



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
NORD-DU-QUÉBEC



**WS
420
P678
1997**

INSPQ - Montréal



3 5567 00000 2755

W9
420
P678
1997

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

**PORTRAIT DE LA PÉRINATALITÉ
ET DE LA SANTÉ
DES ENFANTS DE 0-2 ANS**

**PROGRAMME
ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE**

DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DES PROGRAMMES

OCTOBRE 1997

**Adopté par le
conseil d'administration
le 19 novembre 1997**

Produit par :
Claudine Jacques
Agente de recherches

Produit par :
Claudine Jacques
Agente de recherches

Révisé par
M^{me} Paule Gravel
Conseillère aux programmes

Sous la supervision du
Directeur de la planification et des programmes

Dépôt légal - 1997
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-922250-07-5

TABLE DES MATIÈRES

	INTRODUCTION	1
PARTIE I	LA PÉRINATALITÉ	
	1. LA NATALITÉ ET LA FÉCONDITÉ	
	1.1 Taux de natalité	2
	1.2 Taux de fécondité	2
	1.3 Indice synthétique de fécondité	4
	1.4 Interruptions volontaires de grossesse	4
	1.5 Taux de grossesse à l'adolescence	4
	2. LES GROSSESSES	
	2.1 Types de grossesse	6
	2.2 Âge des parturientes	7
	2.3 Scolarité des parturientes	8
	2.4 Gestation	9
	2.5 Parité et intervalle avec le dernier accouchement	11
	2.6 Insuffisance pondérale	12
	3. LES ACCOUCHEMENTS	
	3.1 Lieux de naissance	13
	3.2 Description des accouchements	14
	3.2.1 Accouchements par césarienne	14
	3.2.2 Accouchements vaginaux	17
	4. LES MORTINAISSANCES (Les mort-nés)	
	4.1 Évolution	20
	4.2 Causes des mortinaissances	21
PARTIE II	LA SANTÉ DES ENFANTS DE 0-2 ANS	
	5. LA MORTALITÉ INFANTILE	
	5.1 Décès néonatal précoce	23
	5.2 Décès néonatal tardif	23
	5.3 Décès post-natal	23
	5.4 Causes de mortalité infantile	23
	6. LA MORBIDITÉ INFANTILE	
	6.1 Causes d'hospitalisation	24
	6.2 Lieux d'hospitalisation	26
	7. VOLET AUTOCHTONE	27
	CONCLUSION	31
	LEXIQUE	32
	BIOGRAPHIE	34

INTRODUCTION

À la suite de l'élaboration des orientations et du Plan d'action régional 1997-1999 en matière de planification des naissances, la Régie régionale du Nord-du-Québec a voulu poursuivre la démarche entreprise en élaborant un portrait statistique de la périnatalité et de la santé des enfants de 0-2 ans. Ce document regroupe les principaux indicateurs qui, nous l'espérons, permettront de mieux adapter les programmes et les services de notre région.

La nécessité de mieux comprendre les difficultés entourant les naissances et les premières années de vie est primordiale puisque la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et les anomalies congénitales peuvent conduire à des problèmes de santé importants chez les enfants sans oublier certains problèmes sociaux qui surviennent plus fréquemment chez ces enfants comme les troubles d'apprentissage, la négligence et l'abus envers les enfants.

Selon la *Politique de périnatalité* : «la période périnatale débute lors de la prise de décision d'avoir un enfant ou lors de sa conception et s'étend jusqu'à ce que l'enfant ait au moins un an»¹. Or, les indicateurs utilisés en planification des naissances lors de la prise de décision d'avoir un enfant (ex: type de contraception utilisé, fréquence, etc.) sont difficiles à réunir. Les indicateurs généralement retenus, se rapportent donc aux grossesses et aux accouchements. Les autres variables employées concernent essentiellement la santé des jeunes enfants. À cet égard, sont utilisés les indicateurs de mortalité et de morbidité infantile.

Les sources des données utilisées proviennent principalement des fichiers fournis par le MSSS, soit ceux des naissances, des mortinaissances, des décès et des données hospitalières de la banque MED-ECHO. Certaines applications pré-programmées par le MSSS, notamment sur les accouchements et les interventions obstétricales ont servi à dresser le portrait de la périnatalité et de la santé des enfants de 0-2 ans. À ce portrait statistique, s'ajoute en dernier lieu un volet sur la clientèle autochtone dont la demande de service semble s'accroître. En incluant ainsi quelques données sur les parturientes crie, le dernier chapitre peut donc nous sensibiliser à la réalité vécue par les autochtones en matière de périnatalité.

¹ COMITÉ RESPONSABLE DE L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ, *Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, 1993, p. 15

PARTIE I

LA PÉRINATALITÉ

1. LA NATALITÉ ET LA FÉCONDITÉ

1.1 TAUX DE NATALITÉ

Le taux brut de natalité (TBN) de la région a chuté considérablement de 1989 à 1995 pour rejoindre celui du Québec et témoigne de la baisse des naissances enregistrée dans la région. De 16,99 pour 1000 dans la région en 1989, le TBN a chuté à 12,09 pour 1000 en 1995. Intra-régionalement, le territoire de CLSC de Chapais-Chibougamau connaît des taux bruts de natalité généralement supérieurs aux autres territoires de la région mais qui tendent à diminuer avec les années. Enfin, le peu de naissances enregistrées pour le territoire de CLSC de la Baie James fait en sorte qu'il faut interpréter avec prudence les taux obtenus pour cette population. Ces statistiques sont compilées par région sociosanitaire de résidence.

**Taux brut de natalité (/1000 h.) selon les territoires de CLSC
1989 à 1995**

CLSC	1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995	
Ch.	205	17,97	208	18,05	191	18,74	199	17,44	177	15,52	174	15,25	147	12,89
Lebel	57	16,48	63	18,21	67	19,38	42	12,15	50	14,46	46	13,31	35	10,12
Mata.	67	19,37	77	22,26	40	11,56	52	15,03	46	13,29	47	13,59	45	13,01
B.J.	21	8,98	24	10,26	20	8,55	30	12,83	30	12,83	28	11,97	23	9,83
R.10	351	16,99	370	17,91	320	16,49	324	16,68	304	14,71	295	14,28	250	12,09
Qué.	91 751	12,83	98 013	13,69	97 348	13,61	96 054	13,43	92 322	12,91	90 417	12,64	87 258	12,19

Source : Fichiers des naissances 1989 à 1995 et projections de population par le BSQ en 1992

1.2 TAUX DE FÉCONDITÉ

À l'instar du taux de natalité, le taux de fécondité tend à diminuer au fil des ans pour rejoindre des taux davantage comparables à ceux du Québec. Cependant, les écarts qui séparent la région Nord-du-Québec de l'ensemble du Québec semblent plus contrastants au niveau de la fécondité que de la natalité. On peut conclure que les femmes enfantaient davantage dans la région, jusqu'à tout récemment. Pour les territoires de CLSC, il est fort difficile d'y déceler des tendances puisque les petits nombres font varier considérablement les résultats d'une année à l'autre. Le tableau suivant offre tout de même la possibilité de connaître ces taux.

**Taux brut de fécondité (/1000 femmes de 15-49 ans) selon les territoires de CLSC
1989 à 1995**

CLSC	1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995	
Ch.	205	85,52	208	85,84	191	81,04	199	83,59	177	56,57	174	55,61	147	46,98
Lebel	57	57,58	63	63,64	67	67,68	42	42,42	50	50,51	46	46,46	35	35,35
Mata.	67	66,21	77	76,09	40	39,53	52	51,38	46	45,45	47	46,44	45	44,47
B.J.	21	30,13	24	34,43	20	28,89	30	43,04	30	43,04	28	40,17	23	32,99
R.10	351	60,23	370	63,49	320	54,91	324	55,59	304	52,16	295	60,82	250	42,89
Qué.	91 751	47,34	98 013	60,57	97 348	60,23	96 054	49,56	92 322	47,64	90 417	46,85	87 258	45,02

Source : Fichiers des naissances 1989 à 1995 et projections de population par le BSQ en 1992 pour les femmes de 15-49 ans

Le taux de fécondité par âge qui a été calculé pour les trois dernières années, nous donne une image plus précise. Les calculs suggèrent que les jeunes femmes de moins de 30 ans, du Nord-du-Québec, soient plus fécondes que les Québécoises. L'écart le plus important avec le Québec se situe chez les femmes de 20-24 ans. À partir de la trentaine, les taux de fécondité de la région sont nettement inférieurs à ceux des mêmes groupes d'âge au Québec. Même avec des données plus récentes que le *Profil sociosanitaire de la région Nord-du-Québec*, nous en arrivons aux mêmes conclusions, à savoir que les Nord-Québécoises sont plus fécondes et ce, plus jeunes qu'au Québec.

**Taux de fécondité par âge (/1000 femmes de 15-49 ans)
1993-1995**

Groupes d'âge	Région 10 Nb. naissance	Taux de fécondité	Québec Nb. naissance	Taux de fécondité	Écart Région/Québec
15-19 ans	48	18,19	12 295	17,13	1,06
20-24 ans	236	114,01	52 272	74,12	1,54
25-29 ans	329	142,24	98 297	119,9	1,19
30-34 ans	178	59,33	79 258	80,76	0,73
35-39 ans	40	14,73	24 444	25,12	0,59
40-44 ans	3	1,21	3 265	3,74	0,32
45-49 ans	0	0	65	0,08	

Source : Fichiers des naissances 1993 à 1995 et projections de population par le BSQ pour les femmes de 15-49 ans.

1.3 INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ

L'indice synthétique de fécondité calculé à partir des données de fécondité du tableau précédent révèle que le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer est plus élevé dans le Nord-du-Québec que dans l'ensemble de la province. Au Nord-du-Québec l'indice est de 1,75 pour la période de 1993 à 1995 comparativement à 1,60 pour le Québec.

1.4 INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

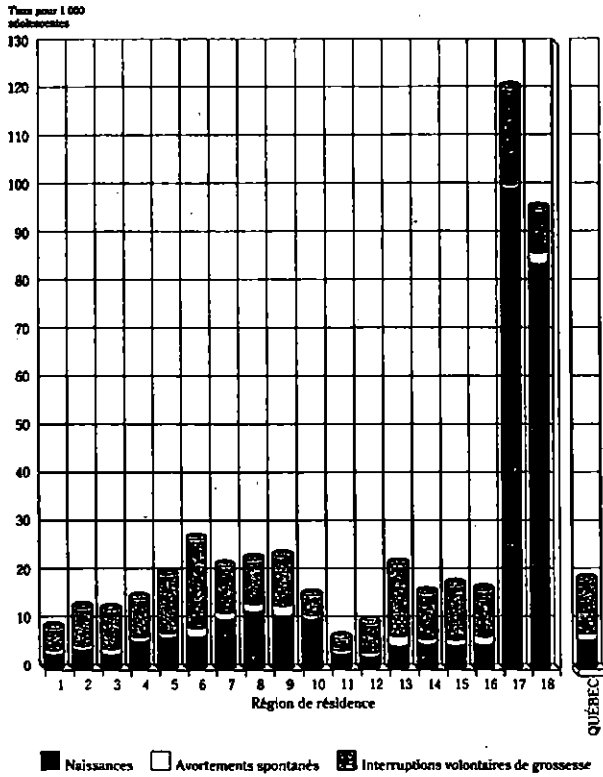
Devant la difficulté de réunir des données fiables au sujet des interruptions volontaires de grossesse (IVG), les informations contenues dans un document produit par le MSSS ont été utilisées pour dresser un portrait sommaire de la situation. Selon le document *Rétention régionale et desserte extrarégionale en matière d'I.V.G.* les statistiques officielles de la RAMQ (1993) indiquent que 39 interruptions volontaires de grossesse ont été dénombrées chez les résidentes du Nord-du-Québec. De ce nombre, seulement 13 de ces actes ont été accomplis dans des établissements de la région. La rétention régionale est donc de 33%, ce qui semble assez faible en comparaison avec les autres régions du Québec. Les résidentes ayant reçu ces services à l'extérieur de la région se sont rendues davantage en Abitibi-Témiscamingue (35,9%) et au Saguenay-Lac-St-Jean (7,69%) ou Montréal (7,69%). D'autres régions ont accueilli des résidentes du Nord-du-Québec, mais le faible nombre de cas observés ne permet pas d'en faire une analyse substantielle. De même, les données fournies ne nous informent pas de l'âge des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

1.5 TAUX DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

Le taux de grossesse à l'adolescence est intéressant dans la mesure où il tient compte non seulement des naissances vivantes mais également des mortinaissances, des avortements spontanés (fausses-couches) et des interruptions volontaires de grossesse. Devant les difficultés de réunir ces données, nous avons consulté différents documents qui tracent un portrait différent.

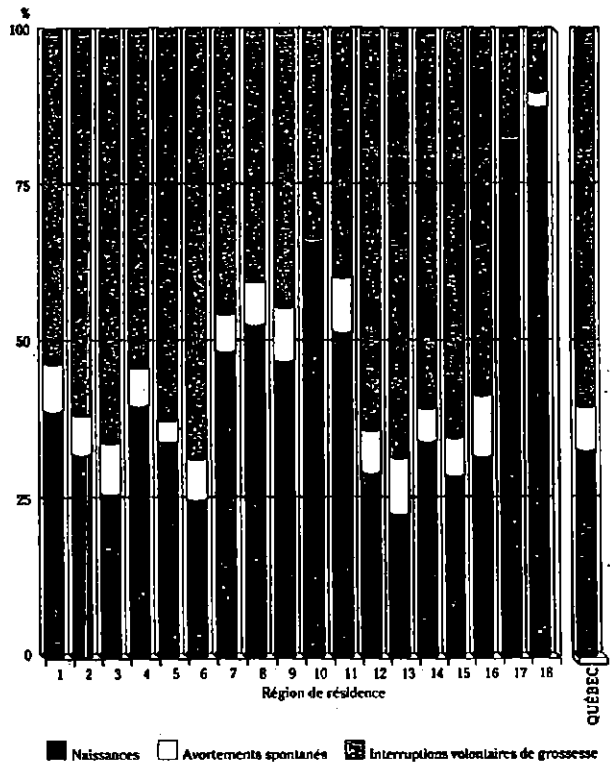
Selon les taux présentés dans la *Politique de périnatalité*, le taux de grossesse de la région 10 en 1990 se révèle plus faible qu'au Québec pour les adolescentes de moins de 18 ans. On remarque une tendance plus accentuée chez les jeunes filles de la région à poursuivre leur grossesse au lieu de lui mettre un terme. Les avortements spontanés sont très rares chez les Nord-Québécoisess. Les deux graphiques suivants illustrent le phénomène.

Taux de grossesse à l'adolescence selon la région de résidence de la mère, Québec 1990



Sources: RAMQ, CLSC et BSQ. Calculs de la DGPE, MSSS.
 Rochon, M. - Taux de grossesse des adolescentes de moins de 18 ans selon l'issue et la région socio-sanitaire de résidence en 1990 - MSSS, 1992.

Répartition des grossesses à l'adolescence selon l'issue, Québec et région de résidence de la mère, 1990



Sources: RAMQ, CLSC et BSQ. Calculs de la DGPE, MSSS.
 Rochon, M. - Taux de grossesse des adolescentes de moins de 18 ans selon l'issue et la région socio-sanitaire de résidence en 1990 - MSSS, 1992.

Deuxièmement, un portrait effectué par le MSSS montre que la région Nord-du-Québec obtient un taux de grossesse à l'adolescence toujours inférieur au taux provincial (ROCHON, 1995). En 1992-93, le taux de grossesse pour 1000 adolescentes de 14 à 17 ans était de 15,5 pour 1000 dans la région comparativement à 19,9 pour 1000 au Québec. Cependant, à l'image des Québécoises, l'issue de la grossesse change où l'on décèle une plus grande proportion d'adolescentes qui interrompent leur grossesse. Le taux d'I.V.G. correspond à 9,9 pour mille alors que les naissances vivantes représentent un taux de 5,6 pour mille en 1992-93.

Enfin, des données plus récentes (1993-94) montrent que le taux de grossesse continue d'être inférieur au Québec (20,6 c. 35,8)². Malgré le faible nombre de cas rencontrés et qui incitent à la prudence, on remarque que les jeunes filles (11-19 ans) de la région, contrairement aux Québécoises, sont plus nombreuses à mettre au monde un enfant qu'à recourir à une interruption volontaire de grossesse.

Rappelons que les différences entre les sources consultées peuvent être attribuables au peu de cas rencontrés.

2. LES GROSSESSES

2.1 TYPES DE GROSSESSE

Avec un nombre de naissances qui diminue progressivement au sein de la période étudiée, la région connaît environ deux cas par année de grossesses gémellaires (jumeaux, jumelles).

Évolution des types de grossesse pour les parturientes du Nord-du-Québec 1993 à 1995

Types	1993		1994		1995	
	Région / Québec		Région / Québec		Région / Québec	
1	300 98,7%	90 415 97,9%	293 99,3%	88 408 97,8%	248 99,2%	85 330 97,8%
2	4 1,3%	1 841 2,0%	2 0,7%	1 957 2,2%	2 0,8%	1 898 2,2%
3	0 0,0%	66 0,1%	0 0,0%	44 0,0%	0 0,0%	30 0,0%
4	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Total	304 100%	92 322 100%	295 100%	90 417 100%	250 100%	87 258 100%

Source : Fichiers des naissances 1993 à 1995

² PAGEAU, M. et al., Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions, p. 69.

2.2 ÂGE DES PARTURIENTES

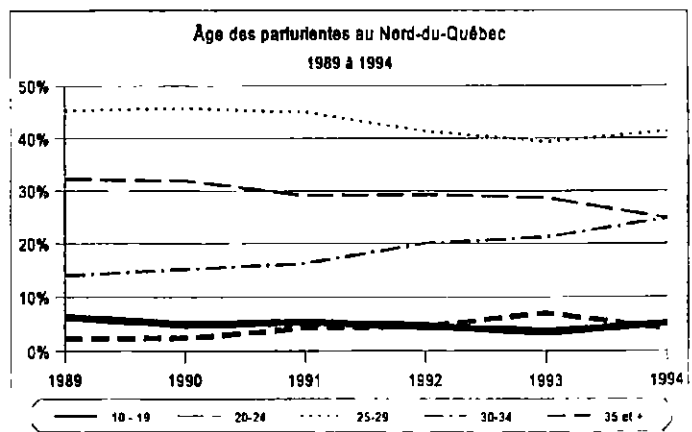
Parmi les facteurs de risques reconnus pouvant affecter l'état de santé des nouveau-nés, l'âge de la mère est un indicateur précieux. Ainsi, les jeunes mères sont identifiées comme clientèle à risque de donner naissance prématurément ou encore d'avoir des bébés de petits poids. Les mères de 35 ans et plus représentent également un groupe à risque de donner naissance à des enfants prématurés ou de petits poids. Le tableau suivant, montre que les femmes de la région de 35 ans et plus sont un peu plus nombreuses qu'autrefois à enfanter, alors que les adolescentes représentent une proportion qui tend à diminuer que très légèrement. Le faible nombre de cas rapportés invite toutefois à la prudence.

**Âge des parturientes au Nord-du-Québec
1989 à 1994**

Âge	1989		1990		1991		1992		1993		1994	
10-19	22	6,3%	18	4,9%	17	5,3%	15	4,6%	11	3,6%	15	5,1%
20-24	113	32,2%	118	31,9%	93	29,1%	95	29,3%	89	29,3%	73	24,7%
25-29	159	45,3%	169	45,7%	144	45,0%	134	41,4%	122	40,1%	122	41,4%
30-34	49	14,0%	56	15,1%	52	16,3%	65	20,1%	60	19,7%	73	24,7%
35 et +	8	2,3%	9	2,4%	14	4,4%	15	4,6%	22	7,2%	12	4,1%
Total	351	100 %	370	100%	320	100%	324	100%	304	100%	295	100%

Source : Application informatique *Naissances vivantes et mortalité infantile version 1.5*, MSSS, Service Infocentre, Division de la diffusion, juillet 1996.

Le graphique concernant l'âge des parturientes montre une évolution généralement ascendante de la fréquence des mères qui enfantent à l'âge de 35 ans et plus. Toutefois, les petits nombres suggèrent d'interpréter les statistiques avec la plus grande prudence. En moyenne, on peut voir que ce groupe d'âge représente une proportion annuelle d'un peu moins de 5 %.



Selon les territoires de CLSC, les petits nombres impliqués rappellent l'importance d'être prudent dans toute analyse. Le peu de grossesse chez les 10-19 ans fait varier considérablement les résultats pour le territoire de CLSC de la Baie James et celui de Lebel-sur-Quévillon. À Chapais-Chibougamau, le nombre plus important de naissances montre moins de variations chez les mères adolescentes. Enfin, le territoire de CLSC Isle-Dieu semble connaître un pourcentage plus élevé de mères âgées entre 10-19 ans.

**Nombre et moyenne annuelle des naissances selon le groupe d'âge
par territoires de CLSC
1989 à 1994**

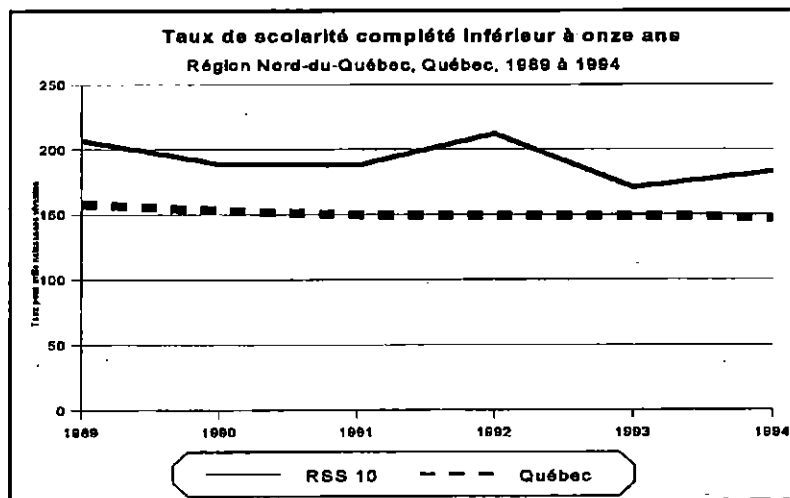
	Chapais- Chibougamau		Lebel		Isle-Dieu		Baie James	
10-19	9	5,54%	2	2,77%	5	8,51%	1	3,27%
20-24	59	34,72%	15	26,77%	17	30,70%	7	27,45%
25-29	86	51,14%	25	46,77%	21	38,30%	9	35,29%
30-34	7	4,15%	11	20,00%	11	19,15%	7	27,45%
35 et +	8	4,45%	2	3,69%	2	3,34%	2	6,54%
Total	169	100%	55	100%	56	100%	26	100%

Source : Application informatique *Naissances vivantes et mortalité infantile* version 1.5, MSSS, Service Infocentre, Division de la diffusion, juillet 1996.

2.3 SCOLARITÉ DES PARTURIENTES

Le degré de scolarité complété par les mères est un autre indicateur souvent utilisé dans l'identification des facteurs de risques puisqu'il détermine généralement le statut socio-économique. Un niveau socio-économique faible chez la mère est associé à un plus grand risque pour le nouveau-né de naissance prématurée, d'insuffisance de poids à la naissance, de morbidité et de mortalité périnatale et infantile. La pauvreté est également un des facteurs sociaux les plus reliés à la négligence. L'utilisation du niveau de scolarité comme indicateur permet également de prédire les conditions dans lesquelles vivent les mères en période périnatale et qui les exposent à des risques psychosociaux élevés pour elles et leurs enfants, tels la pauvreté, le stress, l'isolement social et même la monoparentalité (Indicateurs sociosanitaires, 1995).

Dans la région, le taux de mères ayant onze années ou moins de scolarité pour mille naissances vivantes est plus élevé qu'au Québec. En effet, le graphique illustre que pour mille naissances vivantes, le taux de mères possédant moins d'une onzième année tend à diminuer lentement depuis quelques années.



2.4 DURÉE DE GESTATION

La durée de gestation est l'indicateur employé pour connaître la proportion de bébés nés prématurément. La prématurité peut avoir des conséquences à long terme sur la santé, la qualité de vie et la survie de l'enfant, particulièrement en ce qui a trait à la mortalité infantile et l'invalidité juvénile, congénitale ou périnatale.

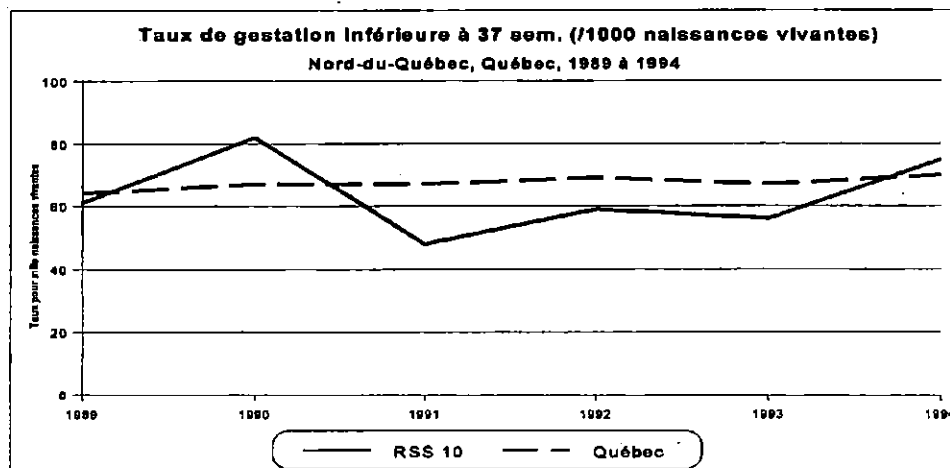
Bien qu'elle tende légèrement à diminuer au cours des dernières années, la durée moyenne de la gestation des parturientes de la région 10 correspond sensiblement à celle des Québécoises. Le tableau suivant donne la durée moyenne de gestation pour les femmes ayant mis au monde un enfant, qu'elles soient de la région 10 ou du Québec, pour les années 1986-87 à 1994-95.

**Durée moyenne de gestation
Nord-du-Québec, Québec, 1986-87 à 1994-95**

Durée	1986-1987	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995
RSS 10	39,1	39,1	38,9	38,9	38,8
QUÉBEC	39,1	39,0	39,0	39,0	39,0

Source : Application informatique, Périnatalité version 1.0, MSSS, Service Infocentre, Division de la diffusion, juillet 1996

La période normale de gestation se situe entre 37 et 42 semaines. Or, le tableau précédent révèle que les moyennes de gestation se situent dans la période dite normale. Les naissances prématurées représentent quant à elles, une gestation inférieure à 37 semaines. Le prochain graphique illustre l'évolution des taux de gestation de moins de 37 semaines pour mille naissances vivantes dans la région 10 et au Québec.



Les naissances prématurées représentent donc un problème moins important qu'au Québec. La proportion d'enfants nés prématurés connaît un léger accroissement passant de 5,6% en 1993 pour atteindre 7,2% en 1995. Toutefois, la fraction demeure plus faible qu'au Québec où la proportion de bébés nés prématurés en province passe de 6,7% à 7,1% pour la même période étudiée. Au Québec, on dénote aussi une légère hausse des naissances prématurées.

2.5 PARITÉ ET INTERVALLE AVEC LE DERNIER ACCOUCHEMENT

La *parité* représente le rang de la naissance du nouveau-né pour chacune des mères. Comme au Québec, les primipares sont moins nombreuses que les multipares, environ quatre femmes sur dix enfantent pour une première fois. Quoique les proportions varient en raison des petits nombres, on peut affirmer que les mères du Nord-du-Québec représentent une proportion comparable de multipares comparativement aux Québécoises. Même si la majorité des mères enfantent de une à deux reprises, on remarque qu'environ un cinquième ont donné naissance à trois enfants et plus au cours de leur vie. Le tableau suivant relève ces particularités.

**Rang à la naissance
Nord-du-Québec, Québec, 1993 à 1995**

PARITÉ	NORD-DU-QUÉBEC		QUÉBEC	
	N	%	N	%
1993	304		92 322	
1 ^{er}	126	41,4%	40 751	44,1%
2 ^e	113	37,2%	33 822	36,6%
3 ^e	53	17,4%	12 812	13,9%
4 ^e	10	3,3%	3 434	3,7%
5 ^e et +	2	0,7%	1 503	1,6%
1994	295		90 417	
1 ^{er}	109	36,9%	39 275	43,4%
2 ^e	118	40,0%	33 126	36,6%
3 ^e	53	18,0%	12 789	14,1%
4 ^e	15	5,1%	3 710	4,1%
5 ^e et +	0	0,0%	1 517	1,7%
1995	250		87 258	
1 ^{er}	119	47,6%	38 148	43,7%
2 ^e	86	34,4%	31 584	36,2%
3 ^e	40	16,0%	12 375	14,2%
4 ^e	4	1,6%	3 551	4,1%
5 ^e et +	1	0,4%	1 600	1,8%

Parmi les facteurs de risques reconnus en regard de la prématurité et de l'insuffisance pondérale chez le nouveau-né, l'intervalle entre les grossesses représente un danger s'il est inférieur à douze mois. Pour calculer le pourcentage de naissances dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à douze mois nous avons exclu les naissances multiples et les naissances de mères primipares puisqu'elles représentent un intervalle nul. Les résultats montrent que les mères de la région sont

moins nombreuses à enfanter à l'intérieur d'une même année comparativement aux Québécoises. Par exemple, 0,78% (1/128) des multipares ont donné naissance à deux reprises au cours d'une période n'excédant pas une année, alors que ce pourcentage est de 1,21% (564/46562) au Québec. Seule, l'année 1994 fait exception à la règle pour les années étudiées [2,72% (5/184) c. 1,16% (563/48716)]. Le faible nombre de cas impliqués, incite toujours à la prudence.

2.6 INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE

Parmi les déterminants de la santé, le poids à la naissance est un indicateur précieux pour mesurer l'état de santé de la population. Selon l'OMS, un poids minimal de 2 500 grammes est essentiel pour l'atteinte d'un état de santé adéquat. Les chercheurs reconnaissent que le poids à la naissance est un déterminant de la mortalité et de la morbidité périnatales et infantiles. Les facteurs généralement reconnus associés aux naissances de faible poids sont le tabagisme, une alimentation déficiente pendant la grossesse, la maigreur avant la grossesse, la pauvreté, la faible scolarité, un gain de poids ou un apport calorique insuffisant pendant la grossesse, le très jeune âge ou l'âge élevé de la mère.

Selon les données fournies par le MSSS sur les indicateurs des naissances, le taux de nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500 grammes par 1000 naissances vivantes connaît des fluctuations très importantes pour la période de 1989 à 1994. Le tableau suivant montre les variations enregistrées, tant pour la région que pour les territoires de CLSC qui la composent, et ce, en comparaison avec le Québec.

**Taux de nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500 grammes
pour 1000 naissances vivantes Région Nord-du-Québec, Québec,
Territoires de CLSC, 1989 à 1994**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
RSS 10	49	64	28	60	59	48
Québec	60	59	58	57	57	59
Baie James	0	83	50	0	33	36
Ch.-Ch.	54	45	26	62	79	63
Lebel	88	79	30	95	20	22
Matagami	15	91	25	38	43	21

Source : Application informatique, *Naissances vivantes et mortalité infantile version 1.5*, Service infocentre, Division diffusion, juillet 1996.

Selon les recommandations de l'OMS, il est préférable d'éliminer les naissances multiples dans les comparaisons régionales et nationales puisque le poids à la naissance est souvent associé à la gémellité. De même, on suggère d'enlever les naissances dont le poids est inférieur à 500 grammes et de conserver que les naissances dont le poids du nouveau-né varie entre 500 et 2500 grammes. Conformément à ces recommandations, les taux ainsi calculés montrent moins de fluctuations et on peut croire que les naissances de petit poids ont diminué dans la région contrairement à la province qui connaît une stabilité. En tenant compte des dernières années, la proportion de nouveau-nés de faible poids représente moins de 5% des naissances uniques. Le tableau qui suit fournit les proportions de nouveau-nés de petits poids (entre 500 et 2500 grammes) en fonction des naissances uniques seulement.

**Proportion de nouveaux-nés de faible poids
(naissances uniques entre 500 et 2 500 grammes)
Nord-du-Québec, Québec, 1993 à 1995**

% INSUFFISANCE PONDÉRALE	NORD-DU-QUÉBEC		QUÉBEC	
	N	%	N	%
1993	18	6,0%	4 226	4,7%
1994	14	4,8%	4 265	4,8%
1995	11	4,4%	4 177	4,9%

Source : Fichiers des naissances 1993 à 1995

3. LES ACCOUCHEMENTS

3.1 LIEUX DE NAISSANCE

De l'ensemble des naissances qui se produisent annuellement au Québec, seulement 0,3% sont attribuables aux mères du Nord-du-Québec, peu importe la région où s'est produit l'accouchement. Les accouchements des Nord-Québécoises dans leur région de résidence représentent une proportion qui décroît avec les années. En 1986-87, on dénombrait 63,3% des femmes de la région qui ont eu des enfants qui ont accouché au Nord-du-Québec. Ce pourcentage tombe à 54,9% pour l'année 1994-95. Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, du Saguenay-Lac-St-Jean et de Québec représentent les régions de traitements les plus populaires pour celles qui accouchent à l'extérieur.

Les données montrent que cette perte de rétention est attribuable aux parturientes des secteurs à l'ouest de la région. En effet, en 1986-87, les établissements des Centre de santé Isle-Dieu et de Lebel comptaient respectivement près de 6% des accouchements effectués au Nord-du-Québec. Or, depuis quelques années, il n'y a plus d'accouchement assumé par ces établissements. De ce fait, le point de service de Chibougamau est maintenant responsable de 100% des accouchements effectués par les établissements de la région. En 1986-87, 88,8% des accouchements effectués dans la région 10 étaient réalisés à Chibougamau.

Enfin, pour l'ensemble des accouchements ayant eu lieu dans les établissements de la région, on remarque que les parturientes des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont tendance à avoir recours aux établissements de la région, notamment au point de service de Chibougamau. À titre d'exemple, elles représentaient en 1986-87 près d'un cinquième (18,2%) de la demande de service pour atteindre 36,9% en 1994-95. En somme, près de quatre accouchements sur dix qui se produisent dans les établissements de la région 10 concernent des parturientes autochtones. Un chapitre concernant les parturientes crie sera présenté à la toute fin du document.

3.2 DESCRIPTION DES ACCOUCHEMENTS

3.2.1 Accouchements par césarienne

Les interventions obstétricales par césarienne ont diminué de façon remarquable chez les parturientes de la région tout comme au Québec. En effet, les césariennes sont pratiquées de moins en moins, passant de 24,8% en 1986-87 à 15,2% en 1994-95. Cette tendance est nettement plus manifeste pour les mères de la région puisqu'au Québec, les césariennes représentaient 19,0% des accouchements en 1986-87 et 16,7% en 1994-95. L'OMS stipule qu'un taux de césarienne supérieur à 10 ou 15% est injustifié. Le recours à une césarienne augmenterait de 5 à 20 fois les risques de mortalité et de morbidité comparativement aux accouchements naturels. Selon la *Politique de périnatalité*, «le taux élevé d'interventions obstétricales est une illustration de l'approche curative qui a prévalu dans les soins et les services au cours des vingt dernières années. La situation s'est grandement améliorée, avec l'espacement des grossesses, le développement de la technologie, la formation du personnel et l'insistance sur les habitudes de vie.»³ Aujourd'hui de plus en plus, les accouchements tendent à devenir une expérience humaine, globale et normale.

³ COMITÉ RESPONSABLE DE L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ, *Politique de périnatalité*, Gouvernement du Québec, 1993, p. 42

Les améliorations notables qui viennent d'être nommées ne sont sûrement pas étrangères à l'augmentation du phénomène des accouchements vaginaux après césariennes (AVAC). En effet, il est maintenant possible pour les parturientes d'accoucher par voie vaginale même si une césarienne fut pratiquée lors d'un accouchement précédent. Cette progression est assez récente comme en témoigne le tableau qui suit.

**Taux d'accouchement vaginal après césarienne
Nord-du-Québec, Québec, 1986-87 à 1994-95**

AVAC	1986-87	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95
RSS 10	1,8%	20,0%	34,1%	31,0%	19,0%
QUÉBEC	5,6%	27,4%	31,2%	33,1%	34,6%

Source : Application informatique, *Périnatalité*, version 1.0, MSSS, Service Infocentre, Service développement d'indicateurs, juillet 1996.

Les résultats démontrent que l'augmentation n'atteint toutefois pas les progressions rencontrées au Québec. Il faut rappeler que les fluctuations sont toujours plus en évidence en raison des petits nombres impliqués dans une région comme la nôtre et que les comparaisons comportent certaines limites. De même, plusieurs auteurs soulignent que les taux d'accouchement vaginal sont fortement influencés par le degré de spécialisation des hôpitaux ainsi que par les caractéristiques des médecins.

Sans doute nous faut-il tenir compte de la diminution des césariennes et de la montée des AVAC pour interpréter correctement le pourcentage de césariennes primaires et itératives. On entend par césarienne itérative la proportion de femmes ayant déjà accouché par césarienne lors d'une grossesse antérieure alors que les césariennes primaires représentent des femmes qui ont recours à cette intervention obstétricale pour la première fois. Les données du MSSS montrent que les femmes qui en sont à plus d'une césarienne ont diminué en proportion passant de 47,7% en 1986-87 pour décroître à 40,5% en 1994-95. Comparativement au Québec, on retrouve toutefois plus de césariennes itératives dans la région (40,5% c. 35,6%) en 1994-95.

Les raisons pour lesquelles les césariennes sont pratiquées relèvent principalement d'une césarienne antérieure que ce soit pour les femmes de la région ou du Québec. Même si ce pourcentage tend à diminuer comme nous venons de le voir antérieurement, il représente toujours la principale raison qui indique qu'une césarienne est rendue nécessaire. Pour les cas restants, le MSSS fournit les raisons ayant motivé l'intervention obstétricale selon l'ordre de priorité suivant : présentation du bébé par le siège, dystocie, souffrance fœtale ou autre. Ainsi, les pourcentages sont calculés sur la base des

motifs premiers et non secondaires. Par exemple, les césariennes en raison d'une présentation par le siège du nouveau-né, prime sur les souffrances fœtales, même si les deux raisons pourraient être comptabilisées au fichier.

Dans le cas des césariennes non reliées à une césarienne antérieure, on compte une proportion moindre comparativement au Québec, de bébés dans la région qui se présentent par le siège. Malgré les fluctuations, cette proportion n'est jamais plus élevée que le Québec. En troisième lieu, les dystocies provoquées par des anomalies maternelles ou fœtales représentent des motifs importants de césarienne et les proportions sont souvent supérieures au Québec. Enfin, les souffrances fœtales, dans une proportion variable mais qui n'atteint jamais les 10%, peut expliquer la nécessité d'effectuer des césariennes.

Parmi les mises en garde couramment citées dans l'interprétation des taux de césariennes, on note que la disponibilité des professionnels de la santé, la formation et la pratique médicale, les technologies médicales et les poursuites judiciaires pour négligence professionnelle constituent des facteurs assez importants pour influencer à la hausse les taux de césarienne. Sous cette réserve, le tableau suivant donne les fréquences des raisons ayant conduit aux interventions obstétricales par césarienne.

**Évolution des motifs ayant conduit à une césarienne
Nord-du-Québec, Québec, 1986-87 à 1994-95**

MOTIFS	1986-87		1991-92		1992-93		1993-94		1994-95	
	RSS 10	QUÉ.	RSS 10	QUÉ.	RSS 10	QUÉ.	RSS 10	QUÉ.	RSS 10	QUÉ.
Cés. ant.	47,4%	39,0%	52,8%	36,9%	54,7%	36,9%	40,8%	36,1%	40,5%	35,6%
Siège	5,3%	14,6%	9,4%	16,3%	3,8%	16,5%	12,2%	16,8%	2,4%	17,3%
Dystocie	38,6%	31,4%	24,5%	30,3%	32,1%	29,6%	36,7%	29,6%	26,2%	29,3%
Souff. fœtale	4,4%	6,4%	9,4%	8,0%	5,7%	8,3%	8,2%	8,7%	9,5%	9,1%
Autre	4,4%	8,6%	3,8%	8,5%	3,8%	8,7%	2,0%	8,8%	21,4%	8,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Application informatique, *Périnatalité*, version 1.0, MSSS, Service Infocentre, Service développement d'indicateurs, juillet 1996.

Dans l'ensemble des accouchements par césarienne, on remarque que l'anesthésie générale tend à diminuer au profit des anesthésies péridurales. Les anesthésies locales et l'absence d'anesthésie sont

assez rares dans le cas des accouchements par césarienne. Le tableau suivant montre l'évolution rapide des changements des types d'anesthésie pratiqués lors de césariennes.

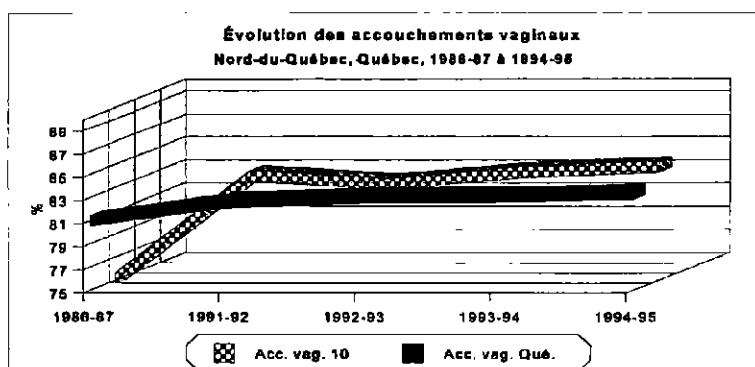
**Répartition des césariennes selon le type d'anesthésie
Nord-du-Québec, Québec, 1986-87 à 1994-95**

Types d'anesthésie	1986-87		1991-92		1992-93		1993-94		1994-95	
	R10	QUÉ	R10	QUÉ.	R10	QUÉ.	R10	QUÉ.	R10	QUÉ.
Aucune	n.d.	1,8%	1,9%	1,2%	0,0%	0,2%	6,1%	0,2%	0,0%	0,1%
Locale	n.d.	0,3%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	2,0%	0,2%	0,0%	0,3%
Péridurale	n.d.	37,5%	43,4%	56,2%	43,4%	61,8%	51,0%	67,2%	54,8%	72,3%
Générale	n.d.	59,8%	47,2%	41,9%	43,4%	37,4%	36,7%	32,1%	40,5%	27,0%
Non précisée	n.d.	0,5%	7,5%	0,4%	13,2%	0,4%	4,1%	0,4%	4,8%	0,2%

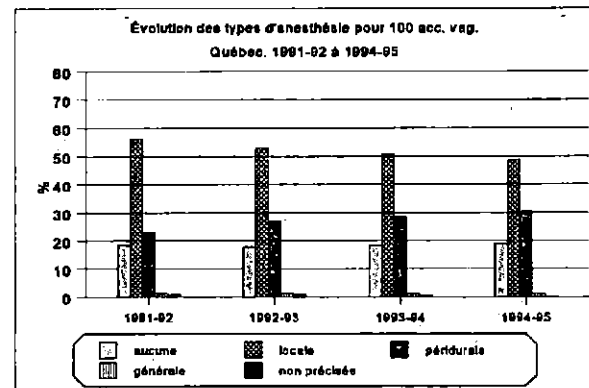
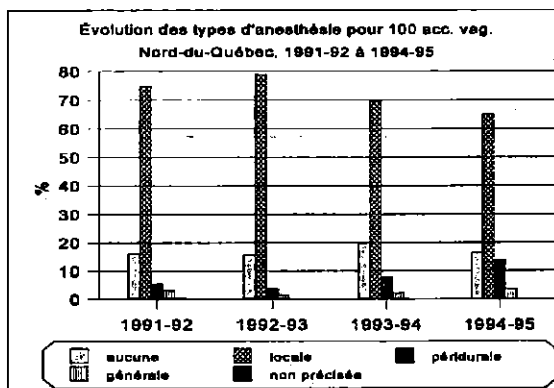
Source : Application informatique, *Périnatalité*, version 1.0, MSSS, Service Infocentre, Service développement d'indicateurs, juillet 1996

3.2.2 Accouchements vaginaux

Au terme de ce qui précède, il apparaît évident qu'une diminution de la fréquence des césariennes entraîne une augmentation des accouchements naturels. En 1986-87, les accouchements vaginaux correspondaient à 75,2% des accouchements et ce pourcentage est monté à 84,8% pour l'année 1994-95. Au Québec, on observe aussi une légère augmentation des accouchements vaginaux, soit de 81% à 83,3%. Le graphique suivant illustre l'évolution des types d'accouchement pour la région et le Québec.



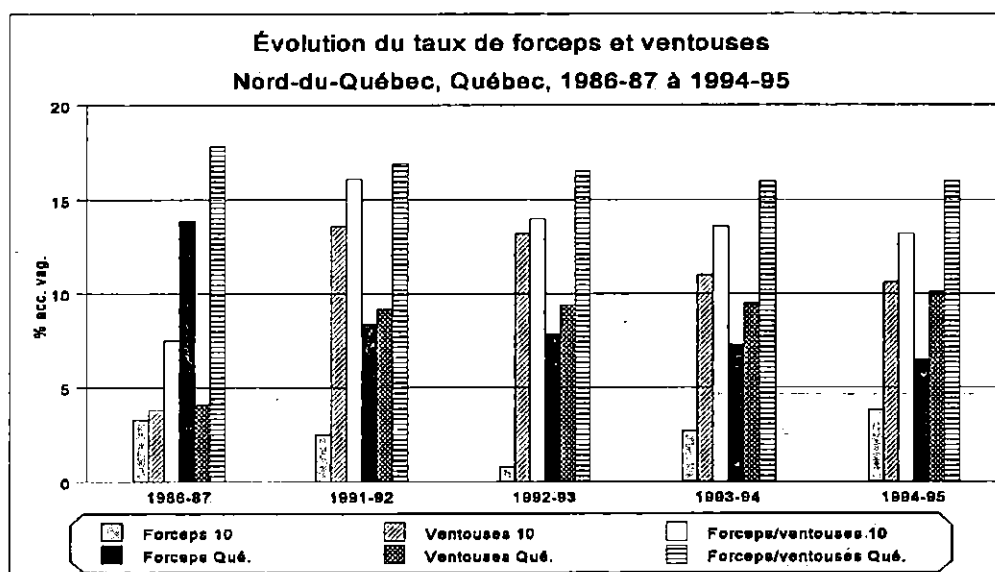
En regard des accouchements vaginaux, le type d'anesthésie privilégié est davantage l'anesthésie locale. «L'anesthésie locale se pratique en injectant un anesthésique dans les régions intracutanée, sous-cutanée et intramusculaire du périnée. Elle s'emploie habituellement au moment de l'accouchement, lorsqu'on doit réparer la coupure de l'épisiotomie etc.»⁴. On note une diminution progressive tant dans la région 10 qu'au Québec. L'anesthésie péridurale consiste quant à elle en l'administration, au niveau de la colonne vertébrale, d'un médicament qui diminue ou supprime les douleurs ressenties lors du travail ou de l'accouchement. Cette forme d'anesthésie connaît une légère hausse. Les parturientes nécessitant une anesthésie générale sont en très faible nombre mais représentent une proportion plus élevée qu'en province. Enfin, moins d'une femme sur cinq n'a pas recours à une forme ou une autre d'anesthésie. Cette proportion apparaît toutefois moindre qu'au Québec où elles sont plus nombreuses à accoucher sans anesthésie. Les graphiques suivants esquissent le portrait de l'évolution des types d'anesthésie pour la région et pour la province.



L'utilisation de forceps et de ventouses ne se produit que dans les accouchements vaginaux, ce qui veut dire que les pourcentages sont calculés non pas sur la base de l'ensemble des naissances mais uniquement sur les accouchements naturels. Ainsi, pour 100 accouchements vaginaux on remarque depuis 1991, une diminution de l'utilisation des ventouses et de la combinaison des deux techniques lors d'un même accouchement. Au Québec, l'utilisation des forceps a diminué au cours des dernières années alors que dans la région 10, malgré les petits nombres impliqués, les chiffres indiquent une utilisation généralement moindre qu'au Québec. Le recours obligé aux forceps lorsque la santé de la mère ou du fœtus est menacée (ex.: insuffisance cardiaque, détresse foetale, etc.), aurait parfois des

⁴ OLDS, LONDON, LADEWIG, DAVIDSON, *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie. Une approche centrée sur la famille*, Éditions du Renouveau pédagogique inc., Montréal, 1984, p. 480.

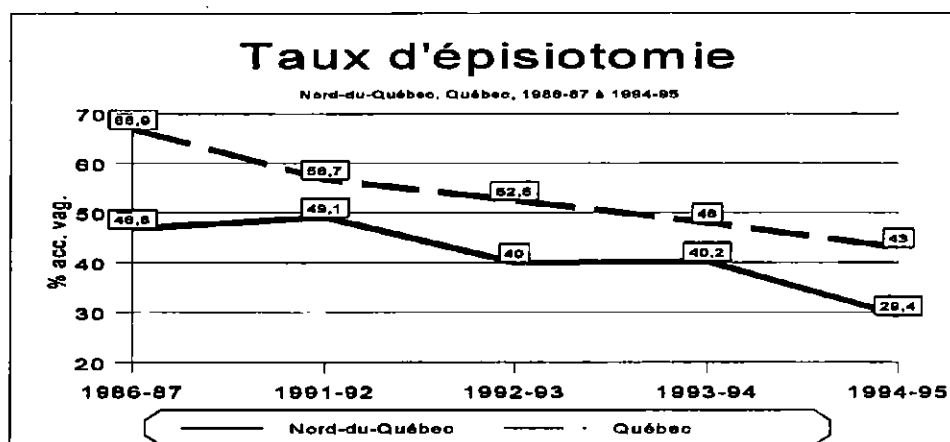
effets néfastes sur la santé de la mère et du bébé. Les effets généralement reconnus sont l'augmentation du risque d'épisiotomie chez la mère (environ 60%), l'augmentation de lacérations vaginales et périnéales, l'augmentation d'hémorragies et d'hématomes vulvaires ou pelviens et des possibilités d'infection. Les conséquences connues sur la santé des nouveau-nés sont généralement les risques de mortalité et de morbidité néonatales. Le graphique suivant présente l'évolution de l'utilisation des forceps et des ventouses.



Enfin, l'épisiotomie est une autre intervention obstétricale parfois nécessaire lors des accouchements vaginaux. L'épisiotomie consiste en une incision chirurgicale du périnée qui permet d'élargir l'orifice vaginal lors d'un accouchement par voie naturelle. L'épisiotomie est indiquée pour prévenir notamment les lacérations vaginales périnéales, le relâchement du plancher pelvien et les dommages cérébraux chez le fœtus. Par contre, certains effets comme les douleurs, les inflammations, les infections et les hématomes périnéaux sont reliés soit à l'incision, la suture ou une cicatrisation vicieuse. Enfin, il semble que l'épisiotomie soit parfois responsable de la dyspareunie, soit une douleur provoquée chez la femme par les rapports sexuels.

En général, le taux d'épisiotomie diminue considérablement dans la région, on le remarque également au Québec. Dans la région, près de la moitié des parturientes requéraient lors d'accouchement naturel une épisiotomie en 1986-87, alors que ce pourcentage est de 29,4% en 1994-95. Au Québec, une pratique moindre des épisiotomies est enregistrée pour la période étudiée, cependant elle demeure trop

élevée. L'OMS considère qu'un taux d'épisiotomie supérieur à 20% est difficilement acceptable. La région 10 se situe beaucoup plus près de l'objectif de l'OMS avec un taux plus faible qu'au Québec.



4. LES MORTINAISSANCES

4.1 ÉVOLUTION

Les mortinaissances représentent les enfants mort-nés. Ces événements étant peu nombreux, il est difficile de comparer les proportions régionales et provinciales sans entraîner de biais. Néanmoins, il est possible de connaître le nombre de mortinaissances pour la période de 1986 à 1995 pour la région, où le nombre moyen de mortinaissances est de 2,1 annuellement.

Nombre de mortinaissances (RSS 10)
1986 à 1995

MORT-NÉS	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
RSS 10	2	5	2	1	2	2	2	1	2	2

Source : Fichiers des mortinaissances de 1986 à 1995

Les mères qui ont enfanté d'un enfant mort-né sont peu nombreuses. Selon l'âge, on remarque que les femmes de 25-29 ans représentent le groupe d'âge ayant connu le plus de mortinaissances, cependant, ce groupe est aussi celui où se produit le plus grand nombre de grossesses.

**Nombre de mort-nés selon l'âge de la mère
Nord-du-Québec, 1986 à 1995**

Âge de la mère	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 et +
Nb. mort-nés	4	5	9	2	1

Source : Fichiers des mortinaissances de 1986 à 1995

Quant au nombre de semaines de gestation, il apparaît que l'incidence des mort-nés est plus élevée lorsque la naissance est prématurée.

**Nombre de mort-nés selon la gestation
Nord-du-Québec, 1986 à 1995**

Semaines de gestation	Moins de 37 semaines	37 à 42 semaines	43 semaines et plus
Nb mort-nés	11	9	0

Source : Fichiers des mortinaissances de 1986 à 1995

4.2 CAUSES DES MORTINAISSANCES

Les raisons principales expliquant les mortinaissances dans la région relèvent principalement des anomalies congénitales et des affections périnatales. Le tableau suivant recense les causes de décès chez les 21 enfants mort-nés de la région pour la période de 1986 à 1995.

**Nombre de mort-nés selon la cause de décès
Nord-du-Québec, 1986 à 1995**

Code Cim-9	CAUSES DE DÉCÈS	Nombre de décès
	Autres	
228	Hémangiome et lymphangiome, tout siège (tumeurs)	1
243	Hypothyroïdie congénitale (Maladies endocriniennes)	1
XIV.	Anomalies congénitales	
756	Autres anomalies congénitales du système ostéo-musculaire	1
XV.	Affections périnatales	
760	Fœtus ou nouveau-né affecté par des troubles maternels, éventuellement sans rapport avec la grossesse actuelle	1
761	Fœtus ou nouveau-né affecté par des complications maternelles de la grossesse	1
762	Fœtus ou nouveau-né affecté par des complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes	5
764	Croissance lente et malnutrition du fœtus	2
765	Troubles en rapport avec la brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, sans précision	1
768	Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance	3
779	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, autres et mal définies	5

Source : Fichiers des mortinaissances de 1986 à 1995

De l'ensemble des femmes qui ont accouché d'un enfant mort-né, une seule parturiente a eu un enfant mort-né lors d'une grossesse antérieure. La grande majorité d'entre elles en étaient à leur première grossesse. En effet, seize femmes n'avaient eu aucun enfant auparavant et le nombre d'enfants nés vivants de grossesses antérieures était de deux. Les deux cas restants nous sont inconnus.

PARTIE II

**LA SANTÉ DES ENFANTS
DE 0-2 ANS**

5. LA MORTALITÉ INFANTILE

5.1 DÉCÈS NÉONATAL PRÉCOCE

Les décès néonataux précoces représentent les décès des nouveau-nés qui surviennent entre la naissance et le sixième jour de vie. Au Nord-du-Québec, on dénombre entre 1989 et 1994 sept décès néonataux précoces.

5.2 DÉCÈS NÉONATAL TARDIF

Les décès néonataux tardifs représentent les décès survenus chez les bébés âgés de 7 à 27 jours. Dans la région, ils sont au nombre de trois pour la période de 1989 à 1994.

5.3 DÉCÈS POST-NATAL

Enfin, les décès post-nataux touchent les nourrissons, soit les bébés âgés de 28 à 365 jours, soit moins d'un an. Pour la même période à l'étude que les catégories précédentes, la région compte huit décès post-nataux.

5.4 CAUSES DE MORTALITÉ INFANTILE

La mortalité infantile représente l'ensemble des décès survenus qu'ils soient néonataux précoces ou tardifs ou encore post-nataux. Le faible nombre de cas de mortalité infantile rencontrés dans la région 10 ne permet pas de tirer des conclusions valables quant aux causes de mortalité les plus fréquentes, d'autant plus que les causes inconnues et les autres affections relatives à la période périnatale ne sont pas précisées. Par contre, on remarque que les syndromes de détresse respiratoire et la mort subite du nourrisson n'apparaissent pas comme causes de mortalité infantile dans la région.

**Causes de mortalité infantile
Nord-du-Québec, 1989 à 1994**

Causes	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Anomalies congénitales	2	2	1	0	0	0
Durée de grossesse et faibles poids	0	0	0	0	0	2
Syndrome de détresse respiratoire	0	0	0	0	0	0
Mort subite du nourrisson	0	0	0	0	0	0
Autres	2	1	1	0	0	2
Inconnue	1	1	0	0	3	0

Source : Application informatique *Naissances vivantes et mortalité infantile* version 1.5, MSSS, Service Infocentre, Division de la diffusion, juillet 1996

6. LA MORBIDITÉ INFANTILE

6.1 CAUSES D'HOSPITALISATION

La morbidité infantile est ici calculée en fonction des hospitalisations de courte durée et uniquement pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, tout en excluant les nouveau-nés, afin que les calculs ne soient pas affectés par les motifs d'hospitalisation que constituent les naissances vivantes. Pour les trois dernières années, on note une diminution des hospitalisations de courte durée chez les 0-2 ans. En effet, en 1993-94 on comptait 294 séjours hospitaliers alors qu'en 1995-96 ce nombre régresse à 191 hospitalisations.

Les enfants âgés de moins d'un an (excluant les nouveau-nés) représentent la moitié des enfants hospitalisés âgés de 0 à 2 ans. Plus l'âge augmente, moins les hospitalisations sont fréquentes comme en témoigne le tableau suivant.

**Hospitalisations de courte durée selon l'âge
Nord-du-Québec, 1993-94 à 1995-96**

Hospitalisations de courte durée	1993-94	1994-95	1995-96
Moins d'un an	52,4%	46,8%	50,3%
Un an	27,9%	32,9%	30,9%
Deux ans	19,7%	20,3%	18,8%

Source : MED-ECHO, 1993-94 à 1995-96

À l'instar de la proportion des hospitalisations selon l'âge, la durée moyenne de séjour est plus élevée chez les moins d'un an, comparativement aux enfants âgés de 1 et 2 ans. Plus l'âge augmente, plus la durée moyenne de séjour diminue. Cependant, pour les trois années étudiées, la durée moyenne de séjour a légèrement augmenté.

**Durée moyenne de séjour (nombre de jours) selon l'âge
Nord-du-Québec, 1993-94 à 1995-96**

Durée moyenne de séjour	1993-94	1994-95	1995-96
Moins d'un an	4,38	3,66	3,97
Un an	2,35	3,61	3,51
Deux ans	2,34	2,78	2,03
Total	3,41	3,46	3,46

Source : MED-ECHO, 1993-94 à 1995-96

Les causes d'hospitalisations sont attribuables dans une large part aux *maladies de l'appareil respiratoire*. En effet, quatre hospitalisations sur dix chez les 0-2 ans sont reliées à ces maladies. Selon l'âge, on remarque que ce sont les petits d'un an qui souffrent le plus des maladies de l'appareil respiratoire.

En deuxième lieu, ce sont les *symptômes mal définis* qui regroupent une large proportion des hospitalisations de courte durée avec plus ou moins 15% selon l'année. On peut penser que le manque de spécialisation explique une proportion élevée de symptômes mal définis dans la région et qu'à cet égard les stabilisations de patients sont comprises dans cette catégorie.

Les hospitalisations attribuables aux *maladies de l'appareil digestif* constituent la troisième cause en importance chez les enfants de 0 à 2 ans avec près de 8% des hospitalisations annuellement.

Enfin, d'autres motifs peuvent justifier le recours à une hospitalisation. Cependant, les faibles nombres impliqués exigent prudence dans toute analyse.

6.2 LIEUX D'HOSPITALISATION

La rétention régionale tend à diminuer selon les plus récentes données disponibles en regard des hospitalisations de courte durée. En 1993-94, les trois quart (76,1%) des hospitalisations pour les jeunes enfants étaient assurées par des établissements de la région. Notons que les nouveau-nés ont été exclus de ces calculs afin de tenir compte essentiellement de la morbidité infantile. La rétention régionale a décliné à 68,7% en 1994-95 pour atteindre 63,9% en 1995-96. Ce sont les enfants de moins d'un an qui semblent avoir fréquenté de façon plus considérable des établissements hospitaliers extérieurs à la région 10. Entre 1993-94 et 1995-96, la rétention régionale pour les moins d'un an est passée de 76,6% à 58,3%. Enfin, les enfants âgés de deux ans sont ceux qui ont été les plus hospitalisés dans des centres hospitaliers de la région comparativement aux autres années d'âge. Le tableau suivant donne le nombre d'hospitalisations (peu importe la région de soins) et les proportions indiquent le taux de rétention régionale.

**Rétention régionale des hospitalisations de courte durée selon l'âge
Nord-du-Québec, 1993-94 à 1995-96**

Année d'âge	1993-94		1994-95		1995-96	
Moins d'un an	154	76,6%	145	62,7%	96	58,3%
Un an	82	75,6%	102	73,5%	59	67,9%
Deux ans	58	75,9%	63	74,6%	36	72,1%
Total	294	76,2%	310	68,7%	191	63,9%

Source : Fichiers MED-ECHO 1993-94 à 1995-96

De l'ensemble des régions extérieures qui accueillent les patients résidant dans la région 10, l'Abitibi-Témiscamingue représente la région de traitement la plus utilisée. Le Saguenay-Lac-St-Jean

représente une destination à la hausse si l'on ne tient compte que des hospitalisations de courte durée effectuées à l'extérieur de la région 10. Enfin, les régions de Montréal et de Québec reçoivent les jeunes patients du Nord-du-Québec dans des proportions un peu plus faibles que celles des régions 02 et 08. Le tableau suivant dresse le bilan des hospitalisations effectuées dans les autres régions du Québec pour les enfants de la région.

**Régions de soins pour les hospitalisations extérieures à la région 10
1993-94 à 1995-96**

Régions	1993-94	1994-95	1995-96
02	3,1%	6,5%	9,4%
08	13,3%	18,4%	16,6%
Région de Québec	3,4%	3,2%	1,6%
Région de Montréal	3,4%	2,9%	6,8%
Autres	0,6%	0,3%	1,6%
Total	23,6%	31,3%	36,0%

Source : Fichiers MED-ECHO 1993-94 à 1995-96

7. VOLET AUTOCHTONE

Lors de l'examen de la rétention hospitalière pour les naissances vivantes, nous avons noté la présence accrue des parturientes autochtones dans les établissements de la région 10. Dans l'optique qu'elles viennent chercher des services au sein des établissements propres au Nord-du-Québec, nous devons définir un portrait plus précis de la demande potentielle de service de cette clientèle, tant pour les parturientes que pour les nouveau-nés.

Déjà dans les années 1980, le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec, mettait en relief la problématique liée au lieu d'accouchement pour les femmes des régions éloignées, notamment les Cries.

«En fait, le départ des femmes, trois à quatre semaines avant leur accouchement provoque l'isolement de ces femmes d'avec leurs proches. Les femmes associent à cet isolement une augmentation des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Elles accueillent leur

nouveau-né, souvent en l'absence de leur conjoint, d'une personne amie ou simplement de quelqu'un qui parle leur langue (Coumoyer, 1986). De longues périodes de séparation familiale entraînent également une rupture importante dans le mode de vie des futurs parents d'où des problèmes pour le conjoint et pour les autres enfants. À l'occasion d'une tournée de consultation réalisée dans la région de l'Hudson en 1985, le haut taux de violence familiale est ressorti comme une des conséquences importantes du transfert des femmes pour l'accouchement.

Les femmes de ces régions demandent donc à accoucher dans leur communauté, de façon sécuritaire et assistées de personnes compétentes qui parlent leur langue. Elles veulent, à l'exemple de leur mère, vivre la naissance de leur enfant comme une fête familiale entourée des leurs.»⁵

Même si la demande de service est généralement ascendante, encore faut-il connaître le nombre de naissances afin d'estimer la proportion des services offerts à cette clientèle. Entre 1989 et 1994, les parturientes crie ont connu une augmentation du nombre de naissances. Ainsi, 263 naissances vivantes ont été comptabilisées en 1989 pour atteindre 316 en 1994.

L'indice synthétique de fécondité est de 3,50 enfants par femme pour la période de 1990-92 chez les femmes Cries comparativement à 1,65 pour les Québécoises. D'autres différences distinguent le portrait des parturientes des Terres-Cries-de-la-Baie-James de celui des Québécoises. Par exemple, les naissances vivantes de mères faiblement scolarisées contrastent vraiment entre les deux groupes. Chez les Cries, 65,8% des mères ont un degré de scolarité complété inférieur à une onzième année, comparativement aux 15,1% de Québécoises pour la période de 1990-92.

Le taux de grossesse à l'adolescence est de 174,2 pour mille chez les Cries, ce qui est largement supérieur à celui des Québécoises qui obtiennent un taux de 35,8 pour mille en 1993-94. D'autres sources ont révélé que les grossesses chez les jeunes filles crie connaissent des issues différentes des Québécoises.

Même s'il a diminué avec les années, le taux de fécondité des femmes de moins de 18 ans pour 1000 naissances vivantes dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, représente le taux le plus élevé au Québec. On note un taux de fécondité de 142/1000 en 1989 et de 97/1000 en 1994. Si l'on tient compte des grossesses qui donnent une meilleure ampleur du phénomène des naissances chez les adolescentes, le taux de grossesse dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James est le plus élevé après le Kativik avec un taux de grossesses de 101,1 pour 1000 adolescentes en 1992-93 (ROCHON, 1995). Contrairement aux autres régions du Québec, les grossesses chez les adolescentes résultent généralement en naissances vivantes (78,0%) au lieu de fausses-couches (6,9%) et d'interruptions volontaires de grossesses (15,1%). Même pour

⁵ LE COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA PRATIQUES DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC, *La périnatalité au Québec, 1, La pratique des sages-femmes*, Gouvernement du Québec, 1989, p. 12.

des années antérieures, la région 18 montre des taux impressionnants de grossesses dont l'issue principale est la naissance vivante (voir graphique section 1.5).

La disponibilité, l'adaptabilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services peuvent être des facteurs freinant le recours aux services d'interruption volontaire de grossesse. La région 18 possède une desserte et une rétention de prestation de service nulles pour celles qui requièrent une interruption volontaire de grossesse (ROCHON, 1995). Des 32 I.V.G. effectuées pour des femmes de la région 18, une dizaine ont été accomplies dans des établissements de la région de Montréal et 19 femmes se sont rendues dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue alors que la région 10 a accueilli seulement deux cas nécessitant des I.V.G. et la région de l'Outaouais un seul cas.

De l'ensemble des naissances vivantes, le pourcentage de césariennes chez les Cries montre quelques variations. Les parturientes des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont eu recours aux césariennes dans 18,9% des accouchements alors que cette proportion est de 16,7% chez les Québécoises (1994-95).

Parmi les facteurs de risque habituellement étudiés en périnatalité, la prématurité et l'insuffisance pondérale constituent des éléments importants. Or, les naissances de faible poids ne semblent pas représenter un problème pour la mère et le nouveau-né dans la région 18. En effet, les bébés de petit poids correspondent à 1,2% des naissances vivantes. Au Québec, les naissances de faible poids représentent 5,8% des naissances vivantes. Les problèmes en regard du poids chez les nouveau-nés semblent davantage attribuables à un excédent de poids. En 1995, on calcule que près de 10% des nouveau-nés ont un poids excédentaire à 4500 grammes alors qu'au Québec et dans la région 10 cette proportion est inférieure à 2%. Les bébés de poids élevé peuvent présenter des risques d'hypoglycémie et une surveillance plus étroite leur être accordée. Enfin, les enfants gros pour le temps de gestation (GTG) peuvent présenter des risques plus accentués de présentation par le siège ou par l'épaule lors de l'accouchement. Ainsi, les risques de fractures du crâne ou de la clavicule sont accrus ainsi que les risques d'asphyxie et de paralysie brachiale et faciale lors de l'accouchement.

En regard de la prématurité, la durée moyenne de gestation est généralement semblable chez les Cries à celle des Québécoises, quoique légèrement supérieure, soit environ 39 semaines. Si l'on tient compte de la gestation dont la durée est inférieure à 37 semaines, les Cries obtiennent des taux inférieurs aux Québécoises. Ainsi, en 1989 le taux de gestation de 37 semaines et moins par 1000 naissances vivantes était de 43/1000 pour atteindre 62/1000 en 1992 et redescendre à 57/1000 en 1994. Au Québec, ce taux était de 64/1000 en 1989 pour se hisser à 70/1000 en 1994.

Concernant la mortalité infantile, un document intitulé *Mortalité de la population des huit villages cris de la Baie James 1987-1992* montre que la mortalité infantile est relativement élevée chez les moins d'un an. Même avec une baisse de la mortalité infantile, notamment pour la mortalité post-natale (28 à 365 jours), l'auteure observe un taux de mortalité infantile plus élevé que l'ensemble du Québec entre 1987 et 1992, soit près du double (11,0 pour 1000 n.v. contre 6,4 pour 1000 n.v.).

Exclues de la mortalité infantile, les mortinaissances, quant à elles, étaient au nombre de cinq pour la période 1989-1994. Malgré le petit nombre de cas impliqués, le Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatale stipulait que pour la période de 1975-77 et 1983-85 le Nouveau-Québec comportait les taux les plus élevés de mortalité périnatale de la province. «Le Nouveau-Québec présente un taux de mortalité post-néonatale et qui est 6,4 fois celui du Québec et un taux de mortalité néo-natale précoce qui est le double du taux provincial.»⁵

Les données d'hospitalisation habituellement utilisées pour mesurer la morbidité hospitalière ne sont pas disponibles par région sociosanitaire, d'où la difficulté de tirer un portrait de la morbidité infantile pour les jeunes enfants de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Ultérieurement, si ces données sont mises à notre disposition, nous nous devons de compléter ce portrait.

⁵ COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ PÉRINATALES, *La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Collection la Périnatalité au Québec, volume 4, Gouvernement du Québec, 1989, p. 9.

CONCLUSION

À la différence des Québécoises, la fécondité est plus élevée chez les femmes de la région en âge de procréer et elles tendent à enfanter plus tôt, avec un nombre plus élevé d'enfants par femme. Fait intéressant, la proportion de césariennes semble décroître comme le veut la tendance provinciale. Quant aux adolescentes, elles ont un taux plus faible de grossesses que les jeunes filles du Québec, cependant elles optent généralement moins pour le recours aux interruptions volontaires de grossesses que les Québécoises du même âge.

Parmi les principaux risques de mortalité et de morbidité infantile, on remarque que l'insuffisance pondérale et la prématurité semblent offrir une situation comparable, sinon meilleure que les Québécoises. À l'inverse, il y aurait lieu de s'interroger sur le poids élevé des bébés, notamment ceux des Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui peut même se révéler problématique lors de l'accouchement. En regard de la morbidité hospitalière des enfants, ce sont les enfants âgés de moins d'un an qui nécessitent le plus un séjour hospitalier et dont la durée moyenne de séjour est la plus élevée de tous. Les maladies de l'appareil respiratoire, les symptômes mal définis et les maladies de l'appareil digestif sont les principales causes d'hospitalisation.

Concernant l'utilisation de forceps et de ventouses lors d'accouchement, le taux de mortinaissances et de décès, certaines mises en garde doivent être faites dans l'interprétation de ces résultats qui impliquent généralement une faible quantité de cas.

Le portrait des parturientes Cries se rapproche beaucoup plus des femmes du Nord-du-Québec que des Québécoises, notamment en regard de la fécondité élevée et d'un niveau de scolarité généralement plus faible. On remarque une plus grande présence des parturientes Cries dans les établissements de la région 10, alors qu'à l'inverse, la rétention régionale des parturientes du Nord-du-Québec tend à diminuer au fil des années. Rappelons que l'interruption de service dans le secteur plus à l'ouest de la région n'est pas étrangère au phénomène.

Enfin, il apparaît difficile d'établir dans le présent exercice des relations de causes à effets pour expliquer ces quelques différences avec le Québec. Les travaux généralement reconnus en périnatalité ont prouvé hors de tout doute des corrélations entre les habitudes de vie, l'environnement et l'accessibilité aux services de santé qui influencent différemment les statistiques de périnatalité.

LEXIQUE

Anesthésie péridurale :	Anesthésie régionale du bassin par une injection entre la septième vertèbre cervicale et la cinquième lombaire sur la ligne des apophyses épineuses.
AVAC :	Accouchement vaginal après césarienne.
Décès néonatal précoce :	Décès du nouveau-né qui survient dans les six premiers jours suivant la naissance.
Décès néonatal tardif :	Décès du nouveau-né qui survient entre le septième et le vingt-septième jour suivant la naissance.
Décès post-natal :	Décès du nouveau-né qui survient entre le vingt-huitième jour et le trois cent-soixante-quatrième jour suivant la naissance.
Décès infantile :	Décès du nouveau-né qui survient avant la première année de vie.
DMS :	Durée moyenne de séjour.
Dystocie :	Difficulté de l'accouchement due à une anomalie maternelle ou foetale.
Dyspareunie :	Douleur provoquée chez la femme par les rapports sexuels.
Épisiotomie :	Incision de la vulve et des muscles du périnée, pratiquée pour faciliter certains accouchements.
GTG :	Enfant gros pour le temps de gestation.
Indice synthétique de fécondité :	Nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer.
Insuffisance pondérale :	<u>Nombre de naissances vivantes de poids inférieur à 2500 grammes</u> Total des naissances vivantes.
IVG :	Interruption volontaire de grossesse.
Morbidité :	Est mesurée par les hospitalisations de courte durée chez les 0-2 ans excluant les nouveau-nés.
Mortalité infantile :	(Voir décès infantile).
Mort-nés :	Mort en venant au monde (mortalité intra-utérine).
Multipares :	Se dit d'une femme qui a déjà enfanté plusieurs fois.
Parturiente :	Femme qui accouche.

Portrait de la périnatalité et de la santé des enfants de 0-2 ans

Périnatalité :	Qui précède et suit immédiatement la naissance.
Prématurité :	<u>Nombre de naissances vivantes dont la durée de gestation est inférieur à 37 semaines</u> Total des naissances vivantes.
Primipares :	Qui accouche pour la première fois, qui a un petit, un enfant vivant.
RSS :	Région sociosanitaire.
Taux brut de natalité :	<u>Nombre annuel moyen de naissances vivantes</u> Population totale au milieu de la période.
Taux de fécondité :	<u>Nombre annuel moyen de naissances vivantes</u> Population féminine âgée de 15-49 ans au milieu de la période.
Taux de grossesse l'adolescence:	<u>Nombre de naissances vivantes, de mortinaissances et d'avortements pour les à adolescentes</u> Total des adolescentes: Groupes d'âge: (14-17 ans, 15-19 ans, moins de 18 ans, autres)

BIBLIOGRAPHIE

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *La politique de la santé et du bien-être*, MSSS, 1992, 192 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique de périnatalité*, MSSS, 1993, 101 p.
- GRÉGOIRE, Jean, VEILLEUX, Sylvie, *Naître et grandir en santé dans la région de Chaudière-Appalaches, La périnatalité et la santé des enfants de 0-1 an*, Mise à jour, RRSS Chaudière-Appalaches, février 1996, 29 p.
- GRUPE DE TRAVAIL POUR LES SYSTÈMES COMMUNAUTAIRES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE, CHEVALIER, S., CHOINIÈRE, R., FERLAND, M., PAGEAU, M., SAUVAGEAU, Y., *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, juin 1995, 230 p.
- MSSS, *Guide d'utilisation des produits statutaires (Série #7)*, Comité provincial connaissance/surveillance de l'état de santé de la population (Sous-comité "Accès aux données"), Direction gestion de l'information, Service de l'infocentre, Division diffusion, juin 1993, 42 p. et annexes
- MSSS, *Guide d'utilisation des produits statutaires (Série #9.a)*, Comité provincial connaissance/surveillance de l'état de santé de la population (Groupe de travail "Accès aux données"), Direction gestion de l'information, Service de l'infocentre, Division diffusion, février 1995, 71 p.
- MSSS, *La périnatalité au Québec*, volume 1 à 5, 1989.
- MSSS, *Les fiches descriptives des indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être*, Collection Méthodologie et instrumentation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, novembre 1995, 207 p.
- PAGEAU, M., FERLAND, M., CHOINIÈRE, R., SAUVAGEAU, Y., *Indicateurs sociosanitaires. Le Québec et ses régions*, Québec, MSSS, 1997, 218 p.
- OLDS, LONDON, LADEWIG, DAVIDSON, *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie. Une approche centrée sur la famille*, Éditions du Renouveau pédagogique inc., Montréal, 1984, 935 p.
- ROCHON, Madeleine, *Rétention régionale et desserte extra-régionale en matière d'I.V.G. Québec 1993*, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de la recherche, novembre 1995, 5 p.
- ROCHON, Madeleine, *Taux de grossesse à l'adolescence Québec, 1980 à 1993, Région sociosanitaire de résidence, 1992-93*, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de la recherche, août 1995, 11 p.
- RRSS DE LANAUDIÈRE, *La fécondité et la périnatalité dans Lanaudière de 1979 à 1993*, Bulletin Regard sur la santé publique lanaudoise, Direction de la santé publique, vol. 3, no 2, juin 1996, 8 p.

Portrait de la périnatalité et de la santé des enfants de 0-2 ans

RRSSS DU NORD-DU-QUÉBEC, *Planification des naissances Orientations et plan d'action régional 1997-1999*, Direction de la planification et des programmes, avril 1997, 36 p. et annexés

ST-PIERRE, Marie-Hélène, *Mortalité de la population des huit villages cris de la Baie James 1987-1992*, RRSSS de Montréal-Centre et CCSSS de la Baie James, décembre 1995

WHALEY, WONG, *Soins infirmiers en pédiatrie*, Éditions du Renouveau pédagogique inc., Montréal, 1986, 970 p.



**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
NORD-DU-QUÉBEC**

179, 5^e AVENUE, CHIBOUGAMAU (QUÉBEC) G8P 3A7
TÉL.: (418) 748-7741 TÉLÉC.: (418) 748-6391