



PÉRINATAL NB

Programme de santé périnatale du N.-B.
Rapport d'indicateurs | 2011–2016





PérinatalNB

Liste des indicateurs

Introduction.....	2
Notes et limites.....	4
Liste des acronymes.....	5
Chaptire 1: Santé maternelle.....	6
Nombre total d'accouchements.....	6
Nombre total d'accouchements par hôpital accoucheur.....	7
Âge maternel au moment de l'accouchement.....	8
Diabète pendant la grossesse.....	9
Chapitre 2 : Travail et accouchement.....	10
Taux de césarienne par hôpital accoucheur.....	10
Taux de premières césariennes et de césariennes répétées.....	11
Accouchement vaginale à la suite d'une césarienne (AVAC).....	12
Césariennes répétées à faible risque entre la 37e et la 39e semaine de gestation.....	13
Césariennes répétées à faible risque entre la 37e et la 39e semaine de gestation par hôpital accoucheur.....	14
Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique.....	15
Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique par hôpital accoucheur.....	16
Chapitre 3 : Santé des nouveau-nés.....	17
Nombre total de naissances.....	17
Taux de naissances prématurées.....	18
Percentile de poids à la naissance pour l'âge gestationnel.....	19
Admissions à une USIN ou une USS par régie régionale de la santé.....	20
Admissions à une USIN ou une USS par hôpital accoucheur.....	21
Diagnostics les plus responsables des admissions à une USIN ou une USS.....	22
Admission à une USIN ou une USS de nouveau-nés à terme ou prématurés.....	23
Taux de mortalité néonatale.....	23
Taux d'allaitement exclusif au moment du congé.....	24

Introduction

Message de la Directrice administrative du Programme

Créé en 2014, le Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui collabore directement avec tous les fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick afin de définir et de promouvoir l'excellence dans la prestation des soins périnataux. Il joue un rôle de leadership en matière de santé périnatale dans la province en misant sur la mise en œuvre des normes de pratique périnatales canadiennes à l'échelle de la province, en participant aux initiatives d'amélioration de la qualité et en répondant aux besoins pédagogiques et professionnels des fournisseurs de soins néo-brunswickois. De plus, le Programme favorise le réseautage entre les parties prenantes clés en soins périnataux, y compris les cliniciens, les spécialistes de l'information, les chercheurs et d'autres professionnels.

Grâce aux champions qui ont plaidé sans relâche le besoin d'un tel programme dans la province, nous avons fait nos premiers pas:

Février 2014: Annonce de la création du Programme à l'Assemblée législative.

Février 2015 : Embauche de la directrice du Programme ainsi que du personnel de soutien.

Juillet 2015: Protocole d'entente entre l'Agence de la santé publique du Canada et le ministère de la Santé du N.-B. au sujet du Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales.

Octobre 2015: Approbation de l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée en vue de la mise en œuvre du chapitre sur les données périnatales.

Janvier 2016: Lancement du dossier anténatal provincial révisé.

Juillet 2016: Mise en œuvre du chapitre sur les données périnatales: tous les établissements offrant des soins obstétriques dans les deux régions régionales de la santé recueilleront des données.

Décembre 2016: Notification de l'obtention d'une subvention d'équipe des IRSC pour le projet intitulé: Pan-Canadian Perinatal Health Systems Improvement Initiative (G. Leblanc-Cormier et Dre L. Murphy-Kaulbeck, co-candidates)

Nous sommes sincèrement reconnaissants envers la gouvernance, les membres de l'équipe et tous les fournisseurs de soins de santé qui soumettent des données essentielles grâce au dossier anténatal. De plus, nous apprécions le travail accompli par les équipes de gestion de l'information sur la santé de chaque hôpital accoucheur de la province. Merci à tous les membres du Partenariat des programmes périnataux du Canada pour leur soutien continu.

Grâce à la gestion de l'information, au leadership, à la mobilisation du savoir et au partenariat, le Programme aspire à générer et faciliter des initiatives de planification, d'amélioration et de contrôle de la qualité. Comme première étape, le Programme publie son premier rapport sur la santé périnatale. Nous espérons qu'il suscitera des échanges positifs et éveillera un vent de changement qui contribuera à notre vision de fournir *aux mères, aux bébés et aux familles du Nouveau-Brunswick les résultats optimaux en matière de santé à toutes les étapes du continuum de soins.*

La Directrice administrative de Périnatal NB
Gaetane Leblanc-Cormier



Message de la Directrice médicale

Voici le premier rapport sur les indicateurs périnataux du Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick qui présente une partie du travail entrepris depuis sa création il y a deux ans. Je suis très heureuse de dire que nous saisissons maintenant les données sur chaque naissance au Nouveau-Brunswick. La révision et la mise à jour de formulaires de soins cliniques, comme le dossier anténatal du Nouveau-Brunswick, ont été nécessaires, mais font en sorte que nous recueillons les données de la plus grande qualité et que nous utilisons des formulaires cliniques à jour et conformes à la pratique clinique actuelle.

Grâce à des données provinciales de bonne qualité, en tant que programme, nous pouvons maintenant entamer d'autres initiatives qui font partie du plan à long terme : formation continue des cliniciens, élaboration de normes cliniques et de lignes directrices, vérifications et audits. Nous espérons travailler en collaboration avec les programmes et les services partout au Nouveau-Brunswick afin de découvrir quels sont leurs besoins tout en continuant de travailler à des initiatives nationales en partenariat avec des groupes situés partout au Canada.

La mission de Périnatal NB consiste à assurer le leadership et la promotion de la santé périnatale, ainsi que de fournir des politiques et des pratiques fondées sur les données probantes en vue de l'excellence en matière de santé des mères et des nouveau-nés au Nouveau-Brunswick. Ce premier rapport cerne les secteurs à améliorer, mais souligne également le travail des fournisseurs de soins de santé de la province destinés à assurer l'excellence des soins donnés aux femmes et aux nouveau-nés. À titre de directrice médicale de Périnatal NB, j'attends votre rétroaction avec impatience et j'espère travailler avec les services et les programmes dans le but de continuer d'améliorer la prestation des soins aux femmes, aux enfants et aux familles du Nouveau-Brunswick.

La Directrice médicale de Périnatal NB
Dr. Lynn Murphy-Kaulbeck



Notes et limites

Les données du rapport proviennent du Système de gestion de données médicales 3M, du Réseau de santé Horizon et du Réseau de Santé Vitalité des années financières 2011/12 à 2015/16. Pour plus d'information, veuillez voir la source des données de chaque indicateur.

Chaque année financière débute le 1^{er} avril et prend fin le 31 mars de l'année suivante. Dans le présent rapport, les données considérées dans un exercice financier prennent compte de la date d'accouchement de la mère, la date de naissance du nouveau-né et la date de congé de l'hôpital de la mère dans le cas d'une interruption de grossesse.

Le terme « naissance » diffère du terme « accouchement ». L'accouchement est un indicateur maternel qui désigne une grossesse complétée, quel que soit le nombre d'enfants nés. La naissance est un indicateur de nouveau-né qui désigne un enfant vivant ou mort-né.

Le terme « naissance vivante » exclut les fausses couches et les naissances résultant d'un avortement thérapeutique.

On détermine l'âge gestationnel d'un fœtus ou d'un nouveau-né à l'aide de la dernière période de menstruations (DPM) ou d'une échographie précoce (EP), selon qu'une échographie précoce a été ou non effectuée. L'accouchement prématuré est l'accouchement d'un bébé avant la 37^e semaine de gestation, l'accouchement à terme est l'accouchement d'un bébé entre la 37^e et la 42^e semaine de gestation et l'accouchement après terme est l'accouchement d'un bébé après 42 semaines de gestation.

L'allaitement exclusif au moment du congé de l'hôpital correspond à la définition donnée par le Comité canadien sur l'allaitement. Cela comprend tous les nouveau-nés qui ont reçu du lait maternel uniquement, de la naissance au congé de l'hôpital, ainsi que les nouveau-nés qui ont reçu en complément du lait maternisé pour une raison médicale.

Le poids par rapport à l'âge gestationnel est défini conformément au tableau Poids à la naissance pour l'âge gestationnel du Système canadien de surveillance périnatale publié par l'Agence de la santé publique du Canada (2001). Les nourrissons sont répartis dans les catégories suivantes : retard de croissance intra-utérine (≤ 3 %ile), petits (≤ 10 %ile) ou gros (≥ 90 %ile, ≥ 97 %ile) par rapport à leur âge gestationnel, à leur sexe et à leur poids à la naissance.

Le faible poids à la naissance est celui de moins de 2 500 grammes à tout âge gestationnel, le poids normal à la naissance étant celui qui est situé entre 2 500 grammes et 4 500 grammes à tout âge gestationnel, et le poids élevé à la naissance, celui qui est supérieur à 4 500 grammes à tout âge gestationnel.

Au Nouveau-Brunswick, actuellement, nous n'avons pas de désignation provinciale de niveaux de soins des unités de soins intensifs néonataux. Même si l'on utilise fréquemment l'acronyme USIN, il faut établir les distinctions suivantes pour les besoins d'établissement de rapports.

- *Unité de soins intensifs néonataux (USIN)* : Dans la province, trois hôpitaux accoucheurs ont une USIN désignée par le SIG (système d'information de gestion), ce qui leur donne accès à des ressources, notamment à des néonatalogistes. Il s'agit de l'Hôpital de Moncton, de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers et de l'Hôpital régional de St John.
- *Unité de soins spéciaux (USS)* : Les hôpitaux accoucheurs de la province peuvent offrir un certain niveau de soins spéciaux aux nouveaux-nés, à l'exception de l'Hôpital du Haut de la Vallée qui n'a pas d'unité de soins spéciaux.

Veillez noter que les admissions à l'unité des soins spéciaux (USS) du Centre hospitalier universitaire Dr-George-L.-Dumont et de l'Hôpital régional de Miramichi ne sont pas comprises dans ce rapport due à un manque de saisie de données dans le Système de gestion de données médicales 3M. Ces hôpitaux sont exclus des taux des RRS et des taux provinciaux pour les indicateurs des USIN/USS.

Les taux résultant de moins de six cas rapportés ne sont pas à signaler. Ils sont donc indiqués par "NR" dans ce rapport.

Liste des acronymes

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

Désigné par le SIG : Désigné par le Système d'information de gestion

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

N.-B. : Nouveau-Brunswick

AVAC : Accouchement vaginale après une césarienne

RRS : Régie régionale de la santé

USIN : Unité de soins intensifs néonataux

USS : Unité de soins spéciaux

NR : Non reportable (en raison de ≤ 5 cas rapportés)

Liste des hôpitaux accoucheurs du Nouveau-Brunswick

Campbellton : Hôpital régional de Campbellton

Chaleur : Hôpital régional Chaleur

CHU Dumont : Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

Edmundston : Hôpital régional d'Edmundston

HDECH : Hôpital régional Dr Everett Chalmers

HHV : Hôpital du Haut de la Vallée

HM : L'Hôpital de Moncton

HRSJ : Hôpital régional de Saint John

Miramichi : Hôpital régional de Miramichi

Chapitre 1: Santé maternelle

Nombre total d'accouchements

Au cours des cinq dernières années, le nombre d'accouchements effectués au Nouveau-Brunswick a diminué de 7014 à 6423.

Définition

Nombre total d'accouchements effectués dans chaque régie régionale de la santé (RRS) et au Nouveau-Brunswick. Les naissances multiples sont comptées comme un seul accouchement.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

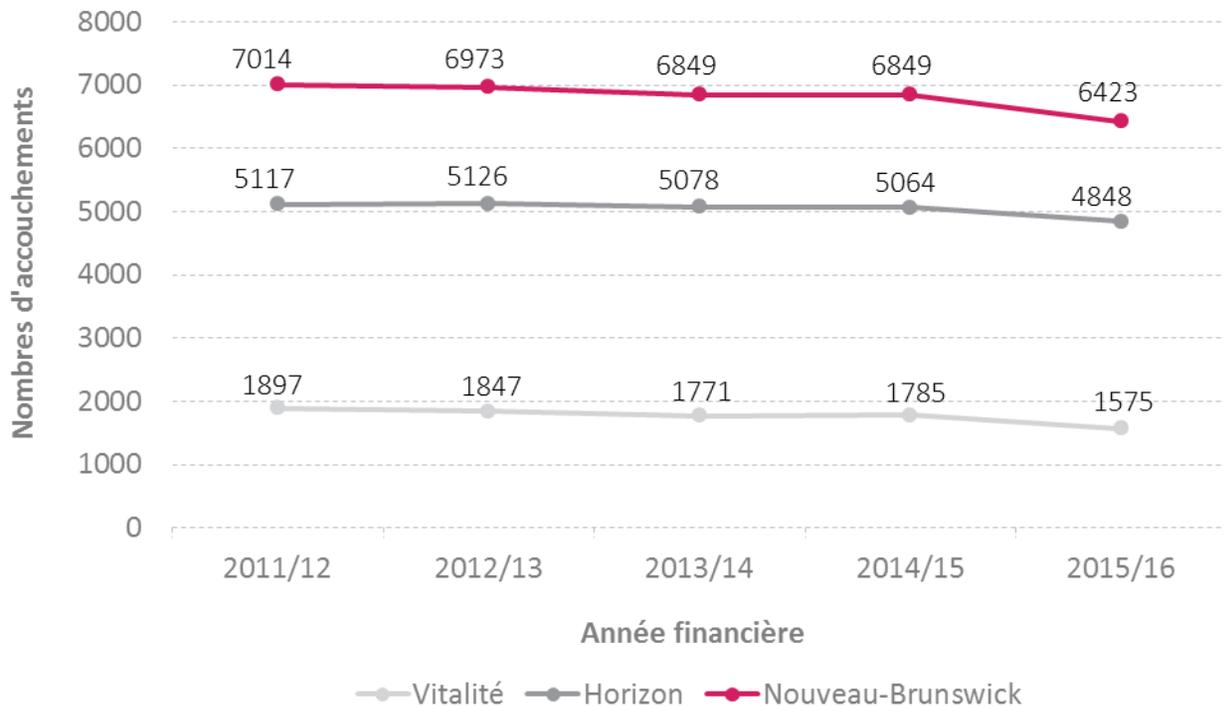


Figure 1.1: Nombre d'accouchements, par régie régionale de la santé, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Nombre total d'accouchements par hôpital accoucheur

En 2015/16, 75,5% des accouchements au Nouveau-Brunswick ont eu lieu dans un hôpital accoucheur du Réseau de santé Horizon, et 29,4% des accouchements au Nouveau-Brunswick ont eu lieu dans la région de Moncton (Zone 1).

Définition

Nombre d'accouchements effectués à chaque hôpital accoucheur / Nombre total d'accouchements au Nouveau-Brunswick.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2015/16. Données extraites le 30 janvier 2017.

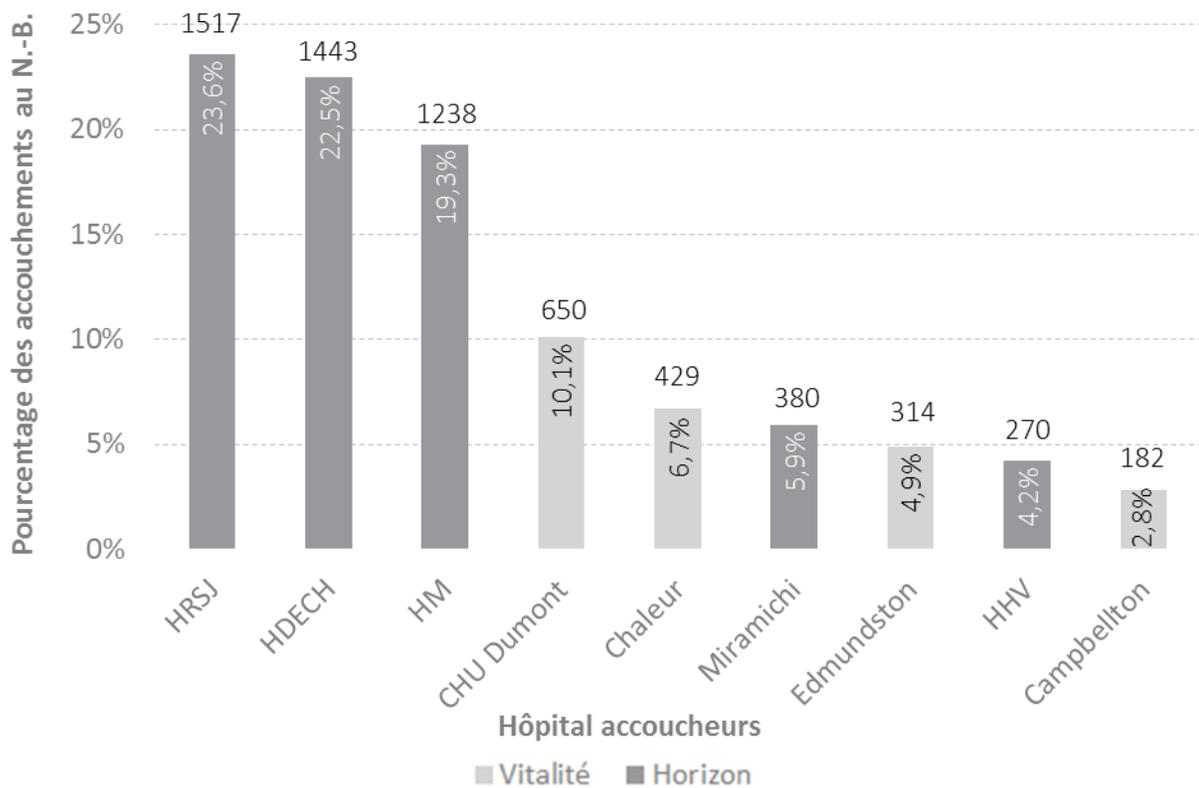


Figure 1.2: Nombre et pourcentage des accouchements, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Âge maternel au moment de l'accouchement

La proportion des accouchements chez les mères plus âgées (>35 ans) a augmenté légèrement de 2011-2012 à 2015/16, soit de 12,1% (IC à 95%: 11,4-12,9%) à 13,2% (IC à 95%: 12,4-14,0%), tandis que le pourcentage des accouchements chez les mères plus jeunes (<20 ans) de cette période a diminué considérablement de 6,7% (IC à 95 %: 6,2-7,3%) à 4,3% (IC à 95%: 3,9-4,8%). Plus de 80% des mères étaient âgées de 20 à 34 ans au moment de l'accouchement.

Définition

Nombre d'accouchements des femmes par catégorie d'âge au moment de l'accouchement / Nombre total d'accouchements.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

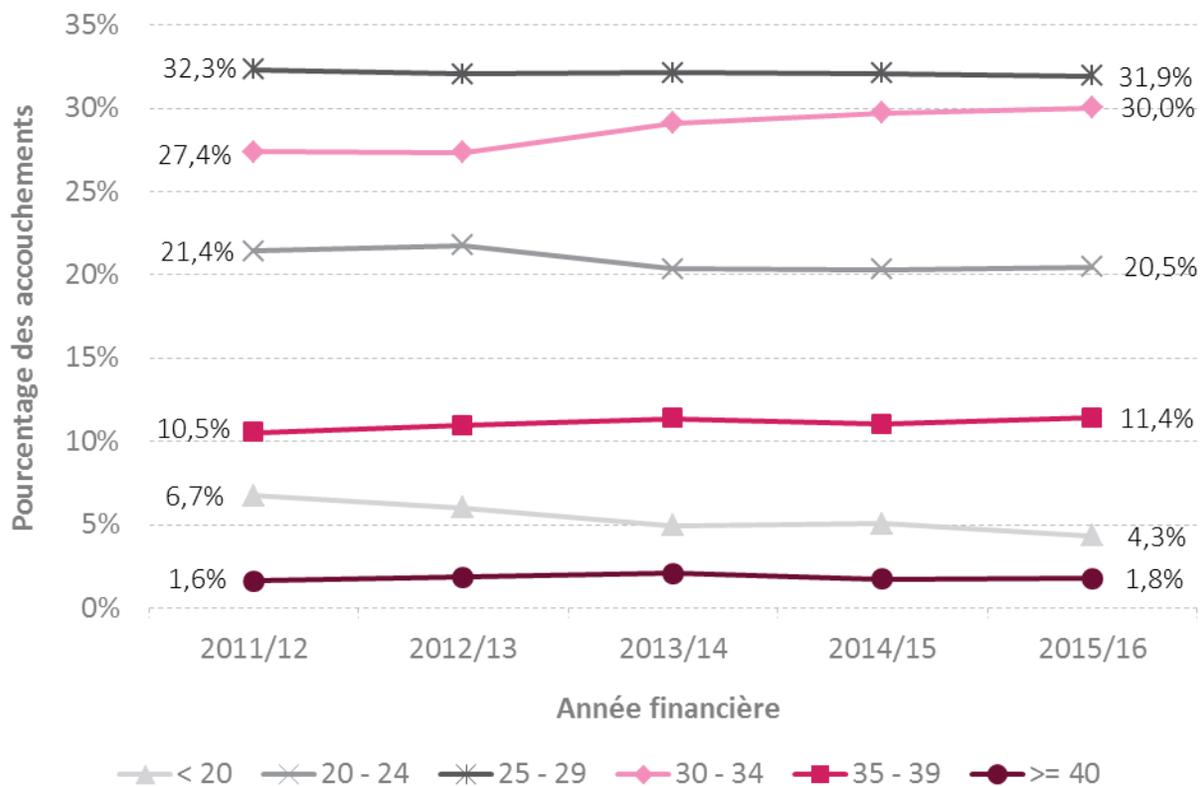


Figure 1.3: Âge maternel au moment de l'accouchement, Nouveau-Brunswick, 2011/12 -2015/16.

Diabète pendant la grossesse

Le taux de diabète préexistant des mères devant accoucher est demeuré stable au cours des cinq dernières années, mais le taux de diabète gestationnel a augmenté considérablement de 3,97% (IC à 95%: 3,51-4,43%) en 2012/13 à 6,24% (IC à 95%: 5,65-6,83%) en 2015/16. Cette augmentation frappante à partir de 2013/14 peut possiblement s'expliquer par un changement dans le protocole de dépistage A1C.

Le syndrome chez le nourrisson de la mère atteinte du diabète gestationnel est l'une des principales causes de l'admission à une USIN ou une USS au Nouveau-Brunswick. Le diabète gestationnel figure parmi les six diagnostics les plus responsables de l'admission à une USIN ou une USS dans les trois hôpitaux accoucheurs dotés d'une USIN ou une USS désignée par le SIG en 2015/16. Par ailleurs, les femmes atteintes du diabète gestationnel courent un risque accru de développer le diabète de type 2 plus tard dans leur vie, surtout si elles ont d'autres facteurs de risque comme l'obésité et des antécédents familiaux du diabète de type 2.

Définition

Nombre d'accouchements chez les femmes atteintes du diabète préexistant ou du diabète gestationnel / Nombre total d'accouchements.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

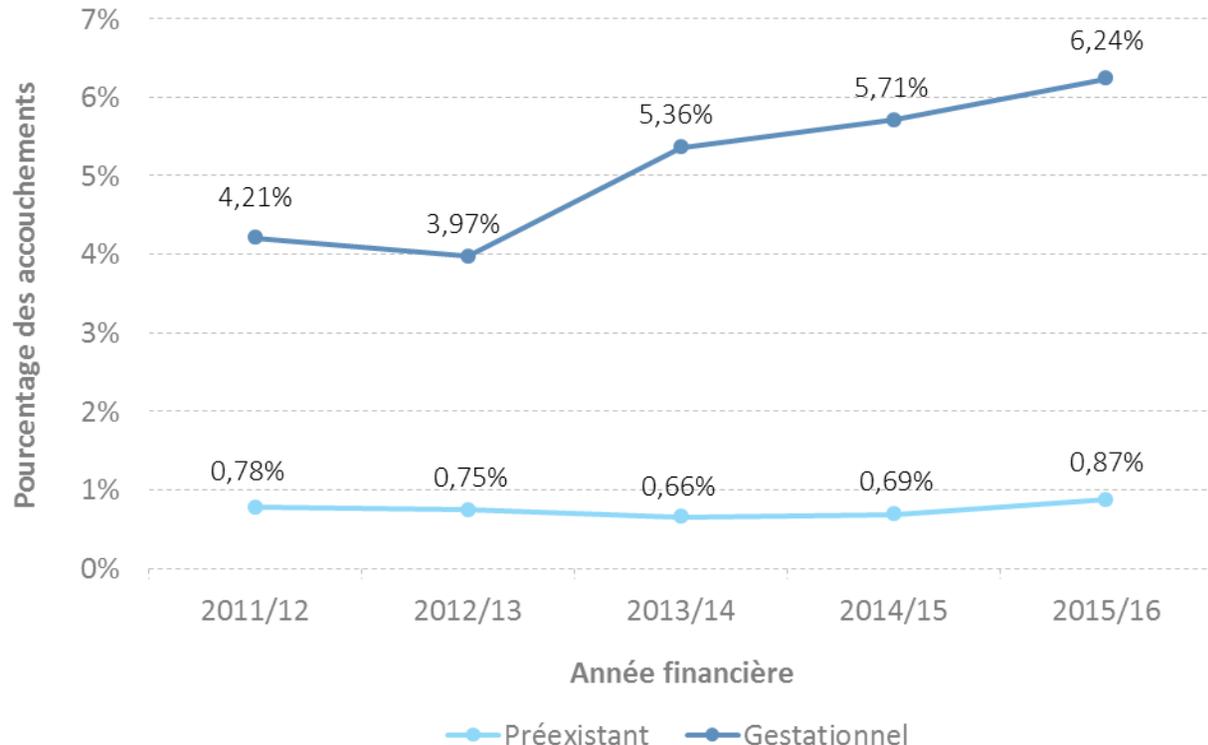


Figure 1.4: Pourcentage des accouchements chez les femmes atteintes du diabète gestationnel et préexistant, Nouveau-Brunswick, 2011/12 -2015/16.

Chapitre 2: Travail et accouchement

Taux de césarienne par hôpital accoucheur

Le taux global de césariennes de la province est demeuré stable au cours des 5 dernières années, allant de 27,4% à 28,1% de 2011/12 à 2015/16. Ces taux sont comparables au taux national de 27,5% déclaré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2014. Soulignons que l'Hôpital régional de Saint John a sans cesse eu un taux de césariennes inférieur à tout autre hôpital accoucheur de la province au cours des cinq dernières années, avec un taux de 19,5% en 2015/16.

Définition

Nombre de césariennes effectuées à chaque hôpital accoucheur / Nombre total d'accouchements effectués à chaque hôpital accoucheur.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2015-2016. Données extraites le 30 janvier 2017.

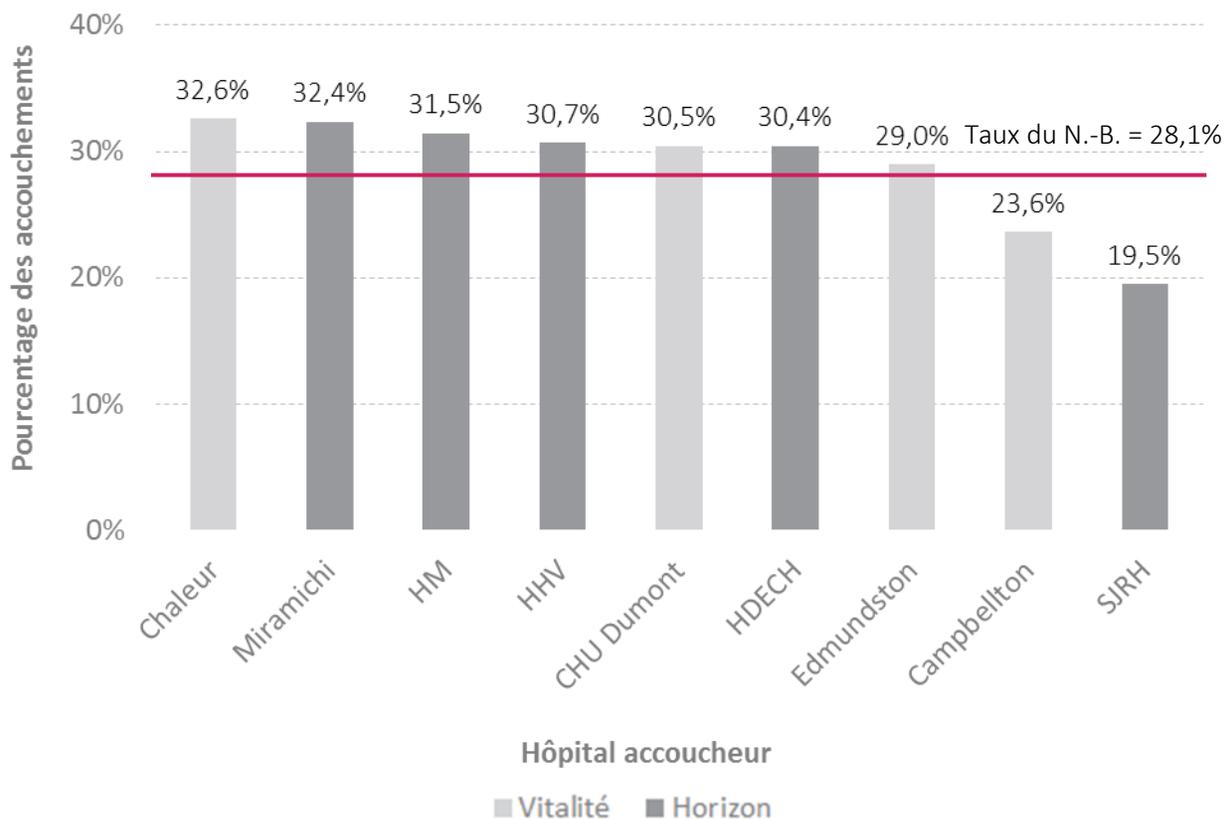


Figure 2.1: Taux d'accouchement par césarienne, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Tableau 2.1: Taux d'accouchement par césarienne, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Hôpital accoucheur	Taux de césariennes				
	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Hôpital régional de Campbellton	40,2%	32,8% ▼	31,9% ▼	30,6% ▼	23,6% ▼
Hôpital régional de Chaleur	26,8%	28,8% ▲	37,7% ▲	33,3% ▼	32,6% ▼
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	30,1%	30,6% ▲	30,9% ▲	30,0% ▼	30,4% ▲
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	25,3%	29,3% ▲	25,9% ▼	30,1% ▲	30,5% ▲
Hôpital régional d'Edmundston	29,8%	31,1% ▲	27,3% ▼	24,0% ▼	29,0% ▲
Hôpital régional de Miramichi	38,4%	40,0% ▲	35,6% ▼	34,3% ▼	32,4% ▼
Hôpital de Moncton	29,7%	28,8% ▼	26,0% ▼	27,8% ▲	31,5% ▲
Hôpital régional de Saint John	20,3%	20,3%	21,3% ▲	21,2% ▼	19,5% ▼
Hôpital du Haut de la vallée	24,7%	26,1% ▲	27,6% ▲	23,1% ▼	30,7% ▲

Taux de premières césariennes et de césariennes répétées

Définition

Taux de premières césariennes : Nombre de premières césariennes / Nombre d'accouchements chez des femmes qui n'ont pas eu de césarienne auparavant.

Taux de césariennes répétées : Nombre de césariennes répétées / Nombre d'accouchements chez des femmes qui ont eu au moins une césarienne auparavant.

Sources des données

Source : Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 27 mars 2017.

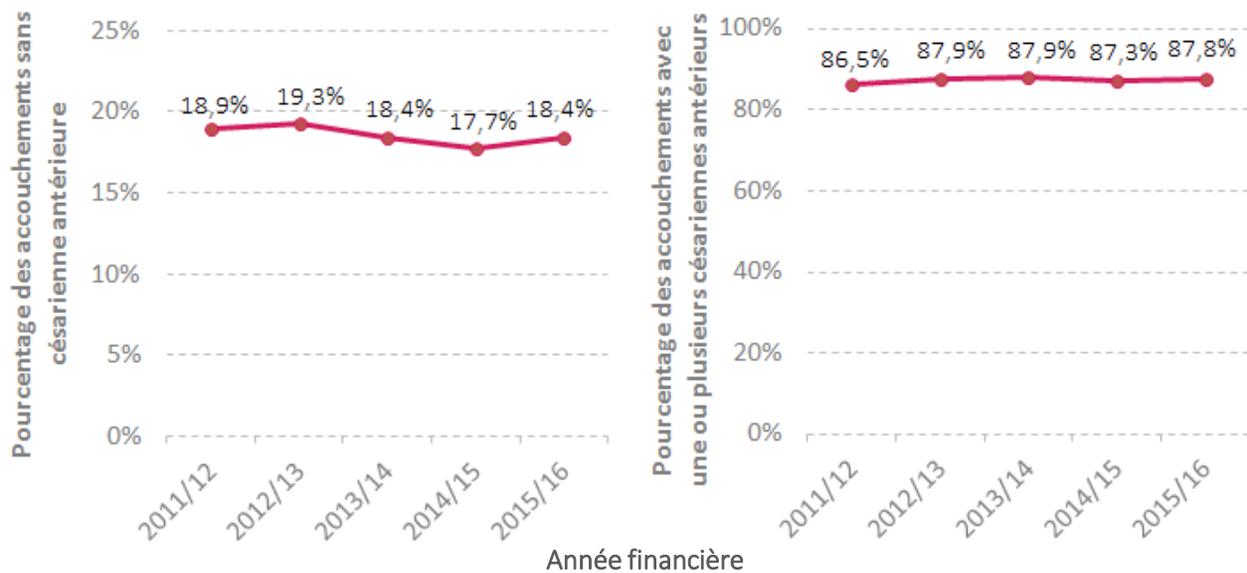


Figure 2.2: Taux de premières césariennes et taux de césariennes répétées, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Accouchement vaginale à la suite d'une césarienne (AVAC)

Le taux de tentative de AVAC a augmenté de 15,7% en 2012/13 à 17,9% en 2015/16. Par contre, le taux de réussite des AVAC a diminué de 79,3% en 2011/12 à 68,1% en 2015/16. En raison des limites dans la saisie des données, il nous est impossible de calculer les taux de AVAC sur le nombre de femmes admissibles à la AVAC.

Définition

Taux brut d'AVAC : Nombre de AVAC / Nombre d'accouchements avec une césarienne antérieure.

Taux de tentatives d'AVAC : Nombre de tentative d'accouchements (ratés ou réussis) par AVAC / Nombre d'accouchements avec une césarienne antérieure.

Taux de réussite en matière d'AVAC: Nombre d'accouchements par AVAC / Nombre de tentatives de AVAC.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

Références

1. Perinatal Services BC (October 2014). *Perinatal Health Report 2008-09 to 2012-13*: British Columbia, Vancouver, BC.

Tableau 2.2: Taux brut d'AVAC, taux de tentatives d'AVAC et taux de réussite d'AVAC, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Endroit	AVAC				
	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Taux brut de AVAC	13,5%	12,1% ▼	12,1%	12,7% ▲	12,2% ▼
Taux de tentatives de AVAC	17,0%	15,4% ▼	16,1% ▲	16,9% ▲	17,9% ▲
Taux de réussite de AVAC	79,3%	78,8% ▼	75,2% ▼	75,3% ▲	68,1% ▼

Tableau 2.3: Taux brut d'AVAC, taux de tentatives d'AVAC et taux de réussite d'AVAC, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Endroit	AVAC par hôpital accoucheur		
	Taux brut de AVAC	Taux de tentatives de	Taux de réussite de
Hôpital régional de Campbellton	0,0%	0,0%	NA
Hôpital régional de Chaleur	NR	10,0%	NR
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	11,4%	16,9%	67,5%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	11,3%	16,9%	66,7%
Hôpital régional d'Edmundston	19,6%	26,1%	75,0%
Hôpital régional de Miramichi	NR	12,8%	NR
Hôpital de Moncton	7,7%	11,6%	66,7%
Hôpital régional de Saint John	26,4%	35,0%	75,4%
Hôpital du Haut de la vallée	NR	NR	NR

Césariennes répétées à faible risque entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation

Cet indicateur évalue le pourcentage des césariennes répétées élective à faible risque effectuées à terme, mais avant 39 semaines. L'expression faible risque qualifie l'accouchement d'un bébé unique par une mère, ayant aucunes complications obstétriques ou maternelles durant la grossesse, y compris le placenta prævia, la présentation anormale du fœtus, l'hypertension, la pré-éclampsie, l'éclampsie, le diabète méllitus, la disproportion ou l'anormalité des organes pelviens maternels, les anormalités ou les problèmes fœtaux et les mouvements fœtaux réduits.

Définition

Nombre de césariennes répétées planifiées à faible risque effectuées entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation (37+0 à 38+6) / Nombre total de césariennes répétées planifiées à faible risque effectuées à terme (≥ 37 semaines de gestation). Cela exclut tout accouchement avec complications obstétriques ou maternelles.

Sources des données

Source : Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

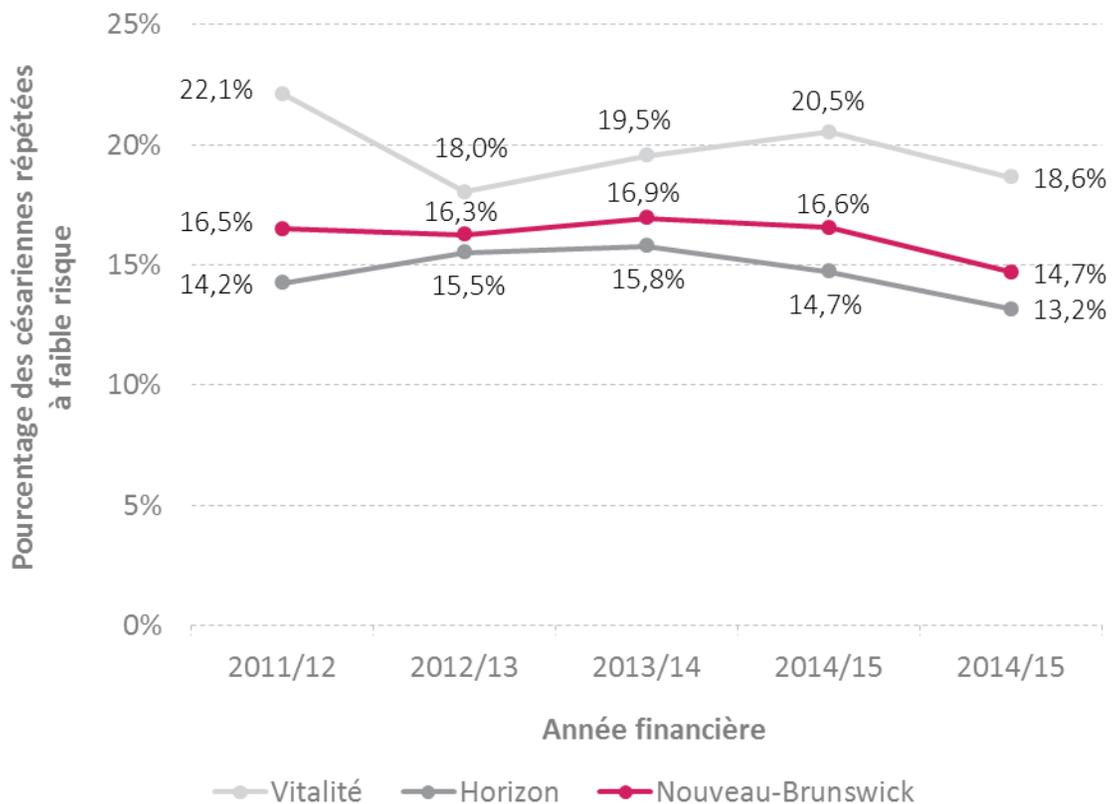


Figure 2.3 : Pourcentage des césariennes répétées à faible risque effectuées à terme entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par région régionale de la santé, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Césariennes répétées à faible risque entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation par hôpital accoucheur

Tableau 2.4: Pourcentage des césariennes répétées à faible risque effectuées à terme entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Hôpital accoucheur	Césariennes à faible risque effectuées à terme entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation				
	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Hôpital régional de Campbellton	41,2%	12,8% ▼	13,7% ▲	29,0% ▲	20,8% ▼
Hôpital régional de Chaleur	16,4%	10,8% ▼	14,0% ▲	17,2% ▲	23,1% ▲
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	14,0%	11,1% ▼	15,4% ▲	13,9% ▼	12,2% ▼
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	21,4%	20,8% ▼	19,2% ▼	19,6% ▲	18,4% ▼
Hôpital régional d'Edmundston	16,0%	25,4% ▲	31,9% ▲	23,2% ▼	11,5% ▼
Hôpital régional de Miramichi	24,4%	28,6% ▲	35,5% ▲	32,6% ▼	28,0% ▼
Hôpital de Moncton	21,4%	21,9% ▲	16,1% ▼	16,7% ▲	17,5% ▲
Hôpital régional de Saint John	4,0%	8,5% ▲	9,3% ▲	4,3% ▼	7,6% ▲
Hôpital du Haut de la vallée	5,3%	15,0% ▲	11,0% ▼	12,9% ▲	1,4% ▼

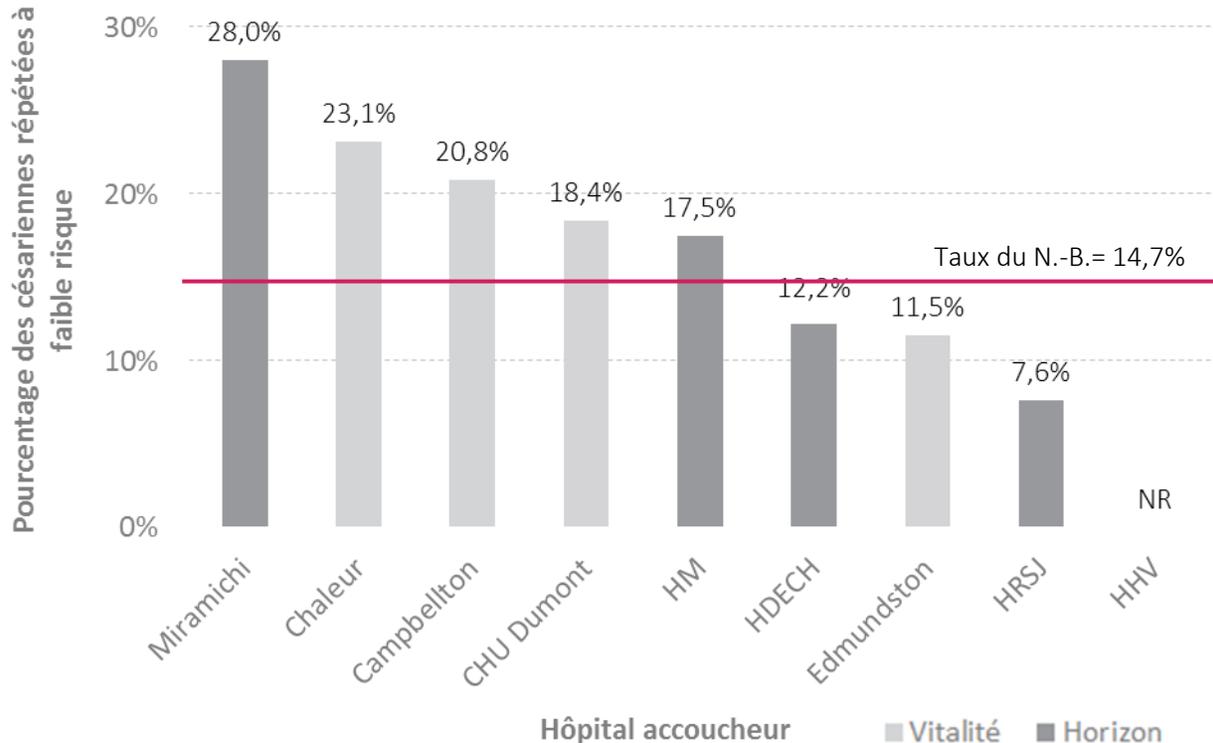


Figure 2.4: Pourcentage des césariennes répétées à faible risque effectuées à terme entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique

Le taux provincial d'épisiotomie est demeuré relativement stable au cours des 5 dernières années. L'épisiotomie est une incision pratiquée dans le périnée durant l'accouchement. Les recherches ont montré que rien ne prouve que l'utilisation courante de l'épisiotomie soit nécessaire¹. À des fins de comparaison, l'ASPC a révélé un taux d'épisiotomie au Nouveau-Brunswick de 26,9% en 2000/01² et de 19,7% en 2004/05³. De plus, elle a fait état d'un taux national de 49,1% en 1991².

Définition

Nombre d'accouchements d'un bébé unique avec épisiotomie / Nombre total d'accouchements par voie vaginale d'un bébé unique.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 28 février 2017.

Références

1. Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal, SOGC, 2008; Carroli G, Mignini L. *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1): CD000081
2. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition de 2003. Ottawa, 2003.
3. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition de 2008. Ottawa, 2008.

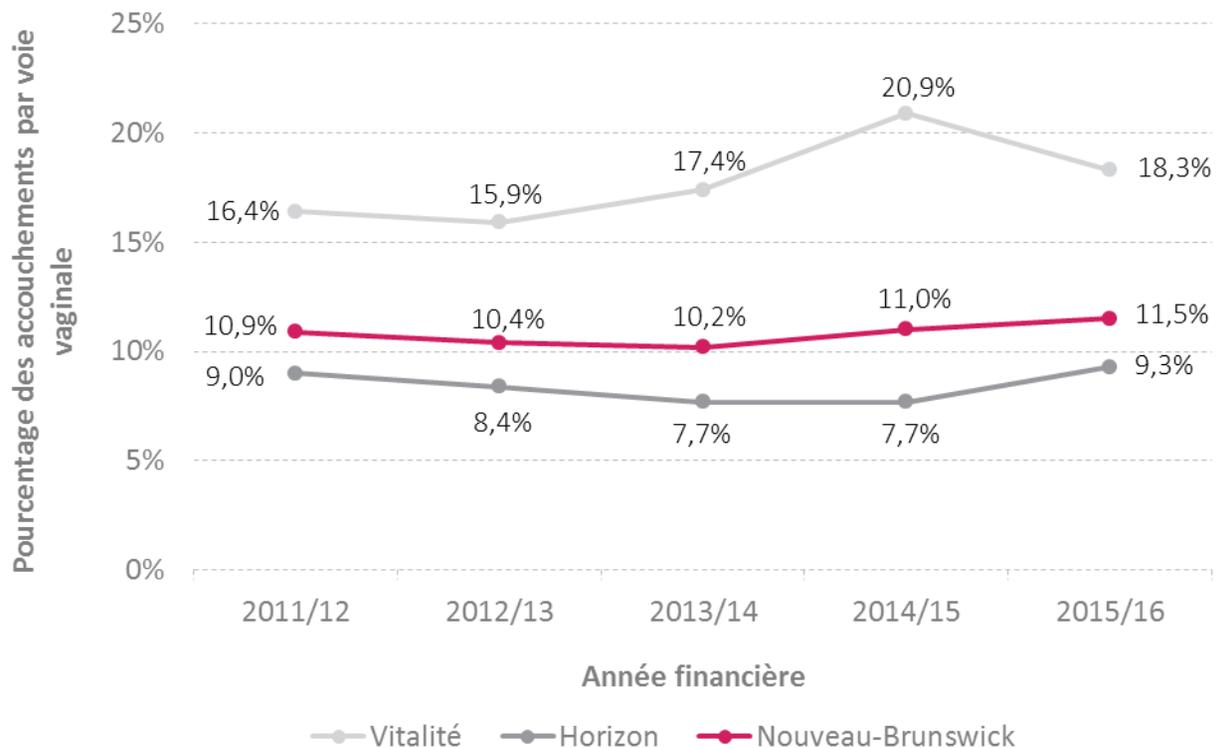


Figure 2.5: Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique, par région régionale de la santé, Nouveau-Brunswick, 2011/12 -2015/16.

Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique par hôpital accoucheur

Tableau 2.5: Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Hôpital accoucheur	Épisiotomie				
	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Hôpital régional de Campbellton	55,5%	52,7% ▼	49,6% ▼	55,2% ▲	51,1% ▼
Hôpital régional de Chaleur	9,0%	9,6% ▲	14,4% ▲	22,8% ▲	20,4% ▼
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	9,2%	9,4% ▲	8,0% ▼	6,9% ▼	9,8% ▲
Centre hospitalier universitaire Dr- Georges-L.-Dumont	4,1%	5,5% ▲	6,0% ▲	6,6% ▲	6,0% ▼
Hôpital régional d'Edmundston	35,4%	31,0% ▼	27,0% ▼	27,3% ▲	20,2% ▼
Hôpital régional de Miramichi	21,6%	11,1% ▼	12,4% ▲	17,5% ▲	17,3% ▼
Hôpital de Moncton	8,5%	8,7% ▲	7,1% ▼	9,0% ▲	11,7% ▲
Hôpital régional de Saint John	8,2%	8,2%	8,1% ▼	6,6% ▼	6,9% ▲
Hôpital du Haut de la vallée	NR	NR	NR	NR	NR

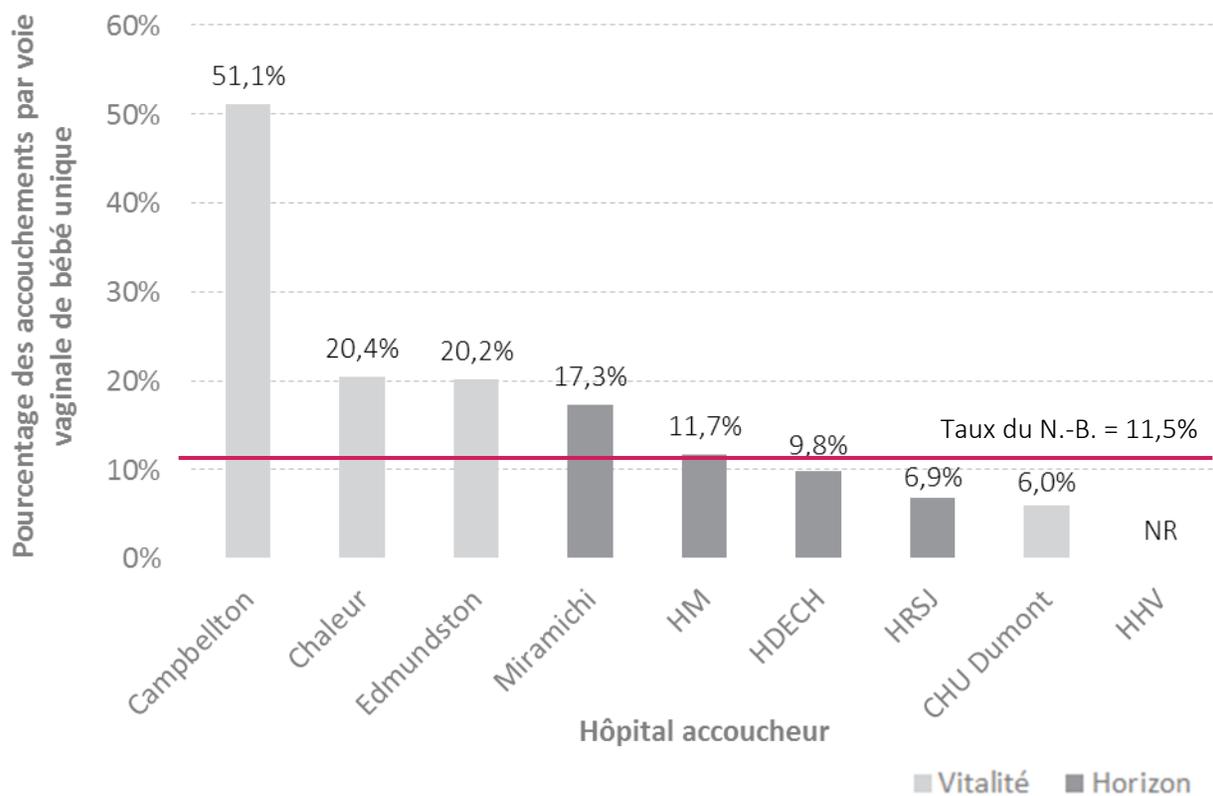


Figure 2.6: Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Chapitre 3: Santé des nouveaux-nés

Nombre total de naissances

Conformément au nombre d'accouchements, le nombre total de naissances vivantes a diminué de 7078 à 6506 au cours des cinq dernières années. Statistique Canada prévoit que la proportion de la population âgée de 65 ans et plus en 2038 sera de 31% au Nouveau-Brunswick, un taux nettement supérieur au taux national prévu de 24%¹. En 2013, le Nouveau-Brunswick se situait au deuxième rang de l'âge médian le plus élevé au pays, suivi de Terre-Neuve-et-Labrador¹. Cela entraînera une baisse du taux de fertilité. Par conséquent, on prévoit que cette tendance à la baisse se maintiendra. Le nombre de mortinaissances a fluctué au cours des cinq dernières années. La mortinaissance désigne l'accouchement qui a lieu après 20 semaines ou plus de gestation sans signes de vie.

Définition

Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances au Nouveau-Brunswick. Veuillez noter que cela exclut les naissances vivantes ou les mortinaissances découlant d'un avortement thérapeutique.

Références

1. Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2013-2063), les provinces et les territoires (2013-2038). Statistique Canada. No de catalogue 91-520-x. Ottawa Ontario. Ministre de l'Industrie. Mai 2015 (Consulté le 31 mars 2017).

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

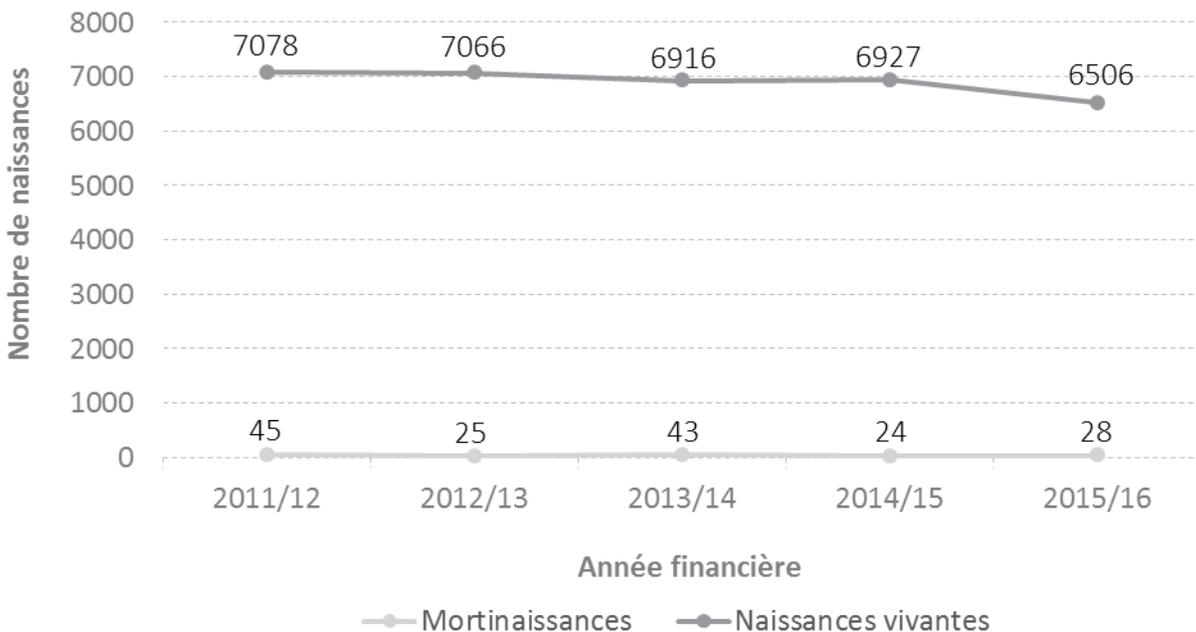


Figure 3.1: Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Taux de naissances prématurées

Le taux des naissances prématurées est demeuré relativement stable au cours des 5 dernières années, se situant à 7,4% en 2015/16, mais augmentant à 8,1% en 2013-14. Le taux provincial est resté conforme au taux national de 7,8% en 2014/15.

Définition

Nombre de naissances vivantes prématurées (avant 32 et 37 semaines de gestation) / Nombre total de naissances vivantes.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de Santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

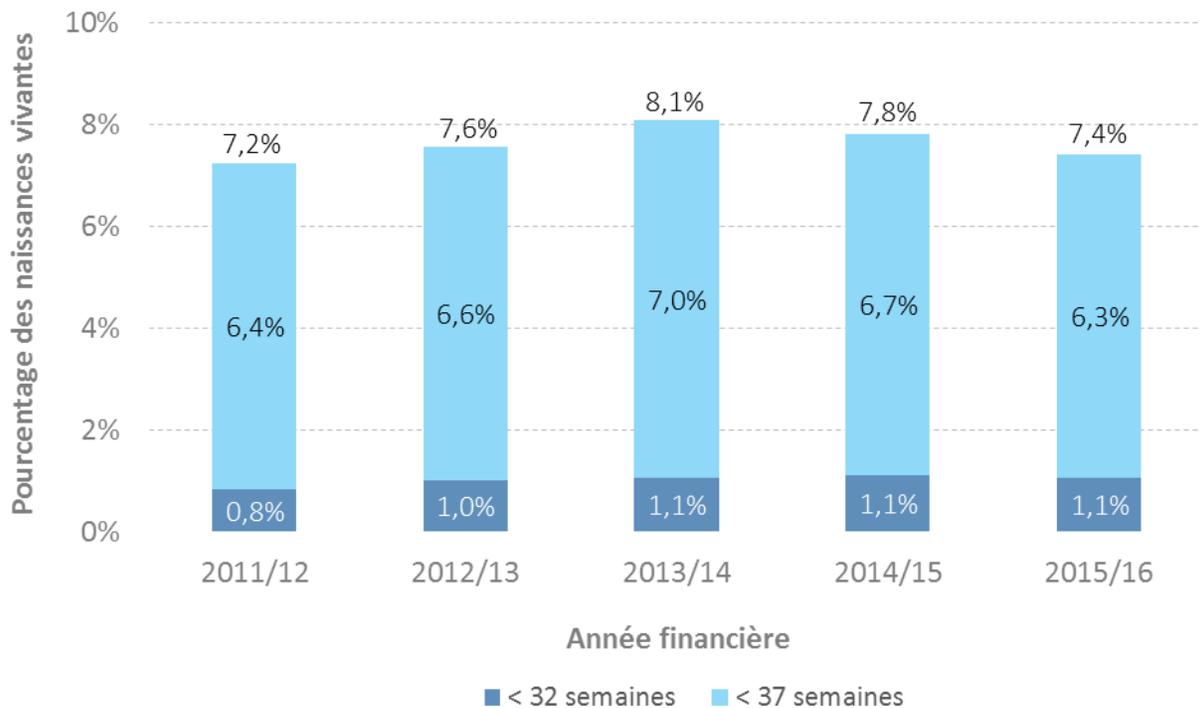


Figure 3.2: Taux de naissances prématurées, par durée de la gestation, Nouveau-Brunswick, 2011/12- 2015/16.

Percentile de poids à la naissance pour l'âge gestationnel

Les nourrissons nés au 90^e percentile sont considérés de taille supérieur pour l'âge gestationnel. En 2015/16, 11,5% des nourrissons nés au Nouveau-Brunswick était de taille supérieur pour l'âge gestationnel, tandis que 8,1% des nourrissons était petit pour l'âge gestationnel (poids à la naissance au 10^e percentile). Ces proportions ont demeurés stables au cours des 5 dernières années. Il convient de noter que l'ASPC a déclaré un taux national canadien de 10,4% de bébés nés au 90^e percentile en 2010, après une tendance à la baisse de neuf ans¹.

Définition

Nombre de naissances aux 3^e, 10^e, 90^e et 97^e percentiles selon le sexe et le poids à la naissance (selon le tableau Poids à la naissance pour l'âge gestationnel du Système canadien de surveillance périnatale²) / Nombre total de naissances vivantes.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

Références

1. Agence de santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition de 2013. Ottawa, 2013.
2. Agence de santé publique du Canada, 2001. *Poids à la naissance pour l'âge gestationnel*. Extrait de http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-sssg/bwga-pnag/pdf/bwga-pnag_f.pdf (Consulté le 29 septembre 2016.).

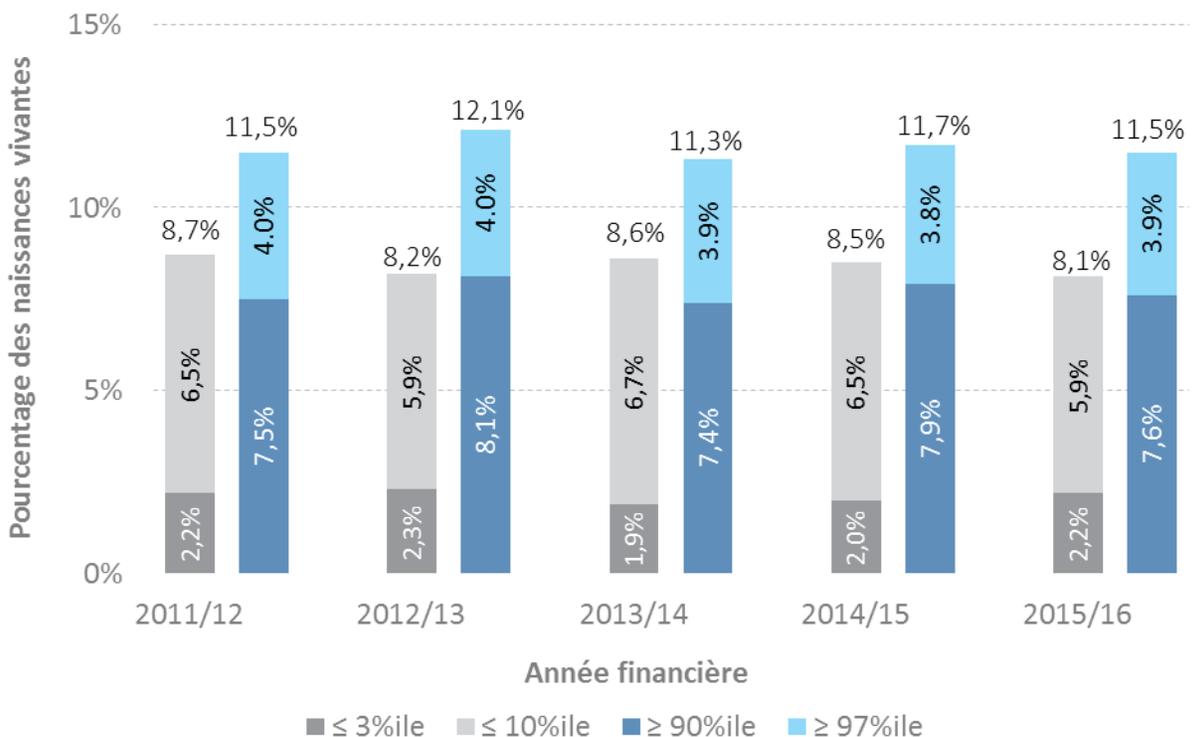


Figure 3.3: Percentile de nourrissons unique, par poids à la naissance pour l'âge gestationnel, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Admissions à une USIN ou une USS par région régionale de la santé

Le nombre d'admissions à une USIN a été compté d'une manière différente pour la province, les RRS et les hôpitaux. Le taux provincial compte chaque nourrisson comme une admission, quel que soit le nombre de transferts et, par conséquent, il constitue le taux réel des admissions à l'USIN par naissance vivante au Nouveau-Brunswick. À l'échelle des RRS, les admissions à l'USIN ont été comptées une seule fois si le nouveau-né a été transféré au sein de la même RRS. Mais elles ont été comptées une fois par RRS, si les nouveaux-nés ont été transférés entre Horizon et Vitalité.

Veillez noter que les admissions à l'Unité des soins spéciaux (USS) du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et de l'Hôpital régional de Miramichi ne sont pas comprises dans les taux déclarés de Vitalité, d'Horizon et du Nouveau-Brunswick en raison de l'absence de saisie de données dans le Système de gestion de données médicales 3M. Le dénominateur du total des naissances vivantes a également été rajusté pour exclure toute naissance ayant lieu dans ces deux hôpitaux. Voir la section Notes et limites (page 4) qui définit l'USS et l'USIN.

Définition

Nombre de nouveau-né âgés de 28 jours ou moins ayant été admis au moins une fois à une USIN ou USS / Nombre total de naissances vivantes. Cela comprend toutes les naissances à l'hôpital et toutes les admissions en pédiatrie, à une USS ou à une USIN.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 29 septembre 2016.

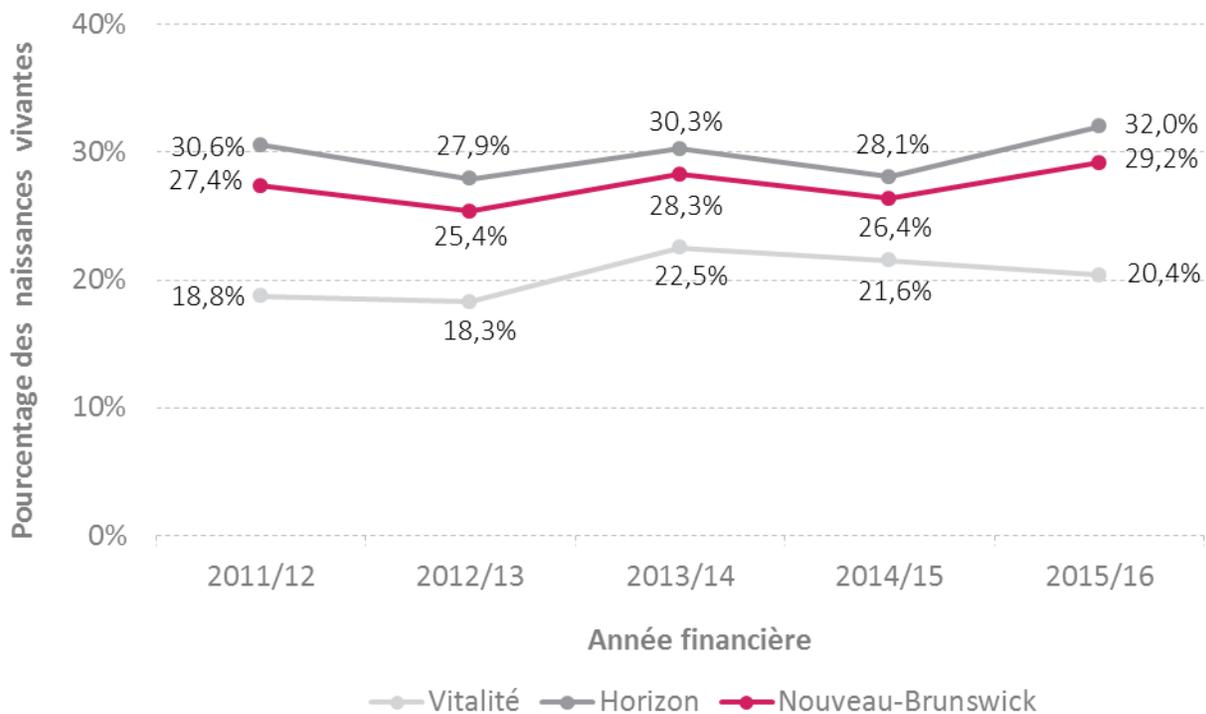


Figure 3.4: Pourcentage des nouveaux-nés admis à une USIN ou USS au cours des 28 premiers jours de vie, par région régionale de la santé, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Admissions à une USIN ou à une USS par hôpital accoucheur

Les admissions à une USIN ont été comptées une fois par hôpital, y compris les transferts. Pour cette raison, on s'attendrait à ce que le taux d'admissions soit supérieur dans les hôpitaux dotés d'une USIN désignée par le SIG à laquelle les nouveaux-nés seraient transférés à partir d'autres hôpitaux (* indique une USIN désignée par le SIG). Veuillez noter que les bébés nés à l'Hôpital du Haut de la Vallée nécessitant des soins spéciaux sont transférés à l'USIN de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers. Compte tenu de cette pratique, les taux de l'HDEC comprennent le nombre total de naissances vivantes ayant lieu à l'Hôpital du Haut de la Vallée.

Définition

Nombre de nouveau-né âgés de 28 jours ou moins qui ont été admis au moins une fois à une USIN ou USS / Nombre total de naissances vivantes.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 29 septembre 2016.

Tableau 3.1: Pourcentage des nouveaux-nés qui ont été admis à une USIN ou une USS au cours des 28 premiers jours de vie, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Hôpital accoucheur	Admission à une unité de soins spéciaux ou une USIN				
	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Hôpital régional de Campbellton	54,3%	49,7% ▼	45,8% ▼	29,2% ▼	19,6% ▼
Hôpital régional de Chaleur	36,7%	36,0% ▼	48,6% ▲	49,8% ▲	53,7% ▲
Hôpital régional d'Edmundston	14,6%	16,0% ▲	18,3% ▲	19,8% ▲	16,3% ▼
Hôpital de Moncton*	38,5%	31,5% ▼	34,6% ▲	32,8% ▼	35,4% ▲
Hôpital régional de Saint John*	31,8%	32,4% ▲	33,5% ▲	28,1% ▼	29,4% ▲
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers* & Hôpital du Haut de la vallée	29,9%	27,3% ▼	30,9% ▲	30,5% ▼	38,4% ▲

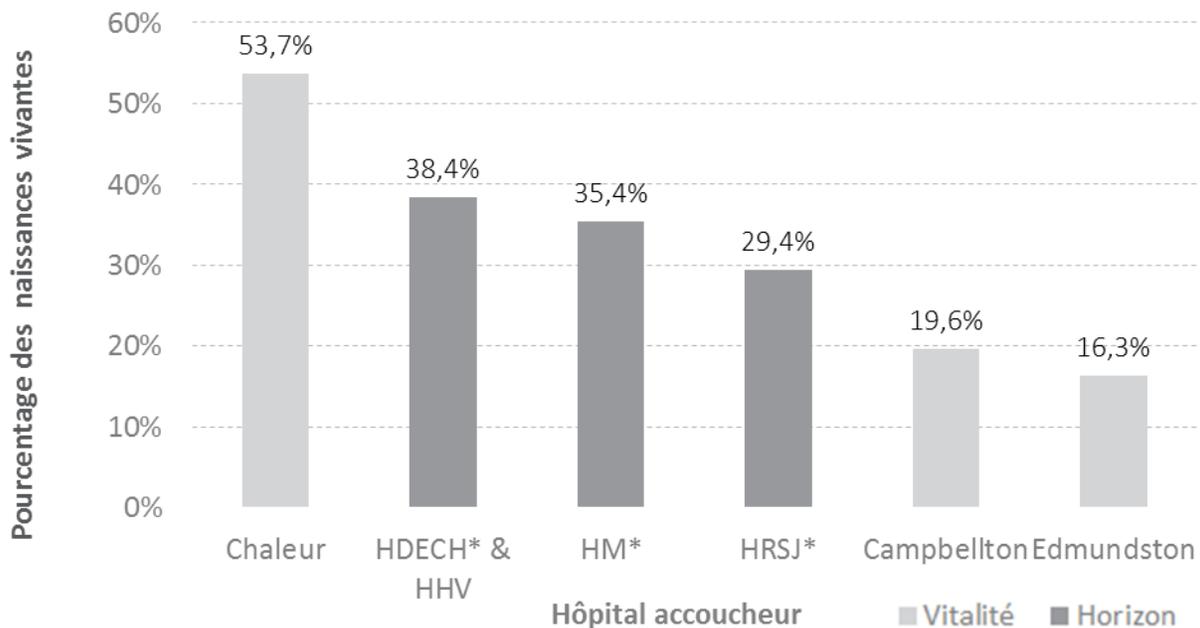


Figure 3.5: Pourcentage des nouveaux-nés admis à une USIN ou USS au cours des 28 premiers jours de vie, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Diagnostiques les plus responsables des admissions à une USIN ou USS

Les diagnostics ont trait à des codes CIM-10 retrouvés dans le Système de gestion de données médicales 3M et n'ont pas pour but de mesurer les taux de certaines conditions médicales au Nouveau-Brunswick. Ces codes reflètent les pratiques dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick et ce que les professionnels de la santé consignent comme raison de l'admission à une USIN ou USS. Veuillez noter que la liste contient uniquement les 15 codes de diagnostic le plus responsable les plus fréquents sur les 153 codes utilisés en 2015/16.

Ces chiffres ne comprennent pas les admissions à l'Unité de soins spéciaux (USS) du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et de l'Hôpital régional de Miramichi.

Définition

Nombre de chaque diagnostic principal pour l'admission à une USIN ou USS/ Nombre de nouveaux-nés âgés de 28 jours ou moins admis au moins une fois à une USIN ou USS.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 29 septembre 2016.

Tableau 3.2: Les 15 diagnostics (définis selon les codes CIM-10) les plus responsables de l'admission à une USS ou USIN, Nouveau-Brunswick, 2015/16.

Diagnostiques les plus responsables de l'admission à une USS ou USIN			
Rang	Diagnostic	Nombre	Taux
1	Autres poids faibles à la naissance	260	13,5%
2	Autres nourrissons nés avant terme	197	10,2%
3	Syndrome de l'enfant dont la mère a un diabète de la grossesse	150	7,8%
4	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des membranes	116	6,0%
5	Détresse respiratoire du nouveau-né, sans précision	109	5,6%
6	Tachypnée transitoire du nouveau-né	103	5,3%
7	Examen et mise en observation pour d'autres raisons précisées	102	5,3%
8	Fœtus et nouveau-né affectés par des maladies infectieuses et parasitaires de la mère	76	3,9%
9	Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections	75	3,9%
10	Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, sans précisions	67	3,5%
11	Autre hypoglycémie néonatale	60	3,1%
12	Enfant unique né à l'hôpital, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées	47	2,4%
13	Enfant exceptionnellement gros	44	2,3%
14	Autres enfants gros pour l'âge gestationnel	38	2,0%
15	Ictère néonatal, sans précision	35	1,8%

Admission à une USIN ou à une USS des nouveaux-nés nés à terme et prématurés

Définition

Nombre de nouveaux-nés prématurés ou nés à terme âgés de 28 jours ou moins admis au moins une fois à une USIN ou USS / Nombre total de naissances vivantes.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 29 septembre 2016.

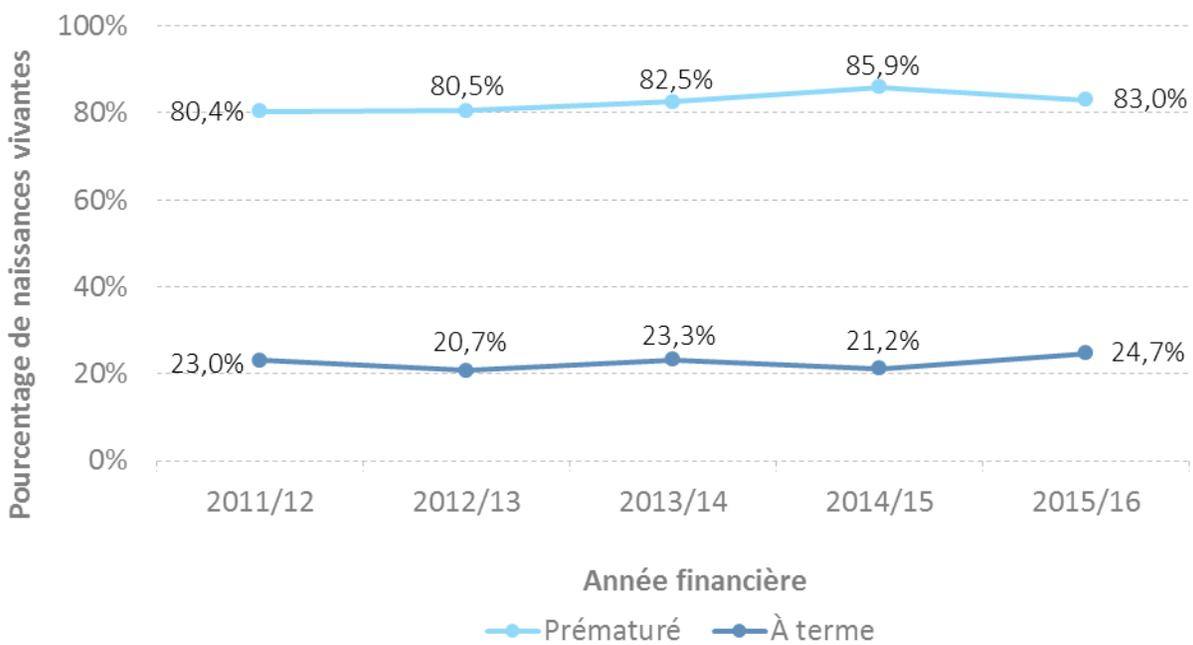


Figure 3.6: Pourcentage des nouveaux-nés admis à une USIN ou USS au cours des 28 premiers jours de vie, par durée de la gestation, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Taux de mortalité néonatale

Veuillez noter que ces taux ne comprennent pas les décès de nouveaux-nés qui ont lieu à l'extérieur de l'hôpital.

Définition

Nombre de décès de nouveaux-nés au cours des 28 premiers jours de vie / Nombre total de naissances vivantes. Cela comprend toutes les naissances à l'hôpital et les admissions en pédiatrie, à une USS ou à une USIN.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

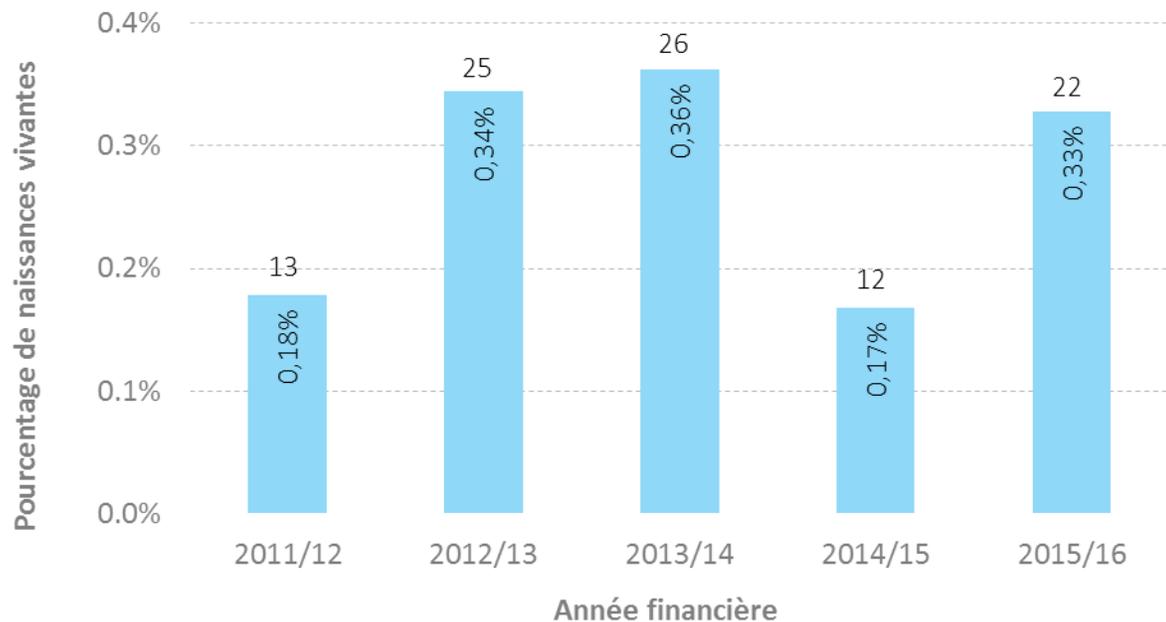


Figure 3.7: Nombre et pourcentage des décès néonataux, Nouveau-Brunswick, 2011/12-2015/16.

Taux d'allaitement exclusif au moment du congé

En 2006, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a créé un formulaire de collecte de données sur l'allaitement, qui a été révisé en 2012 et 2014. Avant 2012, les données étaient considérées comme étant non déclarables en raison de leur qualité et de problèmes de complétion des formulaires. Dans certains hôpitaux, le taux est demeuré relativement stable dans certains hôpitaux tandis qu'une tendance à la baisse a été noté pour d'autres. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté l'initiative Amis des bébés comme stratégie pour protéger, promouvoir et appuyer l'allaitement. Elle comprend la désignation de l'hôpital accoucheur comme étant ami des bébés. Un des indicateurs des résultats considérés dans le processus de désignation est le taux d'allaitement exclusif au moment du congé. Ce taux doit atteindre 75 % ou plus afin qu'une hôpital accoucheur obtiennent cette désignation.

Définition

Nombre de nouveaux-nés allaités exclusivement ou recevant du lait maternisé en complément pour une raison médicale au moment du congé / Nombre total de naissances vivantes.

Sources des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité, 2011-2016. Données extraites le 10 janvier 2017.

Tableau 3.3: Taux d'allaitement exclusif, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2013/14-2015/16.

Hôpital accoucheur	Taux d'allaitement exclusif		
	2013/14	2014/15	2015/16
Hôpital régional de Campbellton	54,9%	57,2% ▲	53,0% ▼
Hôpital régional de Chaleur	58,7%	55,0% ▼	58,4% ▲
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	59,2%	60,2% ▲	59,5% ▼
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	75,3%	73,4% ▼	60,9% ▼
Hôpital régional d'Edmundston	56,2%	52,0% ▼	45,5% ▼
Hôpital régional de Miramichi	48,7%	53,1% ▲	46,9% ▼
Hôpital de Moncton	59,9%	55,7% ▼	52,6% ▼
Hôpital régional de Saint John	59,4%	59,1% ▼	60,2% ▲
Hôpital du Haut de la vallée	56,6%	58,8% ▲	57,8% ▼

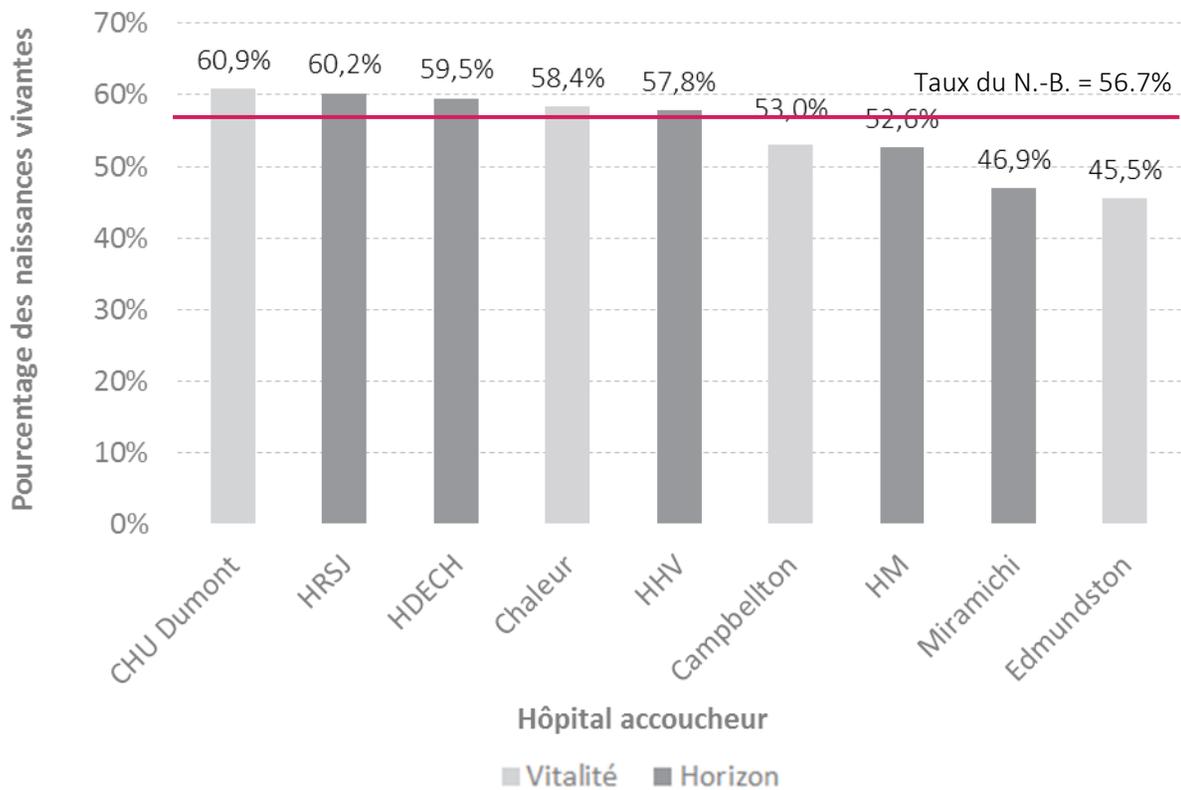


Figure 3.8: Taux d'allaitement exclusif, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2015/16.