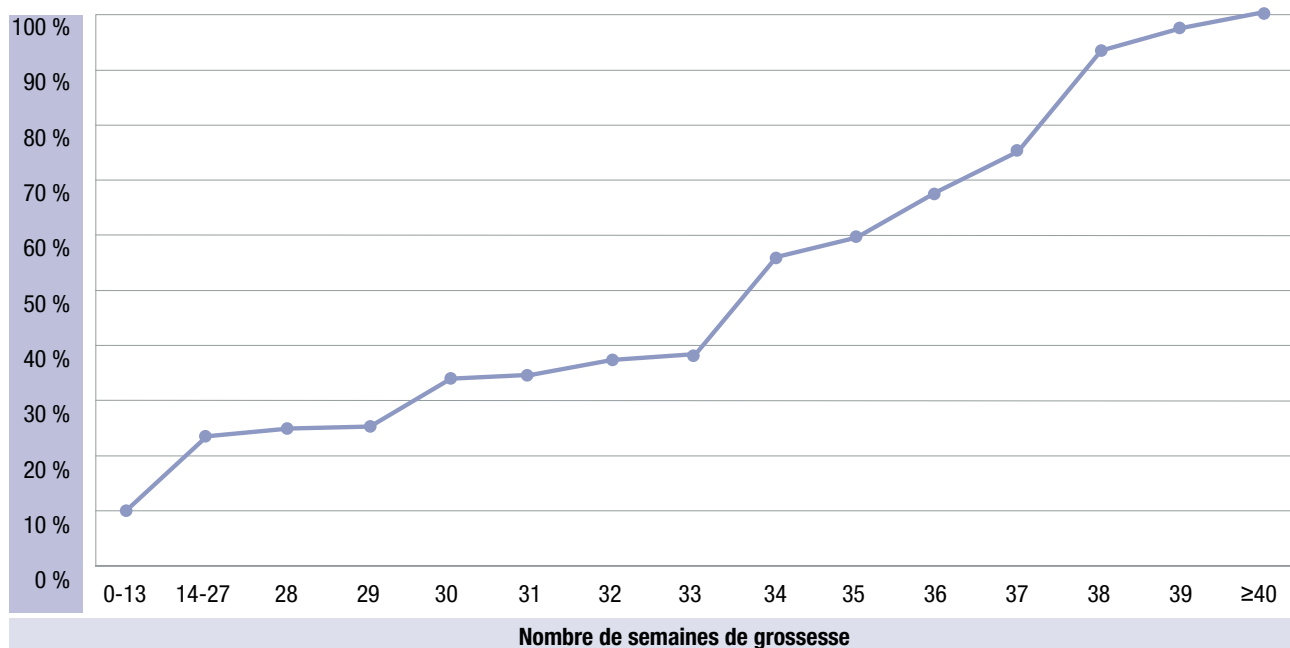
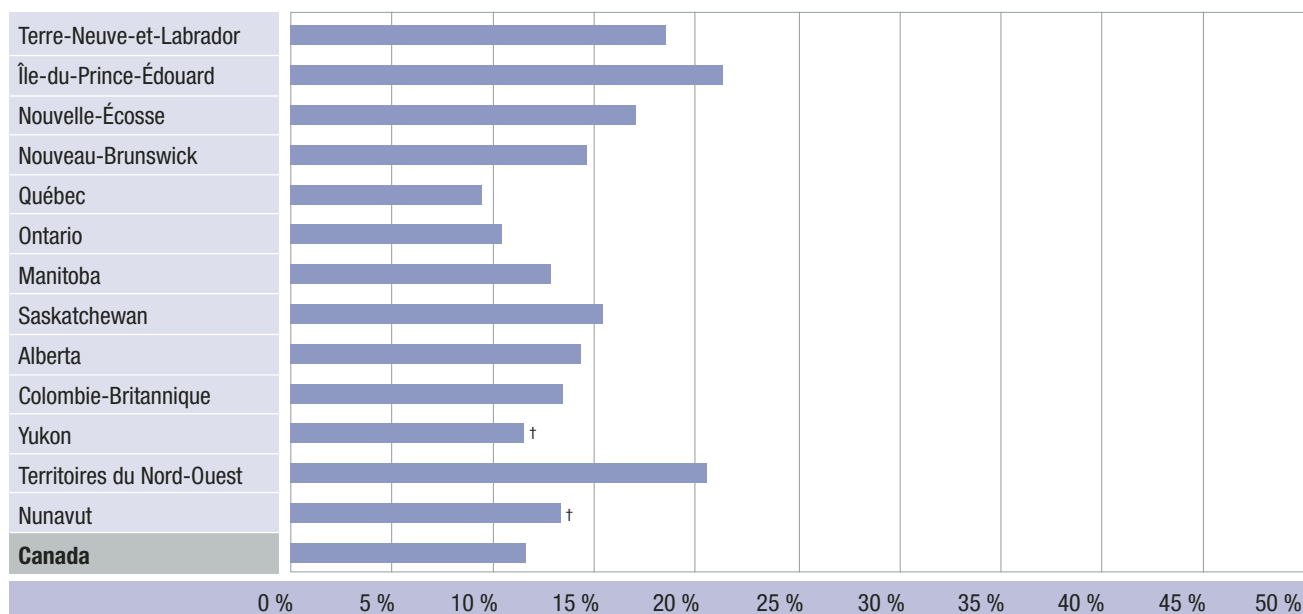


Figure 33.5 Proportion de femmes qui sont retournées travailler dans les six mois suivant la naissance, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007 §



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

§ Les femmes qui ont été interrogées moins de six mois après leur accouchement ont été exclues.

Résumé

Environ les trois quarts (78,6 %) des femmes ont indiqué avoir occupé un emploi rémunéré ou avoir travaillé à leur compte à un moment donné pendant leur grossesse. Environ les deux tiers (68,3 %) des femmes ont travaillé pendant leur grossesse et ont reçu des prestations de maternité ou parentales, même si le pourcentage variait d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi celles qui ont travaillé pendant la grossesse, 11,6 % étaient retournées travailler dans les six mois suivant la naissance.

Limites

L'EEM n'a pas demandé aux femmes pourquoi elles avaient arrêté de travailler à un nombre de semaines de grossesse particulier, le pourcentage de revenu perçu pendant le congé de maternité ou parental, ou la source de ce revenu. On n'a pas demandé aux femmes qui n'étaient pas retournées au travail au moment de l'entrevue quelle était la durée prévue du congé de maternité ou parental; par conséquent, on n'a pas pu déterminer la durée totale du congé de maternité ou parental pour toutes les répondantes.

Références

1. Gouvernement du Canada. *Loi sur l'assurance-emploi* [Internet]. 2007 [cité le 21 juin 2008]. Accessible à : http://www.hrsdc.gc.ca/fr/ae/legislation/eia_f.pdf.
2. Baker M, Killigan K. Maternal employment, breastfeeding, and health: evidence from maternity leave mandates. *J Health Econ*. 2008;27(4):871–87.
3. Marshall K. L'avantage du congé parental prolongé. *L'emploi et le revenu en perspective* [Internet]. 2003 [cité le 15 janvier 2008];4(3). Accessible à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-001-XIF/75-001-XIF2003/03.pdf>.
4. Shaehelin K, Berteau PC, Stutz EZ. Length of maternity leave and health of mother and child – a review. *Int J Public Health*. 2007;52(4):202–9.
5. Galtry J. The impact on breastfeeding of labour market policy and practice in Ireland, Sweden, and the USA. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):167–77.
6. Galtry J. Child health: an underplayed variable in parental leave policy debates. *Community, Work and Fam*. 2002;5(3):257–78.
7. Sherlock RL, Synnes AR, Koehoorn M. Working mothers and early childhood outcomes: lessons from the Canadian National Longitudinal Study on Children and Youth. *Early Hum Dev*. 2008;84(4):237–42.
8. Chatterji P, Markowitz S. Does the length of maternity leave affect maternal health? *South Econ J*. 2005;72(1):16–41.

Numéros des questions : WA_Q01-Q02, WAD03, WA_Q04, WA_Q06, WA_Q08

34 Santé postnatale de la mère

Susie Dzakpasu, Catherine Royle

Introduction

Le post-partum est une période d'ajustement physiologique pour les mères, qui peuvent souffrir de problèmes de santé, les problèmes souvent cités étant les douleurs dans le dos, les douleurs aux seins, les maux de tête, les douleurs dans la région du périnée, les hémorroïdes et l'incontinence urinaire¹⁻³. Ces problèmes peuvent être pénibles pour la nouvelle mère et peuvent nuire à sa santé fonctionnelle.

En plus de s'enquérir sur des problèmes physiques particuliers, le fait de demander à une femme d'évaluer son état de santé fournit de l'information contextuelle utile sur son sentiment de bien-être général. Le taux de réadmission des mères à l'hôpital peut servir d'indicateur indirect d'une morbidité postnatale élevée de la mère, bien que ce taux soit également influencé par des facteurs comme la disponibilité des ressources hospitalières, les politiques d'hospitalisation et l'accessibilité des services de consultation externe^{4,5}. Au Canada, le taux estimatif de réadmission des mères trois mois après avoir accouché à l'hôpital en 2004-2005 s'élevait à 1,7 % pour les accouchements par voie vaginale et à 3,0 % pour les accouchements par césarienne⁴.

L'EEM a demandé aux femmes si elles avaient eu des problèmes de santé postnatale pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement, comme des douleurs dans la région du périnée et une incontinence urinaire. Elle demandait également aux mères si elles avaient dû consulter des professionnels de la santé en dehors de la visite postnatale systématique, entre autres un séjour d'une nuit à l'hôpital, et leurs opinions sur leur santé postnatale.

Résultats

- Pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement, 42,3 % (IC 95 % : 41,1-43,6) des femmes ont fait état d'au moins « un gros problème » de santé postnatale. Les douleurs aux seins (15,7 %, IC 95 % : 14,8-16,7), les douleurs aux alentours du vagin ou de l'incision de la césarienne (15,2 %, IC 95 % : 14,3-16,2), les douleurs au dos (12,1 %, IC 95 % : 11,3-13,0) et les hémorroïdes (9,9 %, IC 95 % : 9,1-10,6) étaient les plus souvent mentionnées (figure 34.1). Les douleurs aux alentours de l'incision de la césarienne pour les femmes ayant accouché par voie césarienne (19,0 %, IC 95 % : 17,1-21,0) étaient plus un problème que les douleurs aux alentours du vagin pour les femmes ayant accouché par voie vaginale (13,9 %, IC 95 % : 12,9-14,9). Les femmes ayant accouché par voie vaginale étaient plus susceptibles que celles ayant accouché par césarienne de signaler que les hémorroïdes, l'incontinence urinaire et les douleurs pendant les relations sexuelles constituaient « un gros problème » (figure 34.1).

- Les primipares étaient plus susceptibles que les multipares de qualifier de « gros problème » les douleurs aux alentours du vagin ou de l'incision de la césarienne, les douleurs aux seins, l'incontinence urinaire, la perte de contrôle des intestins et les douleurs pendant les relations sexuelles (figure 34.2).
- Pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement, 2,5 % (IC 95 % : 2,1-2,9) des femmes ont indiqué avoir passé une nuit à l'hôpital. Les proportions de femmes ayant accouché par voie vaginale et de femmes ayant accouché par césarienne qui ont été réhospitalisées s'élevaient à 2,3 % (IC 95 % : 1,8-2,7) et 3,0 % (IC 95 % : 2,2-3,9), respectivement.
- Depuis l'accouchement, mis à part l'examen postnatal systématique, 27,9 % (IC 95 % : 26,7-29,0) des femmes ont indiqué avoir consulté un professionnel de la santé. Parmi elles, 15,4 % (IC 95 % : 13,6-17,1) ont signalé qu'il avait été assez ou très difficile de consulter un professionnel de la santé. La raison la plus fréquente pour laquelle il était assez ou très difficile de consulter un professionnel de la santé était que celui-ci n'était pas disponible (68,4 %, IC 95 % : 62,8-74,0). La proportion de femmes qui ont fait état d'une consultation autre que l'examen postnatal systématique variait de 35,9 % (IC 95 % : 30,2-41,6) au Yukon à 20,1 % (IC 95 % : 17,9-22,2) au Québec.
- Un tiers (33,6 %, IC 95 % : 32,4-34,7) des femmes ont qualifié leur santé d'excellente et 38,9 % (IC 95 % : 37,6-40,2) l'ont jugée très bonne. On a observé des variations dans l'opinion concernant l'état de santé entre les provinces et les territoires, la proportion allant de 37,4 % (IC 95 % : 32,9-41,9) de femmes en Nouvelle-Écosse faisant état d'une excellente santé à 24,6 % (IC 95 % : 18,6-30,6) au Nunavut (figure 34.3).
- La proportion de femmes qui ont qualifié leur santé d'excellente augmentait avec leur âge (figure 34.4) et leur niveau de scolarité (figure 34.5). Les primipares étaient plus susceptibles de qualifier leur santé d'excellente que les multipares (37,1 %, IC 95 % : 35,3-39,0 par rapport à 30,7 %, IC 95 % : 29,1-32,3). Par ailleurs, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de qualifier leur santé d'excellente que celles qui vivaient dans un ménage au revenu égal ou inférieur à ce seuil (36,1 %, IC 95 % : 34,7-37,5 et 23,8 %, IC 95 % : 21,4-26,3, respectivement).

Figure 34.1 Répartition des problèmes de santé jugés « un gros problème » par les femmes pendant les trois premiers mois qui ont suivi la naissance, selon le type d'accouchement, Canada, 2006-2007

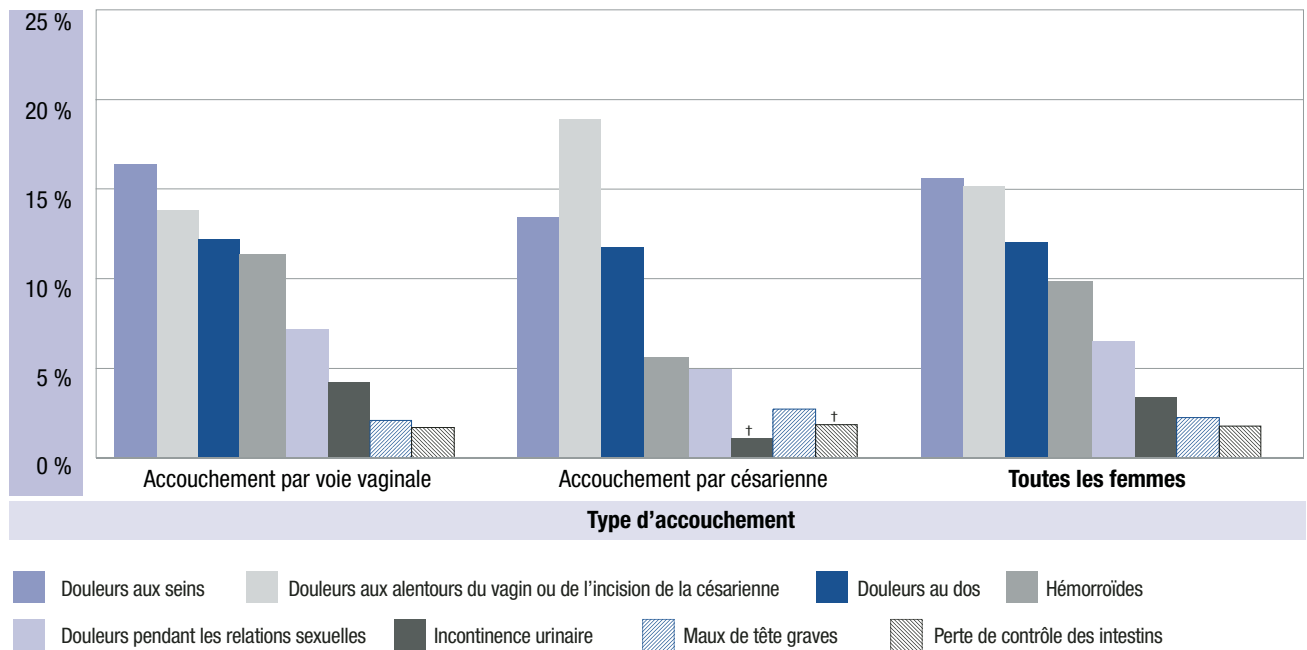


Figure 34.2 Répartition des problèmes de santé jugés « un gros problème » par les femmes pendant les trois premiers mois qui ont suivi la naissance, selon la parité, Canada, 2006-2007

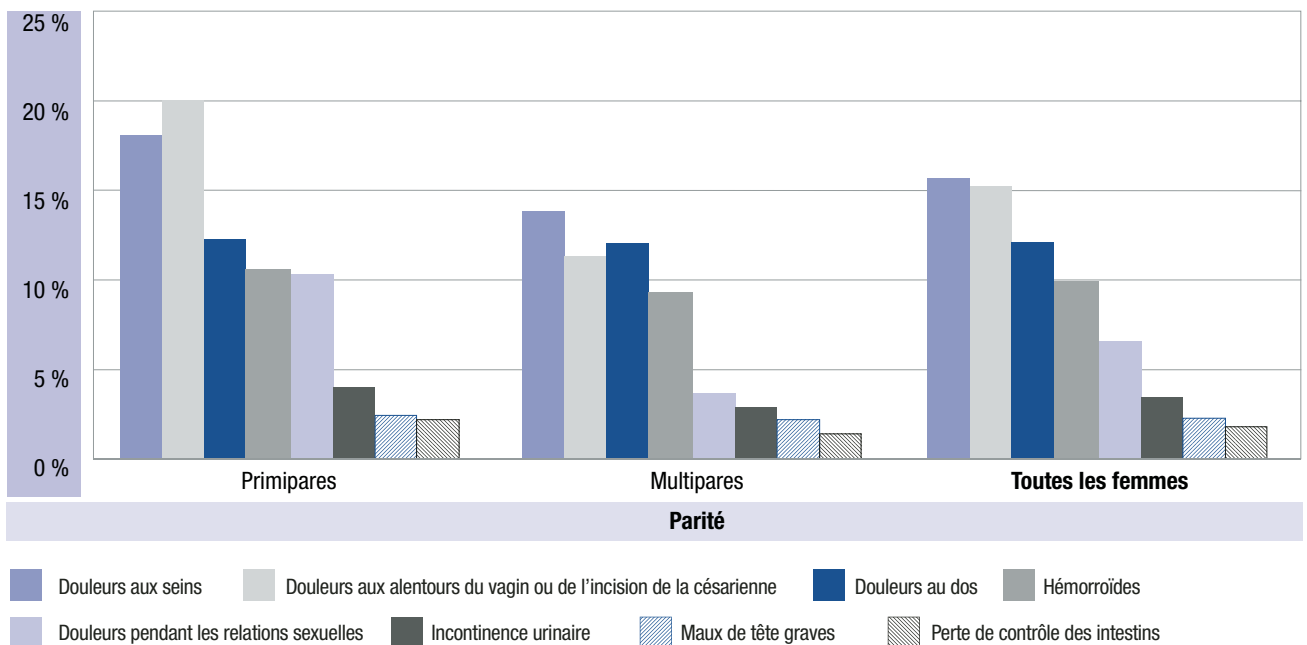
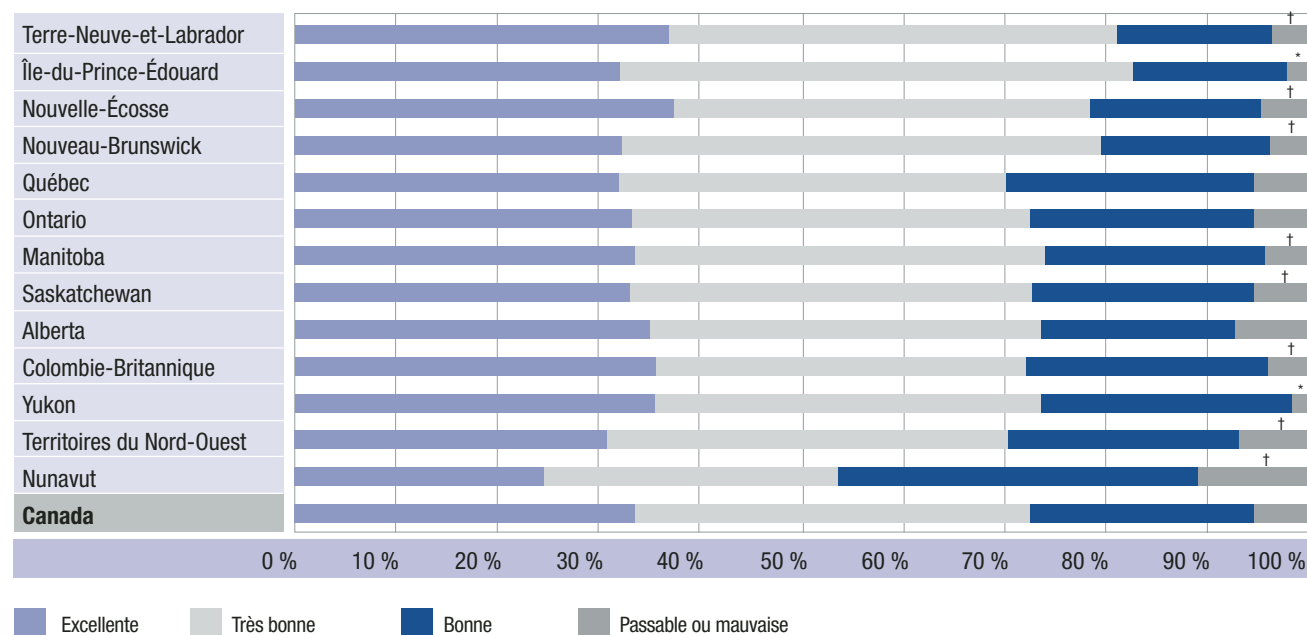


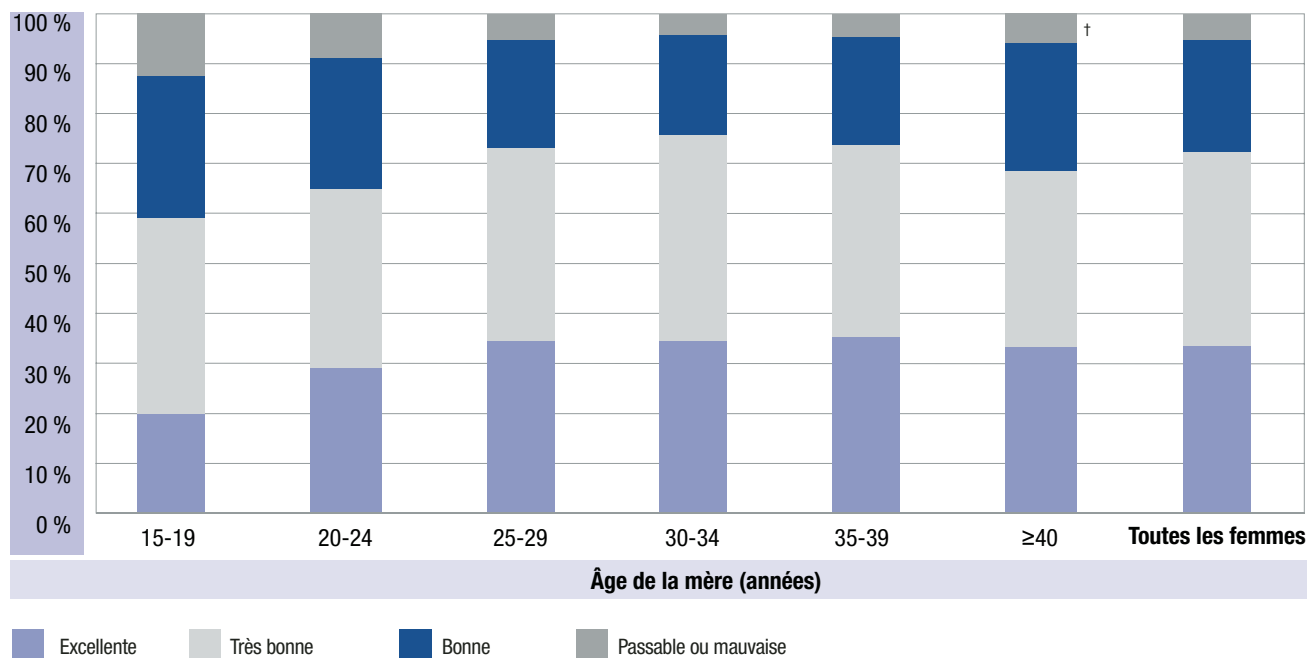
Figure 34.3 Répartition des opinions des femmes sur leur santé postnatale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

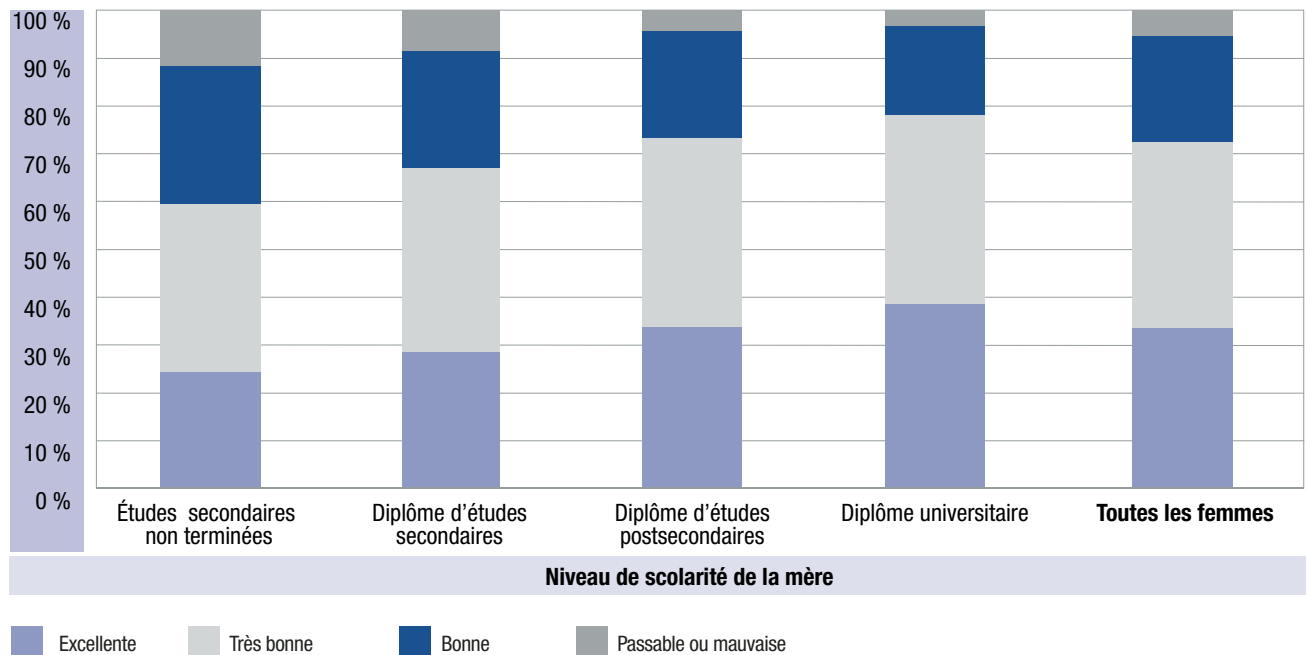
† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 34.4 Répartition des opinions des femmes sur leur santé postnatale, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 34.5 Répartition des opinions des femmes sur leur santé postnatale, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007



Résumé

Même si 42,3 % de l'ensemble des femmes ont signalé avoir eu au moins « un gros problème » de santé postnatale pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement, la plupart (72,5 %) ont jugé leur santé excellente (33,6 %) ou très bonne (38,9 %) au moment de l'entrevue. Moins de 3 % (2,5 %) des femmes ont été hospitalisées pendant les trois mois qui ont suivi l'accouchement. Un peu plus du quart (27,9 %) des femmes ont fait état d'une consultation postnatale autre que de routine.

Limites

L'EEM n'a pas demandé aux femmes pour quelles raisons elles avaient été hospitalisées ou avaient consulté un professionnel de la santé pendant le post-partum. Le moment de l'entrevue des femmes (allant de 5 à 14 mois après l'accouchement) peut avoir influé sur leur évaluation de leur propre santé et sur la probabilité de faire état d'une visite autre que de routine.

Références

1. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *Br J Obstet Gynaecol*. 2005;112(2):210–7.
2. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995;102(4):282–7.
3. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(2):156–61.
4. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
5. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston R, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol*. 2005;105(4):836–42.

Numéros des questions : MH_Q03-Q04, MH_Q05A-Q05B, MH_Q06-Q13, MH_Q22, MHD23, MH_Q25

35 Dépression post-partum, dépression antérieure et soutien

Beverley Chalmers, Cathy Kimak

Introduction

Après l'accouchement, les femmes peuvent présenter des symptômes affectifs nuisibles dont la gravité peut varier. Il existe trois grandes catégories de troubles affectifs postnataux : le syndrome du troisième jour (ou baby blues), la dépression post-partum et la psychose du post-partum. Jusqu'à 80 % des femmes souffrent du syndrome du troisième jour, qui disparaît généralement en moins de deux semaines. Entre 10 et 20 % des femmes souffrent d'une dépression post-partum, qui apparaît dans l'année suivant la naissance et peut durer des mois, voire des années. La psychose du post-partum est rare, touchant environ 0,2 % des femmes, mais requiert une prise en charge immédiate¹⁻⁴.

Les facteurs de prédiction les plus importants de la dépression post-partum sont la dépression ou l'anxiété pendant la grossesse, de récents événements de la vie stressants, un faible soutien social et des antécédents de dépression⁴. Les autres facteurs susceptibles de contribuer à la dépression post-partum sont les changements hormonaux, l'expérience de l'accouchement, le manque d'expérience avec des bébés, le stress marital, le nombre d'enfants et les caractéristiques démographiques comme l'âge de la mère².

La dépression post-partum non traitée représente un risque pour la santé de la mère et de l'enfant⁴. Les traitements de soutien incluent les groupes d'entraide, les soins de relève, l'aide à domicile et pour la garde des enfants, le counseling et la psychothérapie. La dépression peut également nécessiter un traitement pharmacologique.

L'EEM a évalué les femmes à l'aide de l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), un instrument de dépistage en 10 points visant à mettre en évidence la dépression post-partum au moment de l'administration du questionnaire⁵. Un score de 13 ou plus sur l'EDPE est censé révéler une dépression post-partum et un score de 10 à 12 met en évidence un risque de dépression post-partum. L'EEM a demandé aux femmes si on leur avait prescrit des antidépresseurs ou si on leur avait diagnostiqué une dépression avant leur grossesse. On a également demandé aux femmes si elles avaient reçu suffisamment d'information sur la dépression post-partum pendant leur grossesse et si elles disposaient d'une aide quand elles en avaient besoin depuis la naissance du bébé.

Résultats

- Globalement, 7,5 % (IC 95 % : 6,8-8,2) des femmes ont obtenu un score de 13 ou plus sur l'EDPE, et 8,6 % (IC 95 % : 7,9-9,3) un score de 10 à 12.
- La proportion de femmes dont le score sur l'EDPE était égal ou supérieur à 13 pendant la période postnatale variait de 14,3 %[†] (IC 95 % : 8,9-19,7) au Nunavut et 10,0 % au Yukon et au Manitoba (10,0 %[†], IC 95 % : 6,4-13,5 et 10,0 %, IC 95 % : 7,2-12,7, respectivement) à 5,0 %[†] (IC 95 % : 3,2-6,8) à l'Île-du-Prince-Édouard et 4,5 %[†] (IC 95 % : 2,4-6,5) au Nouveau-Brunswick (figure 35.1). Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) (14,0 %, IC 95 % : 9,9-18,2) (figure 35.2), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (13,5 %, IC 95 % : 10,3-16,7) (figure 35.3) et les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (13,7 %, IC 95 % : 11,5-15,8) étaient proportionnellement plus nombreuses à obtenir un score de 13 ou plus sur l'EDPE.
- À un moment donné avant leur grossesse, 15,5 % (IC 95 % : 14,5-16,4) des femmes s'étaient vu prescrire des antidépresseurs ou avaient reçu un diagnostic de dépression, la proportion variant de 23,8 % (IC 95 % : 19,6-27,9) en Nouvelle-Écosse et 20,1 % (IC 95 % : 16,2-24,0) au Nouveau-Brunswick à 9,6 %[†] (IC 95 % : 5,3-13,9) au Nunavut (figure 35.4). Les jeunes mères – soit 17,0 % (IC 95 % : 12,2-21,7) de celles âgées de 15 à 19 ans et 20,3 % (IC 95 % : 17,5-23,1) de celles âgées de 20 à 24 ans – et les femmes ayant un niveau de scolarité peu élevé étaient plus susceptibles de s'être vu prescrire des antidépresseurs ou à avoir reçu un diagnostic de dépression avant leur grossesse. Une proportion plus élevée de femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu s'étaient vu prescrire des antidépresseurs ou avaient reçu un diagnostic de dépression avant leur grossesse, comparativement aux femmes vivant dans un ménage dont le revenu était supérieur au seuil de faible revenu (18,2 %, IC 95 % : 16,0-20,4 par rapport à 14,9 %, IC 95 % : 13,9-16,0).
- La plupart (91,8 %, IC 95 % : 91,1-92,5) des femmes ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information sur la dépression post-partum pendant la grossesse.
- La majorité (84,0 %, IC 95 % : 83,0-84,9) des femmes ont signalé avoir reçu tout le temps ou la plupart du temps un soutien pendant la période postnatale, et 10,3 % (IC 95 % : 9,5-11,1) ont indiqué avoir eu parfois du soutien. La proportion de femmes ayant mentionné avoir reçu rarement un soutien ou n'en avoir reçu aucun pendant la période postnatale s'élevait à 5,7 % (IC 95 % : 5,1-6,3) dans l'ensemble. Selon la province ou le territoire, cette proportion variait de 13,4 %[†] (IC 95 % : 8,6-18,2) au Nunavut et 9,8 % (IC 95 % : 8,2-11,4) au Québec à 2,4 %[†] (IC 95 % : 0,9-3,8) en Nouvelle-Écosse et 1,8 %[†] (IC 95 % : 0,5-3,0) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 35.5).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 35.1 Répartition du score obtenu sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

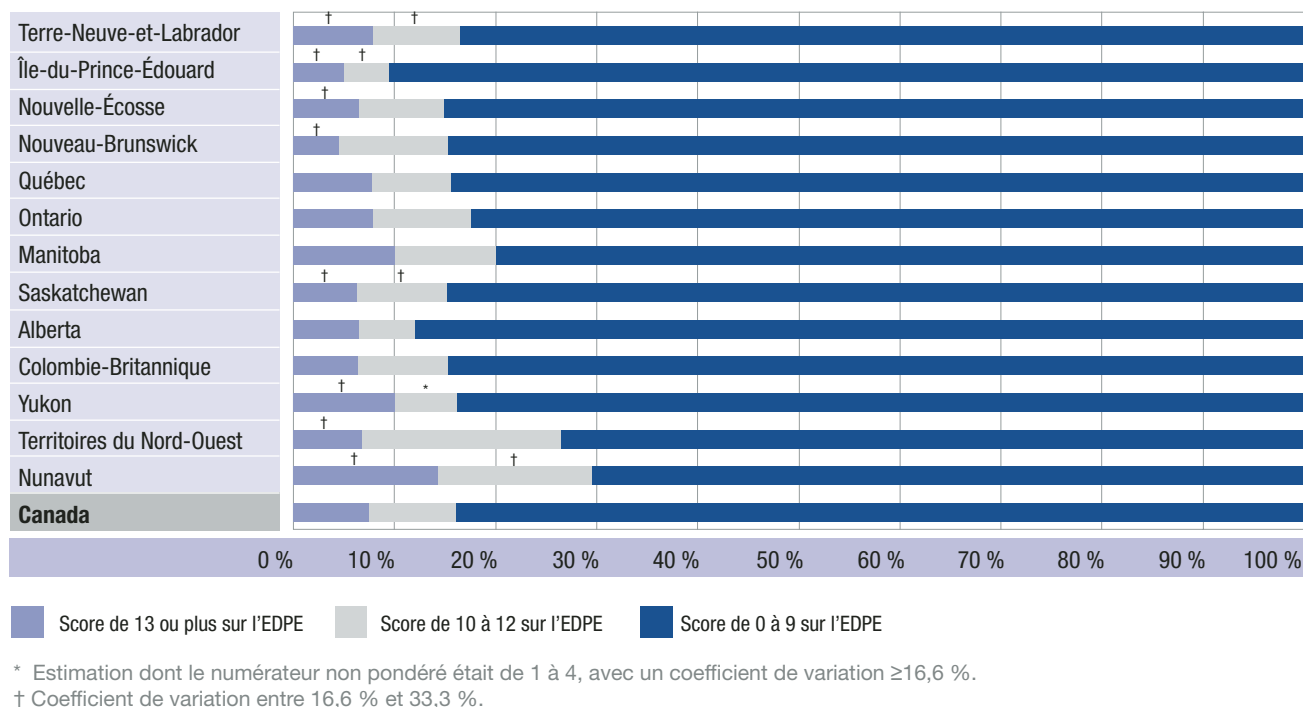


Figure 35.2 Répartition du score obtenu sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

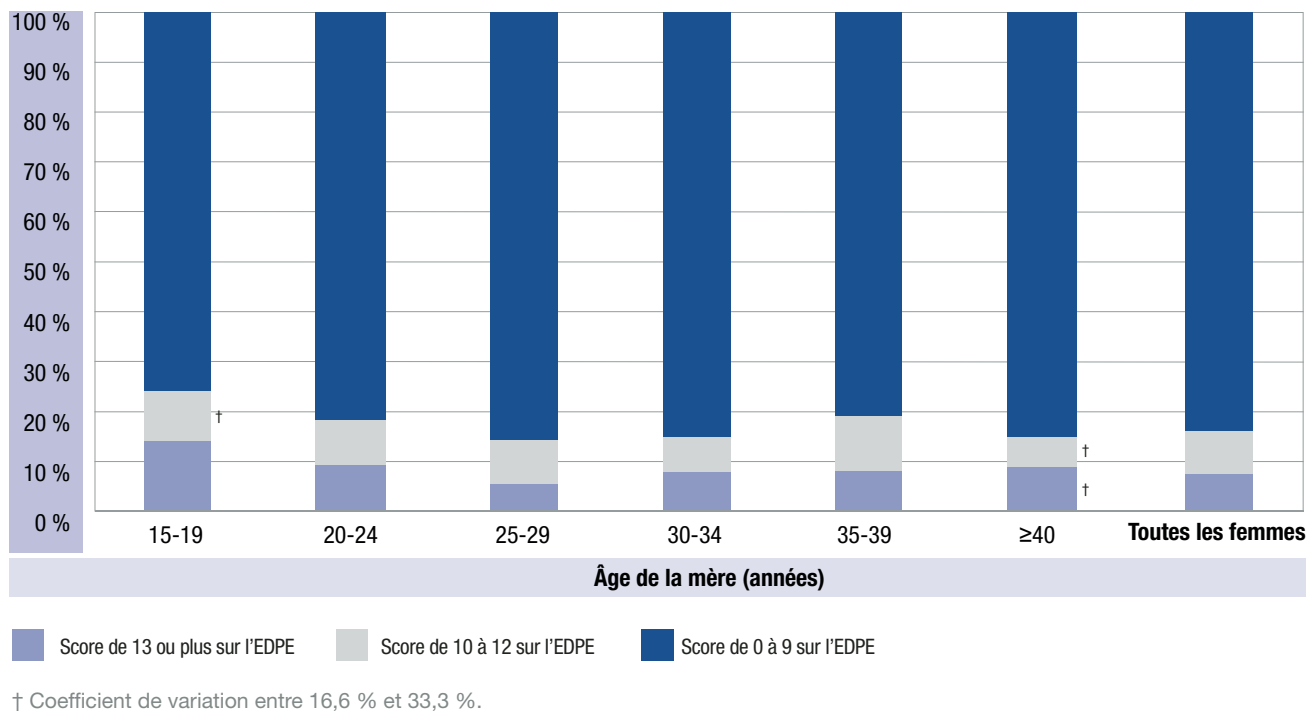


Figure 35.3 Répartition du score obtenu sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007

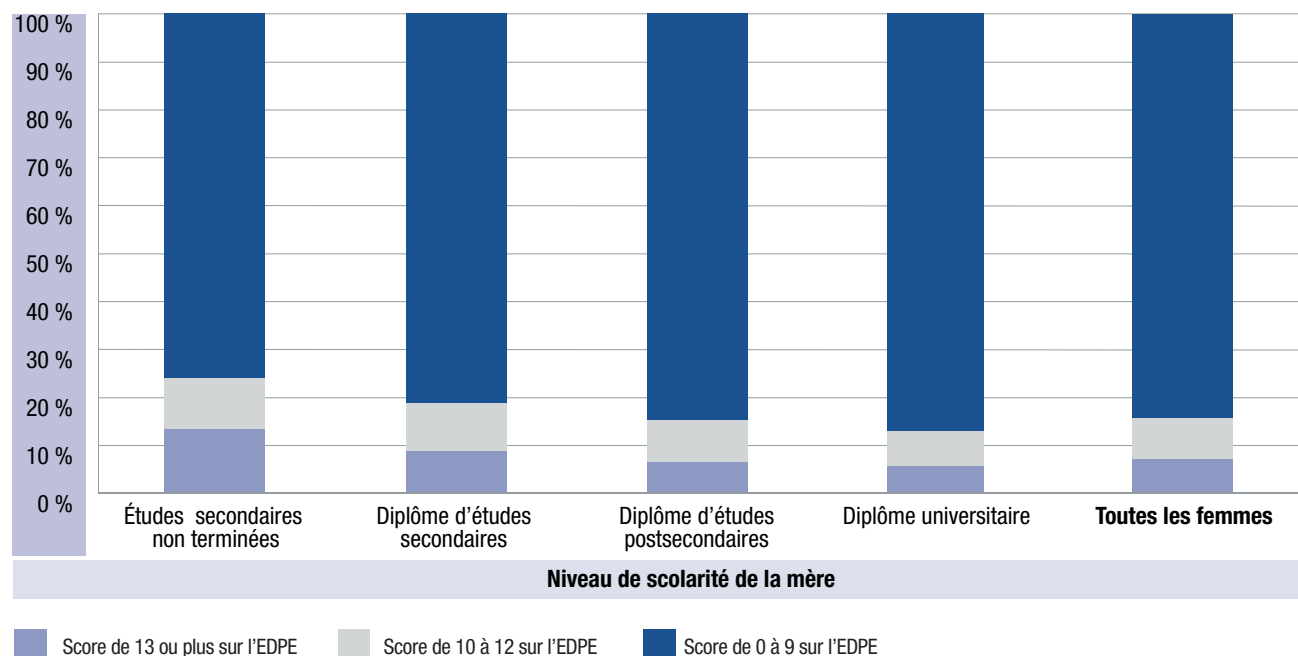
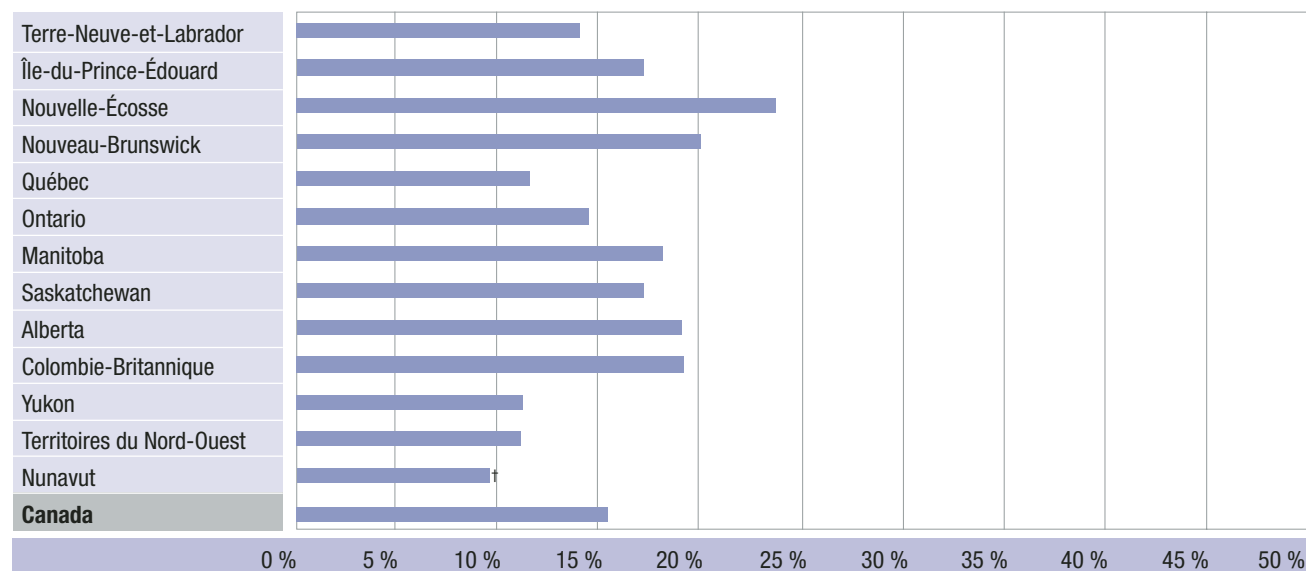
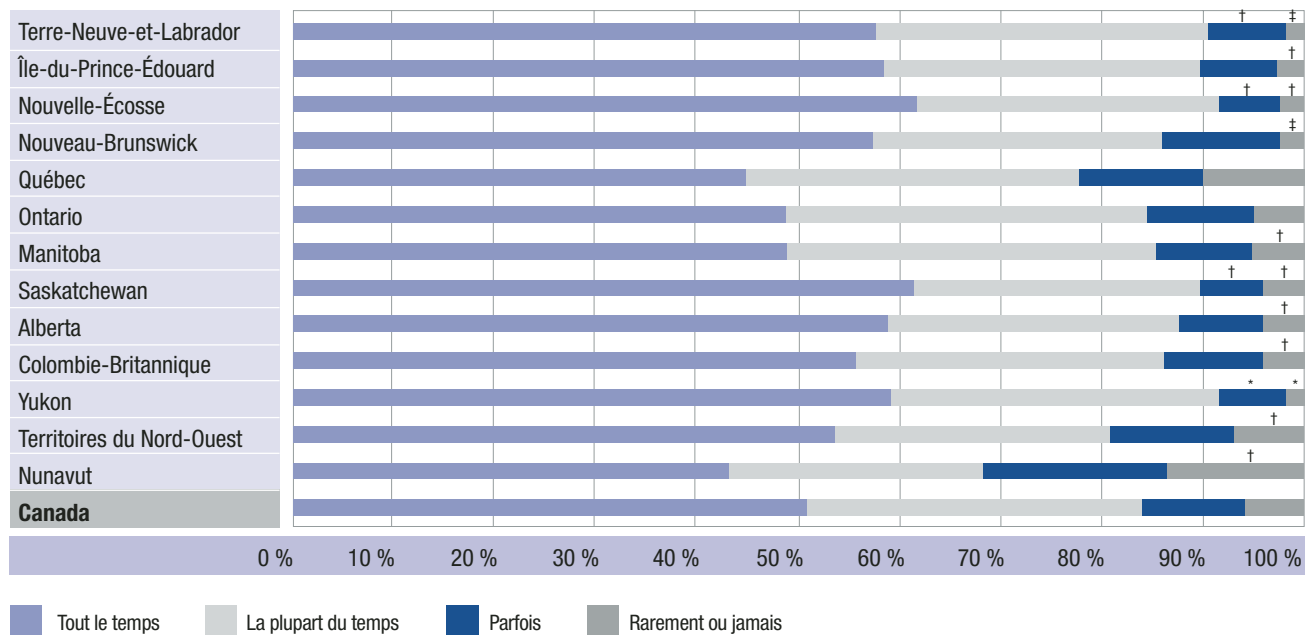


Figure 35.4 Proportion de femmes auxquelles on a prescrit des antidépresseurs ou chez lesquelles on avait diagnostiqué une dépression avant leur grossesse, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 35.5 Répartition de la disponibilité d'un soutien postnatal, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Résumé

Sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), 7,5 % des femmes ont obtenu un score de 13 ou plus, ce qui donne à penser qu'elles souffraient de dépression au moment de l'entrevue effectuée dans le cadre de l'EEM. Des scores de 13 ou plus sur l'EDPE ont été observés en plus grand nombre chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (14,0 %), les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (13,7 %) et les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (13,5 %). La proportion de femmes auxquelles on avait prescrit des antidépresseurs ou chez lesquelles on avait diagnostiqué une dépression avant la grossesse s'élevait à 15,5 %. La plupart (84,0 %) des femmes ont indiqué avoir obtenu un soutien pendant le post-partum, soit tout le temps (51,1 %) ou la plupart du temps (32,9 %).

Limites

L'EEM n'a posé aucune question sur les facteurs se rapportant au diagnostic antérieur de dépression chez les femmes, sa durée ou le moment de son apparition, ou la nature des traitements reçus. L'EDPE a été administré au moment de l'entrevue de l'EEM, soit de 5 à 14 mois après l'accouchement des femmes interrogées. L'incidence du moment de l'administration de l'EDPE sur le score est incertaine. La fiabilité de l'EDPE pour certains sous-groupes culturels de l'EEM n'est pas connue.

Références

1. Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* [Internet]. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2000. N° de catalogue : H39-527/2000F. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/prenatal/fcmc1-fra.php>.
2. Chalmers BE, Chalmers BM. Post-partum depression: a revised perspective. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1986;5(2):93–105.
3. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh postnatal depression scale? *J Affect Disord*. 2004;78(2):163–9.
4. Stewart D. Life stage: perinatal. In: *A literature review on depression among women: focussing on Ontario*. Toronto: Ontario Women's Health Council; 2006.
5. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6.

Numéros des questions : ES_Q01-Q11, PI_Q06, MH_Q26

36 Santé du nourrisson

Janet Smylie, Reg Sauve, Susie Dzakpasu

Introduction

L'issue souhaitée de la grossesse est un bébé et une mère en bonne santé¹. L'opinion des mères concernant la santé de leur bébé est un important facteur contribuant à l'expérience de la maternité. L'un des principaux déterminants de la mortalité et morbidité néonatales et de l'utilisation des ressources est la naissance prématurée (naissance avant 37 semaines révolues de gestation). Même si plus de 90 % des bébés naissent à terme, le nombre de prématurés a augmenté, passant de 7,0 % des naissances vivantes en 1995 à 8,2 % en 2004². Les bébés nés entre 34 et 36 semaines révolues de gestation (prématurés tardifs) constituent une population croissante présentant un intérêt particulier pour les cliniciens et les chercheurs. Les mesures indirectes de la morbidité du nourrisson incluent l'hospitalisation à l'unité de soins intensifs néonataux ou la pouponnière de soins spéciaux dans la période qui suit immédiatement la naissance³. Certaines de ces hospitalisations concernent des prématurés, mais nombre d'entre elles ont lieu pour d'autres raisons, comme de la difficulté pendant l'accouchement.

Après le congé initial du bébé de la maternité, la réhospitalisation et la nécessité d'obtenir des soins autres que de routine auprès de médecins servent d'indicateurs indirects supplémentaires de la morbidité des nourrissons. Les taux de réhospitalisation néonatale ont été associés à de courts séjours des nouveau-nés à l'hôpital, à une situation défavorisée sur le plan socio-économique, à un lieu de résidence éloigné, au jeune âge de la mère, à la naissance par césarienne et à un allaitement maternel moins qu'optimal⁴⁻⁶. En 2004-2005, environ 3,4 % des nouveau-nés avaient été réhospitalisés durant le premier mois suivant la naissance². La morbidité chez les nourrissons mène le plus souvent à des consultations autres que de routine du professionnel de la santé plutôt qu'à des réhospitalisations; par conséquent, le recours et l'accès aux soins autres que de routine constituent également des mesures importantes.

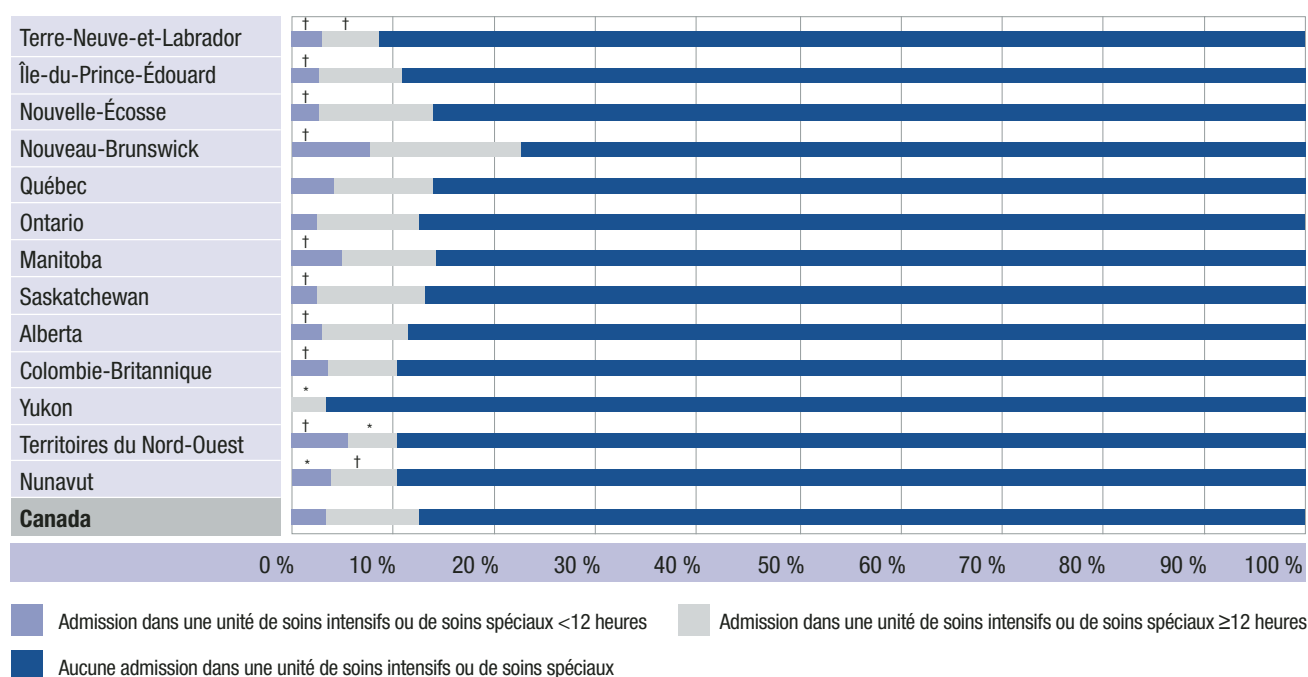
L'EEM a demandé aux mères la date d'accouchement prévue et la date d'accouchement réelle (utilisée pour déterminer l'âge gestationnel à la naissance) et a posé des questions sur la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement (y compris si leur bébé avait été admis à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux après la naissance et pendant combien de temps); si le bébé avait été réhospitalisé depuis la naissance; et si le bébé avait été vu par un professionnel de la santé pour recevoir des soins autres que de routine. On a également demandé aux mères d'évaluer la santé de leur bébé.

Nota : La population de nourrissons de l'EEM se limitait aux nouveau-nés issus d'une grossesse unique vivant avec leur mère naturelle au moment de l'entrevue.

Résultats

- Globalement, la proportion de nourrissons de l'EEM nés à moins de 37 semaines révolues de gestation (naissance prématurée) s'élevait à 6,2 % (IC 95 % : 5,6-6,8), avec 5,0 % (IC 95 % : 4,4-5,6) nés entre 34 et 36 semaines de gestation (prématurés tardifs). On a observé plus de prématurés parmi les nourrissons nés par césarienne que ceux nés par voie vaginale (8,0 %, IC 95 % : 6,6-9,5 par rapport à 5,5 %, IC 95 % : 4,9-6,2).
- Près de 13 % (12,7 %, IC 95 % : 11,9-13,6) des nourrissons ont été admis dans une unité de soins intensifs ou de soins spéciaux après leur naissance, 9,3 % (IC 95 % : 8,6-10,1) y demeurant pendant 12 heures ou plus. On a observé d'importantes variations régionales dans l'admission à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux; la proportion allait de 22,7 % (IC 95 % : 18,4-26,9) au Nouveau-Brunswick à 8,6 % (IC 95 % : 5,9-11,3) à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 36.1).
- Une proportion plus élevée de nourrissons nés par césarienne ont été admis à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux (19,1 %, IC 95 % : 17,1-21,1) par rapport aux nourrissons nés par voie vaginale (10,5 %, IC 95 % : 9,6-11,4). Les nourrissons des primipares étaient plus nombreux à avoir été admis à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux que ceux de multipares (16,0 %, IC 95 % : 14,6-17,4 par rapport à 10,1 %, IC 95 % : 9,1-11,2).
- Peu (3,6 %, IC 95 % : 3,1-4,1) de nourrissons ont été réhospitalisés dans le mois suivant la naissance et 6,7 % (IC 95 % : 6,1-7,4) ont été réhospitalisés dans les cinq mois.
- Un peu moins de la moitié (48,8 %, IC 95 % : 47,5-50,1) des nourrissons ont vu un médecin ou un autre professionnel de la santé pour obtenir des soins autres que de routine. Ce pourcentage variait selon la province ou le territoire, allant de 66,6 % (IC 95 % : 61,8-71,5) à Terre-Neuve-et-Labrador et 63,6 % (IC 95 % : 57,6-69,6) au Yukon à 46,0 % (IC 95 % : 43,8-48,2) en Ontario (figure 36.2).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu étaient plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé pour des soins autres que de routine pour leur nourrisson que les femmes dont le revenu du ménage était égal ou inférieur à ce seuil (51,0 %, IC 95 % : 49,5-52,5 par rapport à 42,3 %, IC 95 % : 39,4-45,3).
- Chez les femmes dont le bébé avait reçu des soins de santé autres que de routine, 13,1 % (IC 95 % : 11,8-14,3) ont indiqué qu'il avait été difficile de consulter un professionnel de la santé; ce pourcentage variait selon la région (figure 36.3). Parmi ces femmes, 74,8 % (IC 95 % : 70,5-79,1) ont indiqué que cela avait été difficile du fait que le médecin ou le professionnel de la santé n'était pas disponible.
- Soixante et onze pour cent (70,8 %, IC 95 % : 69,6-71,9) de femmes ont signalé que leur bébé était en excellente santé et 22,0 % (IC 95 % : 20,9-23,0), en très bonne santé. La proportion de femmes qui ont indiqué que leur bébé était en excellente santé variait de 74,5 % (IC 95 % : 71,3-77,6) en Alberta à 48,7 % (IC 95 % : 41,2-56,1) au Nunavut (figure 36.4).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (63,3 %, IC 95 % : 60,4-66,2), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (60,3 %, IC 95 % : 55,7-64,9) et les femmes les plus jeunes (15-19 ans) (56,3 %, IC 95 % : 50,4-62,1) étaient moins susceptibles d'indiquer que leur bébé était en excellente santé.

Figure 36.1 Proportion de femmes dont le bébé a été admis à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux après la naissance et durée du séjour du bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation ≥16,6 %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 36.2 Proportion de femmes dont le bébé a reçu des soins de santé autres que de routine, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

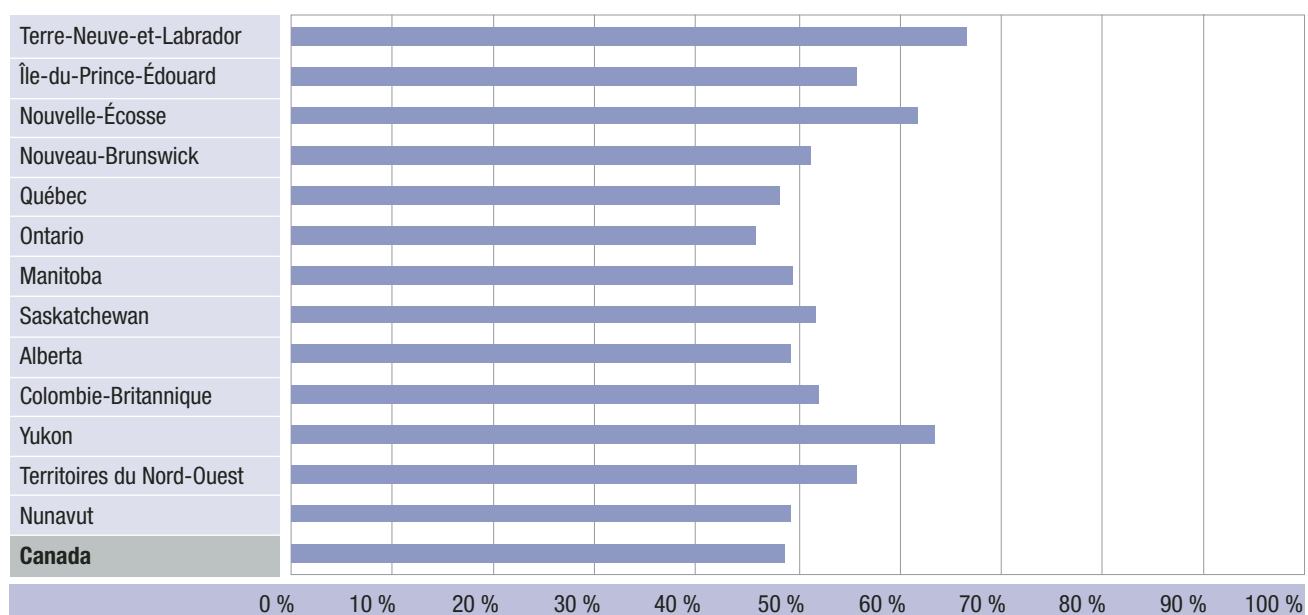
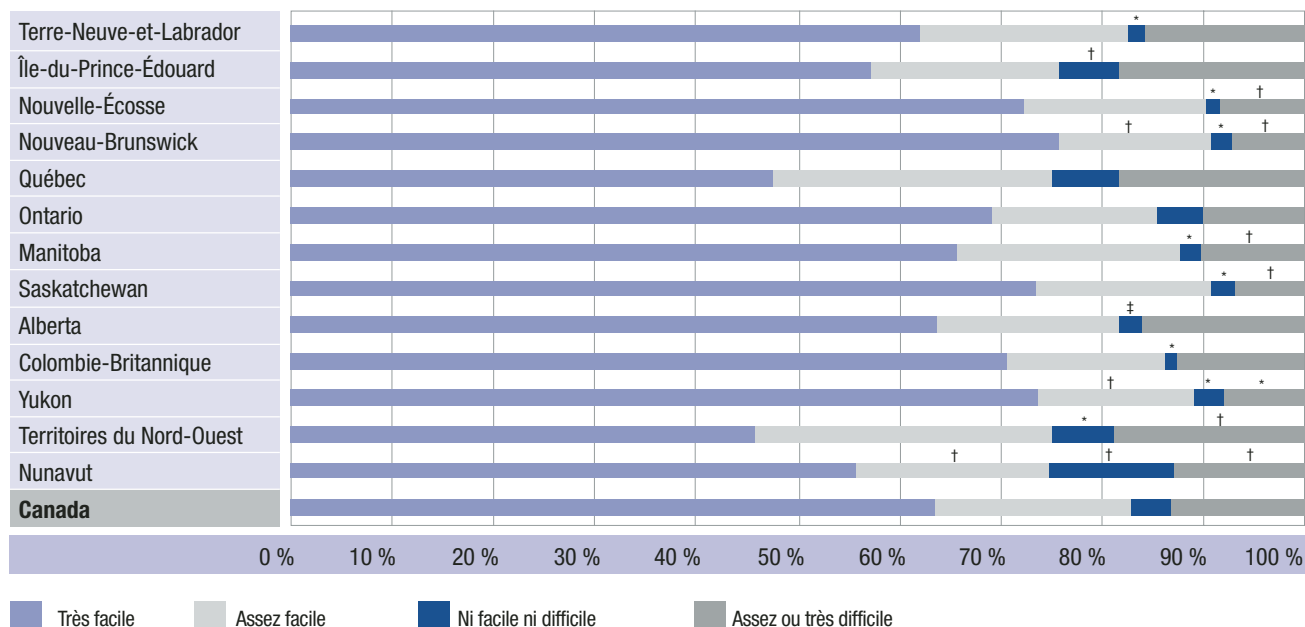


Figure 36.3 Répartition de l'évaluation du degré de difficulté à voir un professionnel de la santé pour recevoir des soins de santé autres que de routine par les femmes dont le bébé a reçu de tels soins, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

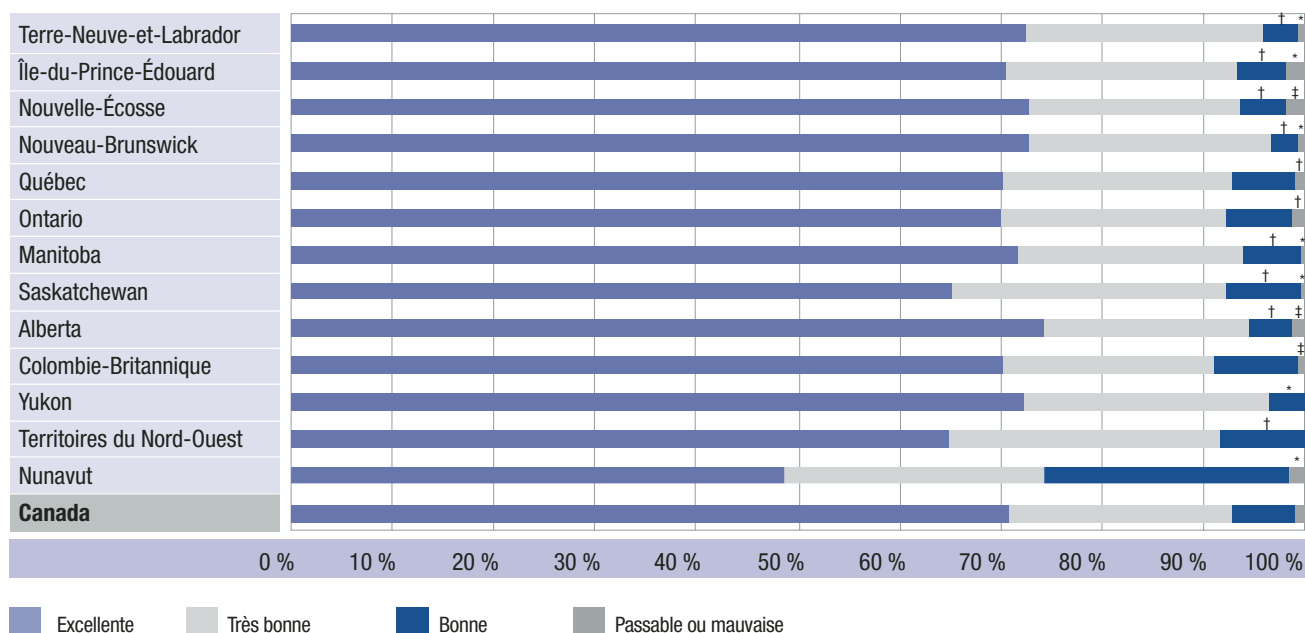


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 36.4 Répartition des opinions des femmes sur la santé du bébé, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Résumé

La plupart (93,8 %) des nourrissons sont nés à l'âge gestationnel de 37 semaines ou plus, et peu ont été réhospitalisés dans le mois (3,6 %) ou dans les cinq mois (6,7 %) qui ont suivi la naissance. La majorité (92,8 %) des femmes ont indiqué que leur bébé était soit en excellente (70,8 %) ou en très bonne (22,0 %) santé au moment de l'entrevue effectuée dans le cadre de l'EEM, quand le nourrisson avait entre 5 et 14 mois. Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu (63,3 %), les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (60,3 %) et les jeunes mères âgées de 15 à 19 ans (56,3 %) étaient moins susceptibles de signaler que leur bébé était en excellente santé.

Limites

L'EEM a exclu les mères dont le bébé est mort avant l'enquête, les mères qui avaient eu une naissance multiple (p. ex., jumeaux, triplés) et les mères des Premières nations vivant dans une réserve. Ceci pourrait influencer sur les taux signalés d'admission à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux, de naissances prématurées, de réhospitalisation des nourrissons et de consultation pour des soins de santé autres que de routine. L'EEM n'a pas demandé les raisons de l'admission à l'unité des soins intensifs ou des soins spéciaux, de la réhospitalisation du nourrisson ou de la consultation pour des soins de santé autres que de routine. Le moment de l'entrevue des femmes (allant de 5 à 14 mois après l'accouchement) peut avoir influé sur la probabilité que les femmes signalent une consultation autre que de routine pour leur bébé. Il peut y avoir des différences dans la façon dont les mères et les hôpitaux comprennent et utilisent les expressions « unités de soins intensifs » et « unités de soins spéciaux ».

Références

1. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
3. Zupanic J, Richardson D. Characterization of the triage process in neonatal intensive care. *Pediatrics*. 1998;102(6):1432–6.
4. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Revue canadienne de santé publique*. 2000;91(1):46–50.
5. Paul I, Lehman E, Hollenbeak C, Maisels M. Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' Protection Act. *Pediatrics*. 2006;118(6):2349–58.
6. Martens P, Derksen S, Gupta S. Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics*. 2004;114(3):708–13.

Numéros des questions : PP_Q02-Q03, BH_Q01-Q05, BH_Q08

37 Position du nourrisson pour dormir

Janet Smylie, Reg Sauve

Introduction

De nombreuses études ont révélé que la position sur le dos du nourrisson pour dormir est associée à un risque moindre du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN)¹, lequel est défini comme la mort soudaine et inexpliquée d'un nourrisson de moins d'un an. Le taux de SMSN a baissé progressivement au cours des 20 dernières années au Canada¹. Les données des dernières années font ressortir une baisse des décès pendant la période postnatale attribués au SMSN, ce nombre étant passé de 144 décès (26 % de tous les décès postnataux) en 1999 à 76 décès (18 % de tous les décès postnataux) en 2004^{2,3}. Les campagnes de sensibilisation qui encouragent à placer le nourrisson sur le dos pour dormir ont entraîné d'importantes réductions de la position ventrale pour dormir et des réductions concomitantes des taux de SMSN aux États-Unis, en Europe et en Australie^{1,4}. Les populations indigènes du Canada, des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ont des taux de SMSN qui sont de deux à trois fois plus élevés que ceux des groupes non indigènes⁵⁻⁷.

Le risque de SMSN est plus élevé pour les nourrissons âgés de deux à quatre mois; la plupart des décès causés par le SMSN ont lieu avant l'âge de six mois⁸. En plus de la position pour dormir, les études épidémiologiques ont établi un lien entre le SMSN et d'autres facteurs de risque pour les nourrissons, comme un retard de croissance intra-utérin, la naissance prématurée, le sexe masculin, une récente maladie fébrile et l'excès de chaleur⁸. On a également établi un lien avec des facteurs de risque maternels et anténataux, comme le tabagisme de la mère, la fumée secondaire du tabac, le jeune âge de la mère, les soins prénataux inadéquats, le faible statut socio-économique, le niveau de scolarité moins élevé, le statut monoparental, la parité accrue, l'exposition anténatale à l'alcool, la consommation d'opiacés par la mère, l'hypoxie intra-utérine et le court intervalle entre les grossesses; et avec des facteurs environnementaux, comme une saison plus froide, des surfaces et une literie molles, le fait que les enfants dorment dans leur propre chambre au lieu de dormir avec leurs parents, et le partage du lit⁸. Plusieurs génotypes particuliers ont récemment été associés au SMSN⁸.

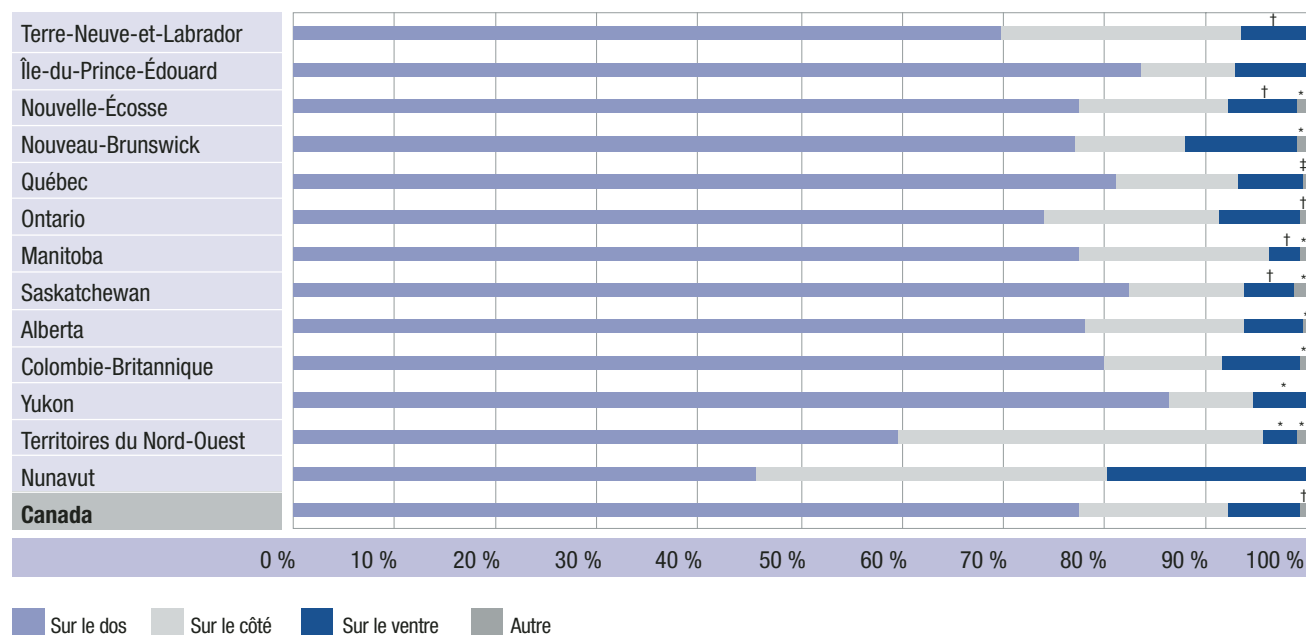
Les interventions en santé publique face au SMSN ont mis l'accent sur la sensibilisation des parents pour qu'ils couchent leur bébé sur le dos pour dormir; qu'ils utilisent une literie ferme et plate; qu'ils évitent d'exposer leur bébé à la fumée secondaire; et que la mère allaite son bébé⁹.

L'EEM a demandé aux femmes dans quelle position elles avaient généralement placé leur bébé pour dormir pendant les quatre premiers mois. On a également demandé aux femmes si elles avaient reçu suffisamment d'information sur le SMSN.

Résultats

- Globalement, 77,4 % (IC 95 % : 76,3-78,5) des femmes ont indiqué avoir couché leur bébé sur le dos pour dormir pendant les quatre premiers mois. Ce pourcentage variait selon la région, allant de 86,5 % (IC 95 % : 82,3-90,7) au Yukon et 83,7 % (IC 95 % : 80,6-86,7) à l'Île-du-Prince-Édouard à 59,6 % (IC 95 % : 54,2-65,0) dans les Territoires du Nord-Ouest et 45,8 % (IC 95 % : 38,7-52,9) au Nunavut (figure 37.1).
- La proportion de femmes qui couchaient leur bébé sur le dos pour dormir augmentait avec l'âge et le niveau de scolarité de la mère (figures 37.2 et 37.3).
- Les primipares étaient plus susceptibles de coucher leur bébé sur le dos que les multipares (81,1 %, IC 95 % : 79,6-82,6 par rapport à 74,5 %, IC 95 % : 73,0-76,1). Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessus du seuil de faible revenu étaient également plus susceptibles de coucher leur bébé sur le dos que celles dont le revenu du ménage était égal ou inférieur à ce seuil (80,8 %, IC 95 % : 79,6-82,0 par rapport à 68,5 %, IC 95 % : 65,7-71,3).
- La majorité (90,2 %, IC 95 % : 89,4-91,0) des femmes ont signalé qu'elles avaient obtenu suffisamment d'information sur le SMSN. On a observé d'importants écarts entre les régions à cet égard, les taux allant de 95,2 % (IC 95 % : 93,1-97,4) en Saskatchewan à 79,0 % (IC 95 % : 74,3-83,7) dans les Territoires du Nord-Ouest et 77,1 % (IC 95 % : 70,6-83,7) au Nunavut (figure 37.4).
- Les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu étaient moins susceptibles d'avoir suffisamment d'information sur le SMSN que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu était supérieur à ce seuil (84,9 %, IC 95 % : 82,7-87,1 par rapport à 92,2 %, IC 95 % : 91,4-93,1). La probabilité de recevoir suffisamment d'information sur le SMSN augmentait avec le niveau de scolarité de la mère.

Figure 37.1 Répartition de la position du nourrisson pour dormir, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007

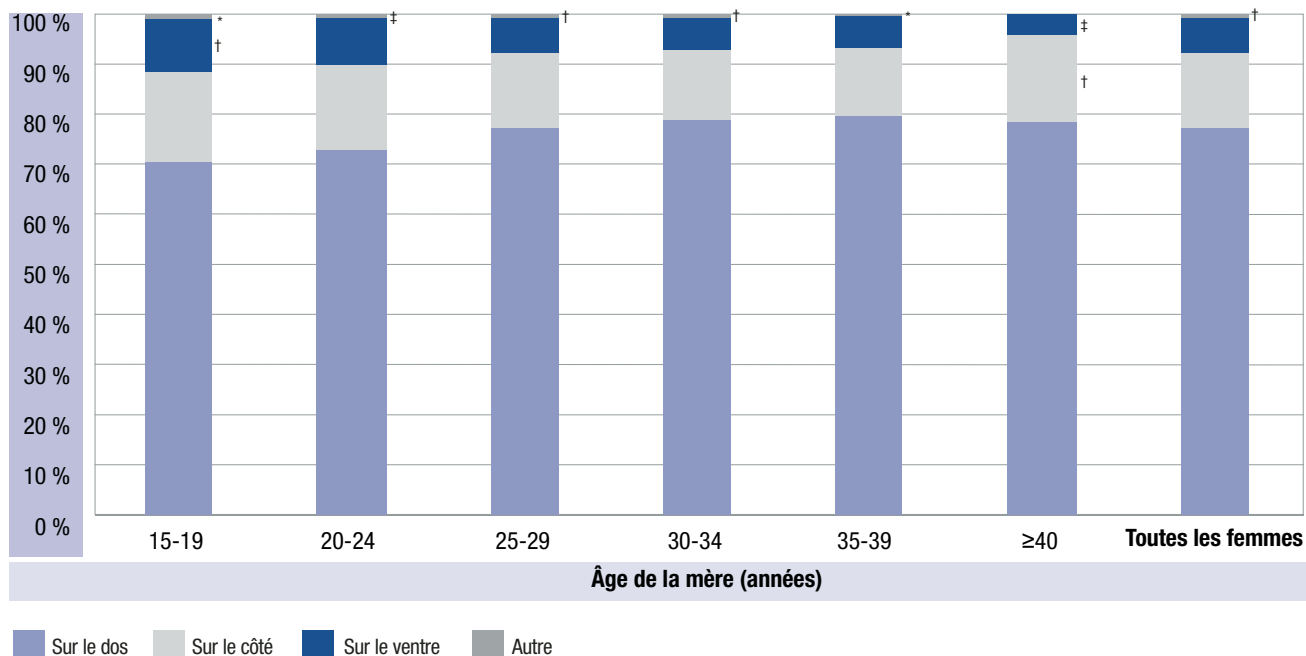


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 37.2 Répartition de la position du nourrisson pour dormir, selon l'âge de la mère, Canada, 2006-2007

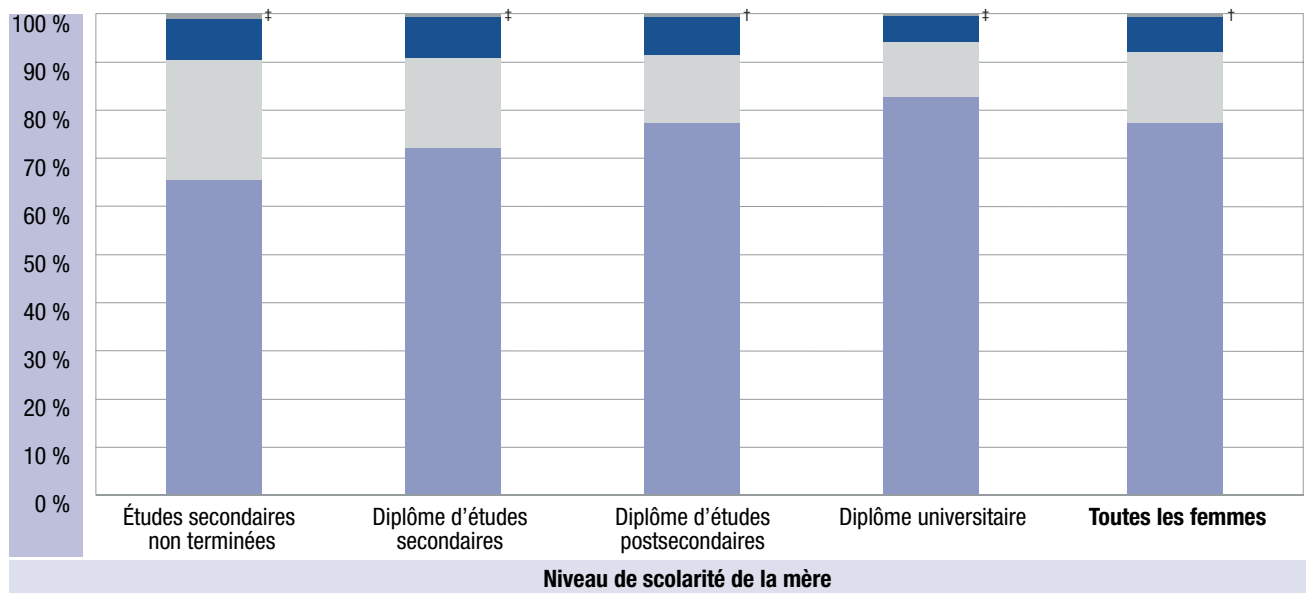


* Estimation dont le numérateur non pondéré était de 1 à 4, avec un coefficient de variation $\geq 16,6$ %.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation $> 33,3$ %.

Figure 37.3 Répartition de la position du nourrisson pour dormir, selon le niveau de scolarité de la mère, Canada, 2006-2007

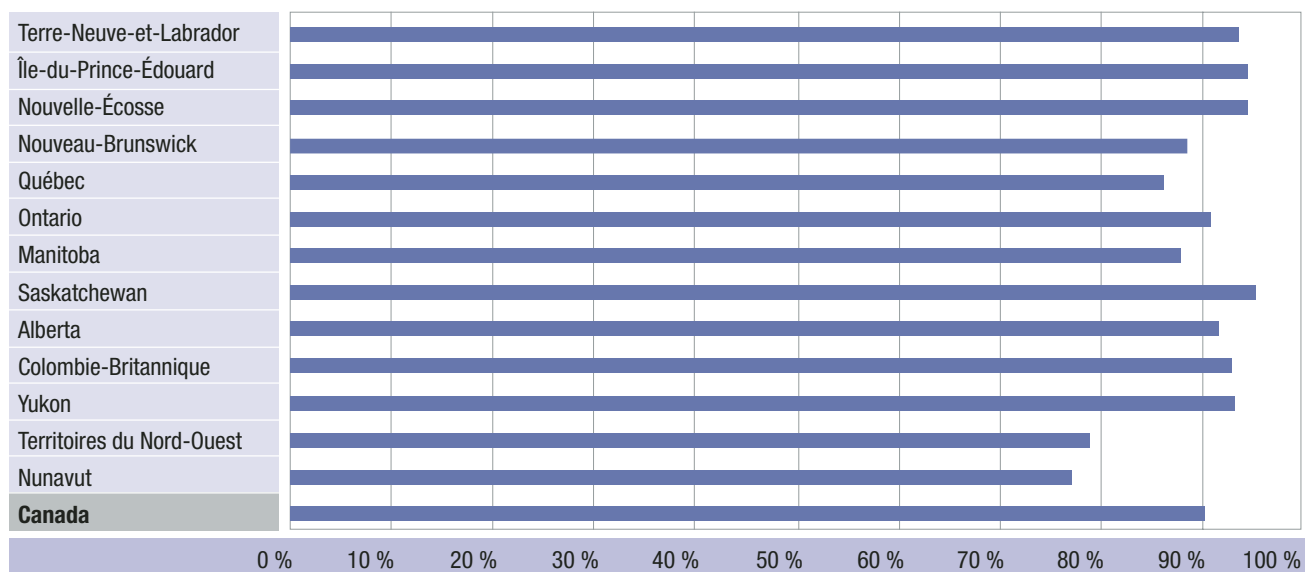


Sur le dos Sur le côté Sur le ventre Autre

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Coefficient de variation >33,3 %.

Figure 37.4 Proportion de femmes ayant reçu suffisamment d'information sur le syndrome de la mort subite du nourrisson, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résumé

La majorité (90,2 %) des femmes ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information concernant le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN); les pourcentages variant selon la province ou le territoire, le revenu du ménage et le niveau de scolarité de la mère. Globalement, les trois quarts (77,4 %) des femmes ont suivi les recommandations en vigueur pour réduire le risque de SMSN en couchant leur bébé sur le dos pour dormir. Les jeunes femmes, les multipares, les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au niveau ou au-dessous du seuil de faible revenu et les femmes ayant un niveau de scolarité peu élevé étaient moins susceptibles de signaler qu'elles couchaient leur bébé sur le dos pour dormir.

Limites

L'EEM n'a pas recueilli d'information sur la position pour dormir des bébés qui sont peut-être morts et n'a pas posé aux femmes de questions sur d'autres pratiques pour dormir telles que le partage de la chambre ou du lit avec leur bébé.

Références

1. Rusen ID, Lui S, Sauve R, Joseph KS, Kramer M. Sudden infant death syndrome in Canada: trends in rates and risk factors, 1985–1998. *Maladies chroniques au Canada*. 2004;25(1):1–6.
2. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2003.
3. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, 2008.
4. Moon RY, Fu LY. Sudden infant death syndrome. *Pediatr Rev*. 2007;20(6):209–14.
5. Luo ZC, Wilkins R, Platt RW, Kramer MS. Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, 1985–97. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18(1):40–50.
6. Freemantle CJ, Read AW, de Klerk NH, McAullay D, Anderson IP, Stanley FJ. Sudden infant death syndrome and unascertainable deaths: trends and disparities among Aboriginal and non-Aboriginal infants born in Western Australia from 1980 to 2001 inclusive. *J Pediatr Child Health*. 2006;42(7-8):445–51.
7. Mitchell EA, Stewart AW, Scragg R, Ford RP, Taylor BJ, Becroft DM, et al. Ethnic differences in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand. *BMJ*. 1993;306(6869):13–6.
8. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *JAMC*. 2006;174(13):1861–9.
9. La Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, Institut canadien de la santé infantile, Société canadienne de pédiatrie et Santé Canada. *Déclaration conjointe : réduire les risques du syndrome de mort subite du nourrisson au Canada*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 1999. N° de catalogue : H39-466/2-1999F.

Numéros des questions : BH_Q07, PI_Q03

38 Circoncision

Reg Sauve, Catherine Royle

Introduction

La circoncision des nourrissons de sexe masculin est l'une des plus anciennes procédures opératoires recensées et, en même temps, la plus controversée. Les circoncisions sont réalisées pour plusieurs raisons, notamment des raisons religieuses, de santé et d'hygiène ou encore en raison de la coutume. Les raisons médicales invoquées pour la circoncision incluent la prévention possible des infections urinaires¹ et une réduction de la propagation des infections transmissibles sexuellement². Des essais cliniques aléatoires menés récemment au Kenya et en Ouganda ont révélé des taux de transmission moins élevés du VIH chez les hommes circoncis que chez ceux qui ne l'étaient pas³⁻⁵.

Les complications signalées des circoncisions effectuées à l'hôpital ou ailleurs sont relativement rares, mais peuvent aller de problèmes relativement mineurs à plus graves. La circoncision est douloureuse, et plusieurs rapports ont été consacrés à la reconnaissance et à la gestion de la douleur chez les nouveau-nés qui subissent cette intervention⁶.

En 1996, la Société canadienne de pédiatrie a rapporté que les avantages et les inconvénients de la circoncision néonatale s'équilibrent. La position adoptée par la Société, soit ne pas pratiquer de circoncision systématique pendant la période néonatale, est actuellement à l'étude⁷. Par ailleurs, l'American Academy of Pediatrics reconnaît les avantages éventuels de la procédure, mais fait remarquer que les données scientifiques existantes ne permettent pas de recommander la circoncision systématique⁸.

En 1970 le taux estimé de circoncision au Canada s'élevait à 48 %⁹, malgré que l'on croit que ce taux diminue. Dans certaines régions du Canada, la circoncision a été supprimée du barème provincial des honoraires des médecins, mais la répercussion de ce changement n'est pas claire.

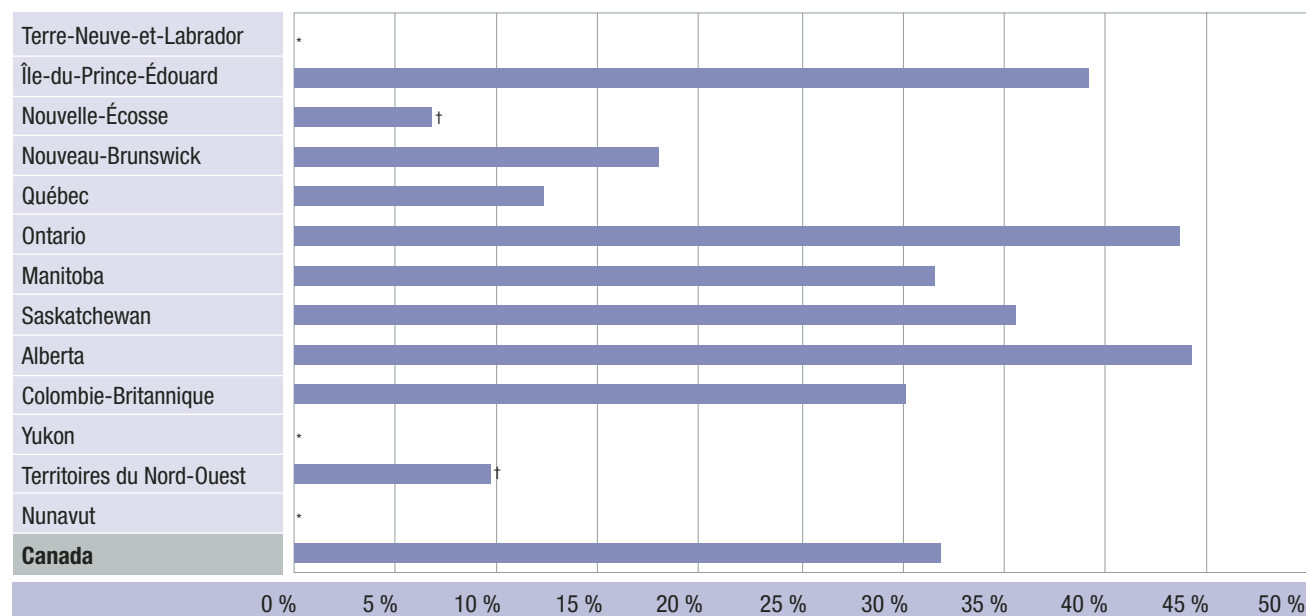
L'EEM a demandé aux femmes qui avaient eu un bébé de sexe masculin s'il avait été circoncis, la principale raison de la circoncision et si elles avaient obtenu suffisamment d'information sur la circoncision.

Résultats

- Chez les femmes ayant eu un bébé de sexe masculin, 31,9 % (IC 95 % : 30,3-33,6) ont indiqué avoir fait circoncire leur bébé. On a observé d'importants écarts dans le pourcentage de circoncision entre les régions. Dans les 10 provinces et territoires où au moins cinq circoncisions ont été signalées, la proportion de femmes qui ont indiqué avoir fait circoncire leur bébé variait de 44,3 % (IC 95 % : 39,2-49,4) en Alberta et 43,7 % (IC 95 % : 40,6-46,8) en Ontario à 9,7 %[†] (IC 95 % : 5,2-14,2) dans les Territoires du Nord-Ouest et 6,8 %[†] (IC 95 % : 3,6-10,0) en Nouvelle-Écosse (figure 38.1).
- Les principales raisons à l'origine de la décision de circoncire étaient « la santé et l'hygiène » (44,4 %, IC 95 % : 41,1-47,7), « pour être comme son père, ses frères ou les autres garçons » (35,6 %, IC 95 % : 32,5-38,7) et « pour des raisons religieuses » (17,3 %, IC 95 % : 14,8-19,9).
- De toutes les femmes ayant eu un bébé de sexe masculin, 69,9 % (IC 95 % : 68,4-71,5) ont indiqué avoir reçu suffisamment d'information sur la circoncision. Ce pourcentage variait de 86,7 % (IC 95 % : 82,3-91,1) en Saskatchewan à 40,2 % (IC 95 % : 36,4-43,9) au Québec (figure 38.2).

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

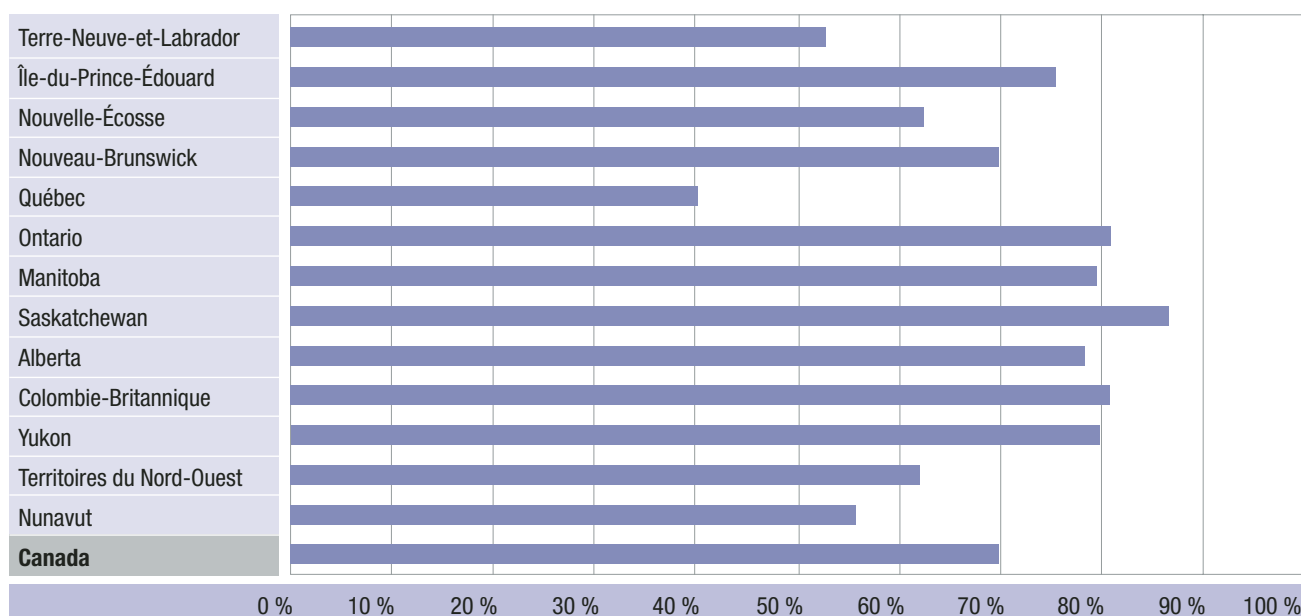
Figure 38.1 Proportion de bébés de sexe masculin qui ont été circoncis, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



* Estimation non indiquée étant donné que le numérateur non pondéré était inférieur à 5.

† Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Figure 38.2 Proportion de femmes ayant un bébé de sexe masculin qui ont reçu suffisamment d'information sur la circoncision, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résumé

Environ le tiers (31,9 %) des femmes ont signalé avoir fait circoncire leur bébé. La proportion de bébés de sexe masculin circoncis variait fortement selon la province ou le territoire.

Limites

L'EEM n'a pas demandé aux femmes quand le bébé avait été circoncis, où la circoncision avait été effectuée (p. ex., hôpital ou ailleurs) ni qui l'avait effectuée. Les femmes ont uniquement fait état de la principale raison de la circoncision de leur bébé, mais plus d'un facteur peut avoir influencé leur décision. L'EEM n'a pas demandé d'information sur les taux de complication de la procédure ou l'analgésie pour la circoncision.

Références

1. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomized trials and observational studies. *Arch Dis Child*. 2005;90(8):853–8.
2. Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Trans Infect*. 2006;82(2):101–10.
3. Newell ML, Barnighausen T. Male circumcision to cut HIV risk in the general population. *Lancet*. 2007;369(9562):617–9.
4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Drieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2007;369(9562):643–56.
5. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*. 2007;369(9562):657–66.
6. Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA. Pain relief for neonatal circumcision. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;3. Art. No.: CD004217. DOI: 10.1002/14651858.CD004217.pub2.
7. Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Neonatal circumcision revisited. *JAMC*. 1996;154(6):769–80.
8. American Academy of Pediatrics Taskforce on Circumcision. Circumcision policy statement. *Pediatrics*. 1999;103(3):686–93. (This policy was reaffirmed in 2005).
9. Leitch IOW. Circumcision: a continuing enigma. *Aust Paediatr J*. 1970;6(2):59–65.

Numéros des questions : PP_Q16-Q18