

# L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse

Timothy Werschler

## Résumé

### Objectifs

Le présent article décrit les variations interprovinciales de l'utilisation des services hospitaliers par les femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

### Source des données

Les données sont extraites de la Base de données axée sur la personne, tenue à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Cette base de données regroupe les données sur les hospitalisations que les hôpitaux généraux et spécialisés transmettent aux administrations provinciales et territoriales. Cette base est complète pour chaque province ou territoire. Les données du Yukon n'étaient pas disponibles.

### Techniques d'analyse

On a sélectionné un groupe de 57 627 femmes qui ont accouché en octobre ou en novembre 1993 en recherchant certains codes de la CIM-9 et de la CCA dans les enregistrements d'hospitalisation. Puis, on a couplé ces enregistrements à ceux d'autres hospitalisations survenues dans les six mois qui ont précédé et le quatre mois suivant l'accouchement.

### Principaux résultats

Environ 15 % des femmes qui ont accouché en octobre ou en novembre 1993 ont été hospitalisées au moins une fois au cours des six mois qui ont précédé leur accouchement. En revanche, 4 % seulement ont été hospitalisées durant les quatre mois qui ont suivi leur accouchement.

### Mots-clés

Taux de réhospitalisation, durée de séjour, politique de soins de santé, accouchement, épisiotomie, césarienne.

### Auteur

Timothy Werschler (613) 951-4954 travaille à la Division de la géographie, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

On imagine généralement les hôpitaux comme des lieux réservés aux malades et aux blessés. Cependant, une fonction importante de nombre d'entre eux consiste à prodiguer des soins en rapport avec l'accouchement. Durant l'exercice 1993-1994, une femme hospitalisée sur quatre l'a été pour accoucher.

Bien que chaque grossesse et chaque accouchement soit unique, l'expérience vécue à cet égard par les femmes canadiennes dépend, en partie, des soins de santé qu'elles reçoivent. De nombreux facteurs, comme l'accès à des ressources hospitalières, la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital, les pratiques habituelles du médecin traitant, les politiques hospitalières et l'offre de services de consultation externe, influent sur l'utilisation des services hospitaliers en rapport avec la grossesse. Puisque la prestation des services de santé relève des autorités provinciales ou territoriales, l'utilisation des services hospitaliers durant la grossesse et l'accouchement peut aussi varier selon la région.

## Méthodologie

### Source des données

Les données de l'analyse sont extraites de la Base de données axée sur la personne tenue à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Cette base de données regroupe les données sur les hospitalisations que les hôpitaux généraux et spécialisés transmettent aux administrations provinciales et territoriales, et est considérée comme étant complète pour chaque province ou territoire. On n'avait pas de données pour le Yukon.

Chaque enregistrement d'hospitalisation contient des renseignements sur les caractéristiques du patient (comme le sexe et l'âge), les diagnostics, les interventions chirurgicales pratiquées, la durée de séjour, l'emplacement de l'hôpital et d'autres renseignements connexes. Les données sont soumises à plusieurs vérifications pour confirmer leur intégrité générale et s'assurer qu'elles conviennent à l'analyse.

### Techniques d'analyse

Comme il n'existe aucun code de diagnostic ou d'intervention permettant d'indiquer clairement qu'un enfant est né durant une hospitalisation, on a jugé qu'une femme avait accouché si son dossier d'hospitalisation comportait un des codes suivants<sup>1,2</sup>.

Accouchement normal : Code 650 de la CIM-9

Complications survenant principalement au cours du travail et de l'accouchement : Codes 660 à 669 de la CIM-9

Résultat de l'accouchement : Codes V27.0 à V27.7 de la CIM-9

Induction du travail, manœuvres instrumentales et opération césarienne : Codes 84.0 à 86.2 de la CCA

Césarienne, autre méthode spécialisée et méthode non spécialisée : Codes 86.8 et 86.9 de la CCA

Accouchement NCA ou SAI : Code 87.98 de la CCA

Les modifications mineures observées pour ces critères de sélection n'ont produit aucune variation importante de la taille de la population étudiée ou de sa composition, car la plupart des femmes ont pu être repérées grâce à plus d'un des codes susmentionnés. En vertu des critères de sélection, les femmes ayant donné naissance à un enfant mort-né ont été incluses dans l'analyse, afin de rendre l'échantillon plus complet. Cependant, il n'a pas été possible de déterminer quelles naissances étaient des mortinaissances. D'autres codes d'intervention, comme la cure d'hernie (codes 650 à 659 de la CCA) n'ont pas été utilisés comme

critères de sélection, car ils ne sont pas nécessairement associés à un accouchement.

Cette méthode de sélection a produit une population de 57 627 femmes. Durant la même période, on a enregistré 61 243 naissances à l'échelle nationale (naissances et mortinaissances regroupées). Après correction pour tenir compte des naissances multiples, on estime, d'après les enregistrements des naissances, que 59 915 femmes ont accouché. Par conséquent, la population examinée dans cet article représente 96 % environ des femmes qui ont accouché durant cette période.

### Limites

Les données analysées dans cet article ne portent que sur les hospitalisations. Quoique la grande majorité des Canadiennes accouchent à l'hôpital, nombre de soins de santé prodigués avant et après l'accouchement le sont en cabinet privé ou au service de consultation externe d'un hôpital, mais nous n'avons pas examiné ici ce type de services.

De même, les hospitalisations qui sont survenues à l'extérieur de la province de résidence habituelle de la femme ont été exclues. Ces hospitalisations représentent environ 3 % de toutes les hospitalisations en 1993-1994. Inversement, les femmes arrivant d'une autre province et admises subséquemment à l'hôpital sont identifiées comme deux personnes distinctes dans la base de données. Ce traitement entache d'un léger biais par excès, de l'ordre de 1 %, le nombre total de patientes à l'échelle nationale (calculé d'après les taux de migration interprovinciale annuels courants).

La Base de données axée sur la personne ne contient pas de données sur les nouveau-nés. On attribue souvent à ces derniers le numéro d'assurance-santé de leur mère, jusqu'à ce qu'un numéro d'identification unique leur soit donné quelques jours après la naissance. Par conséquent, il n'est pas facile de coupler les données sur les services prodigués aux nouveau-nés immédiatement après l'accouchement et ceux prodigués lors d'hospitalisations subséquentes. Les données sur les hospitalisations liées à l'accouchement ne contiennent aucun renseignement sur la parité (nombre d'enfants nés de la même mère). Par conséquent, il n'est pas possible d'examiner le lien entre cette dernière et la durée de l'hospitalisation, le taux de réhospitalisation et les interventions pratiquées à la naissance.

Cet article décrit les services hospitaliers associés à la grossesse dispensés à 57 627 femmes admises à l'hôpital pour accoucher en octobre ou en novembre 1993. Il est basé sur des renseignements tirés de la Base de données axée sur la personne de la Division des statistiques sur la santé. On y analyse les variations par province de l'hospitalisation des femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (voir *Méthodologie*).

Contrairement aux bases de données «classiques» sur les hospitalisations, la Base de données axée sur la personne permet de coupler les enregistrements qui se rapportent à une même personne en fonction du numéro d'assurance-santé fourni au moment de l'admission à l'hôpital. Ce couplage permet d'axer l'analyse sur la personne plutôt que sur les événements (hospitalisations).

Pour deux provinces, le Québec et la Nouvelle-Écosse, on n'a pu coupler que les enregistrements des hospitalisations survenues durant un seul exercice. On a donc choisi pour l'analyse les femmes qui ont accouché à l'hôpital en octobre ou en novembre, afin de pouvoir examiner toutes les hospitalisations de ces femmes durant les six mois qui ont précédé l'accouchement et durant les quatre

Tableau 1  
Taux d'hospitalisation liée à la grossesse, provinces et territoire, octobre-novembre, 1993

	Femmes qui ont accouché	Taux d'hospitalisation prénatale	Taux d'hospitalisation postnatale	Hospitalisation pour accouchement uniquement
		Nombre	%	%
<b>Canada</b>	<b>57 627</b>	<b>14,9</b>	<b>3,8</b>	<b>81,3</b>
T.-N.	1 004	20,5	5,1	74,4
Î.-P.-É.	238	19,3	5,5	75,2
N.-É.	1 704	17,2	5,8	77,1
N.-B.	1 413	15,7	5,2	79,1
Qué.	13 444	14,9	3,0	82,2
Ont.	22 943	13,7	3,1	83,2
Man.	2 228	21,9	4,9	73,2
Sask.	2 075	19,9	7,5	72,7
Alb.	5 460	14,6	5,6	79,8
C.-B.	6 937	13,6	4,1	82,4
T.N.-O.	181	19,3	7,2	73,5

Source des données : Base des données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé

mois qui ont suivi.

### À l'hôpital seulement pour l'accouchement

Parmi les femmes du groupe observé, 81 % n'ont été admises qu'une seule fois à l'hôpital durant l'exercice 1993-1994, et ce, pour accoucher (tableau 1). Environ 15 % ont été hospitalisées au moins une fois au cours des six mois qui ont précédé l'accouchement, chiffre qui confirme ceux des études menées aux États-Unis<sup>3,4</sup>. Par contre, 4 % seulement ont dû être hospitalisées dans les quatre mois qui ont suivi l'accouchement.

Tableau 2  
Diagnostics principaux au moment de l'hospitalisation prénatale, Canada, octobre-novembre, 1993

Diagnostic (code CIM-9)	Nombre	Pourcentage des hospitalisations prénatales†	Pourcentage de tous les accouchements
		%	
Travail prématuré et faux travail (644)	3 917	33	6,8
Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	1 199	10	2,1
Autres complications classées ailleurs, mais compliquant la grossesse (648)	1 089	9	1,9
Hémorragie, antepartum décollement prématuré du placenta, placenta praevia (641)	844	7	1,5
Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (642)	831	7	1,4
Vomissements incoercibles (643)	669	6	1,2
Autres problèmes se rapportant à la cavité amniotique et aux membranes (658)	405	3	0,7
Hémorragie du début de la grossesse (640)	317	3	0,6
Anomalies des tissus mous du bassin et des organes pelviens (654)	241	2	0,4
Autres problèmes concernant le fœtus et le placenta, conditionnant la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère (656)	229	2	0,4

Source des données : Base de données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé

† Taux calculés d'après 11 807 hospitalisations prénatales, en incluant les hospitalisations multiples d'une même personne (15 % des hospitalisations).

## Les hospitalisations avant l'accouchement

Le taux d'hospitalisation dans les six mois qui ont précédé l'accouchement varient considérablement d'une région à l'autre. Les taux enregistrés en Colombie-Britannique, en Ontario, en Alberta et au Québec sont identiques ou inférieurs à la moyenne nationale. Les autres provinces, y compris les Territoires du Nord-Ouest, affichent des taux supérieurs à la moyenne, les plus élevés étant observés au Manitoba et à Terre-Neuve.

Les principales causes d'une hospitalisation durant les six mois qui précèdent un accouchement sont le travail prématuré et le faux travail, les autres complications de la grossesse non classées ailleurs (comme les infections mineures de l'appareil génito-urinaire, les problèmes hépatiques et l'œdème gestationnel) et les autres complications classées ailleurs, mais compliquant la grossesse (comme le diabète sucré, l'anémie et les maladies cardiovasculaires). Ensemble, ces causes représentent plus de la moitié des hospitalisations survenant avant l'accouchement (tableau 2).

## La durée de l'hospitalisation varie selon la province

D'après les données administratives sur les dates

d'admission et de départ pour les séjours associés à l'accouchement, on arrive à produire des estimations cohérentes de la durée moyenne de l'hospitalisation selon la province ou le territoire. Au niveau national, la durée moyenne de l'hospitalisation pour cause d'accouchement est de 3,6 jours (tableau 3). Cependant, elle est plus courte en Ontario et dans l'Ouest du Canada que dans l'Est. C'est pour les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta et l'Ontario que les séjours moyens à l'hôpital sont les plus courts. Contrairement à ce qu'il se passe dans la plupart des autres provinces ou territoires, l'hospitalisation comparativement brève dans les Territoires du Nord-Ouest (2,8 jours) pourrait tenir à la pratique consistant à transporter les femmes ayant une grossesse à haut risque dans les établissements médicaux plus importants et plus spécialisés des provinces voisines.

Les chiffres concernant la durée moyenne de séjour à l'hôpital présentés ici sont comparables aux résultats de l'*Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique* de Santé Canada<sup>5</sup>. Les écarts pourraient tenir aux unités d'analyse. Ainsi les chiffres de cet article se fondent sur les séjours à l'hôpital liés à l'accouchement et sont pondérés en fonction de la population. Par contre, dans le rapport de Santé

Tableau 3

Durée moyenne de l'hospitalisation pour accouchement, selon la province et territoire, octobre-novembre 1993

	Nombre total de journées d'hospitalisation			Femmes hospitalisées			Durée moyenne de l'hospitalisation		
	Total	Césarienne	Pas de césarienne	Total	Césarienne	Pas de césarienne	Total	Césarienne	Pas de césarienne
	Jours			Nombre			Jours		
<b>Canada</b>	<b>209 325</b>	<b>61 780</b>	<b>147 545</b>	<b>57 627</b>	<b>10 484</b>	<b>47 143</b>	<b>3,6</b>	<b>5,9</b>	<b>3,1</b>
Terre-Neuve	4 302	1 257	3 045	1 004	204	800	4,3	6,2	3,8
Île-du-Prince-Édouard	1 114	375	739	238	48	190	4,7	7,8	3,9
Nouvelle-Écosse	7 354	2 063	5 291	1 704	330	1 374	4,3	6,3	3,9
Nouveau-Brunswick	6 365	2 105	4 260	1 413	301	1 112	4,5	7,0	3,8
Québec	56 197	15 191	41 006	13 444	2 292	11 152	4,2	6,6	3,7
Ontario	75 629	23 345	52 284	22 943	4 160	18 783	3,3	5,6	2,8
Manitoba	7 782	2 614	5 168	2 228	395	1 833	3,5	6,6	2,8
Saskatchewan	7 943	2 036	5 907	2 075	347	1 728	3,8	5,9	3,4
Alberta	17 257	4 654	12 603	5 460	895	4 565	3,2	5,2	2,8
Colombie-Britannique	24 882	8 095	16 787	6 937	1 502	5 435	3,6	5,4	3,1
Territoires du Nord-Ouest	500	45	455	181	10	171	2,8	4,5	2,7

Source des données : Base de données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé

Canada, l'unité d'analyse est l'hôpital ou le service d'obstétrique, chaque unité ayant le même poids à chaque unité.

### Une femme sur trois subit une épisiotomie

Une des interventions les plus courantes durant l'accouchement est l'épisiotomie (code 85.7 de la CCA) (tableau 4). Si on inclut les épisiotomies associées à l'usage de forceps ou à l'extraction par ventouse (codes 84.7 et 84.1), 31 % des accouchements comprennent une forme d'épisiotomie. (Une étude récente de Santé Canada, établissait à 55% le taux total d'épisiotomie<sup>5</sup>. Les écarts pourraient encore tenir des unités d'analyse.)

Une proportion semblable de femmes (36 %) subissent la réparation d'autres lacérations obstétricales, certaines étant consécutives à l'épisiotomie. Quoiqu'on ait très souvent recours à cette dernière, certains chercheurs soutiennent que peu de données justifient son utilisation systématique et que la réduction du taux d'épisiotomie aurait des répercussions favorables sur la santé<sup>6,7</sup>.

### Le travail est déclenché une fois sur sept

Il arrive qu'un travail qui a commencé naturellement cesse après l'admission à l'hôpital et il faut alors le déclencher de nouveau médicalement. Dans d'autres

cas, on déclenche le travail d'emblée, souvent parce que la grossesse s'est prolongée au-delà de la date prévue de l'accouchement. Parmi le groupe de femmes observées, un accouchement sur sept a été induit médicalement et les membranes ont été rompues artificiellement chez une femme sur trois.

Lorsqu'on décide de provoquer un accouchement, on peut planifier de le faire durant les heures normales de travail, pendant lesquelles l'accès au médecin traitant et au personnel hospitalier est plus facile. Le taux d'hospitalisation des femmes prêtes à accoucher est supérieur d'environ 10 % à la moyenne durant la semaine et inférieur d'environ 20 % à cette moyenne les week-ends et les jours fériés.

### Césarienne

En tout, 18 % des accouchements ont eu lieu par opération césarienne basse, intervention pratiquée plus fréquemment chez les mères âgées et chez celles qui ont déjà subi une césarienne antérieurement<sup>8,9</sup>. Ce chiffre corrobore les estimations publiées ailleurs. Cependant, certaines études récentes laissent entendre qu'on pourrait réduire ce taux de moitié sans affecter la santé de la mère ou de l'enfant<sup>5,10</sup>.

Les taux de morbidité maternelle et néonatale associés à la césarienne sont plus élevés que ceux observés pour l'accouchement par voie vaginale<sup>11</sup>.

Tableau 4

Taux de prévalence des interventions liées à l'accouchement les plus courantes, par province et territoire, octobre-novembre, 1993

Intervention (code CCA)	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.
	%											
Réparation d'autres lacérations obstétricales (87.8)	36	29	17	36	15	38	34	35	37	40	39	44
Rupture artificielle des membranes (85.0)	35	36	53	41	12	44	32	32	26	36	33	40
Épisiotomie (85.7)	21	24	34	24	17	29	20	23	17	18	15	15
Autres opérations sur le fœtus et l'amnios (87.5)	20	33	-	4	1	17	16	17	15	57	18	7
Césarienne cervicale (86.1)	18	20	23	19	21	17	17	20	17	16	22	6
Accouchement assisté manuellement (85.6)	16	15	-	16	12	12	22	1	16	12	14	21
Autres actes obstétricaux (87.9)	15	8	-	-	-	24	19	-	10	-	6	1
Induction médicale du travail (85.5) <sup>†</sup>	14	16	19	17	9	13	14	20	11	14	14	8
Extraction par ventouse (84.7)	7	5	2	3	3	8	6	3	11	9	6	10
Accouchement avec forceps bas avec épisiotomie (84.1)	4	4	3	4	4	4	4	6	3	3	3	1

Source des données : Base de données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé.

Nota : Taux calculés en se fondant sur le fait que 56 967 femmes ont subi au moins une intervention durant l'accouchement.

† Inclut la rotation manuelle de la tête du fœtus, l'accouchement spontané assisté, la manoeuvre de Credé et les autres actes.

- Néant ou zéro

Comme on pouvait s'y attendre, la césarienne est en général suivie d'une hospitalisation plus longue (tableau 3). Cependant, certaines études américaines récentes appuient la thèse selon laquelle les programmes comprenant la sortie rapide de l'hôpital après la césarienne et un suivi à domicile sont bénéfiques pour la santé et permettent de réaliser des économies importantes<sup>12,13</sup>. Au Canada, environ 25 % des hôpitaux ont mis sur pied un programme de sortie rapide de l'hôpital<sup>5</sup>.

### Surveillance du fœtus

La surveillance du fœtus durant l'accouchement (code 87.5 de la CCA) varie considérablement d'une région à l'autre, les principales méthodes appliquées étant l'amnioscopie à l'aiguille, l'électrocardiographie (EKG) fœtale et la prise d'échantillons de sang. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, on a recours à la surveillance fœtale durant moins de 5 % des accouchements. Au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique 15 % à 18 % des naissances bénéficient de cette approche. Enfin, à Terre-Neuve, la surveillance du fœtus a lieu durant le tiers des accouchements et, en Alberta, durant plus de la moitié. Selon d'autres études, la majorité des hôpitaux canadiens seraient en faveur du monitoring électronique initial du fœtus, mais une minorité seulement, de la surveillance continue de la fréquence cardiaque du fœtus<sup>5</sup>.

Bien que la plupart des accouchements bénéficient d'une certaine forme d'assistance durant l'accouchement, les pratiques semblent varier considérablement d'une région à l'autre. On croit donc que le choix de l'intervention dépend, en partie, des habitudes régionales. Cependant, puisque les estimations recueillies ici se fondent que sur une période de deux mois, il convient de les interpréter avec prudence. Certaines variations pourraient tenir à la période relativement courte à laquelle se rapportent les taux ou à des variations provinciales des méthodes de codage.

La variation de la fréquence des «autres actes obstétricaux» est vraisemblablement due aux conventions de codage adoptées par chaque province ou territoire. Ce code, que l'on utilise

comme un code global pour les accouchements durant lesquels aucune intervention précise n'a été pratiquée, n'est pas nécessairement appliqué uniformément.

### L'hospitalisation brève augmente-t-elle le taux de réhospitalisation?

Étant donné le raccourcissement du séjour à l'hôpital<sup>14,15</sup>, on s'inquiète de plus en plus de savoir si cette pratique n'a pas de répercussions néfastes sur la santé de la nouvelle mère et de son bébé. On s'est servi des taux de réhospitalisation pour essayer d'évaluer l'évolution des résultats observés en ce qui concerne la santé, mais ces données pourraient être trompeuses, le taux de réhospitalisation en disant peut-être davantage sur l'accès aux services de santé dans chaque province que sur les résultats en matière de santé<sup>16</sup>. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, la durée

Tableau 5  
Diagnostics principaux au moment de l'hospitalisation après l'accouchement, Canada, octobre-novembre, 1993

Diagnostic (code CIM-9)	Nombre	Pourcentage	
		des hospitalisations postnatales <sup>†</sup>	de tous les accouchements
		%	
Cholélithiase (574) <sup>‡</sup>	392	15	0,7
Hémorragie du post-partum (666)	248	10	0,4
Examen et soins du post-partum (V24)	228	9	0,4
Infection puerpérale grave (670)	166	6	0,3
Mesures contraceptives (V25)	91	4	0,2
Complications des suites des couches, autres et sans précision (674) <sup>‡</sup>	80	3	0,1
Autres problèmes en rapport avec l'abdomen et le pelvis (789)	52	2	0,1
Personnes en quête d'avis ou de conseils, sans plainte ou maladie (V65) <sup>‡</sup>	52	2	0,1
Infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement (675)	51	2	0,1
Autres complications de la grossesse non classées ailleurs (646)	42	2	0,1

**Source des données:** Base de données axées sur la personne, Division des statistiques sur la santé.

<sup>†</sup> Taux calculés d'après 2 598 hospitalisations après l'accouchement en incluant les hospitalisations multiples de la même personne (15 % des hospitalisations).  
<sup>‡</sup> On ne sait pas si les hospitalisations pour ces diagnostics sont liées à la grossesse.

moyenne d'hospitalisation à l'accouchement excède d'un jour entier celle de l'Ontario, mais les taux d'hospitalisation avant et après l'accouchement y sont tous deux nettement plus élevés qu'en Ontario.

### Les hospitalisations après l'accouchement

Seulement 4 % des femmes du groupe étudié ont été hospitalisées de nouveau dans les quatre mois qui ont suivi la naissance de leur enfant (tableau 1). D'autres recherches corroborent ce résultat et indiquent également qu'une faible proportion seulement de femmes qui éprouvent des complications postnatales sont hospitalisées<sup>11,17</sup>. Parmi celles qui le sont, les principales causes diagnostiquées sont la cholélithiase (calculs biliaires), l'hémorragie du post-partum, l'examen et les soins du post-partum et l'infection puerpérale grave (tableau 5). Pour ce groupe, 45 jours, en moyenne, se sont écoulés entre la sortie de l'hôpital et la seconde hospitalisation.

La ventilation des taux d'hospitalisation après l'accouchement selon la province révèle certaines variations. Seuls le Québec et l'Ontario affichent des taux inférieurs à la moyenne nationale, tandis que la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest ont les taux les plus élevés. Il convient toutefois d'interpréter avec prudence les taux d'hospitalisation calculés pour l'Île-du-Prince-Édouard et pour les Territoires du Nord-Ouest, car ils reposent sur un petit nombre de cas.

### Mot de la fin

L'utilisation de ressources hospitalières durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale varie considérablement d'une région à l'autre du pays. Dans les provinces atlantiques, plus de femmes sont, proportionnellement, hospitalisées avant et après l'accouchement et c'est aussi dans cette région que l'hospitalisation associée à l'accouchement est la plus longue. Par contre, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, cette hospitalisation est relativement courte et les taux d'hospitalisation avant et après l'accouchement sont généralement faibles.

Les résultats varient ailleurs au pays. Au Québec,

l'hospitalisation est assez longue au moment de l'accouchement, mais les taux d'hospitalisation en périodes pré et postnatales sont faibles. Inversement, au Manitoba, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest, l'hospitalisation est brève, mais les taux d'hospitalisation avant et après l'accouchement sont assez élevés.

Les résultats présentés ici reflètent l'utilisation des services hospitaliers associée à la grossesse et à l'accouchement durant l'exercice 1993-1994, période la plus récente pour laquelle on dispose de données couplées sur les hospitalisations. Depuis, l'utilisation des services hospitaliers associée à la grossesse n'a cessé d'évoluer, notamment à cause de politiques hospitalières plus précises quant à la longueur du séjour lors d'un accouchement sans complications, d'un meilleur accès aux services d'une sage-femme et à l'accroissement constant des programmes de soins pré et postnatals en dehors des milieux hospitaliers.

### Remerciements

L'auteur remercie Wayne J. Millar pour ses conseils et son aide analytique dans l'élaboration de cet article.

### Références

1. Statistique Canada, *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, (n° 82-562F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1992.
2. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975, volume 1, Genève, OMS, 1977.
3. D. Grimes, «The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 170(5), 1994, p. 1489-1494.

4. J. Haas, S. Berman, A. Goldberg *et al.*, «Prenatal hospitalization and compliance with guidelines for prenatal care», *American Journal of Public Health*, 86(6), 1996, p. 815-819.
5. Canadian Institute of Child Health, *Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals*, Ottawa, 1995.
6. J. Reynolds, «Reducing the frequency of episiotomies through a continuous quality improvement program», *Journal de l'Association canadienne médicale*, 153(3), 1995, p. 275-282.
7. R. Lede, J. Belizan et G. Carroli, «Is routine use of episiotomy justified?», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 174(5), 1996, p. 1399-1402.
8. W. Millar, C. Nair et S. Wadhera, «Diminution des taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre?», *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 17-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. Y. C. MacNab, J. MacDonald et T. Tuk, «Risques de la maternité à un âge avancé», *Rapports sur la santé*, 9(2), 1997, p. 43-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. L. Schimmel et J. DeJoseph, «Toward lower caesarean birth rates and effective care: Five years' outcomes of joint private obstetric practice», *Birth*, 24(3), 1997, p.181-187.
11. D. Donahue, D. Brooten, M. Roncoli *et al.*, «Acute care visits and rehospitalization in women and infants after caesarean birth», *Journal of Perinatology*, 14(1), 1994, p. 36-40.
12. D. Brooten, M. Roncoli, S. Finkler *et al.*, «A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having caesarean birth», *Obstetrics and Gynaecology*, 84(5), 1994, p. 832-838.
13. T. Strong, W. (Junior) Brown, W. (senior) Brown *et al.*, «Experience with early postcesarean hospital dismissal», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 169(1), 1993, p. 116-119.
14. J. Randhawa et Rod Riley, «Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 45-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. P. Tully et É. Saint-Pierre, «La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
16. K. Lee, M. Perlman, M. Ballantyne *et al.*, «Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate», *Journal of Paediatrics*, 127(5), 1995, p. 758-760.
17. C. Glazener, M. Abdalla, P. Stroud *et al.*, «Postnatal maternal morbidity: Extent, causes, prevention and treatment», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, 1995, p. 282-287.