



Périnatal NB

Programme de santé périnatale du N.-B.
Rapport d'indicateurs | 2014–2019



Citation suggérée:

Rapport d'indicateurs 2014-2019. Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick. Moncton, NB, 2019.

Liste des indicateurs

Introduction	4
Notes et limites	6
Liste des acronymes	8
Liste des hôpitaux accoucheurs du Nouveau-Brunswick.....	8
Chapitre 1 Santé maternelle.....	9
Nombre total d'accouchements.....	9
Nombre total d'accouchements par hôpital accoucheur.....	10
Âge maternel au moment de l'accouchement	11
Diabète pendant la grossesse.....	12
Hypertension pendant la grossesse.....	13
Le tabagisme pendant la grossesse	14
Le tabagisme maternel pendant la grossesse par zone de santé	15
La consommation de cannabis pendant la grossesse.....	16
Consommation de cannabis pendant la grossesse, par zone de santé	17
Chapitre 2 Travail et accouchement.....	18
Taux de césariennes par hôpital accoucheur	18
Taux de premières césariennes et de césariennes répétées.....	19
Accouchement vaginal à la suite d'une césarienne (AVAC).....	20
Césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation	21
Césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur.....	22
Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique.....	23
Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique par hôpital accoucheur.....	24
Taux de déclenchement artificiel du travail	25
Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur.....	26
Chapitre 3 Santé des nouveaux-nés	27

Nombre total de naissances	27
Taux de naissances prématurées	28
Percentile de poids à la naissance pour l'âge gestationnel	29
Admissions à une USS ou une USNI par régie régionale de la santé	30
Admissions à une USS ou à une USNI, par hôpital accoucheur	31
Diagnostics principalement responsables des admissions à une USS ou à une USNI.....	32
Admissions à une USS ou USNI des nouveau-nés à terme et prématurés	33
Taux de mortalité néonatale	34
Taux d'allaitement exclusif au moment du congé	35

Introduction

Message de la Directrice administrative du Programme

Nous sommes heureux de vous remettre notre deuxième rapport d'indicateurs, représentatif de cinq années de données marquantes. Ce travail reflète la continuité de nos efforts pour fournir des données fiables sur les résultats pour la santé maternelle et néonatale. Depuis la création du Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick, Périnatal NB, nous avons une meilleure compréhension des résultats pour la santé des mères et des nouveau-nés et de la qualité des services connexes. Nous espérons que les professionnels de la santé et les administrateurs utiliseront ces informations et s'appuieront sur leurs observations et leurs expériences pour guider leurs efforts dans les initiatives d'amélioration de la qualité. Nous espérons également que les données guideront les décisions et les initiatives de planification.

Bien que le présent rapport comprenne une courte liste d'indicateurs significatifs, les hauts dirigeants, les administrateurs, les cliniciens et les chercheurs sont invités à nous contacter pour obtenir des données supplémentaires ou plus approfondies. Nous disposons de données sur plus de 18 000 mères et bébés à travers la province qui peuvent fournir une mine d'informations sur nos succès et sur ce que nous pouvons améliorer.

Enfin, je voudrais remercier tous ceux et celles qui ont contribué à notre croissance et à notre succès, en particulier nos dirigeants, membres de l'équipe, partenaires, fournisseurs de soins de santé qui soumettent des données utiles et les équipes de gestion de l'information sur la santé de tous les hôpitaux accoucheurs.

Grâce à la gestion de l'information, au leadership, à la mobilisation des connaissances et aux partenariats, le programme aspire à générer et à faciliter des initiatives de planification des services et d'amélioration de la qualité. Nous croyons que les données contribuent grandement 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 PérinatalNB

Gaetane LeBlanc Cormier



Message de la directrice médicale

Le Programme de santé périnatale du N.-B. est heureux de présenter ce deuxième rapport sur les indicateurs périnataux au Nouveau-Brunswick. En tant que programme, nous continuons à élargir la collecte de données en matière de soins maternels et néonataux au Nouveau-Brunswick. L'élaboration et la révision constantes des formulaires de documentation clinique favorisent une bonne qualité de nos collectes de données. Il est essentiel que les fournisseurs de soins utilisent et remplissent les formulaires approuvés afin d'assurer la qualité des données propices aux changements significatifs.

Ce rapport souligne l'excellence des soins périnataux au Nouveau-Brunswick tout en indiquant les secteurs susceptibles d'amélioration. Notons, par exemple, la baisse continue du nombre de naissances dans la province dans un contexte de notre façon inchangée d'offrir les services d'obstétrique et de soins néonataux. Le rapport fait également état du taux croissant de diabète et d'hypertension chez les femmes enceintes, ce qui nécessite des soins plus complexes qu'auparavant. Pour de nombreux hôpitaux, le taux de césariennes demeure supérieur à la moyenne canadienne et un grand nombre de césariennes à faible risque chez des femmes ayant déjà donné naissance par césarienne (césariennes répétées) sont pratiquées avant la fin de la 39^e semaine de l'âge gestationnel.

Le taux d'admission dans les Unités de soins néonataux intensifs (USNI) et les Unités de soins spéciaux (USS) est supérieur à la moyenne nationale; les nourrissons nés à terme représentent 75 % de ces admissions. Le taux d'allaitement maternel reste essentiellement inchangé depuis les cinq dernières années malgré les efforts concertés déployés par les régies de la santé pour augmenter ce taux. De façon générale, le système doit être grandement amélioré.

Périnatal NB continue de jouer un rôle de direction au niveau du développement de politiques et programmes. Actuellement, notre mandat englobe le transport des mères et des nouveau-nés, un programme provincial de dépistage sérologique maternel et la participation continue aux initiatives nationales. L'élaboration d'un plan stratégique permettra de tracer la voie que suivra le programme au cours des cinq prochaines années; grâce à l'ajout de ressources, Périnatal NB comptera élaborer, à l'intention des fournisseurs de soins périnataux, un programme de formation continue de qualité, y compris la vérification.

En terminant, il me fait plaisir de poursuivre mon travail auprès des intervenants afin d'améliorer les soins périnataux au N.-B. N'hésitez pas à faire parvenir tout commentaire que vous avez concernant le rapport.

La Directrice médicale de PérinatalNB

Dr. Lynn Murphy-Kaulbeck



Notes et limites

Les données du rapport proviennent du Logiciel de gestion de données médicales 3M^{MC} du Réseau de santé Horizon et du Réseau de Santé Vitalité, de 2014-2015 à 2018-2019. Pour plus d'information, veuillez voir la section « Source de 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 relatives à chaque exercice financier prennent compte de la date d'accouchement de la mère, de la date de naissance du nouveau-né et de la date de congé de l'hôpital de la mère à la fin de sa 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 tous les cas de mortinaissance 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), si cette dernière est 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 la 42^e semaine 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 selon les critères établis 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 ($\leq 3^{\text{e}}$ percentile), petits ($\leq 10^{\text{e}}$ percentile) ou gros ($\geq 90^{\text{e}}$ percentile, $\geq 97^{\text{e}}$ percentile) par rapport à leur âge gestationnel, à leur sexe et à leur poids à la naissance.

Un faible poids à la naissance se situe à moins de 2 500 grammes à la naissance à tout âge gestationnel; un poids normal à la naissance, entre 2 500 grammes et 4 500 grammes à tout âge gestationnel; et un poids élevé à la naissance, à plus de 4 500 grammes à tout âge gestationnel.

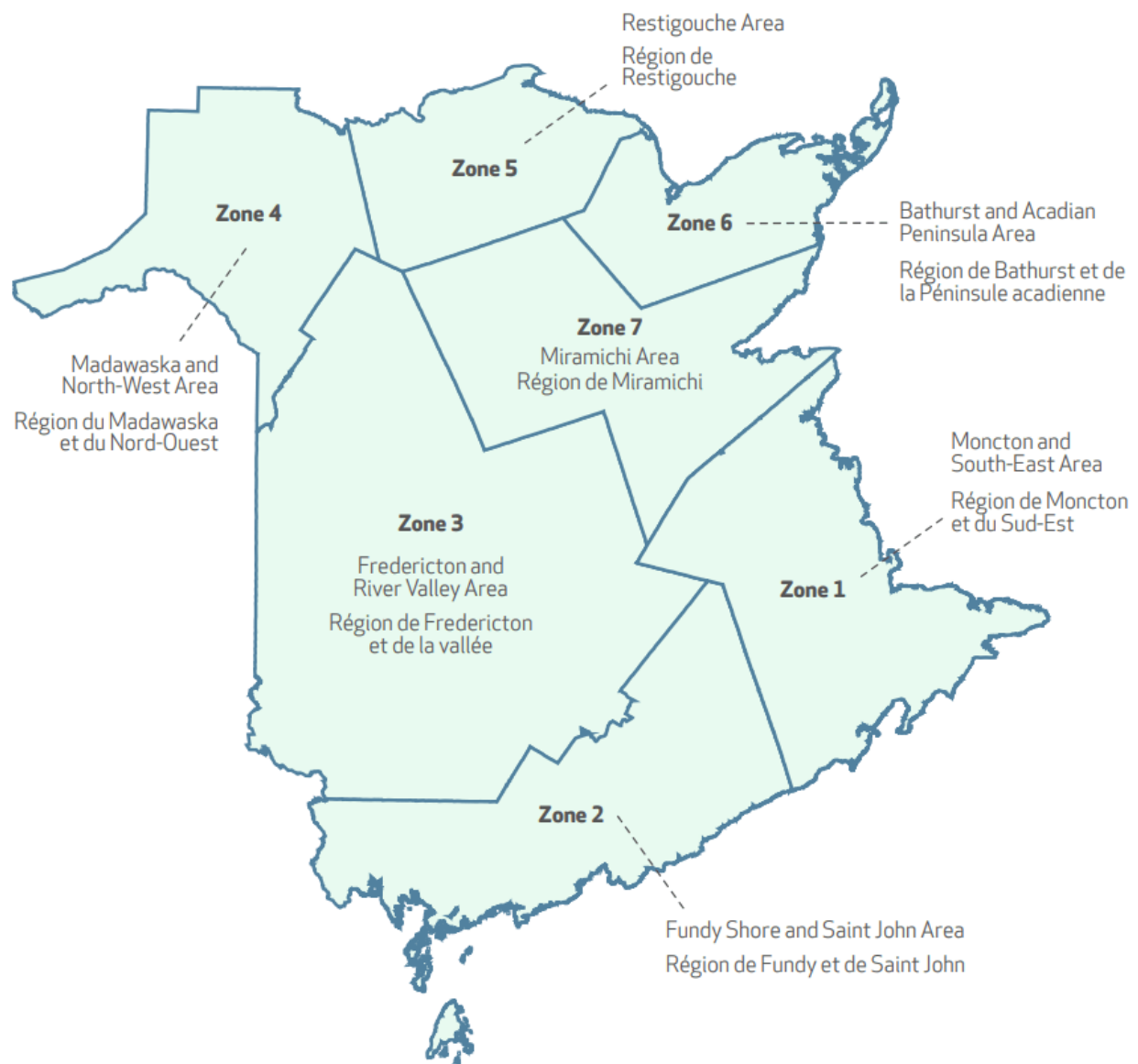
Unité de soins néonataux intensifs (USNI) : Dans la province, trois hôpitaux accoucheurs ont une USNI désignée par la SIG (système d'information de gestion), ce qui leur donne accès à des ressources, notamment à des néonatalogistes. Il s'agit de l'Hôpital de Moncton, de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers et de l'Hôpital régional de Saint John.

Unité de soins spéciaux (USS) : Tous les hôpitaux accoucheurs de la province peuvent offrir un certain niveau de soins spéciaux aux nouveau-nés.

En raison de l'absence de saisie de données du Logiciel de gestion de données médicales 3M^{MC} avant l'exercice en cours, les admissions à l'USS du Centre hospitalier universitaire Dr Georges L. Dumont et de l'Hôpital régional de Miramichi ne sont incluses qu'à partir de l'exercice 2016-2017. Ces hôpitaux ne sont donc pas représentés dans les taux des RRS ainsi que les taux provinciaux en ce qui a trait aux indicateurs des USNI/USS pour 2014-2015 et 2015-2016.

Les taux résultant de moins de six cas rapportés ne sont pas à signaler. Ils sont donc indiqués par « ND » (non déclarable) dans ce rapport.

Carte des zones de santé : (extrait du site Web du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick – Cartes des zones de santé et des communautés du CSNB : <https://csnb.ca/cartes-des-zones-de-sante-et-des-communautes-du-csnb>)



Zone de santé 1 – Région de Moncton et du Sud-Est
Zone de santé 2 – Région de Fundy et de Saint John
Zone de santé 3 – Région de Fredericton et de la vallée
Zone de santé 4 – Région du Madawaska et du Nord-Ouest
Zone de santé 5 – Région de Restigouche
Zone de santé 6 – Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne
Zone de santé 7 – Région de Miramichi

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
ND : Non déclarable (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 façon constante, passant de 6 849 à 6 273, soit une baisse de 8,4 % entre 2014-2015 et 2018-2019. En raison du vieillissement de la population du Nouveau-Brunswick, cette tendance à la baisse devrait continuer.

Définition

Nombre total d'accouchements effectués à 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 and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

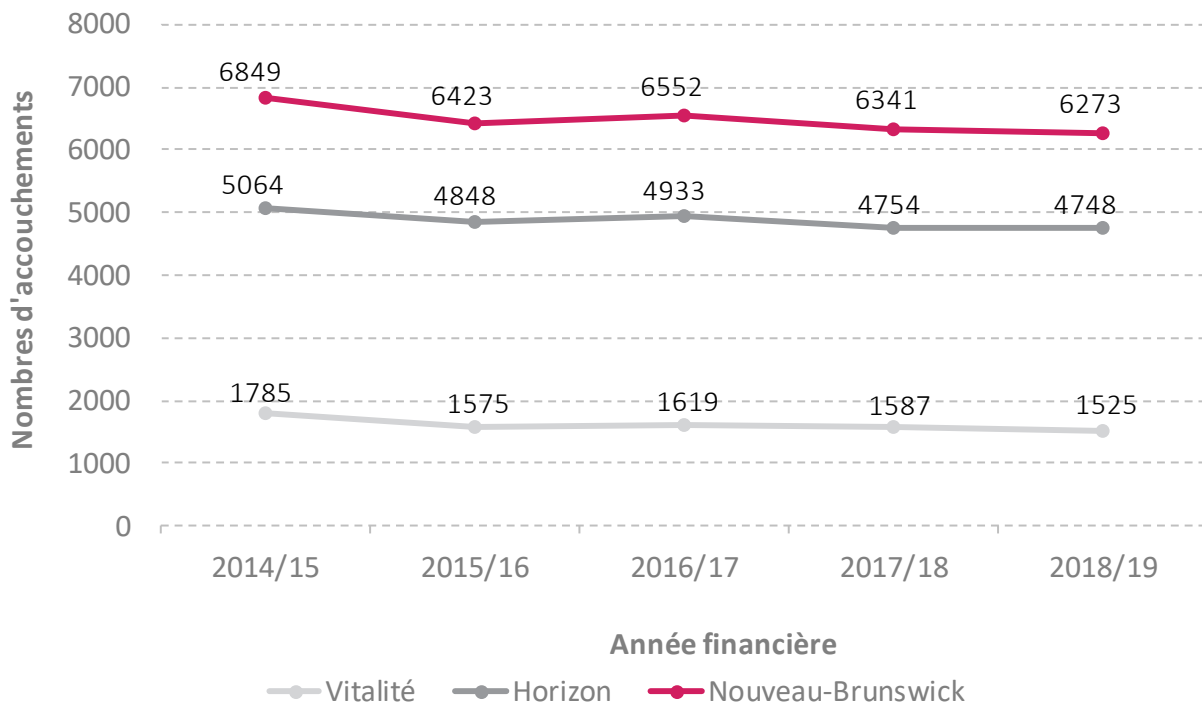


Figure 0.1: Nombre d'accouchements par endroit, de 2014-2015 à 2018-2019

Nombre total d'accouchements par hôpital accoucheur

En 2018-2019, 75,7 % des accouchements au Nouveau-Brunswick ont eu lieu dans un hôpital accoucheur du Réseau de santé Horizon, et 30,3 % des accouchements au Nouveau-Brunswick ont eu lieu dans la région de Moncton (Zone 1).

Note : En 2018-2019, l'Hôpital régional de Campbellton et l'Hôpital régional de Miramichi ont pris en charge les accouchements pour le compte de l'Hôpital régional Chaleur durant la fermeture de son unité d'obstétrique.

Définition

Nombre d'accouchements effectués à chaque hôpital accoucheur / Nombre total d'accouchements 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 and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

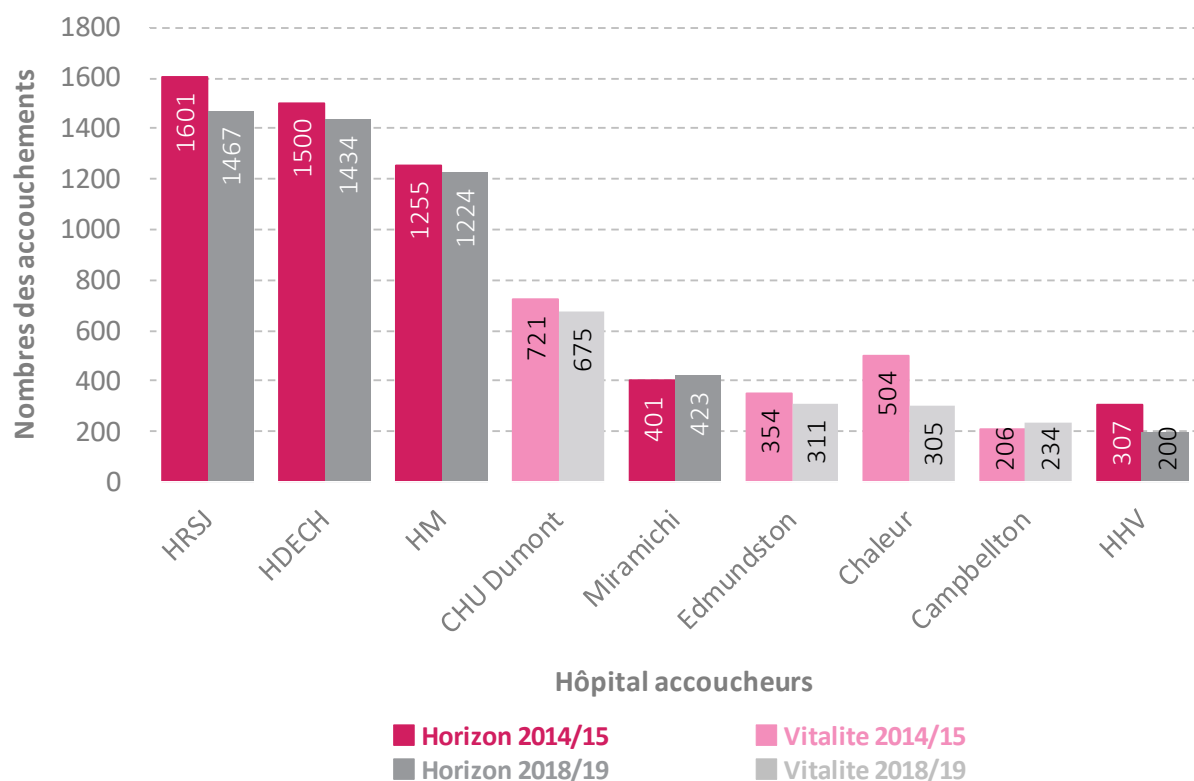


Figure 1.2: Nombre des accouchements à chaque hôpital accoucheur au Nouveau-Brunswick en 2014-2015, 2018-2019.

Âge maternel au moment de l'accouchement

Le pourcentage d'accouchements chez les mères plus âgées (>35 ans) a augmenté légèrement entre 2014-2015 et 2018-2019, soit de 12,7 % (IC de 95 % : 12,0-13,6 %) à 14,1 % (IC de 95 % : 13,1-14,9 %), tandis que le pourcentage d'accouchements chez les mères plus jeunes (<20 ans) durant cette période a diminué considérablement, passant de 5,1 % (IC de 95 % : 4,6-5,6 %) à 3,5 % (IC de 95 % : 3,1-4,0 %). En 2014, le pourcentage de naissances vivantes au Canada chez les femmes âgées de 10 à 19 ans était de 3,8 %¹. Ni le pourcentage national ou provincial compilé est dans la mesure de refléter le taux de grossesse chez les adolescentes car les avortements (soient spontanés ou thérapeutique) sont exclus de ce calcul.

Définition

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

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Références

1. Public Health Agency of Canada. Perinatal Health Indicators for Canada 2017. Ottawa, 2017.

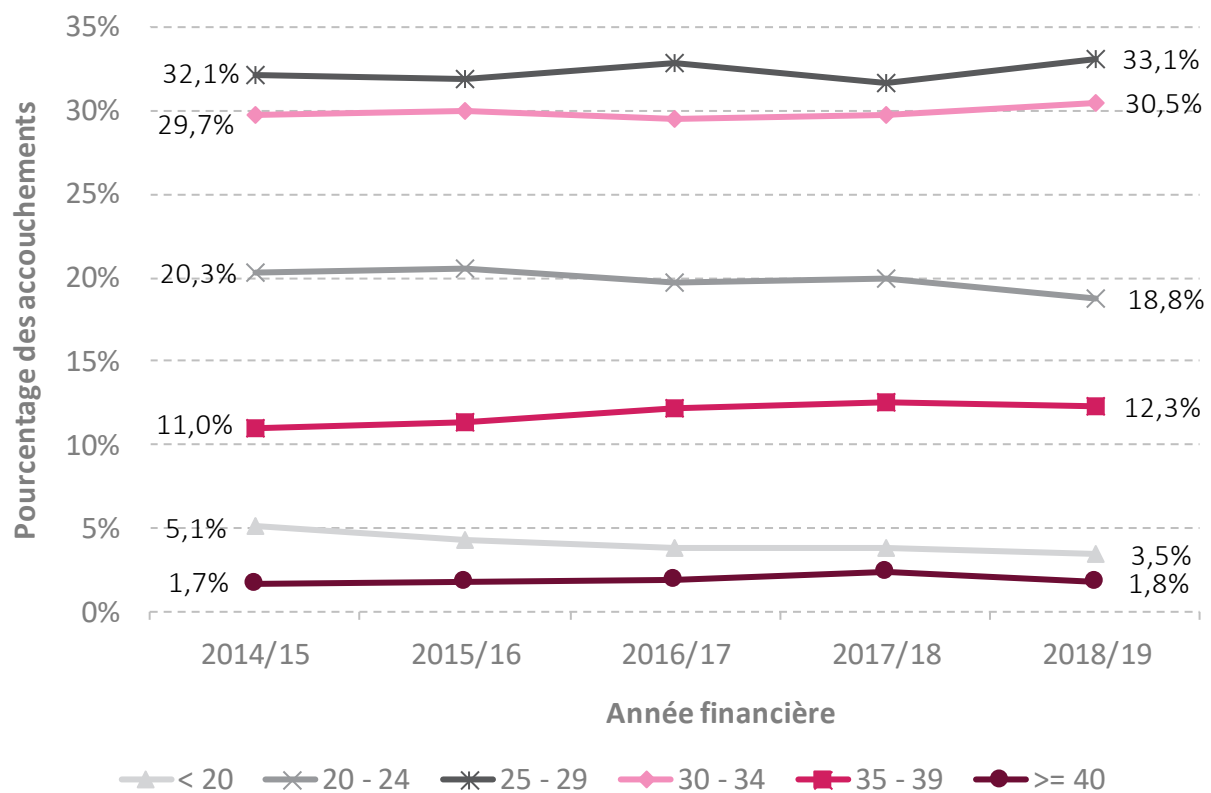


Figure 1.3: Âge maternel au moment de l'accouchement, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Diabète pendant la grossesse

Le taux de diabète préexistant (type 1 et type 2) chez les mères devant accoucher a augmenté légèrement depuis les cinq dernières années, passant de 0,69 % (IC : 0,49-0,88 %) à 0,94 % (IC : 0,70-1,20 %), tandis que le taux de diabète gestationnel a augmenté considérablement, passant de 5,71 % (IC de 95% : 5,16-6,26%) en 2014-2015 à 8,11 % (IC de 95 % : 7,45-8,79 %) en 2018-2019. Cette hausse peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de femmes ayant subi un test de dépistage du diabète durant leur grossesse.

Le syndrome chez le nourrisson de la mère atteinte du diabète gestationnel est l'une des principales causes de l'admission à une USNI ou USS au Nouveau-Brunswick. En 2018-2019, dans les trois hôpitaux accoucheurs dotés d'une USNI, le diabète gestationnel figurait parmi les six diagnostics principalement responsables de l'admission à l'unité. Les femmes atteintes du diabète gestationnel courent un risque accru de développer le diabète de type 2 plus tard dans leur vie¹. De plus, le diabète durant la grossesse expose le nouveau-né au risque d'hypoglycémie et d'hypertrophie foetale¹.

Définition

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

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Références

1. Berger, H., Gagnon, R., Sermer, M. *Diabetes in Pregnancy*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 38(7) p 667-679.

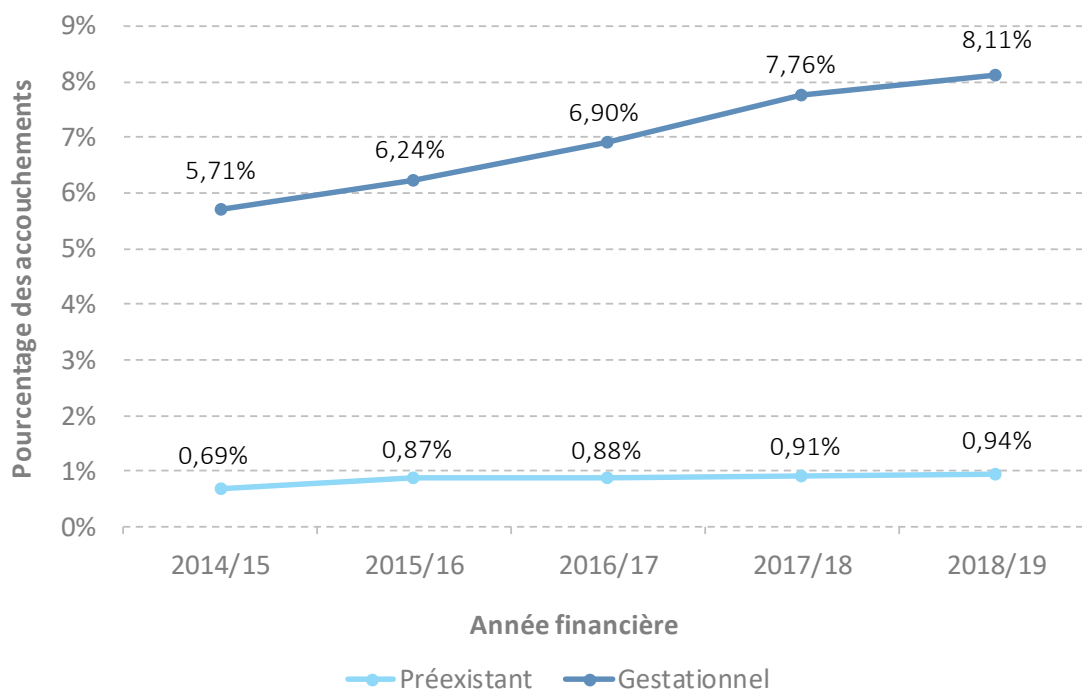


Figure 1.4: Pourcentage des femmes atteintes de diabète durant leur grossesse, par type de diabète, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Hypertension pendant la grossesse

Le pourcentage de femmes atteintes d'hypertension et de prééclampsie préexistantes reste inchangé de 2016-2017 à 2018-2019, tandis que la proportion de femmes atteintes d'hypertension gestationnel a augmenté considérablement, passant de 4,36 % (IC : 3,87-4,86 %) à 5,58 % (IC : 5,01-6,15 %).

Approximativement 7 % de toutes les femmes enceintes au Canada sont atteintes d'hypertension (préexistante, gestationnel et éclampsie) durant la grossesse. Ce pourcentage est inférieur à la proportion globale des troubles d'hypertension durant la grossesse au Nouveau-Brunswick, laquelle s'établissait à 10 % en 2018-2019. L'hypertension durant la grossesse peut affecter la santé maternelle, fœtale et infantile tant au cours de la grossesse qu'à la suite de l'accouchement¹. Elle peut entraîner l'accouchement prématuré et le retard de croissance fœtale et ainsi augmenter le risque de morbidité et de mortalité néonatales¹. De plus, certaines évidences démontrent que l'hypertension durant la grossesse expose les femmes à des facteurs de risque cardiovasculaires après la grossesse¹.

Definition

Nombre d'accouchements chez les femmes atteintes d'hypertension préexistante, gestationnel ou pré-éclampsie / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Reference

1. Butalia, et al. *Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy*. Canadian Journal of Cardiology; (34): 526-531.

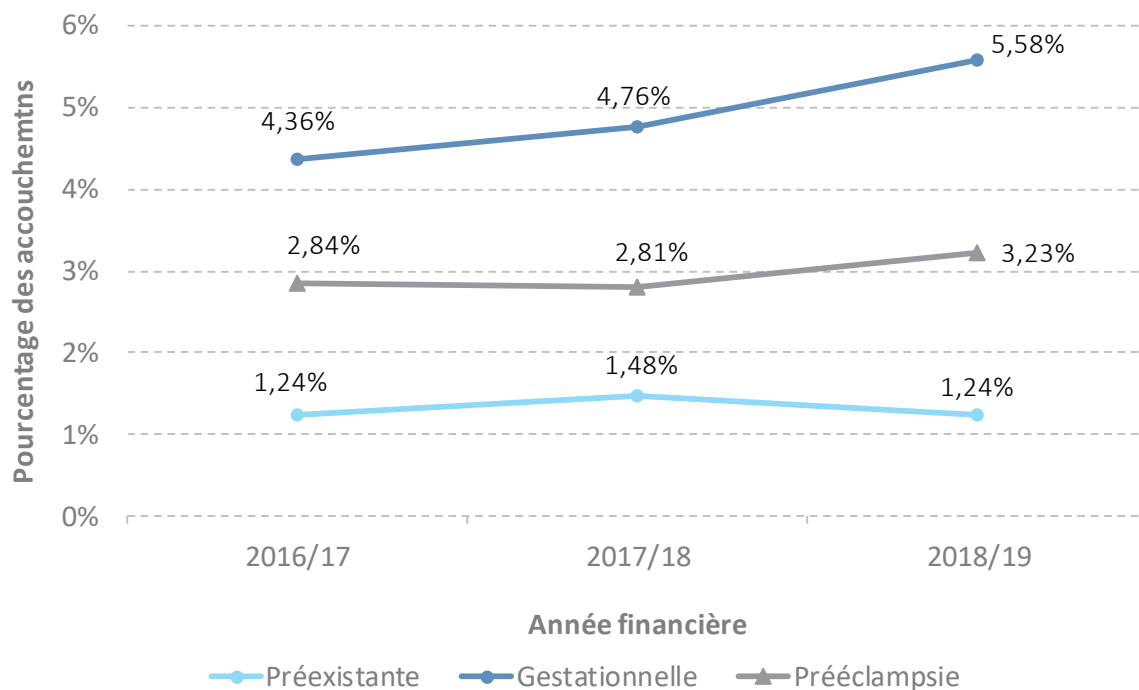


Figure 1.5: Pourcentage de femmes atteintes d'hypertension durant la grossesse, par type d'hypertension, Nouveau-Brunswick, 2016/17 à 2018/19.

Le tabagisme pendant la grossesse

De 2016-2017 à 2018-2019, le taux de tabagisme chez les femmes fumeuses avant la grossesse et le taux de tabagisme chez les femmes fumeuses pendant la grossesse sont restés inchangés à l'échelle du Nouveau-Brunswick. En 2012, le taux de tabagisme durant la grossesse chez les femmes âgées de 20 à 44 ans était de 6,3 % (IC : 3,8-8,8 %)¹.

Il est prouvé que le tabagisme durant la grossesse augmente le risque de mortinaissance et d'accouchement avant terme². Il est également associé à un risque accru de faible poids à la naissance². Tel que démontré dans les données ci-dessous, un bon nombre de femmes cessent de fumer lorsqu'elles deviennent enceintes. En 2018-2019, 20,5 % des femmes ayant accouché étaient fumeuses avant d'être enceintes, alors que 14,6 % des femmes étaient fumeuses tout au long de leur grossesse. Ces données indiquent qu'approximativement 30 % des femmes ont cessé de fumer lorsqu'elles sont devenues enceintes.

Définition

Nombre de femmes fumeuses avant la grossesse / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Références

1. L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2012 : Tableaux supplémentaires. Table 7 : Tabagisme et grossesse. Extrait le 20 septembre 2019 de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-2012-tableaux-supplementaires.html#t7>.
2. Agence de la santé publique du Canada. Fiche d'information de renoncement au tabac durant la grossesse et rechute post-partum au Canada, 2016.

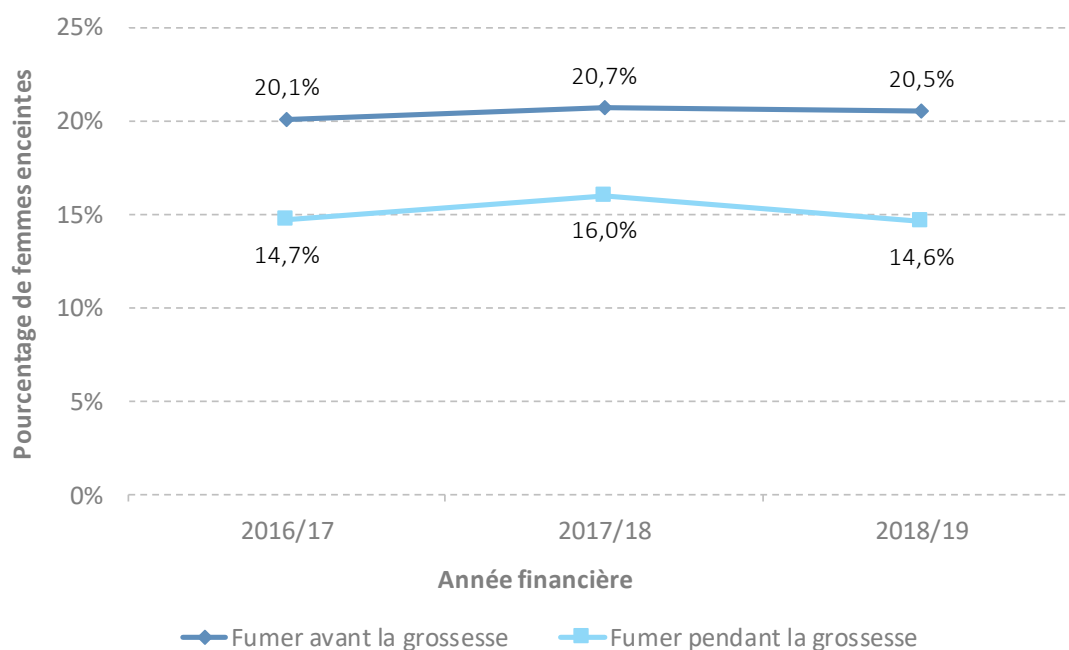


Figure 1.6: Pourcentage de femmes qui fumaient avant la grossesse et durant la grossesse, Nouveau-Brunswick, 2016/17 à 2018/19

Le tabagisme maternel pendant la grossesse par zone de santé

En 2018-2019, la zone de santé 7 (région de Miramichi) affichait le plus pourcentage le plus élevé de femmes qui fumaient durant leur grossesse, soit 23,7% (IC : 18,7-28,8 %), alors que la zone de santé 1 (région de Moncton) enregistrait le pourcentage le moins élevé, soit 11,0 % (IC : 9.5-12.5 %). En 2018-2019, le pourcentage de femmes fumeuses durant leur grossesse au Nouveau-Brunswick était de 14,6% (IC : 13,7-15,5 %).

Définition

Nombre de femmes fumeuses pendant leur grossesse / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Table 1.1: Pourcentage de femmes fumeuses durant leur grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2016/17 à 2018/19

Zone de santé	Fumer pendant la grossesse		
	2016/17	2017/18	2018/19
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	12,0%	11,0%	11,0%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	14,9%	19,5%	16,0%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	14,1%	14,1%	14,0%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Ouest	14,0%	17,4%	19,5%
Zone 5 - Région de Restigouche	20,9%	21,9%	16,7%
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne	16,4%	22,0%	15,3%
Zone 7 - Région de Miramichi	24,4%	22,0%	23,7%

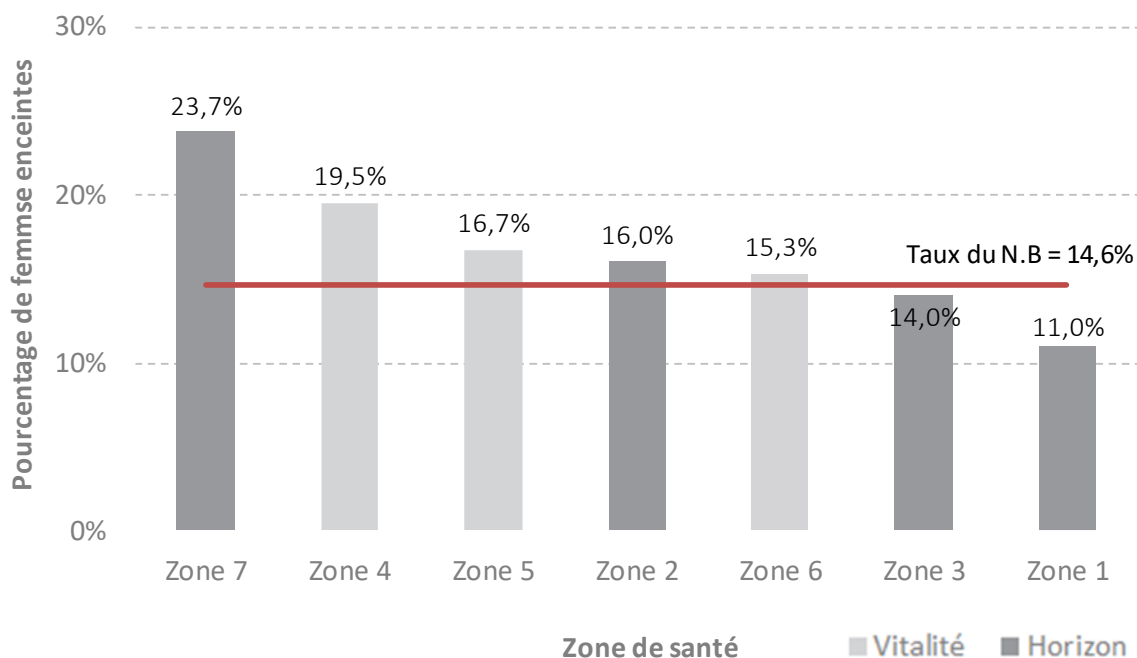


Figure 1.7: Pourcentage de femmes fumeuses durant leur grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2018/19.

La consommation de cannabis pendant la grossesse

En 2018-2019, 6,7 % des femmes consommaient du cannabis durant leur grossesse (IC : 6,1-7,4%), une proportion considérablement plus élevée que celle de 2016-2017, soit 5,0 % des femmes (IC : 4,5-5,6 %). Il est à noter que cette augmentation peut être attribuable à la légalisation du cannabis au Canada en octobre 2018, entraînant soit une plus grande consommation chez les femmes enceintes, soit un plus grand niveau de confort dans la divulgation de l'usage du cannabis au fournisseur de soins. Actuellement, aucun comparateur national n'existe en ce qui a trait à cet indicateur.

En ce moment, il existe peu d'information sur l'effet de la consommation du cannabis durant la grossesse ou la période d'allaitement sur le développement de l'enfant ou sur les issues néonatales¹. Il est prouvé que la principale substance psychoactive du cannabis (THC) peut traverser le placenta, ce qui indique qu'elle peut affecter le fœtus². Compte tenu des connaissances limitées sur les effets liés à la consommation du cannabis durant la grossesse ainsi que les risques connus de l'usage du tabac et de l'alcool durant la grossesse, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande aux femmes de s'abstenir de consommer du cannabis durant la grossesse².

Définition

Nombre de femmes ayant consommé du cannabis durant leur grossesse / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Références

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique de l'Ontario), Carsley S, Lecce P. Évidence bref: Health effects of cannabis exposure in pregnancy and breastfeeding. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2018.
2. SOGC. Fiche de renseignements : Le cannabis et la grossesse ne font pas bon ménage. Consulté le 11 septembre 2019.

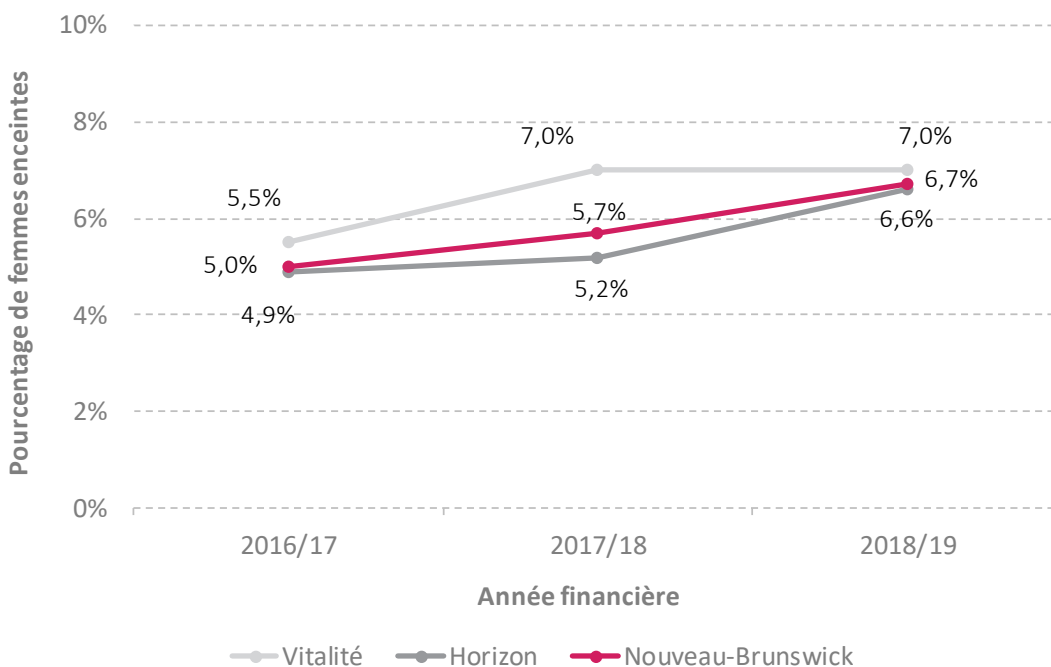


Figure 1.8: Pourcentage des mères ayant consommé du cannabis durant leur grossesse, par endroit, Nouveau-Brunswick, 2016/17 à 2018/19.

Consommation de cannabis pendant la grossesse, par zone de santé

Avec un taux 8,3%, la zone de santé 5 (région de Restigouche) affichait en 2018-2019 la proportion la plus élevée des femmes ayant consommé du cannabis durant la grossesse (IC : 4,3-12,4 %), alors que la zone de santé 6 (région de Bathurst et de la Péninsule acadienne) démontrait le taux le plus bas avec 3,8 % (IC : 2,0-5,5 %).

Définition

Nombre de femmes ayant consommé du cannabis durant la grossesse / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Table 1.2: Pourcentage de femmes ayant consommé du cannabis durant la grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2016/17 à 2018/19.

Zone de santé	Usage de cannabis		
	2016/17	2017/18	2018/19
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	5,4%	5,6%	7,1%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	5,3%	6,9%	7,4%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	4,8%	4,2%	6,8%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Oues	3,4%	4,6%	5,5%
Zone 5 - Région de Restigouche	5,1%	5,6%	8,3%
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule ac	4,0%	7,1%	3,8%
Zone 7 - Région de Miramichi	5,5%	7,8%	6,1%

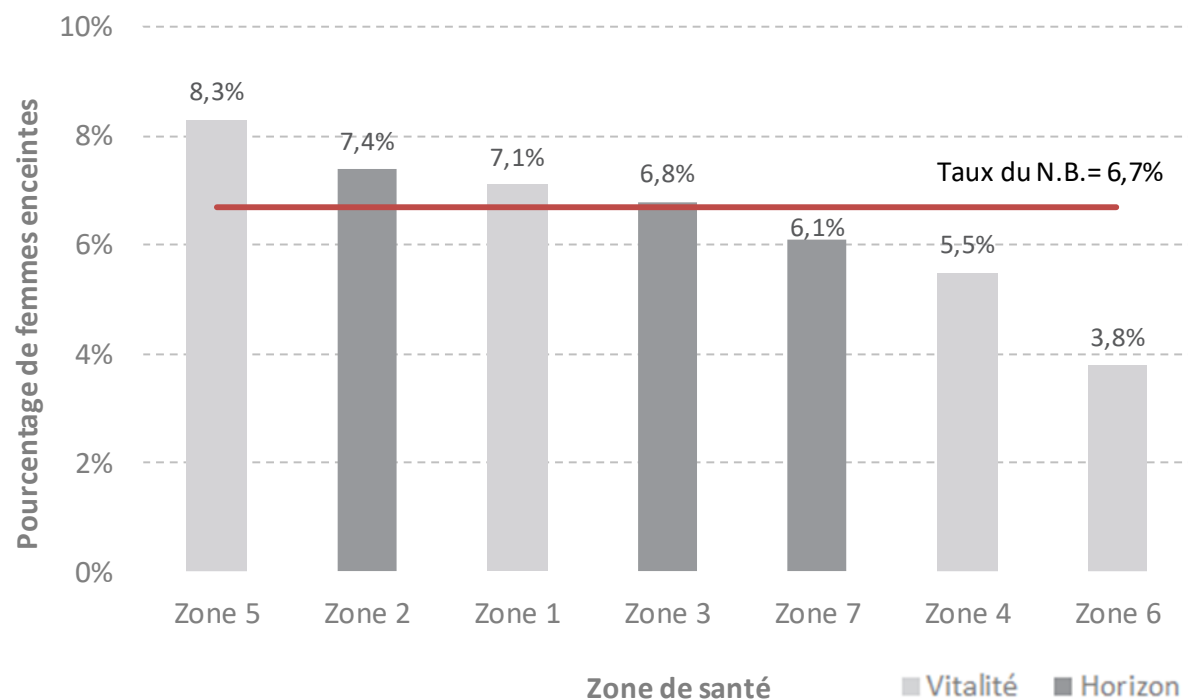


Figure 1.9: Pourcentage de femmes ayant consommé du cannabis durant la grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2018/19.

Chapitre 2 Travail et accouchement

Taux de césariennes par hôpital accoucheur

Le taux global de césariennes de la province est demeuré plutôt stable au cours des cinq dernières années, allant de 27,4 % à 28,7 % de 2014-2015 à 2018-2019. Ces taux sont comparables au taux national de 28,8 % pour 2017-2018 établi par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Définition

Nombre d'accouchements par césarienne effectués 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 and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 27 août 2019.

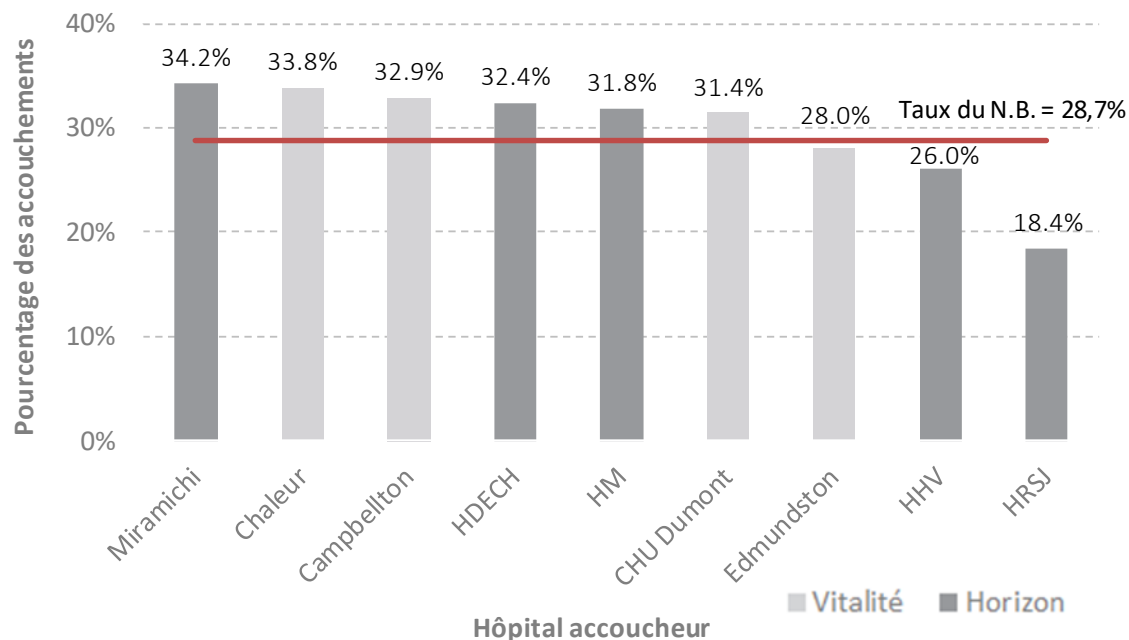


Figure 2.1: Pourcentage d'accouchements par césarienne, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2018/19.

Table 2.1: Pourcentage d'accouchements par césarienne, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Hôpital accoucheur	Taux de césariennes				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Hôpital régional de Campbellton	30,6%	23,6%	29,3%	30,3%	32,9%
Hôpital régional de Chaleur	33,3%	32,6%	33,7%	39,1%	33,8%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	30,0%	30,4%	28,9%	32,2%	32,4%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	30,1%	30,5%	34,5%	28,5%	31,4%
Hôpital régional d'Edmundston	24,0%	29,0%	28,9%	32,7%	28,0%
Hôpital régional de Miramichi	34,3%	32,4%	31,9%	32,3%	34,2%
Hôpital de Moncton	27,8%	31,5%	28,6%	32,2%	31,8%
Hôpital régional de Saint John	21,2%	19,5%	19,9%	19,5%	18,4%
Hôpital du Haut de la vallée	23,1%	30,7%	24,2%	26,5%	26,0%

Taux de premières césariennes et de césariennes répétées

Le pourcentage de premières césariennes effectuées au Nouveau-Brunswick a augmenté au cours des cinq dernières années, passant de 17,7 % (IC : 16,7-18,7%) en 2014-2015 à 19,7 % (IC : 18,7-20,8 %) en 2018-2019, alors que le pourcentage de césariennes répétées a diminué, passant de 87,3 % (IC : 85,2-89,4 %) en 2014-2015 à 82,7% (IC : 80,2-85,2 %) en 2018-2019.

Le taux de premières césariennes au Canada en 2017-2018 était de 19,4 %, alors que le taux de césariennes répétées était de 81,3 %¹.

Définition

Taux de premières césariennes : Nombre de premières césariennes / Nombre d'accouchements chez les femmes n'ayant jamais eu de césarienne.

Taux de césariennes répétées : Nombre de césariennes répétées / Nombre d'accouchements chez les femmes ayant déjà eu au moins une césarienne auparavant.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 27 août 2019.

Références

1. Quick Stats – Childbirth Indicators by Place of Residence. Institut canadien d'information sur la santé. Consulté le 20 septembre 2019.

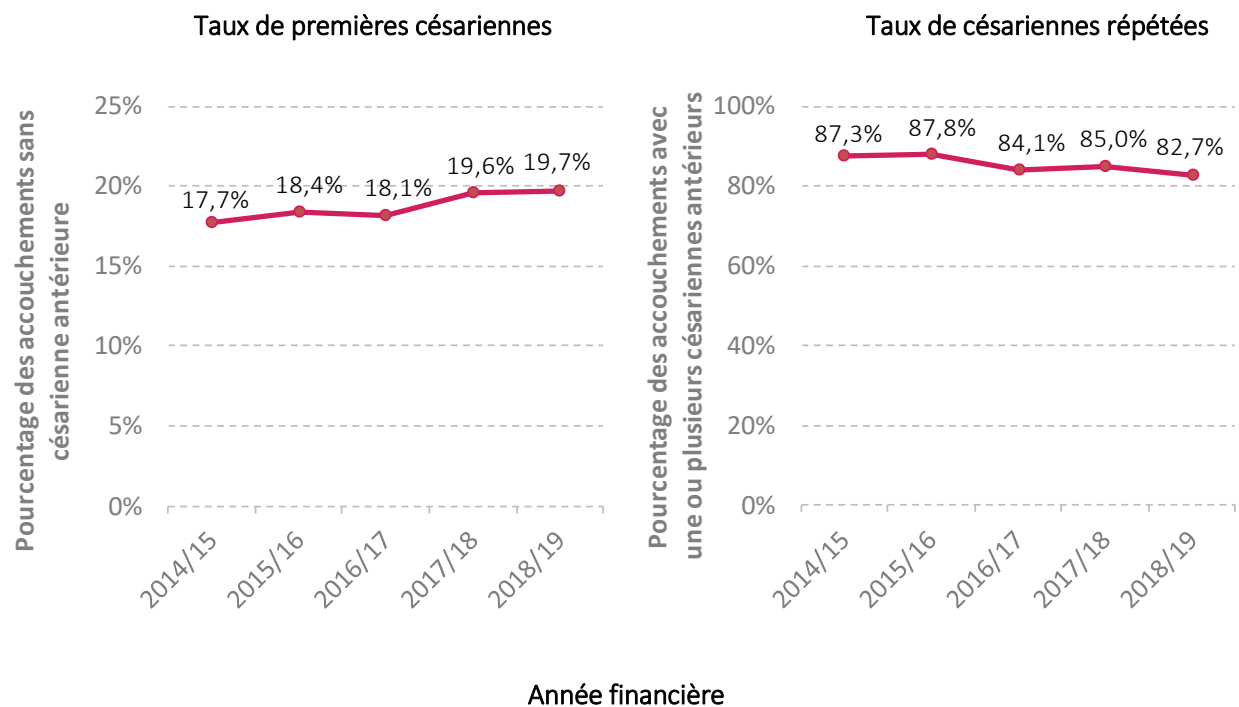


Figure 2.2: Pourcentage de premières césariennes et de césariennes répétées, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

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

Le taux de tentative d'AVAC a augmenté, passant de 16,9 % (IC : 14,5-19,2 %) en 2014-2015 à 21,1 % (IC : 18,4-23,8 %) en 2018-2019. De plus, le taux de réussite des AVAC a augmenté, passant de 75,3 % (IC : 68,7-82,0 %) en 2014-2015 à 81,9 % (IC : 76,4-87,4 %) en 2018-2019. En raison des limites dans la saisie des données, il nous est impossible de calculer les taux d'AVAC sur le nombre de femmes admissibles à l'AVAC.

Définition

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

Taux de tentatives de AVAC : Nombre d'accouchements (réussis ou non) par AVAC / Nombre d'accouchements suivant une césarienne antérieure.

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

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 27 août 2019.

Table 2.2: Taux brut de AVAC, taux de tentatives de AVAC, taux de réussite de AVAC, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Endroit	AVAC				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Taux brut de AVAC	12,7%	12,2%	15,9%	14,9%	17,3%
Taux de tentatives de AVAC	16,9%	17,9%	19,3%	17,4%	21,1%
Taux de réussite de AVAC	75,3%	68,0%	82,5%	85,5%	81,9%

Table 2.3: Pourcentage brut de AVAC, taux de tentatives de AVAC, taux de réussite de AVAC, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2018/19.

Hôpital accoucheur	AVAC par hôpital accoucheur		
	Taux brut de AVAC	tentatives de AVAC	Taux de réussite de AVAC
Hôpital régional de Campbellton	ND	ND	0,0%
Hôpital régional de Chaleur	ND	14,5%	ND
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	13,4%	16,6%	80,9%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	20,0%	23,2%	86,4%
Hôpital régional d'Edmundston	ND	ND	ND
Hôpital régional de Miramichi	ND	13,2%	ND
Hôpital de Moncton	16,0%	21,7%	73,7%
Hôpital régional de Saint John	39,2%	39,9%	98,4%
Hôpital du Haut de la vallée	0,0%	0,0%	NA

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

Cet indicateur évalue le pourcentage de césariennes répétitives électives à faible risque effectué à terme, mais avant la 39^e semaine. L'expression « à faible risque » qualifie l'accouchement d'un bébé unique (accouchement simple) en l'absence de 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 mellitus, la disproportion ou l'anormalité des organes pelviens maternels, les anormalités ou les problèmes fœtaux et les mouvements fœtaux réduits.

Au cours des cinq dernières années, ce taux est demeuré stable au Nouveau-Brunswick, passant de 31,8 % (IC : 27,9-35,7 %) en 2014-2015 à 32,9 % (IC : 28,3-37,5 %) en 2018-2019.

Selon une étude publiée par la revue *New England Journal of Medicine* en 2009, les césariennes répétées électives (sans indication d'accouchement immédiat ou précoce) effectuées entre les 37^e et 38^e semaines complètes de gestation étaient associées à une augmentation du risque d'effets indésirables, notamment la ventilation artificielle, la septicémie, l'hypoglycémie et l'admission à l'unité de soins néonataux intensifs¹.

Définition

Nombre de césariennes répétées planifiées à faible risque effectué entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation (37+0 à 38+6) / Nombre total de césariennes répétées planifiées et à faible risque effectuées à terme (≥ 37 semaines de gestation)

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Reference

1. Tita, et al. *Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes*. *The New England Journal of Medicine*; 360(2).

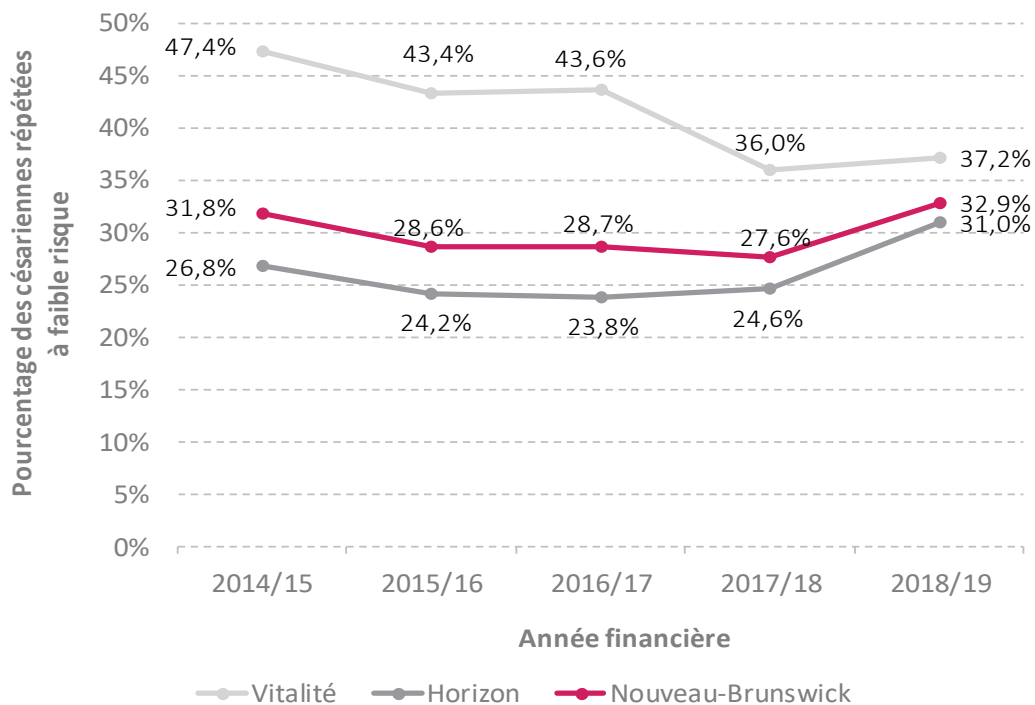


Figure 2.3: Pourcentage de césariennes répétées à faible risque effectuées à terme entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par endroit, 2011/12 à 2015/16.

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

Table 2.4: Pourcentage de césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur, de 2014/15 à 2018/19

Hôpital accoucheur	Césariennes à faible risque effectuées à terme entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Hôpital régional de Campbellton	58.8%	ND	ND	ND	ND
Hôpital régional de Chaleur	34.1%	52.6%	51.6%	39.0%	50.0%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	22.9%	20.1%	21.0%	23.0%	28.2%
Hôpital Dr. Georges-L.-Dumont	51.0%	43.6%	44.0%	44.1%	37.0%
Hôpital régional d'Edmundston	56.5%	29.2%	50.0%	31.8%	ND
Hôpital régional de Miramichi	70.0%	45.6%	56.4%	50.0%	55.0%
Hôpital de Moncton	28.8%	33.7%	25.9%	27.7%	30.0%
Hôpital régional de Saint John	14.3%	14.3%	11.9%	20.0%	19.5%
Hôpital du Haut de la vallée	21.2%	ND	ND	ND	ND

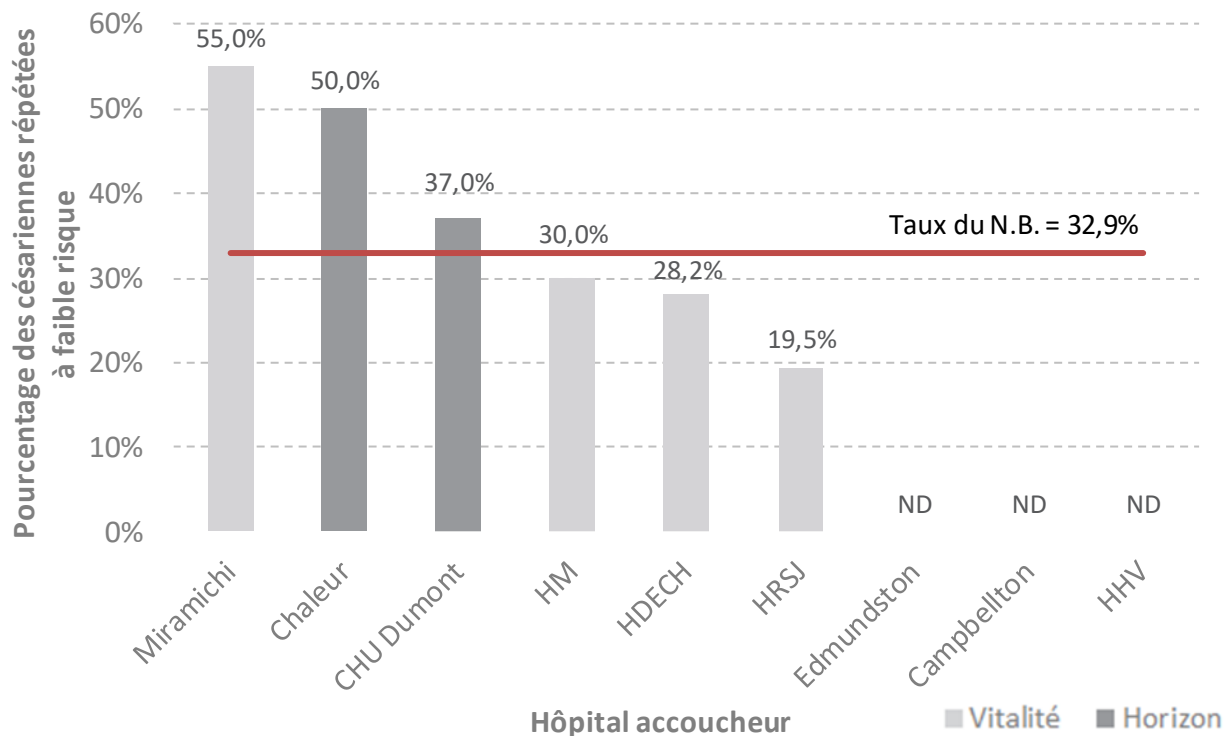


Figure 2.4: Pourcentage de césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur, 2018/19.

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

Le taux provincial d'épisiotomie est demeuré relativement stable au cours des cinq dernières années. Une épisiotomie est une incision pratiquée dans le périnée durant l'accouchement, une intervention utilisée fréquemment durant un accouchement vaginal opératoire (assisté par forceps ou ventouse obstétricale, par exemple). Selon les recherches, le recours systématique à l'épisiotomie n'est pas nécessaire¹.

Définition

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

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019.
Données extraites le 11 juillet 2019.

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

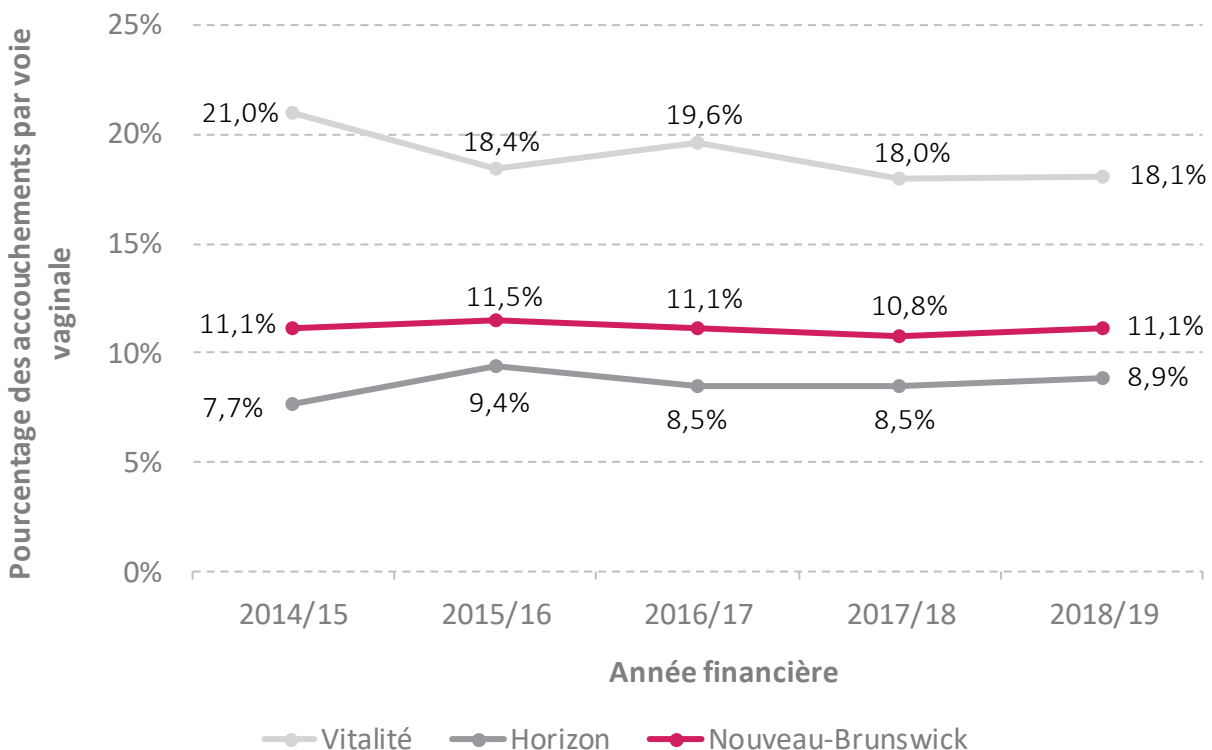


Figure 2.5: Taux d'épisiotomie dans les accouchements par voie vaginale de bébé unique par endroit, de 2014/15 à 2018/19.

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

Table 2.5: Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique, par hôpital accoucheur, de 2014/15 à 2018/19.

Hôpital accoucheur	Épisiotomie				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Hôpital régional de Campbellton	55,2%	51,1%	47,6%	51,3%	46,1%
Hôpital régional de Chaleur	22,8%	20,4%	18,4%	15,9%	15,1%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	6,9%	9,8%	8,5%	8,1%	9,2%
Hôpital Dr. Georges-L.-Dumont	6,6%	6,0%	6,7%	6,5%	5,0%
Hôpital régional d'Edmundston	27,3%	20,2%	27,4%	21,2%	28,7%
Hôpital régional de Miramichi	17,5%	17,3%	9,5%	8,6%	9,9%
Hôpital de Moncton	9,0%	11,7%	12,9%	12,9%	12,8%
Hôpital régional de Saint John	6,7%	6,9%	5,9%	6,7%	6,5%
Hôpital du Haut de la vallée	ND	ND	ND	ND	ND

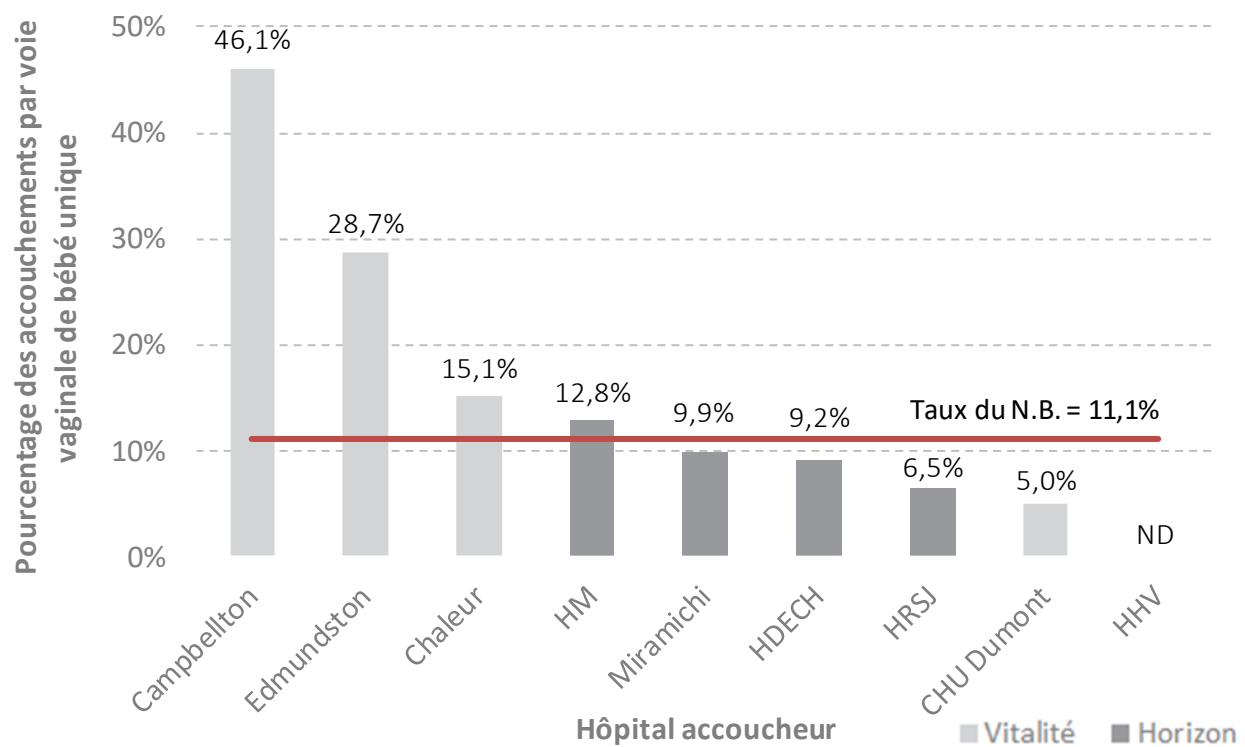


Figure 2.6: Taux d'épisiotomie durant les accouchements par voie vaginale d'un bébé unique, par hôpital accoucheur, 2018/19.

Taux de déclenchement artificiel du travail

Le taux de déclenchement artificiel du travail au Nouveau-Brunswick a augmenté de façon constante, passant de 31,5 % (IC : 30,4-32,6 %) en 2016-2017 à 35,8 % (IC : 34,6-37,0 %) en 2018-2019. L'Hôpital régional de Miramichi affichait le taux de déclenchement du travail artificiel le plus élevé en 2018-2019, soit de 44,4 % (IC : 39,7-49,2 %), alors que l'Hôpital régional de Campbellton avait le taux le moins élevé, soit de 20,9 % (IC : 15,7-26,2 %).

Le déclenchement artificiel du travail consiste à utiliser des moyens artificiels afin de faire débuter le travail¹. Certains risques y sont associés, notamment une infection bactérienne de l'utérus, l'accouchement d'un bébé avant terme en raison de l'inexactitude de la date prévue d'accouchement et, dans certains cas, le recours à une césarienne¹.

Définition

Nombre de femmes chez lesquelles l'accouchement du travail a été déclenché artificiellement / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 11 juillet 2019.

Références

1. Induction. SOGC Information website www.pregnancyinfo.ca/birth/labor/induction. Consulté le 11 septembre 2019.

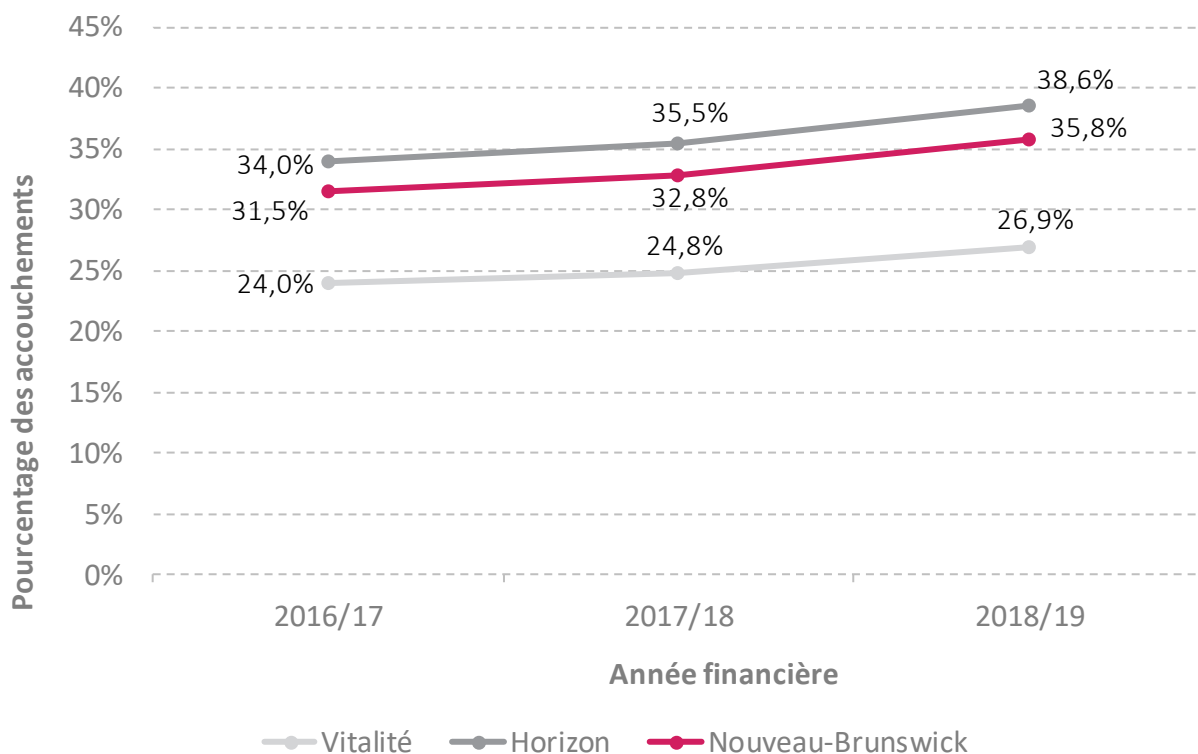


Figure 2.7: Taux de déclenchement artificiel du travail, par endroit, de 2014/15 à 2018/19.

Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur

Table 2.6: Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur, de 2014/15 à 2018/19.

Hôpital accoucheur	Taux d'induction		
	2016/17	2017/18	2018/19
Hôpital régional de Campbellton	11,5%	19,9%	20,9%
Hôpital régional de Chaleur	30,5%	28,3%	29,5%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	41,9%	43,0%	44,1%
Hôpital Dr. Georges-L.-Dumont	22,2%	24,6%	29,9%
Hôpital régional d'Edmundston	26,5%	23,8%	22,2%
Hôpital régional de Miramichi	40,3%	45,9%	44,4%
Hôpital de Moncton	28,3%	28,4%	32,8%
Hôpital régional de Saint John	30,7%	32,8%	37,8%
Hôpital du Haut de la vallée	22,5%	29,4%	28,5%

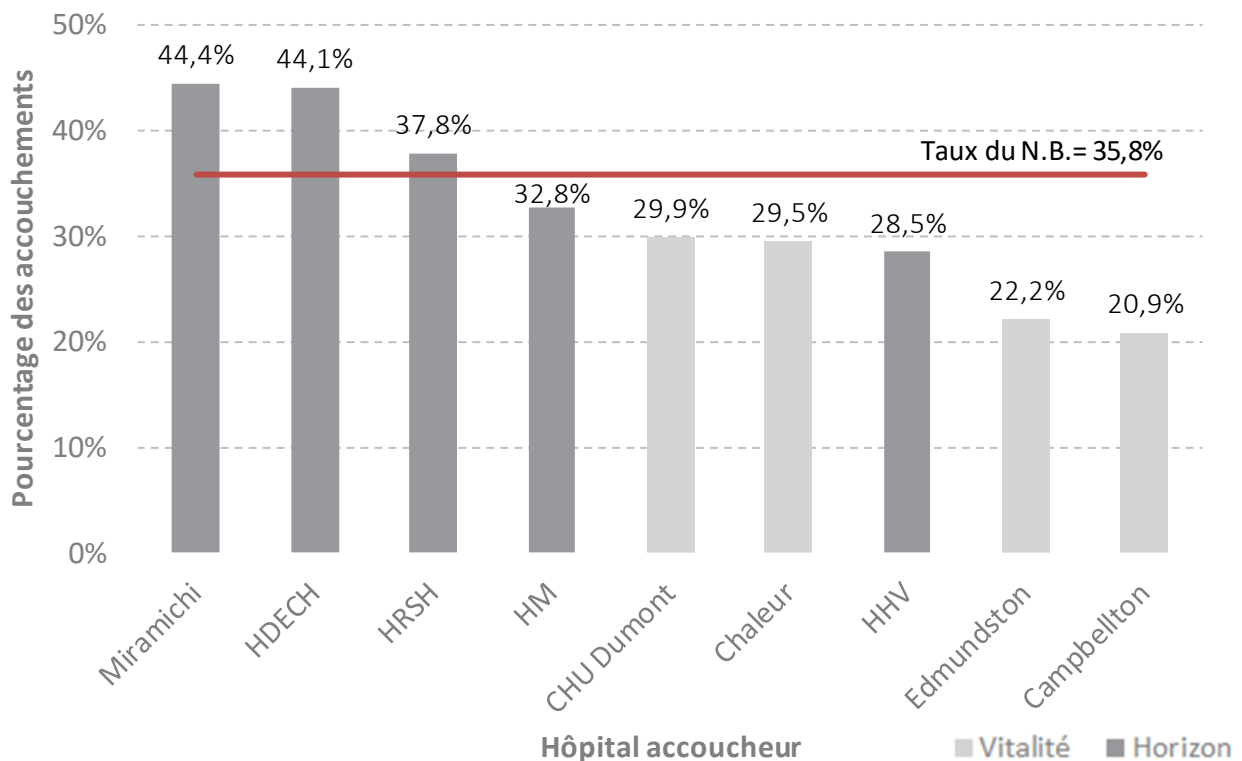


Figure 2.8: Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur, 2018/19.

Chapitre 3 Santé des nouveaux-nés

Nombre total de naissances

Conformément au nombre d'accouchements, le nombre total de naissances vivantes a diminué de 6 931 à 6 355 au cours des cinq dernières années. Le nombre de mortinaissances a fluctué au cours de cette même période. La mortinaissance désigne un accouchement qui a lieu après 20 semaines ou plus de gestation sans signe de vie. Il est à noter que ces chiffres tiennent compte des mortinaissances et des naissances vivantes à la suite d'une interruption de grossesse à 20 semaines ou plus tard.

Définition

Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances au Nouveau-Brunswick.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 8 juillet 2019.

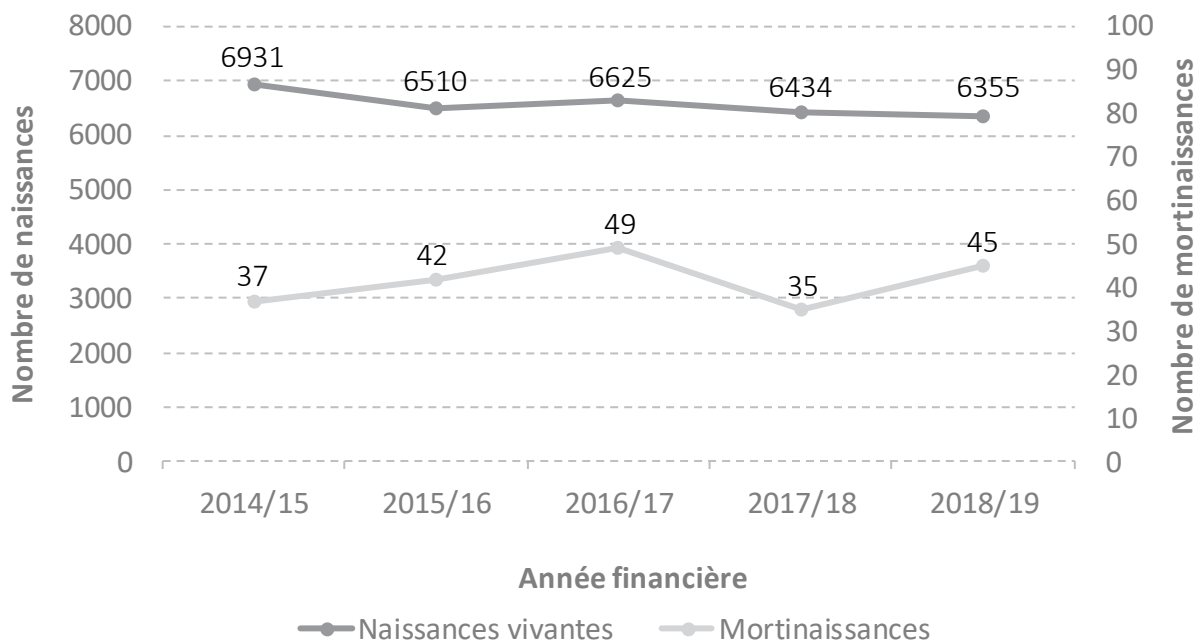


Figure 3.1: Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances au Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Taux de naissances prématurées

Le taux de naissances prématurées est demeuré relativement stable au cours des cinq dernières années, allant de 7,4 % (IC : %) en 2015-2016 jusqu'à 8,3 % (IC : %) en 2017-2018. Le taux provincial est resté conforme au taux national de 8,0 % pour 2017-2018¹.

Définition

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

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 8 juillet 2019.

Reference

1. Quick Stats – Childbirth Indicators by Place of Residence. Institut canadien d'information sur la santé. Consulté le 20 septembre 2019.

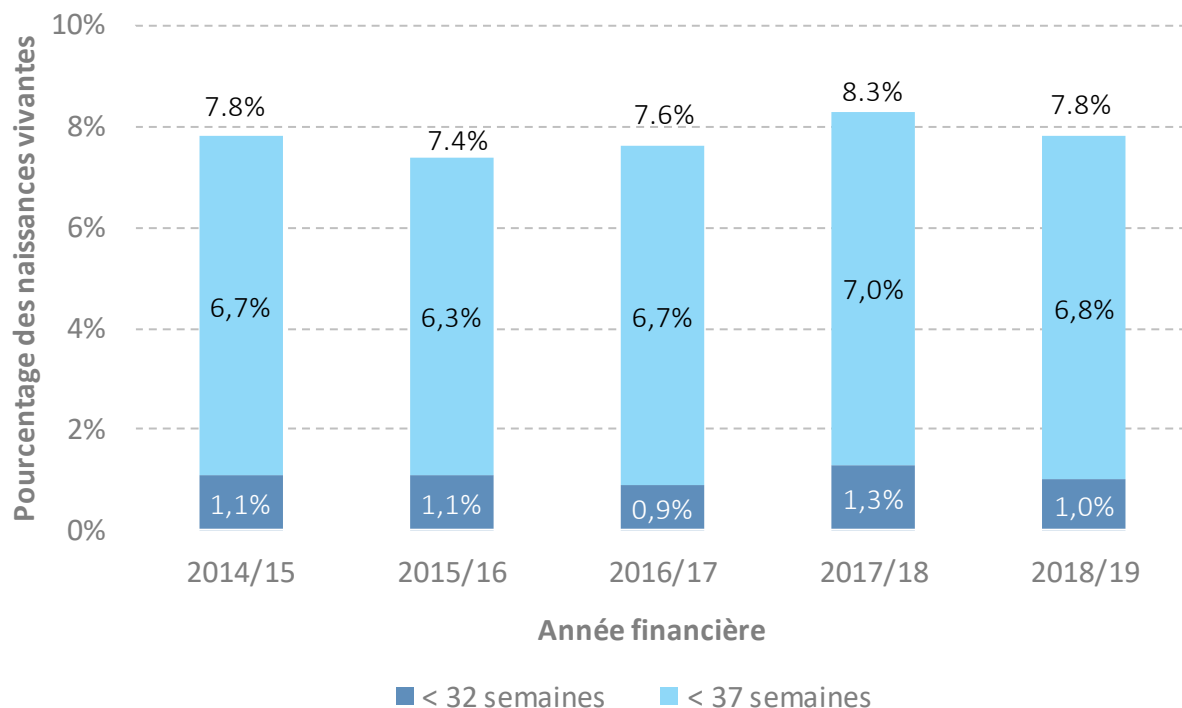


Figure 3.2: Pourcentage de bébés nés avant la 32^e semaine de gestation et la 37^e semaine de gestation au Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Percentile de poids à la naissance pour l'âge gestationnel

Les nourrissons nés au 90^e percentile sont considéré de taille supérieure pour l'âge gestationnel. Le taux de 11,1 % enregistré en 2018-2019 indique que le poids des bébés à la naissance a tendance à être plus élevé au Nouveau-Brunswick que dans une population moyenne. Il est possible que cette tendance à la hausse soit due au taux croissant de diabète durant la grossesse. Si le diabète n'est pas maîtrisé au cours de la grossesse, le poids du nouveau-né peut être élevé par rapport à son âge gestationnel. Notons que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a indiqué qu'en 2014, le taux national canadien de bébés dont le poids à la naissance était au 90^e percentile du poids par rapport à leur âge gestationnel se situait à 10,2 %, 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.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 8 juillet 2019.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition de 2017. Ottawa, 2017.
2. Agence de santé publique du Canada, 2001. *Poids à la naissance pour l'âge gestationnel*. Extrait de www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/bwga-pnag/pdf/bwga-pnag_f.pdf (consulté le 29 septembre 2016).

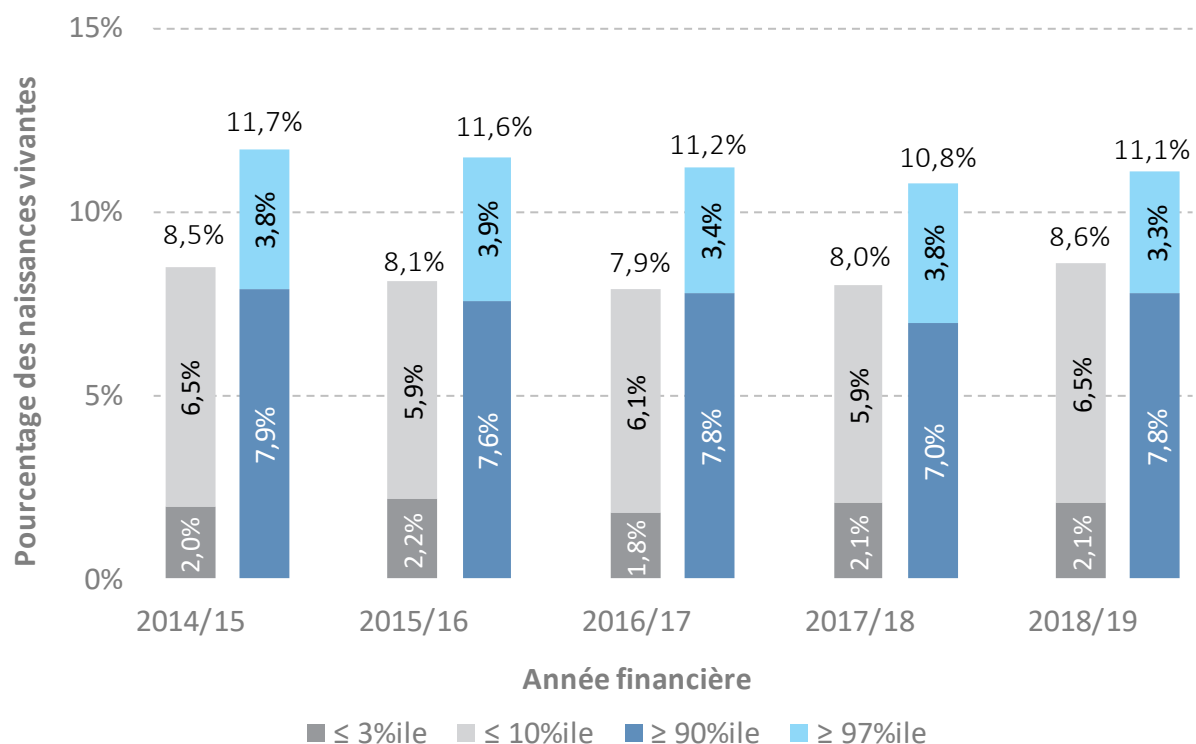


Figure 3.3: Percentile de poids pour l'âge gestationnel au moment de l'accouchement, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

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

Le nombre d'admissions à une USNI a été compté d'une manière différente pour la province, les RRS et les hôpitaux. Le taux provincial compte chaque nourrisson comme une admission à l'USNI, quel que soit le nombre de transferts et, par conséquent, ce chiffre constitue le taux réel des admissions à ' par naissance vivante au Nouveau-Brunswick. À l'échelle des RRS, les admissions à l'USNI 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 nouveau-nés ont été transférés entre Horizon et Vitalité.

Veillez noter qu'avant 2016-2017, les admissions à l'Unité de 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^{MC}. Le dénominateur relatif au total des naissances vivantes a également été rajusté pour exclure toute naissance ayant lieu dans ces deux hôpitaux pour ces années. Voir les définitions de l'USS et de l'USNI à la section « Notes et limite » (page 4).

Définition

Nombre total de nouveau-nés hospitalisés au cours des 28 premiers jours de vie/ Nombre total de nourrissons hospitalisés au cours des 28 premiers jours de vie. Ce pourcentage tient compte de l'ensemble des naissances à l'hôpital et de toutes les admissions en pédiatrie, à une USS ou à une USNI.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 16 juillet 2019.

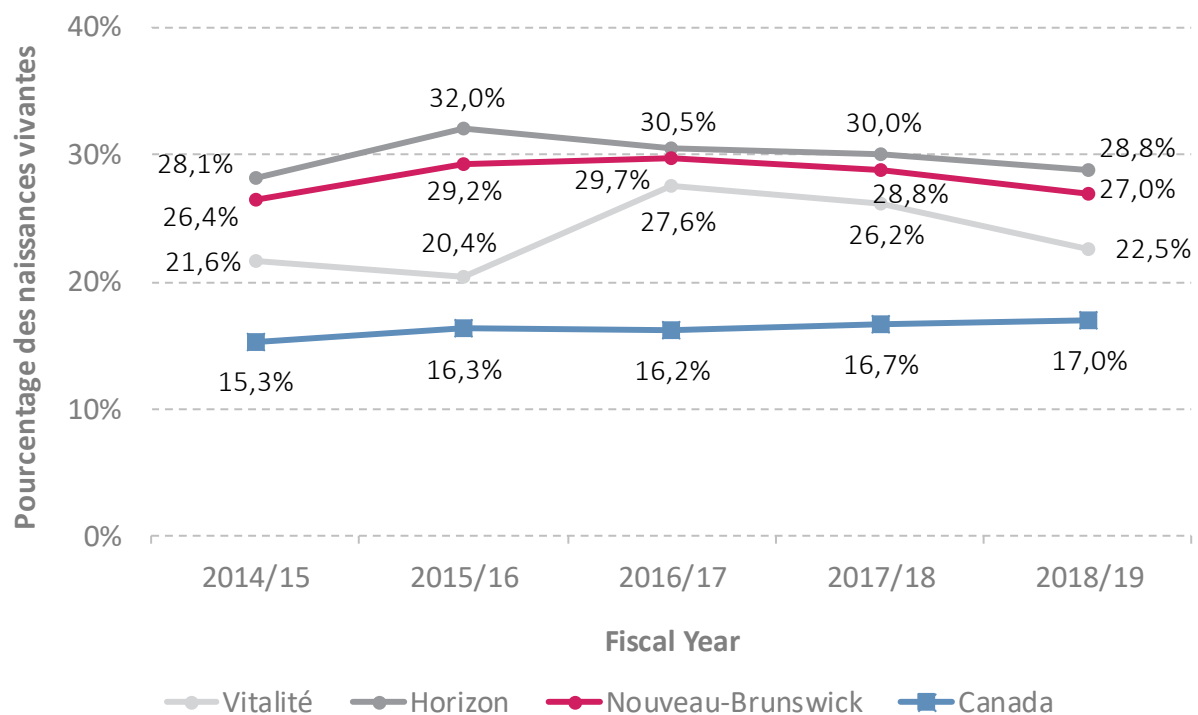


Figure 3.4: Pourcentage de nouveau-nés admis à une USS ou à une USNI au cours des 28 premiers jours de vie, par endroit, Nouveau-Brunswick et Canada, de 2014/15 à 2018/19.

Admissions à une USS ou à une USNI, par hôpital accoucheur

Les admissions à une USS ou USNI ont été comptées une fois par hôpital, même si un transfert a eu lieu. Les trois hôpitaux dotés d'une USNI désignée par la SIG (L'Hôpital de Moncton, Hôpital régional Dr Everett Chalmers, Hôpital régional de Saint John) peuvent prendre en charge les nourrissons nécessitant des soins d'un niveau plus élevé; en conséquence, on s'attendrait à ce que leurs taux soient plus élevés que ceux des autres établissements ayant une USS. L'Hôpital du haut de la Vallée est le seul établissement au Nouveau-Brunswick sans une USNI ou une USS.

Définition

Nombre de nouveau-nés âgés de 28 jours ou moins ayant été admis au moins une fois à une USS ou USNI / Nombre total de nourrissons hospitalisés au cours des 28 premiers jours de vie.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 16 juillet 2019.

Table 3.1: Pourcentage de nouveau-nés admis à une USS ou à une USNI au cours des 28 premiers jours de vie, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19

Hôpital accoucheur	Admission à une unité de soins spéciaux ou une USNI				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Hôpital régional de Campbellton	29,2%	19,6%	19,8%	26,6%	21,9%
Hôpital régional de Chaleur	49,8%	53,7%	58,6%	51,3%	46,7%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	36,5%	45,4%	40,9%	35,0%	39,1%
Hôpital Dr. Georges-L.-Dumont	NA	NA	14,8%	13,2%	14,1%
Hôpital régional d'Edmundston	19,8%	16,3%	11,0%	18,6%	17,4%
Hôpital régional de Miramichi	NA	NA	2,9%	4,3%	5,1%
Hôpital de Moncton	32,8%	35,4%	32,9%	37,0%	26,0%
Hôpital régional de Saint John	28,1%	29,4%	30,0%	31,0%	31,8%

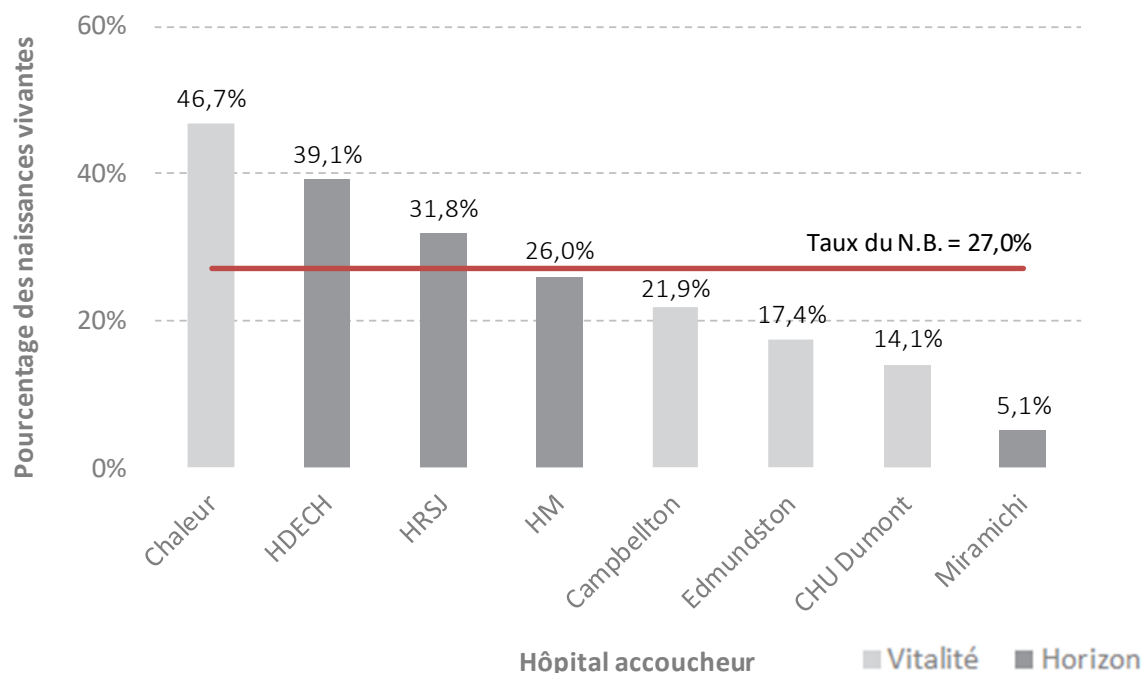


Figure 3.5: Pourcentage de nouveau-nés admis à une USS ou à une USNI au cours des 28 premiers jours de vie, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2018/19.

Diagnostiques principalement responsables des admissions à une USS ou à une USNI

Ces diagnostics se rapportent à des codes CIM-10 précis du Système de gestion de données médicales 3M^{MC} et n'ont pas pour but de mesurer les taux de certaines conditions médicales au Nouveau-Brunswick. Ils témoignent plutôt des pratiques dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick et des diagnostics principaux consignés par les professionnels de la santé comme raisons de l'admission à l'USS ou à l'USNI. Veuillez noter que la liste contient uniquement les 15 codes de diagnostics principalement responsables des admissions sur les 128 codes utilisés en 2018-2019.

En 2018-2019, le diagnostic principalement responsable de l'admission des nourrissons à une USNI (15,0 %) était « Autres nourrissons nés prématurément », suivi du diagnostic « Observation en raison d'autres maladies et troubles soupçonnés » (10,8 %).

Définition	Source des données
Nombre de chaque diagnostic principal pour l'admission à une USS ou USNI / Nombre de nouveau-nés âgé de 28 jours ou moins admis au moins une fois à une USS ou USNI.	Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 16 juillet 2019.

Table 3.2: Les 15 diagnostics principalement responsables des admissions (définis par des codes CIM 10) à une USS ou à une USNI au Nouveau-Brunswick en 2018/19.

Diagnostiques les plus responsables de l'admission à une USS ou USIN			
Rang	Diagnostic	Nombre	Taux
1	Examen et mise en observation	272	15,7%
2	Nourrissons nés avant terme	259	15,0%
3	Poids faibles à la naissance	166	9,6%
4	Tachypnée transitoire du nouveau-né	102	5,9%
5	Détresse respiratoire du nouveau-né	98	5,7%
6	Nourrissons de mère a un diabete de la grossesse	96	5,6%
7	Enfant gros pour l'âge gestationnel (Poids à la naissance >4000g)	69	4,0%
8	Affection dont l'origine se situe dans la period périnatale	56	3,2%
9	Ictère néonatal	40	2,3%
10	Enfant unique né à l'hôpital	32	1,9%
11	Hypoglycémie néonatale (non associé à une mère diabétique)	31	1,8%
12	Enfant exceptionnellement gros (Poids à la naissance >4500g)	30	1,7%
	Symptômes de sevrage néonatal à l'utilisation de drogues illicites par la mère	30	1,7%
14	Septicémie bactérienne du nouveau-né	25	1,4%
15	Insuffisance respiratoire du nouveau-né	23	1,3%
	Restriction de croissance intra-utérin (RCIU)	23	1,3%

Admissions à une USS ou USNI des nouveau-nés à terme et prématurés

Le taux d'admissions à une USNI des nouveau-nés à terme et prématurément est demeuré relativement stable au cours des cinq dernières années. En 2018-2019, les nourrissons nés prématurément représentaient 24,8 % des admissions à une USNI alors que 75,2 % des admissions concernaient les bébés nés à terme

Définition

Nombre de nouveau-nés prématurés ou nés à terme âgés de 28 jours ou moins admis au moins une fois à une USS ou USNI / Nombre total d'admissions à une USS ou USNI.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 16 juillet 2019.

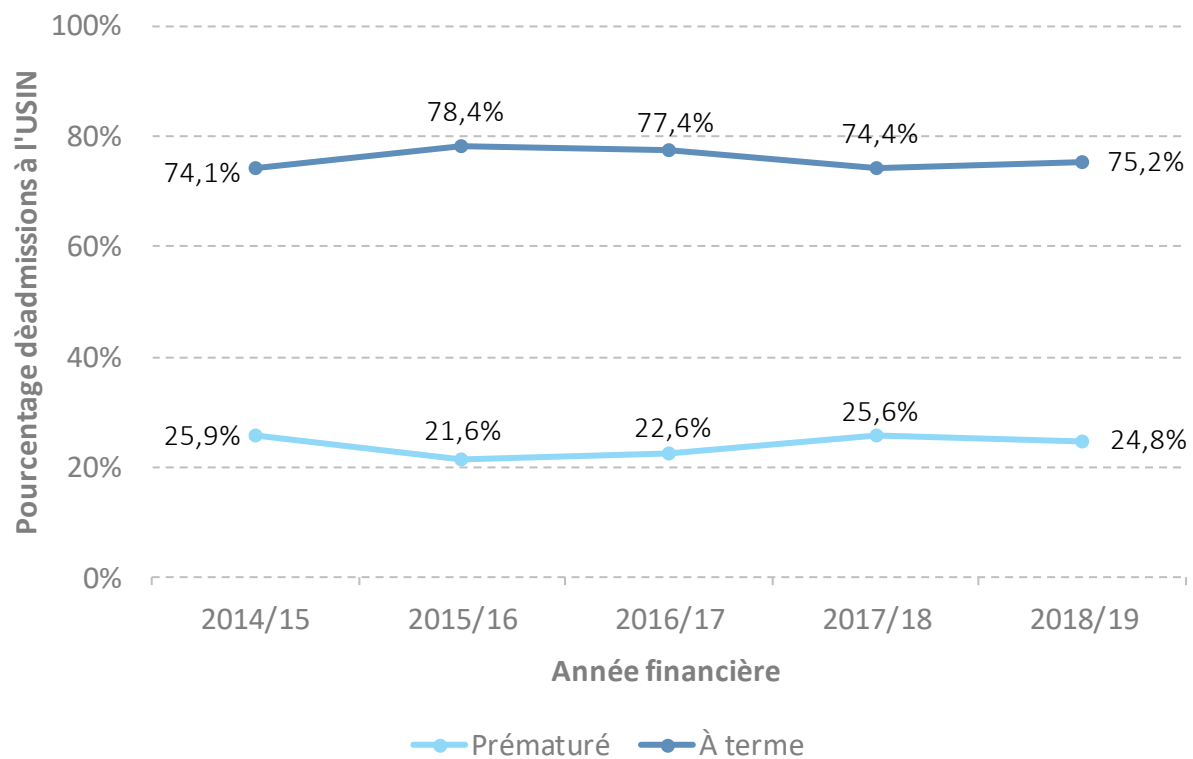


Figure 3.6: Pourcentage des admissions à une USNI ou USS, par âge gestationnel, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2015/16.

Taux de mortalité néonatale

Veillez noter que ces taux ne comprennent pas les décès de nourrissons ayant lieu à l'extérieur d'un l'hôpital du Nouveau-Brunswick, plus précisément en raison du besoin d'un niveau de soins n'ayant pu être fournis par un hôpital néo-brunswickois.

Définition

Nombre de décès de nouveau-nés au cours des 28 premiers jours de vie / Nombre total de nouveau-nés hospitalisés au cours des 28 premiers jours de vie. Ce pourcentage tient compte de l'ensemble des naissances à l'hôpital et de l'ensemble des admissions en pédiatrie, à une USS ou à une USNI.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 8 juillet 2019.

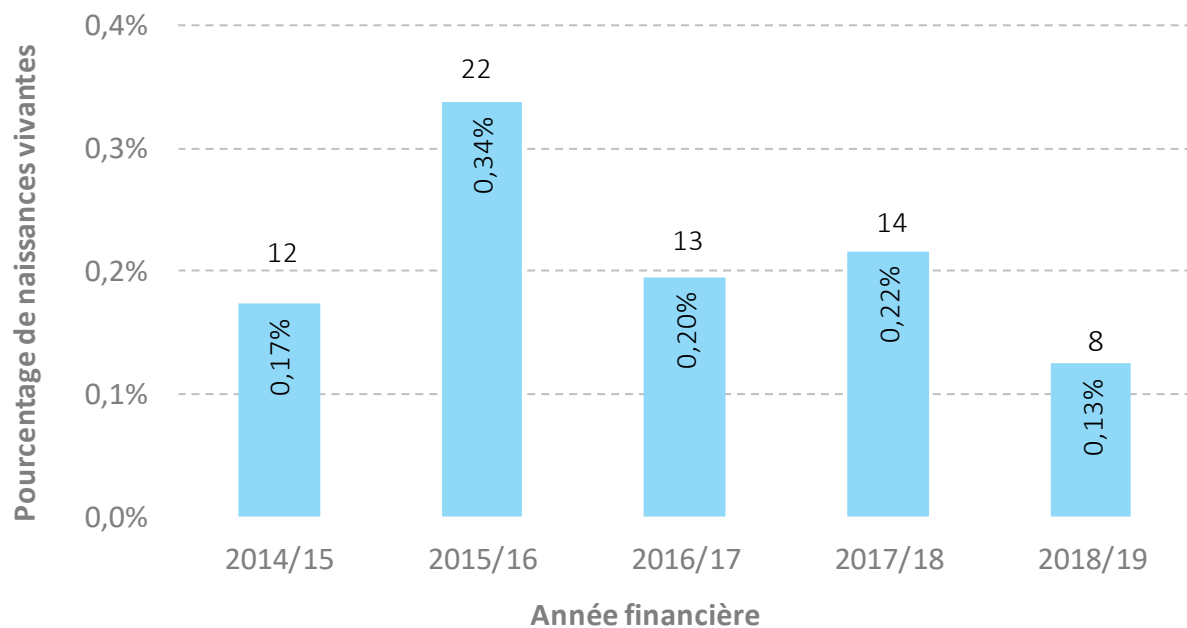


Figure 3.7: Nombre et pourcentage de décès néonataux à l'âge de 28 jours ou moins, Nouveau-Brunswick, de 2014/15 à 2018/19.

Taux d'allaitement exclusif au moment du congé

Afin de mieux évaluer les taux d'allaitement de tous les bébés nés au Nouveau-Brunswick, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef a créé, en 2006, un formulaire de collecte de données sur l'allaitement, qui a été révisé en 2012 et 2014. Dans certains hôpitaux, le taux est demeuré relativement stable, alors qu'une tendance à la baisse a été pour d'autres. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IAB) comme stratégie pour protéger, promouvoir et appuyer l'allaitement. À cette fin, des coordonnateurs désignés de l'IAB travaillent aux deux régies régionales de la santé pour aider à mettre en œuvre la stratégie IAB dans tous les hôpitaux accoucheurs. Leur fonction consiste à s'assurer que chaque hôpital accoucheur obtiendra l'agrément IAB décerné par le Comité canadien pour l'allaitement (CCA). L'un des critères d'accréditation du CCA est un taux d'allaitement exclusif de 75 % ou plus au moment du congé d'hôpital. Compte tenu de ce critère, il reste encore beaucoup à faire dans tous les établissements de la province afin de s'assurer qu'ils obtiendront la certification IAB.

Définition

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

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2014-2019. Données extraites le 8 juillet 2019.

Table 3.3: Pourcentage de bébés allaités exclusivement au moment du congé ou recevant du lait maternisé en complément pour une raison médicale, par hôpital accoucheur, de 2014/15 à 2018/19.

Hôpital accoucheur	Taux d'allaitement exclusif				
	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Hôpital régional de Campbellton	57,2%	53,0%	50,9%	52,0%	48,3%
Hôpital régional de Chaleur	55,0%	58,4%	52,4%	50,2%	60,5%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	60,2%	59,5%	54,1%	47,6%	41,9%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dum	73,4%	60,9%	56,9%	56,4%	60,1%
Hôpital régional d'Edmundston	52,0%	45,5%	47,6%	52,4%	56,8%
Hôpital régional de Miramichi	53,1%	46,9%	51,8%	50,4%	55,3%
Hôpital de Moncton	55,7%	52,6%	57,6%	56,6%	60,5%
Hôpital régional de Saint John	59,1%	60,2%	52,8%	49,3%	43,8%
Hôpital du Haut de la vallée	58,8%	57,8%	62,9%	52,3%	66,7%

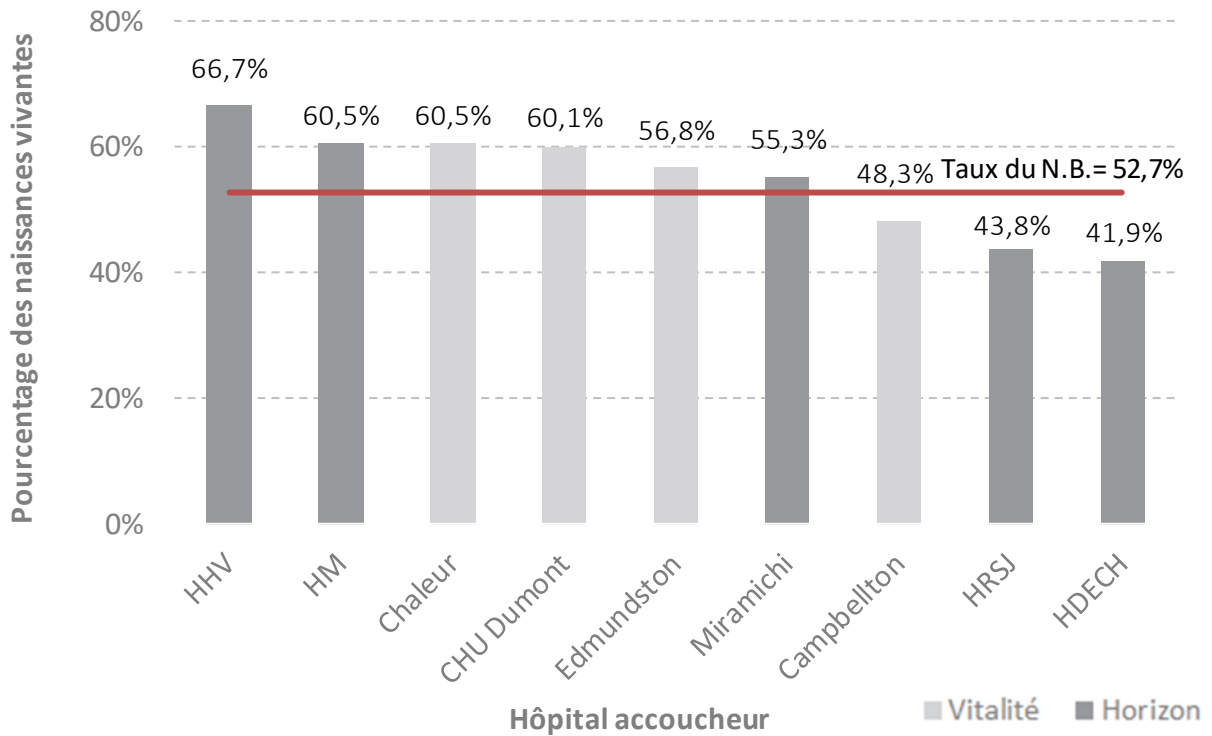


Figure 3.8: Pourcentage de bébés allaités exclusivement au moment du congé ou recevant du lait maternisé en complément pour une raison médicale, par hôpital accoucheur, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2018/19.