



PérinatalNB

Programme de santé périnatale du N.-B.
Rapport d'indicateurs | 2016–2021

Citation suggérée:

Rapport d'indicateurs 2016-2021. Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick. Moncton, NB, 2021.

Liste des indicateurs

Introduction	3
Notes et limites	5
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
Fournisseurs de soins- pendant la période anténatale et à l'accouchement	12
Accouchements avec une sage-femme par lieu d'accouchement	14
Âge maternel au moment de l'accouchement.....	15
Diabète pendant la grossesse	16
Hypertension pendant la grossesse.....	17
Le tabagisme pendant la grossesse	18
Le tabagisme maternel pendant la grossesse par zone de santé	19
Consommation d'alcool pendant la grossesse.....	20
Consommation d'alcool avant la grossesse par zone de santé.....	22
La consommation de cannabis pendant la grossesse.....	24
Consommation de cannabis pendant la grossesse, par zone de santé	25
Indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse	26
IMC avant la grossesse ≥ 30 par zone de santé	27
IMC avant la grossesse ≥ 40 par zone de santé	28
Chapitre 2 Travail et accouchement.....	29
Taux de césariennes par hôpital accoucheur.....	29
Taux de premières césariennes et de césariennes répétées	31
Accouchement vaginal à la suite d'une césarienne (AVAC)	32
Césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation	33

Césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur.....	35
Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique	36
Taux d'épisiotomie des accouchements par voie vaginale de bébé unique par hôpital accoucheur.....	37
Accouchement vaginal opératoire d'un seul bébé	38
Taux d'accouchements vaginaux opératoires d'un seul bébé, par hôpital accoucheur	39
Taux de déclenchement artificiel du travail	40
Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur	41
Indications pour le déclenchement du travail	42
Motif non médical du déclenchement du travail par hôpital accoucheur	43
Chapitre 3 Santé des nouveau-nés	44
Nombre total de naissances.....	44
Taux de naissances prématurées.....	45
Percentile de poids à la naissance pour l'âge gestationnel	46
Admissions à une USS ou une USNI par régie régionale de la santé	47
Admissions à une USS ou à une USNI, par hôpital accoucheur	48
Diagnostics principalement responsables des admissions à une USS ou à une USNI	50
Admissions à une USS ou USNI des nouveau-nés à terme et prématurés.....	52
Taux de mortalité néonatale.....	53
Taux d'allaitement exclusif au moment du congé	54
Adoption de l'allaitement.....	56

Introduction

Message de la Directrice administrative du Programme

Les initiatives du Programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick ont permis d'accroître continuellement la disponibilité de données provinciales pertinentes sur la santé maternelle et néonatale. Nous sommes heureux de vous présenter notre troisième rapport d'indicateurs qui comprend des données sur plus de 20 indicateurs. Ce rapport souligne les tendances, les améliorations et les défis. Ces indicateurs continuent d'aider les intervenants et les décideurs à reconnaître la variabilité des soins maternels et néonataux dans l'ensemble de la province. Nous continuons d'encourager les professionnels de la santé et les administrateurs d'utiliser ces informations pour guider leurs efforts dans leurs initiatives d'amélioration de la qualité.

Avec l'ajout d'indicateurs de facteurs de risque tels que le diabète, l'hypertension et l'indice de masse corporelle, les données incluses dans ce rapport fournissent non seulement un aperçu des résultats en matière de santé maternelle et néonatale, mais augmentent également les connaissances sur les problèmes de santé chroniques au Nouveau-Brunswick, et ce basées sur les données probantes.

Plus que jamais, les dirigeants, les administrateurs, les cliniciens et les chercheurs bénéficient de notre programme en raison de l'établissement de processus fiables quant à la gestion de l'information et d'analyse des données. Au cours des six dernières années, nous avons fourni plusieurs rapports de données pour appuyer le travail de nos intervenants et nous continuerons à les aider grâce à notre processus de demande de données.

Enfin, PérinatalNB continue de miser l'obtention de résultats optimaux en matière de santé maternelle et néonatale grâce au leadership, à la collaboration, aux recommandations fondées sur des données probantes, à l'éducation et à la mobilisation de connaissances. Nous croyons fermement 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

PerinatalNB est heureux de publier son plus récent rapport d'indicateurs périnataux pour le Nouveau-Brunswick. Il s'agit du troisième rapport d'indicateurs depuis la création du programme en 2015. Ce rapport met en évidence les domaines à améliorer ainsi que quelques nouveaux indicateurs tels que la consommation d'alcool et de cannabis et l'indice de masse corporel.

Bien que le taux de natalité au Nouveau-Brunswick se soit stabilisé pour 2020/21, on observe une baisse continue du taux de natalité annuel avec 400 naissances de moins pour 2020/21 comparativement à 2016/17 et environ 1000 naissances de moins maintenant par rapport à 10 ans passées. Bien que nous notions une baisse à l'échelle provinciale, il n'y a eu aucune restructuration des services ou réaffectation des ressources. En fait, il semble avoir toujours une augmentation des ressources telles que le nombre lits de soins intensifs néonataux et le nombre de fournisseurs de soins de santé. À la lumière des données présentées, il y a lieu de se demander où et comment le Nouveau-Brunswick offre ses services maternels et néonataux et si notre modèle actuel de prestation de soins répond le mieux aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des familles.

Ce rapport souligne également l'augmentation de la complexité des soins médicaux requis par les femmes en âge de procréer au Nouveau-Brunswick en raison de la hausse continue des taux de diabète, d'hypertension et d'obésité.

Les taux d'admission aux soins intensifs néonataux et aux unités de soins spéciaux continuent d'être supérieurs à la moyenne nationale, avec des taux variants entre 15 à 37 %. Cela devrait susciter des inquiétudes et justifier un examen plus approfondi pour expliquer ces différences significatives dans ces taux d'admission et pourquoi nous avons le deuxième taux d'admission le plus élevé au pays. La séparation de la mère et du bébé devrait être évitée dans la mesure du possible, car ils ont besoin de créer des liens et d'établir l'allaitement. Les taux d'allaitement maternel restent faibles et n'ont pas changé au cours des cinq dernières années malgré des efforts concertés et des investissements en matière de ressources par les régies régionales de la santé.

J'encourage le gouvernement, les régies régionales de la santé et les autres décideurs à examiner attentivement et de façon critique ce rapport et à mettre en œuvre des changements significatifs qui amélioreront la qualité des soins aux mères et aux bébés au Nouveau-Brunswick. Nous ne pouvons pas continuer à appliquer le même modèle de prestation de soins et nous attendre à ce que les résultats s'améliorent. En tant que province, nous devons également envisager une prestation de soins financièrement responsable qui améliore les résultats.

En terminant, je me réjouis de continuer à travailler avec les intervenants pour améliorer les soins périnataux au Nouveau-Brunswick et demeure ouverte à vos commentaires sur 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 mortinaissances 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) : La province compte trois hôpitaux accoucheurs dotés d'une USNI de niveau 3 : L'Hôpital de Moncton, l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers et l'Hôpital régional de Saint John.

Unité de soins spéciaux (USS) : La plupart des hôpitaux accoucheurs de la province peuvent offrir un certain niveau de soins spéciaux aux nouveau-nés. Il s'agit des établissements de niveau 2B ou 2A. Le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est de niveau 2B. L'Hôpital régional de

Campbellton, l'Hôpital régional Chaleur, l'Hôpital régional d'Edmundston et l'Hôpital régional de Miramichi sont de niveau 2A.

Un nouveau-né est défini comme tout enfant né vivant ayant entre 0 et 28 jours.

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)

BMI: Body Mass Index

SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

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

Le nombre d'accouchements pratiqués au Nouveau-Brunswick a régulièrement diminué au cours des cinq dernières années, passant de 6 552 à 6 156 par an. Cela représente une diminution de 6,5 % entre 2016-2017 et 2020-2021. Cette diminution s'est stabilisée au cours des deux dernières années, le nombre d'accouchements en 2019-2020 et en 2020-2021 étant similaire. À l'échelle du Canada, on observe une diminution de près de 12 000 naissances en 2020-2021, passant de 282 940 en 2019-2020 à 270 324 en 2020-2021¹.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Référence:

1. Nombre d'accouchements par province, CIHI Portal (DAD). Données extraites : Le 22 octobre, 2021.

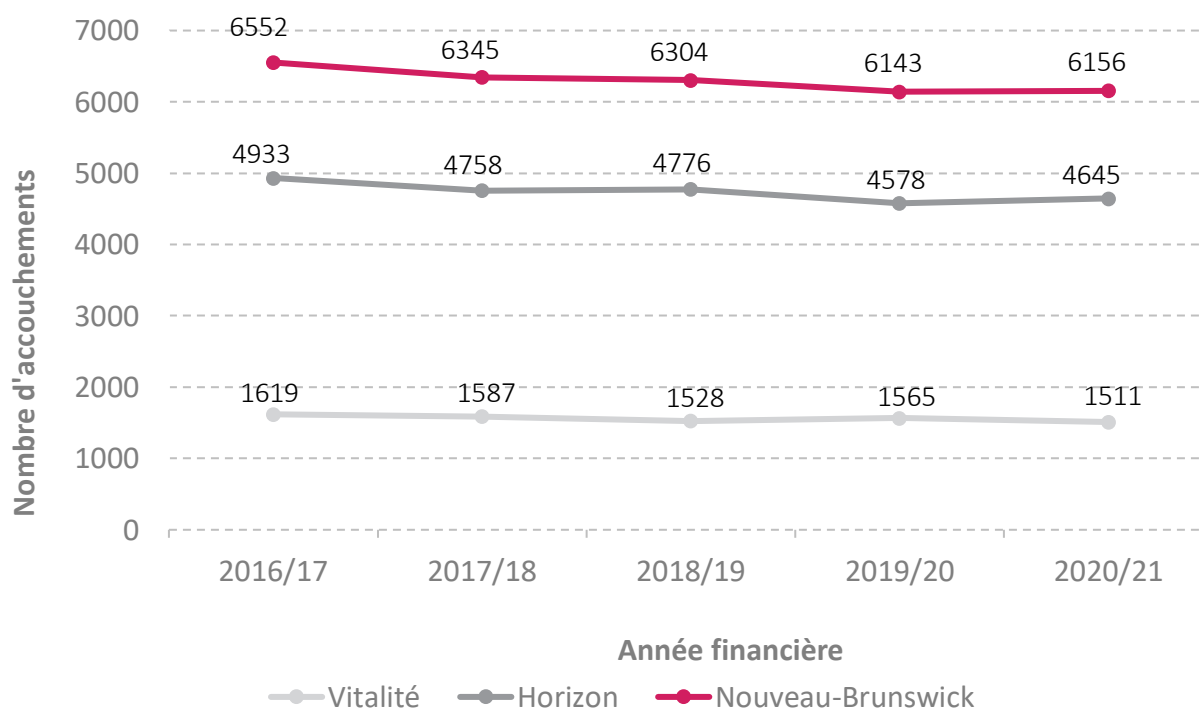


Figure 1.1: Nombre d'accouchements par endroit, de 2016/17 à 2020/21

Nombre total d'accouchements par hôpital accoucheur

En 2020-2021, 75,4 % des accouchements au Nouveau-Brunswick ont eu lieu dans un hôpital accoucheur du Réseau de santé Horizon, et 30,3 % des accouchements ont eu lieu dans la région de Moncton (zone 1).

À noter : En 2020-2021, les services d'obstétriques de l'Hôpital régional de Campbellton ont été suspendu indéfiniment. Les femmes ont été dirigées vers l'Hôpital régional Chaleur pour y accoucher. Presque toutes les femmes qui auraient accouché à l'Hôpital régional de Campbellton en 2020-2021 ont accouché à l'Hôpital régional Chaleur. La baisse du nombre de naissances à l'Hôpital régional Chaleur entre 2016-2017 et 2020-2021 est attribuable à la diminution du nombre de naissances chez les femmes qui habitent dans la zone de santé 6 (Notez que Campbellton se retrouve dans la zone de santé 5). Le nombre de naissances dans la zone de santé 1 est resté stable, avec une augmentation notée au Centre hospitalier universitaire Dr. Georges-L.-Dumont et une diminution à l'Hôpital de Moncton entre 2016/17 et 2020/21.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

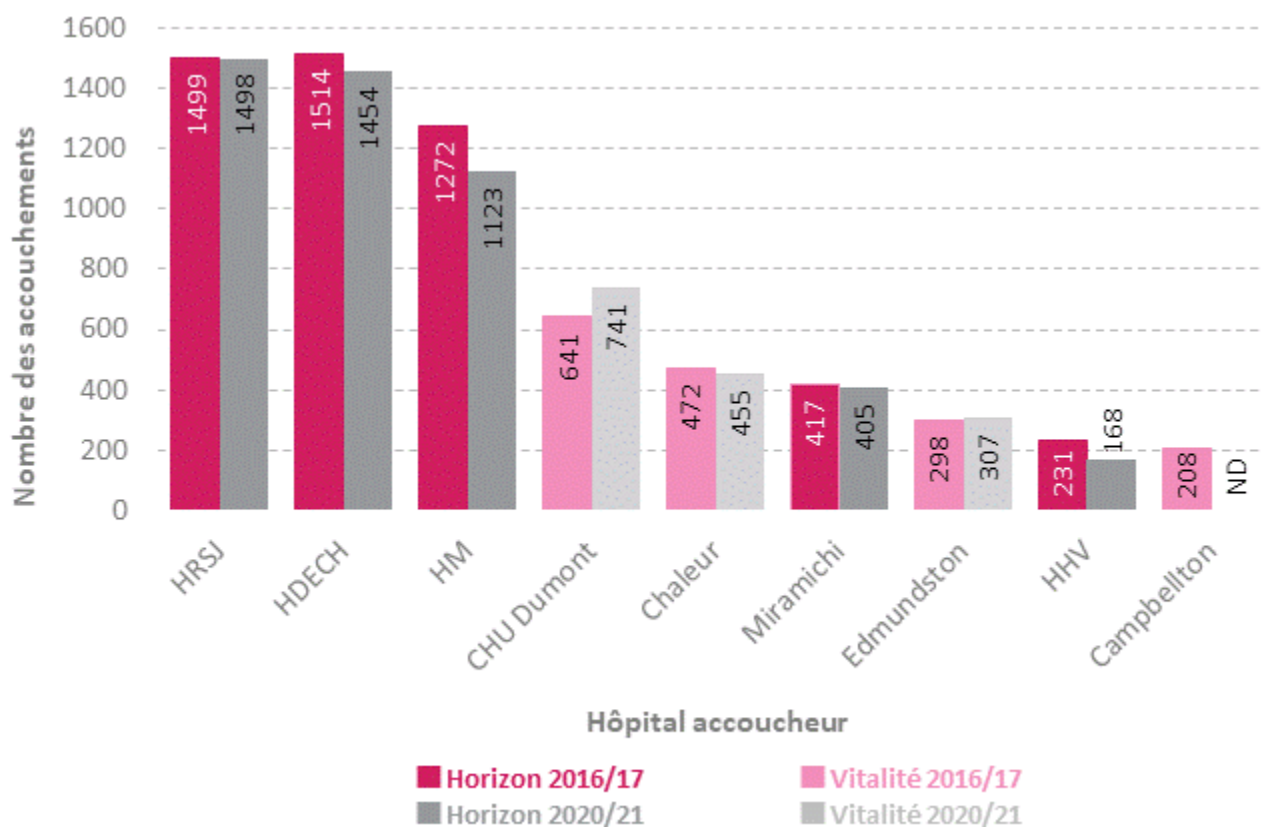


Figure 1.2: Nombre d'accouchements par hôpital accoucheur au Nouveau-Brunswick en 2016-17, 2020-21

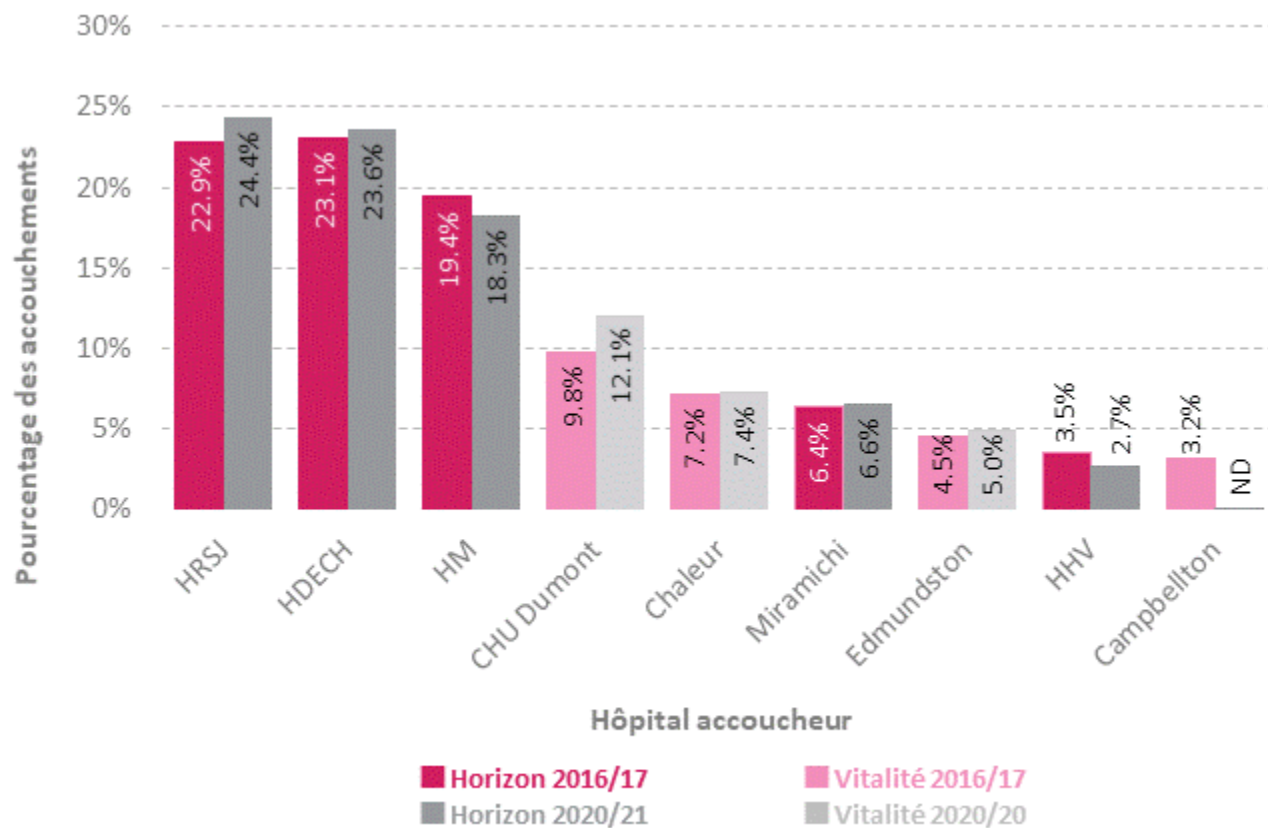


Figure 1.3: Pourcentage des accouchements à chaque hôpital accoucheur au Nouveau-Brunswick en 2016-17, 2020-21

Fournisseurs de soins- pendant la période anténatale et à l'accouchement

Le fournisseur de soins qui dispense les soins à une femme peut changer entre la période anténatale et au moment de l'accouchement. Le prestataire de soins primaires pendant la période anténatale est déterminé comme étant la personne qui fournit le plus de soins à une femme pendant sa grossesse, tandis que le prestataire de soins primaires au moment de l'accouchement est déterminé comme étant celui qui assiste à l'accouchement. La personne fournissant les soins primaires au Nouveau-Brunswick varie selon la région et l'établissement de soins. Dans les communautés rurales du nord de la province, la plupart des soins sont dispensés par des médecins de famille, et dans certains établissements, il existe des cliniques obstétriques dirigées par des médecins de famille. Alors que dans d'autres endroits, une femme peut être suivie par un médecin de famille jusqu'à 32 semaines avant d'être transférée à un obstétricien pour le reste de sa grossesse et son accouchement.

Au cours des cinq dernières années, les soins prénatals sont restés stables; les femmes étant légèrement plus nombreuses à recevoir des soins prénatals de la part d'obstétriciens que de médecins de famille, tandis que la plupart des accouchements ont été effectués par des obstétriciens.. En 2017/18, une clinique de sages-femmes a ouvert ses portes à Fredericton et le premier accouchement sous les soins d'une sage-femme a eu lieu en novembre 2017. D'ici 2020/21, près d'un pour cent de tous les accouchements dans la province seront effectués par une sage-femme. Il s'agit d'un nouvel indicateur puisque les services de sages-femmes ne sont disponibles au Nouveau-Brunswick que depuis moins de 5 ans.

Définition

Nombre d'accouchements par fournisseur de soins à 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

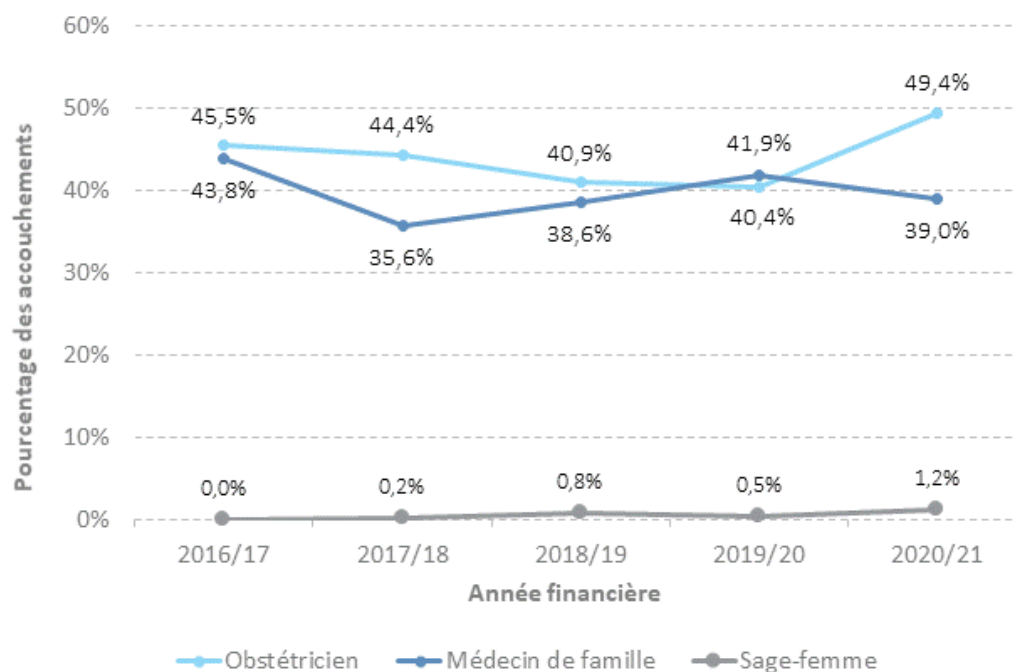


Figure 1.4 : Proportion d'accouchements par fournisseur de soins pendant la période anténatale, Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

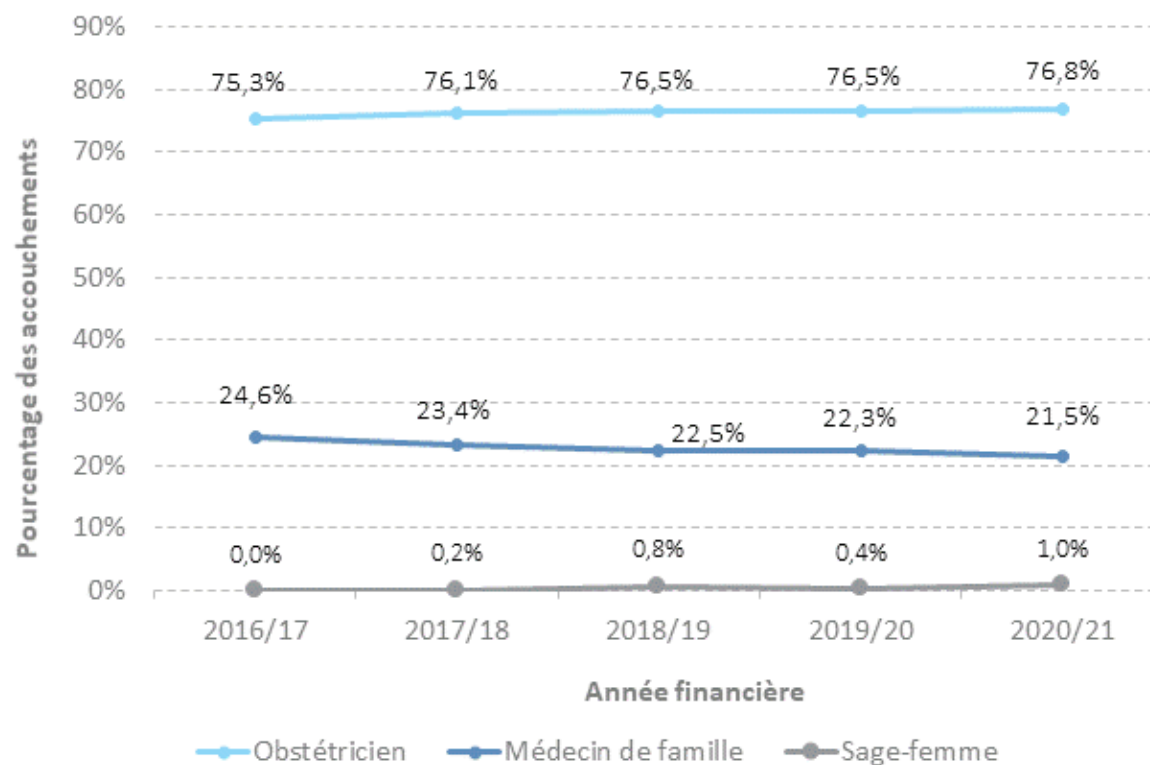


Figure 1.5 : Proportion d'accouchements par fournisseur de soins à l'accouchement, Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

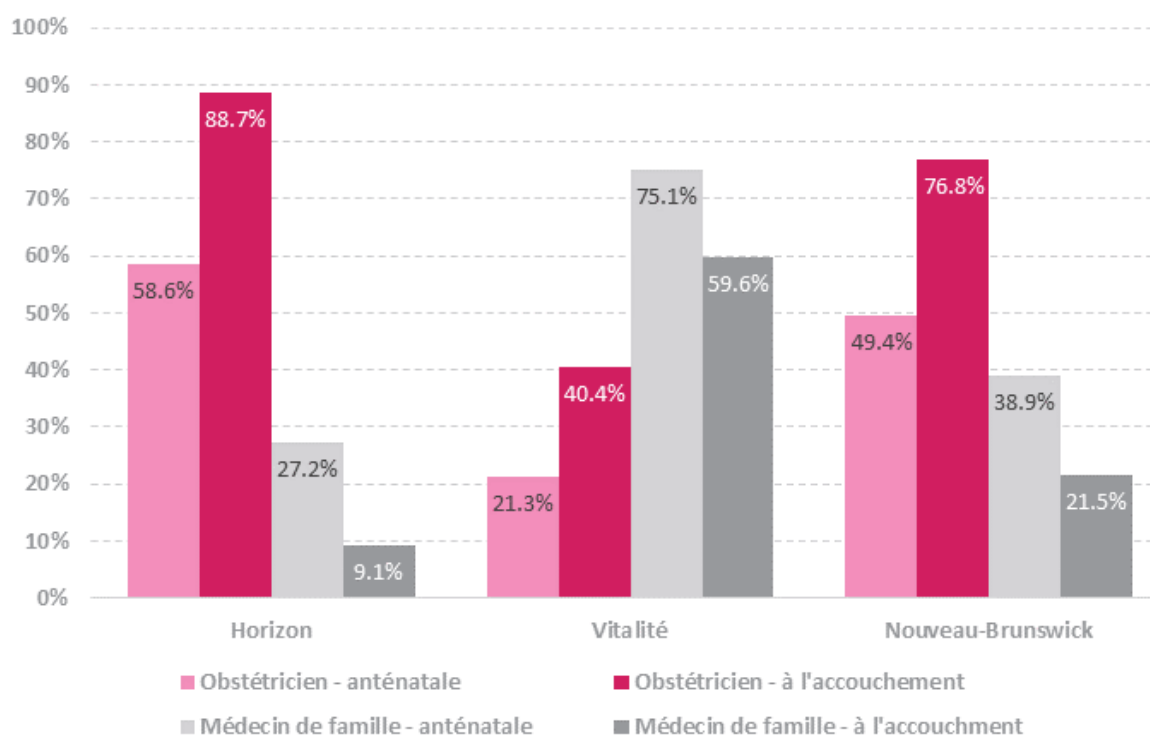


Figure 1.6: Proportion d'accouchements par fournisseur de soins à l'accouchement et pendant la période anténatale, par endroit, Nouveau-Brunswick, 2020/21.

Accouchements avec une sage-femme par lieu d'accouchement

À la fin de 2017-2018, un cabinet de sages-femmes a ouvert ses portes à Fredericton. Il permettait les accouchements à domicile et les accouchements à l'hôpital sous les soins d'une sage-femme. En 2020-2021, il y a eu 74 accouchements à l'hôpital et 32 accouchements à domicile sous les soins d'une sage-femme.

À noter : Une pénurie de personnel est à l'origine de la baisse considérable observée en 2019-2020.

Définition

Nombre d'accouchements sous les soins d'une sage-femme par lieu de naissance.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

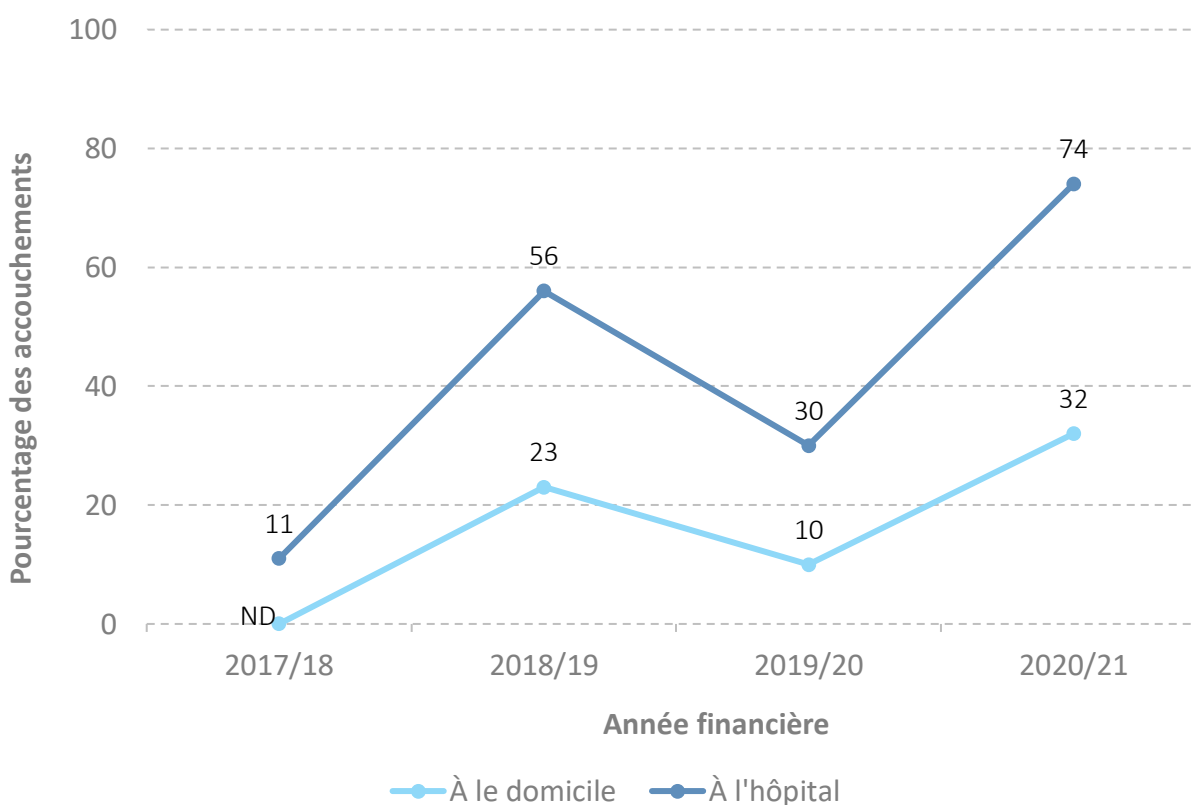


Figure 1.7: Accouchements avec une sage-femme, par lieu d'accouchement, au Nouveau-Brunswick, entre 2017-2018 et 2020-2021

Âge maternel au moment de l'accouchement

Entre 2016-2017 et 2020-2021, on observe une baisse importante du pourcentage d'accouchements chez les jeunes femmes (âgées de 20 à 24 ans), qui passe de 19,7 % (IC* à 95 % : 18,7-20,7 %) en 2016-2017 à 16,3 % (IC à 95 % : 15,4-17,2 %). Le pourcentage d'accouchements chez les femmes plus âgées (≥ 35 ans) a augmenté, passant de 14,1 % (IC à 95 % : 13,3-15,0 %) en 2016-2017 à 16,1 % (IC à 95 % : 15,2-17,0 %) en 2020-2021.

Le taux d'accouchement chez les adolescentes a connu une baisse, passant de 3,8 % (IC à 95 % : 3,3-4,3 %) en 2016-2017 à 2,8 % (IC à 95 % : 2,4-3,2 %) en 2020-2021. Au Canada, en 2017, le pourcentage d'accouchements chez les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans était de 2,3 %¹.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publiques du Canada. Indicateurs de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale, édition 2020. Infobase de la santé publique. Ottawa (ON) Agence de la santé publique du Canada, 2020.

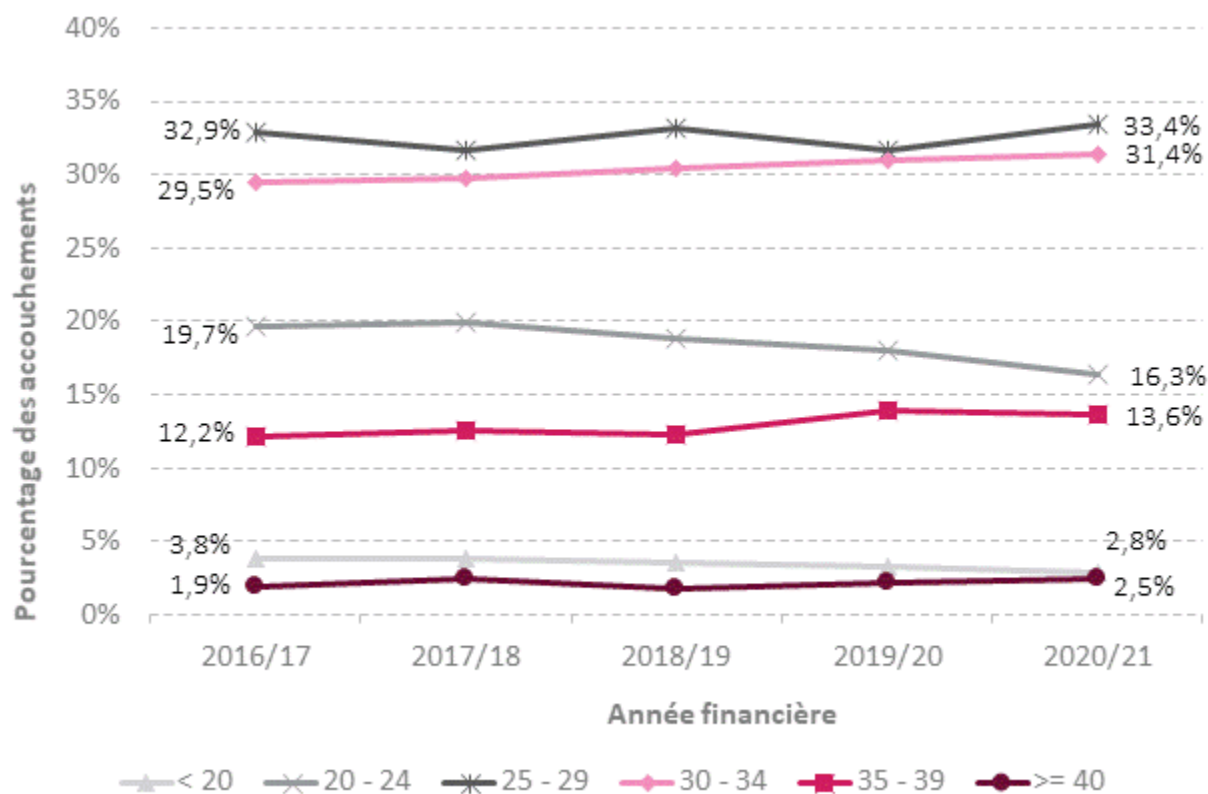


Figure 1.8: Âge maternel au moment de l'accouchement, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Diabète pendant la grossesse

Au cours des cinq dernières années, le taux de diabète préexistant (type 1 et type 2) des mères devant accoucher a augmenté légèrement, soit de 0,88 % (IC à 95 % : 0,66-1,11 %) en 2016-2017 à 1,43 % (IC à 95 % : 1,13-1,73 %) en 2020-2021. Le taux de diabète gestationnel a augmenté considérablement, soit de 6,90 % (IC à 95 % : 6,29-7,51 %) en 2016-2017 à 9,61 % (IC à 95 % : 8,87-10,34 %) en 2020-2021. En 2020-2021 au Nouveau-Brunswick, environ 45 % des femmes atteintes du diabète gestationnel ont eu besoin d'insuline pour aider à maîtriser leur diabète.

Les femmes atteintes du diabète gestationnel courent un risque accru de développer le diabète de type 2 plus tard dans la vie¹. En outre, le diabète de grossesse peut entraîner une hypoglycémie à la naissance et une augmentation du poids du nouveau-né pour son âge gestationnel¹.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

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

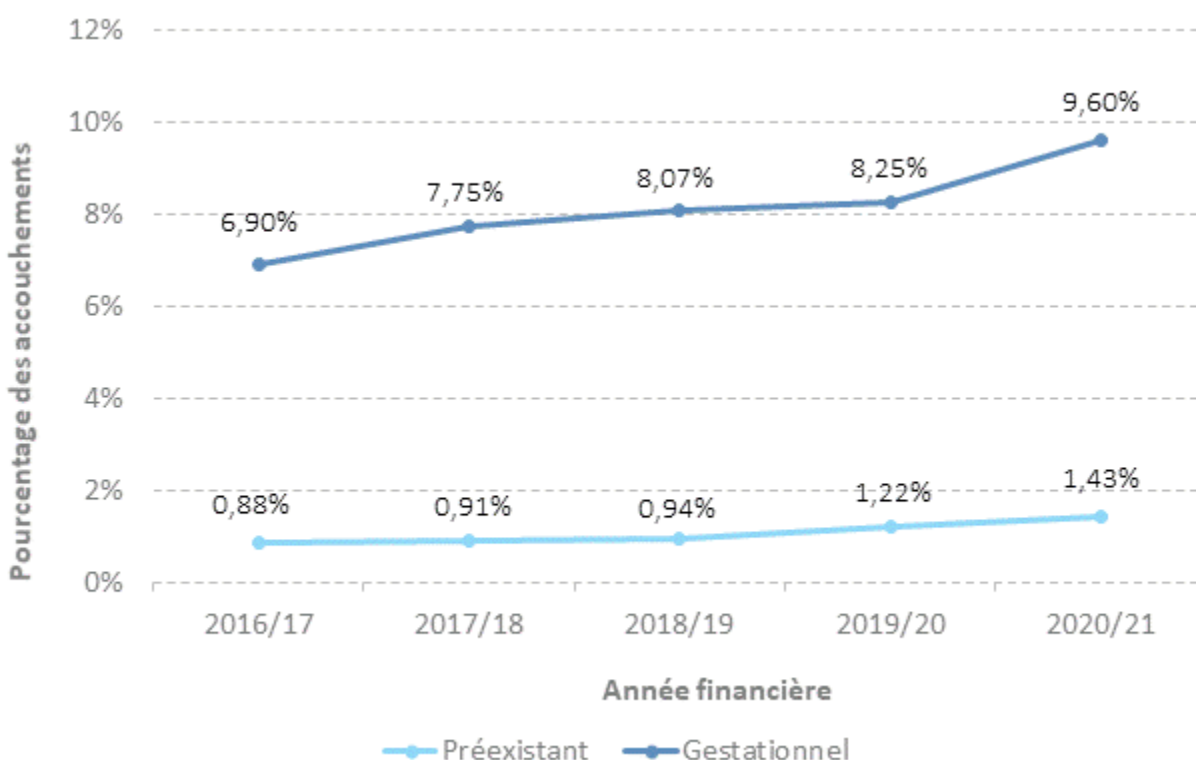


Figure 1.9: Pourcentage des femmes atteintes de diabète durant leur grossesse, par type de diabète, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Hypertension pendant la grossesse

Au cours des cinq dernières années, on a constaté une augmentation de l'hypertension préexistante, de l'hypertension gestationnelle et de la pré-éclampsie pendant la grossesse. La proportion de femmes souffrant d'hypertension gestationnelle a augmenté de manière importante entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 4,37 % (IC à 95 % : 3,87-4,86 %) à 7,25 % (IC à 95 % : 6,60-7,89 %). On observe également une augmentation importante de la proportion de femmes ayant souffert de pré-éclampsie pendant la grossesse, qui passe de 2,84 % (IC à 95 % : 2,44-3,24 %) en 2016-2017 à 3,78 % (IC à 95 % : 3,31-4,26 %) en 2020-2021. Soulignons qu'une femme peut souffrir de pré-éclampsie avec une hypertension préexistante ou gestationnelle.

Au Canada, l'incidence de l'hypertension (hypertension préexistante, hypertension gestationnelle et éclampsie) pendant la grossesse est d'environ 7 %¹. La proportion globale de cas d'hypertension pendant la grossesse au Nouveau-Brunswick est de plus de 12 %, ce qui est supérieur à la proportion nationale. L'hypertension pendant la grossesse peut entraîner un accouchement prématuré, une restriction de la croissance du fœtus et avoir un impact sur la morbidité et la mortalité néonatales¹. On a également la preuve que les femmes qui souffrent d'hypertension pendant la grossesse courent un plus grand risque de développer des facteurs de risque cardiovasculaire après la grossesse¹.

Définition

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

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

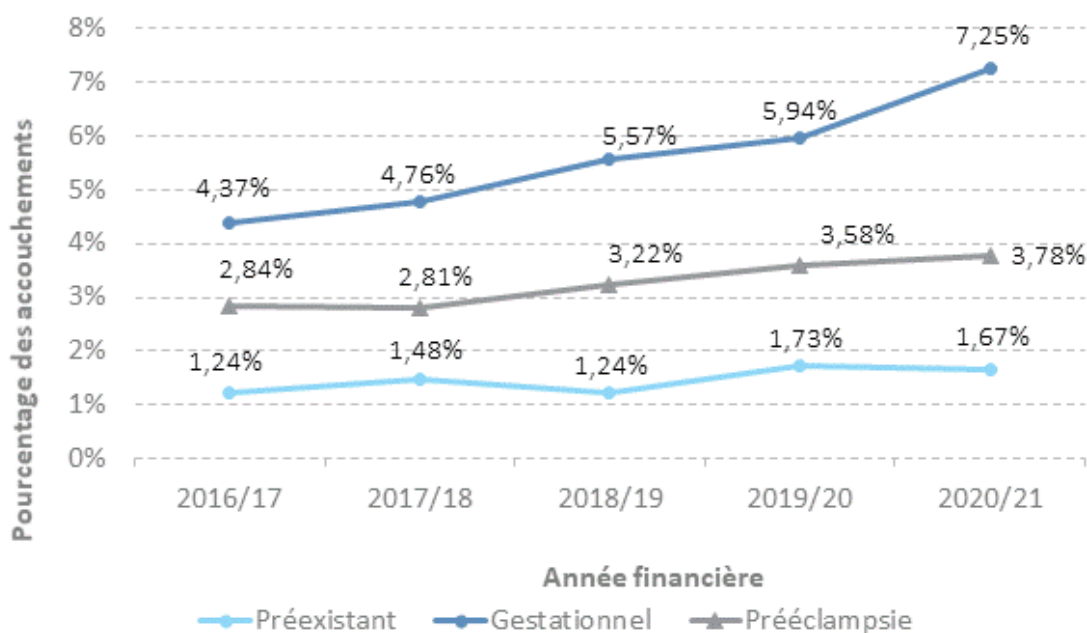


Figure 1.10: Pourcentage de femmes atteintes d'hypertension durant la grossesse, par type d'hypertension, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Le tabagisme pendant la grossesse

La proportion de fumeuses avant la grossesse est restée stable, tandis que la proportion de femmes qui fument pendant la grossesse a légèrement diminué, passant de 14,7 % en 2016-2017 (IC à 95 % : 13,8-15,5 %) à 12,7 % en 2020-2021 (IC à 95 % : 11,9-13,6 %). En 2012, le taux de tabagisme pendant la grossesse au Canada était de 6,3 % (IC à 95 % : 3,8-8,8 %)¹.

Nous savons depuis un bon nombre d'années que le tabagisme pendant la grossesse peut avoir un certain nombre d'effets néfastes sur les nourrissons. Il a été démontré que le tabagisme augmente le risque de mortinatalité et d'accouchement prématuré, ainsi que le risque d'insuffisance pondérale à la naissance². Souvent, les femmes arrêtent de fumer lorsqu'elles deviennent enceintes, comme le montre le tableau ci-dessous. En 2020-2021, 19,6 % (IC à 95 % : 18,6-20,6 %) des femmes fumaient avant leur grossesse, tandis que 12,7 % (IC à 95 % : 11,9-13,6 %) des femmes ont continué à fumer pendant leur grossesse. De celles qui fumaient avant leur grossesse, 35 % ont arrêté de fumer une fois 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada(ESUTC) 2012: Tableaux supplémentaires. Table 7: Tabagisme et grossesse. : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/canadian-tobacco-use-monitoring-survey-2012-supplementary-tables.html#t7>. Accédé le 20 septembre 2019 Agence de la santé publique du Canada.. Renoncement au tabac pendant la grossesse et rechute postpartum au Canada, fiche d'information ; 2016.

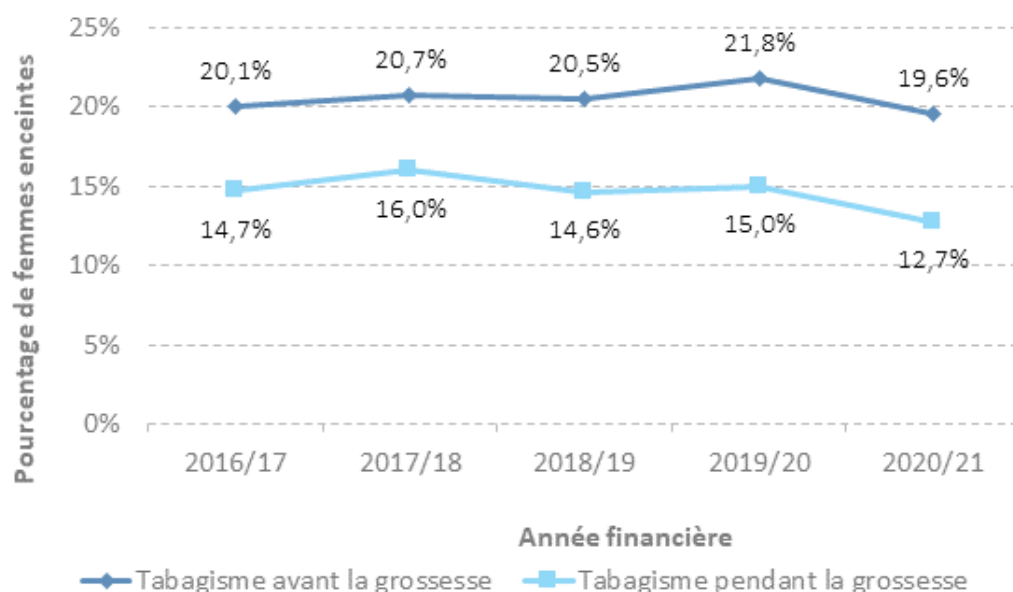


Figure 1.11: Pourcentage de femmes qui fumaient avant la grossesse et durant la grossesse, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Le tabagisme maternel pendant la grossesse par zone de santé

En 2020-2021, la zone de santé 7 (région de Miramichi) présentait la plus forte proportion de femmes ayant fumé pendant leur grossesse, soit 16,9 % (IC à 95 % : 12,7-21,2 %), et la zone de santé 1 (région de Moncton) présentait la plus faible proportion, soit 11,1 % (IC à 95 % : 9,6-12,6 %).

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 1.1: Pourcentage de femmes fumeuses durant leur grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Zone de santé	Tabagisme pendant la grossesse				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	12,0%	11,0%	11,0%	12,7%	11,1%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	14,9%	19,5%	16,0%	16,2%	12,7%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	14,1%	14,1%	13,8%	14,1%	12,7%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Ouest	14,0%	17,4%	19,5%	18,7%	15,7%
Zone 5 - Région de Restigouche	20,9%	21,9%	16,7%	19,9%	14,1%
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne	16,4%	22,0%	15,1%	15,9%	15,5%
Zone 7 - Région de Miramichi	24,4%	21,9%	23,6%	18,7%	16,9%

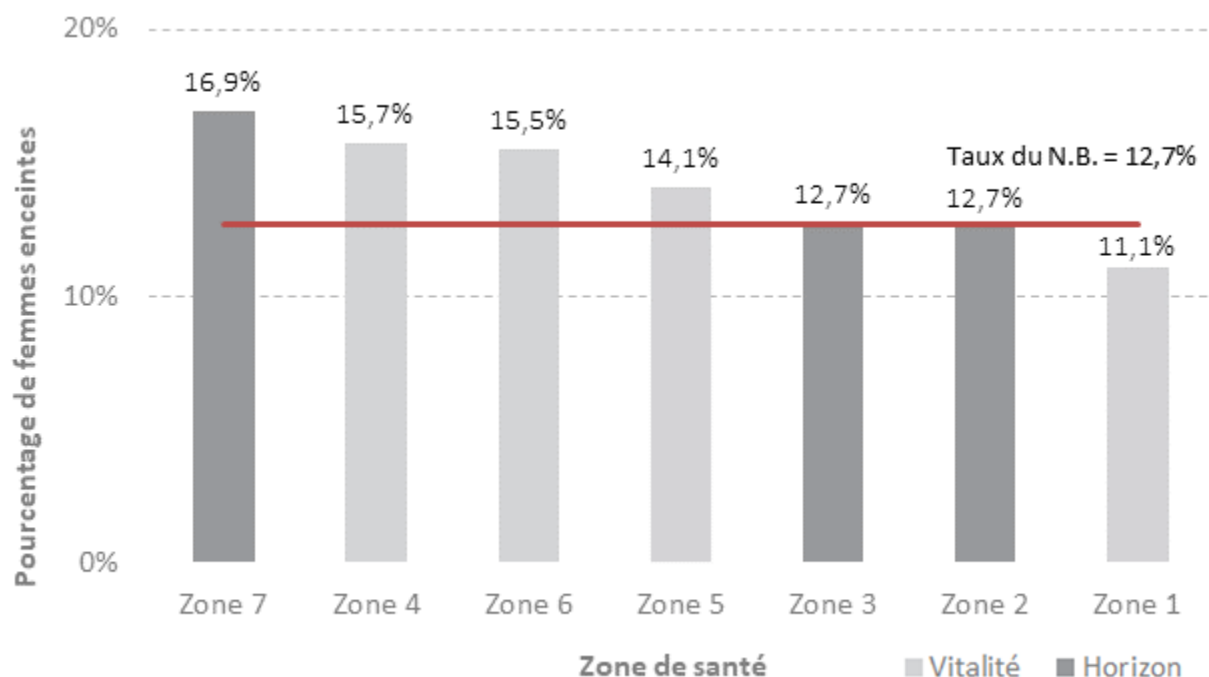


Figure 1.12: Pourcentage de femmes fumeuses durant leur grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2020/21

Consommation d'alcool pendant la grossesse

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir des effets graves sur l'enfant à naître. Il est bien connu que les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) affectent le développement du cerveau et du corps du fœtus lorsqu'il est exposé à l'alcool dans l'utérus¹. Il peut être difficile d'obtenir un diagnostic de TSAF, surtout si l'on ne sait pas si la mère a consommé de l'alcool pendant sa grossesse.

Les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse au Nouveau-Brunswick sont assez faibles; moins de 1 % des femmes du Nouveau-Brunswick ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse². La raison potentielle de ces faibles taux dans la province pourrait être due à la façon dont cette question est abordée au cours de la période prénatale.

Discuter de la consommation d'alcool pendant la grossesse peut être un sujet très sensible, et doit être abordé avec discrétion pour ne pas provoquer de honte, de culpabilité ou de stigmatisation³. Les données sont bien complétées, mais les questions de suivi sur la quantité d'alcool consommée ne le sont pas. Nous encourageons les prestataires à discuter de la consommation d'alcool pendant la grossesse avec leurs patientes.

Le nombre de femmes qui consomment de l'alcool avant leur grossesse a considérablement augmenté au cours des trois dernières années. Il convient de noter qu'il n'y a pas de moment sûr pour consommer de l'alcool pendant la grossesse, y compris au cours des premières semaines ou des premiers mois, lorsqu'une femme peut encore ignorer qu'elle est enceinte³.

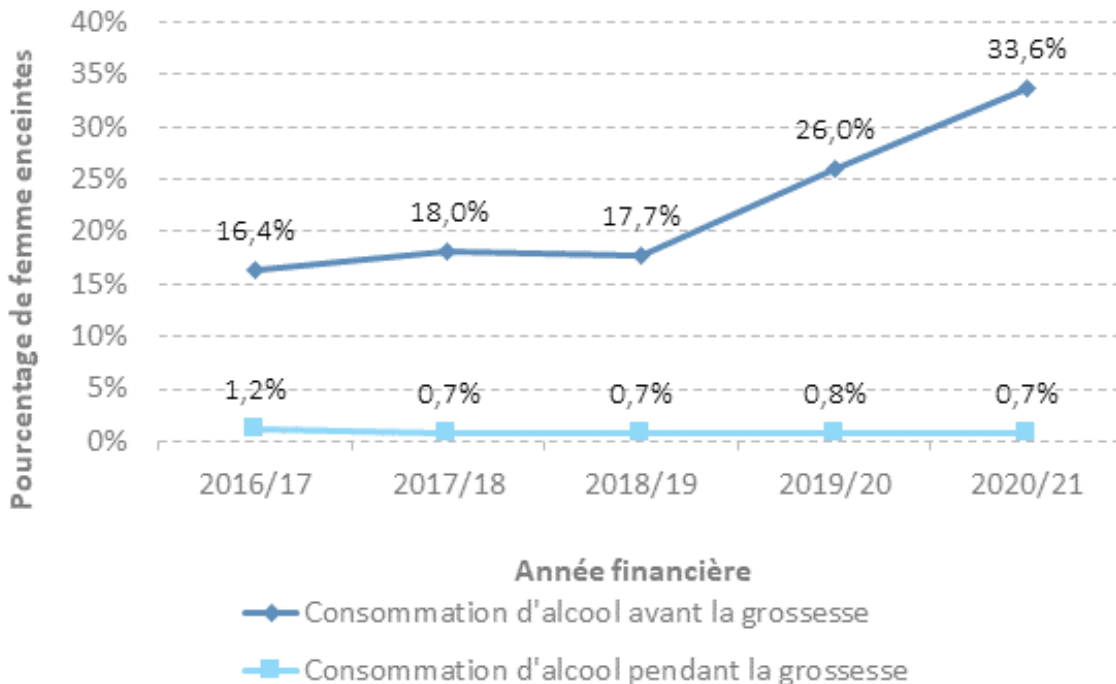


Figure 1.13: Pourcentage de femmes ayant consommé de l'alcool avant la grossesse et pendant la grossesse, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

Définition

Nombre de femmes ayant consommé de l'alcool avant ou pendant 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Canada FASD Research Network, <https://canfasd.ca/what-is-fasd/>. Accès le 4 octobre, 2021
2. Lang S, Quere M, Shield K, Rehm J, Popova S. Alcohol use and self-perceived mental health status among pregnant and breastfeeding women in Canada: a secondary data analysis. *BJOG* 2016; 123:900-909.
3. Canada FASD Research Network. <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/2018/01/Determining-Prenatal-Alcohol-Exposure-for-a-FASD-Diagnostic-Clinic.pdf>. Accès le 4 octobre, 2021

Consommation d'alcool avant la grossesse par zone de santé

Il peut être utile d'examiner la consommation d'alcool avant la grossesse, car environ 27 % de toutes les femmes canadiennes ont une grossesse non planifiée¹. Ces femmes peuvent continuer à consommer de l'alcool pendant les premières semaines de leur grossesse, avant même de savoir qu'elles sont enceintes.

En 2020-2021, la proportion de femmes de l'ensemble du Nouveau-Brunswick qui ont consommé de l'alcool avant leur grossesse a connu une augmentation importante par rapport à 2016-2017, passant de 16,4 % (IC à 95 % : 15,5-17,3 %) à 33,6 % (IC à 95 % : 32,5-34,8 %). La zone de santé présentant le taux le plus élevé de consommation d'alcool avant la grossesse était la zone 3, soit la région de Fredericton et du Haut de la Vallée, à 61,3 % (IC à 95 % : 58,9-63,7 %), tandis que la zone de santé présentant le taux le plus faible de consommation d'alcool avant la grossesse était la zone 2, la région du littoral de Fundy et Saint Jean, à 9,8 % (IC à 95 % : 8,3-11,4 %).

Définition

Nombre de femmes ayant consommé de l'alcool 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références:

1. Oulman, E., Kim, T.H.M., Yunis, K. et al. Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. BMC Pregnancy Childbirth 15, 260 (2015).

Table 1.2: Pourcentage de femmes ayant consommé de l'alcool avant la grossesse, par zone de santé, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

Zone de santé	Consommation d'alcool avant la grossesse				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	13,5%	11,2%	11,8%	22,9%	30,3%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	8,0%	8,3%	7,5%	8,3%	9,8%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	31,5%	36,0%	36,1%	46,2%	61,3%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Ouest	17,0%	41,3%	28,3%	ND	ND
Zone 5 - Région de Restigouche	8,4%	15,1%	10,0%	33,8%	39,6%
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne	11,1%	9,2%	15,3%	29,4%	41,7%
Zone 7 - Région de Miramichi	5,5%	2,6%	3,9%	6,9%	14,7%

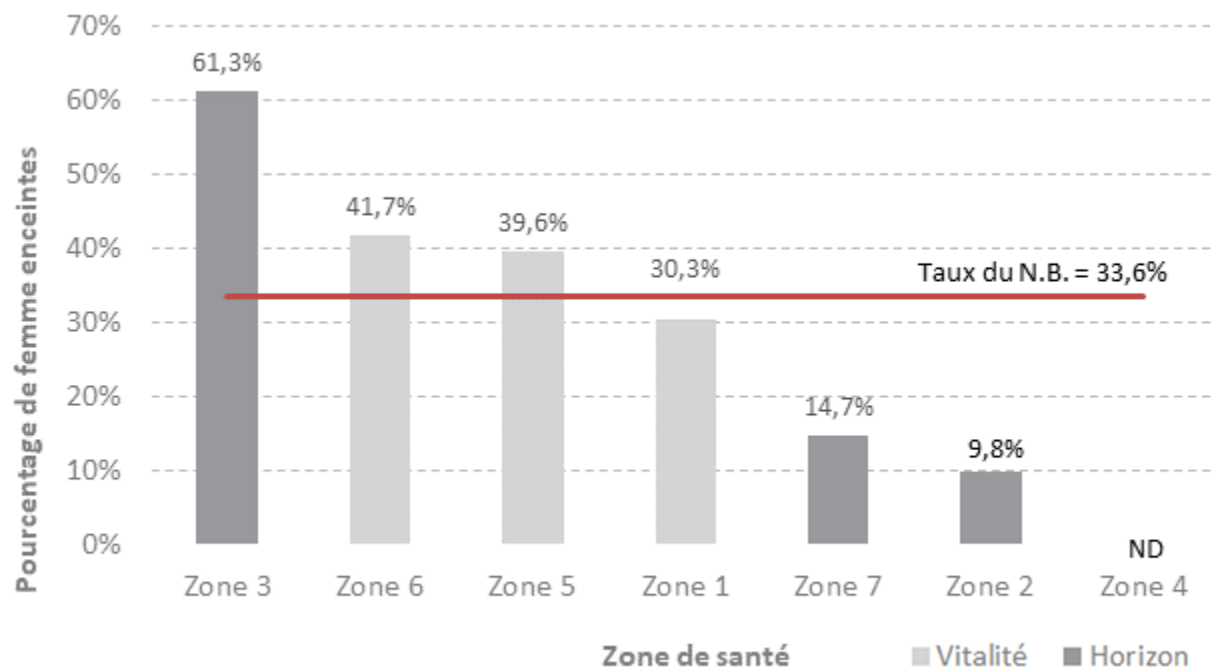


Figure 1.14: Pourcentage de femmes ayant consommé de l'alcool avant la grossesse, par zone de santé, au Nouveau-Brunswick, en 2020-2021

La consommation de cannabis pendant la grossesse

Le taux de femmes consommant du cannabis pendant leur grossesse au Nouveau-Brunswick a considérablement augmenté entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 5,0 % (IC à 95 % : 4,5-5,6 %) à 7,7 % (IC à 95 % : 7,1-8,4 %).

Des recherches de plus en plus nombreuses sur la consommation de cannabis pendant la grossesse ont montré que la consommation de cannabis pendant la grossesse pouvait être associée à un risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de travail prématuré et de mortinatalité¹. Avec la légalisation du cannabis au Canada en octobre 2018, il est très important de communiquer aux femmes enceintes que la consommation de cannabis pendant la grossesse comporte des risques.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. SOGC Legal Cannabis Not Worth Risk for Pregnancy Women <https://www.sogc.org/en/content/featured-news/legal-cannabis-not-work-risk.aspx>. Accès: Le 4 octobre, 2021

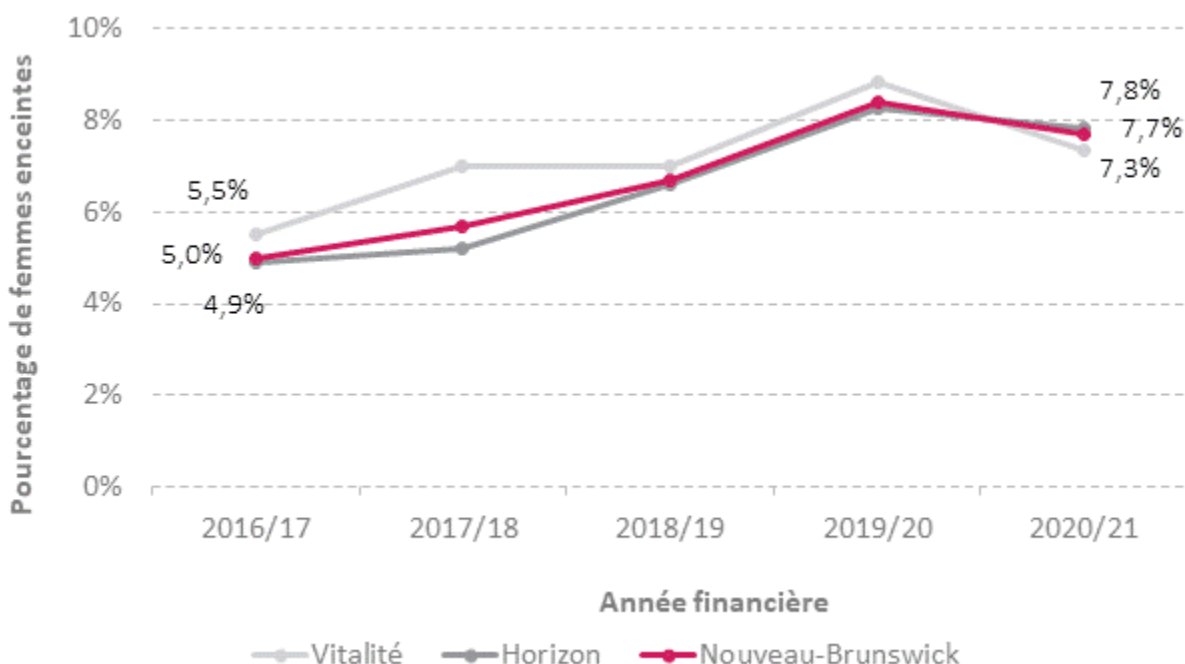


Figure 1.15: Pourcentage des mères ayant consommé du cannabis durant leur grossesse, par endroit, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Consommation de cannabis pendant la grossesse, par zone de santé

En 2020-2021, la zone de santé 7 avait le taux le plus élevé de consommation de cannabis chez les femmes enceintes, soit 9,0 % (IC à 95 % : 6,0-12,8 %), tandis que la zone de santé 6 avait le taux le plus faible, soit 4,5 % (IC à 95 % : 2,6-7,4 %).

Définition

Nombre de femmes ayant consommé du cannabis pendant 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 1.3: Pourcentage de femmes ayant consommé du cannabis pendant la grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Zone de santé	Consommation de cannabis				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	5,4%	5,6%	7,1%	7,8%	7,9%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	5,3%	6,9%	7,4%	9,2%	8,7%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	4,8%	4,2%	6,7%	8,0%	7,3%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Ouest	3,4%	4,6%	5,5%	8,3%	8,6%
Zone 5 - Région de Restigouche	5,1%	5,6%	8,3%	15,3%	6,0%
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne	4,0%	7,1%	3,8%	6,2%	4,5%
Zone 7 - Région de Miramichi	5,5%	7,8%	6,0%	7,6%	9,0%

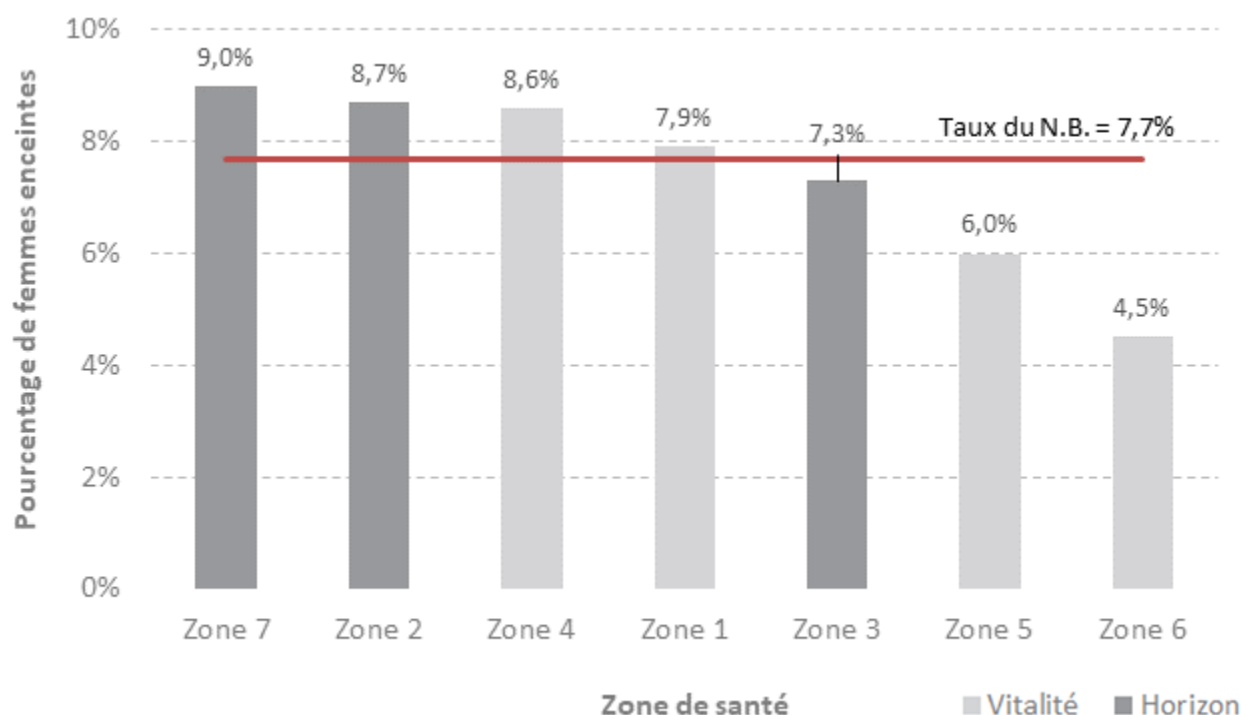


Figure 1.16: Pourcentage de femmes ayant consommé du cannabis durant la grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2020/21

Indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse

La proportion de femmes qui sont obèses (IMC ≥ 30) avant leur grossesse au Nouveau-Brunswick est de 26,5 % (IC à 95 % : 25,4-27,7 %), une proportion beaucoup plus élevée qu'en 2016-2017, soit 23,7 % (IC à 95 % : 22,6-24,7 %). De même, la proportion de femmes en surpoids (IMC entre 25,0 et 29,9) avant leur grossesse a augmenté de façon importante, passant de 20,6 % (IC à 95 % : 19,6-21,6 %) en 2016-2017 à 23,8 % (IC à 95 % : 22,7-24,9 %) en 2020-2021.

Les femmes obèses courent un plus grand risque de développer le diabète ou de l'hypertension pendant leur grossesse¹. Selon la classification de l'IMC de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la personne obèse est toute personne dont l'IMC est supérieur ou égal à 30. Cependant, d'un point de vue clinique, il peut être plus pertinent d'identifier les femmes dont l'IMC est supérieur ou égal à 40 pour évaluer les risques pour le fœtus.

Définition

Nombre de femmes qui avaient un IMC <18,5, 18,5-24,5, 25,0-29,9, ≥ 30 avant d'être enceintes / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Catalano, P.M., *The impact of gestational diabetes and maternal obesity on the mother and her offspring*. J Dev Orig Health Dis. 2010 Aug; 1 (4): 208-215.

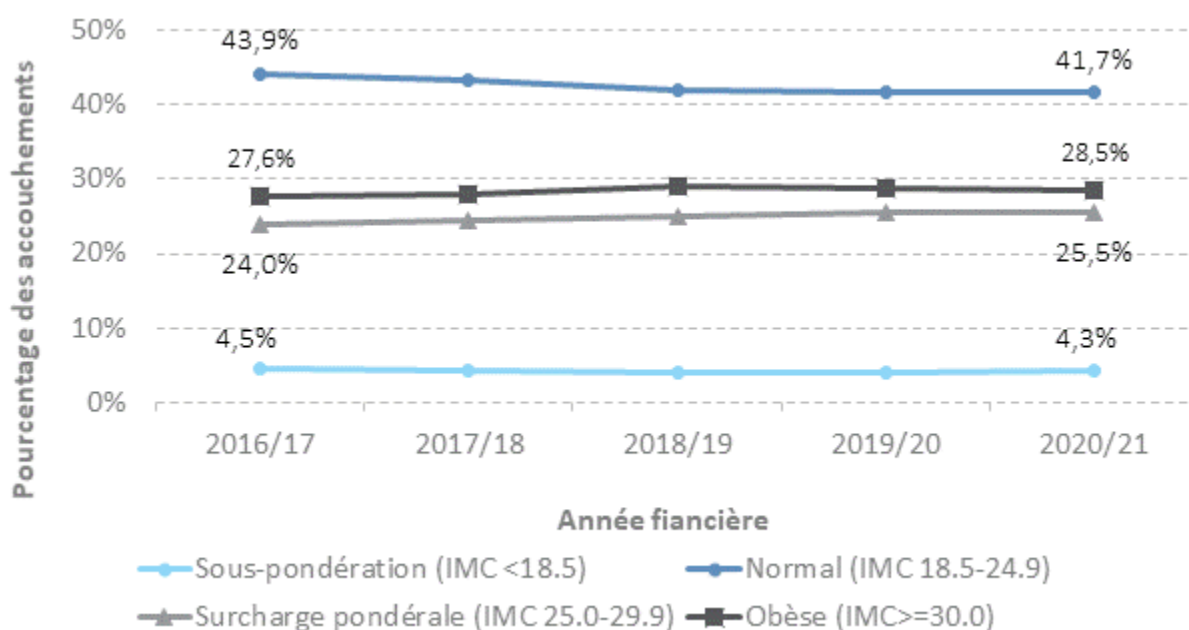


Figure 1.17: IMC avant la grossesse, par catégorie, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

IMC avant la grossesse ≥ 30 par zone de santé

En 2020-2021, la zone de santé 6 présentait la plus forte proportion de femmes ayant un IMC supérieur ou égal à 30 avant la grossesse, soit 30,8 %, tandis que la zone de santé 4 présentait la plus faible proportion, soit 22,0 %.

Définition

Nombre de femmes qui avaient un IMC $> = 30,0$ avant d'être enceintes / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 1.4: Pourcentage de femmes ayant un IMC $> = 30$ avant la grossesse, par zone de santé, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

Zone de santé	Pré-grossesse IMC ≥ 30				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	20,5%	22,0%	23,3%	24,4%	23,6%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	24,8%	21,0%	25,8%	27,1%	28,8%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	25,2%	26,2%	28,7%	26,7%	27,8%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Ouest	22,6%	24,6%	22,5%	29,0%	22,0%
Zone 5 - Région de Restigouche	15,2%	24,0%	25,6%	24,2%	24,2%
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne	28,9%	26,1%	27,4%	31,6%	30,8%
Zone 7 - Région de Miramichi	27,7%	30,6%	23,8%	23,3%	24,7%

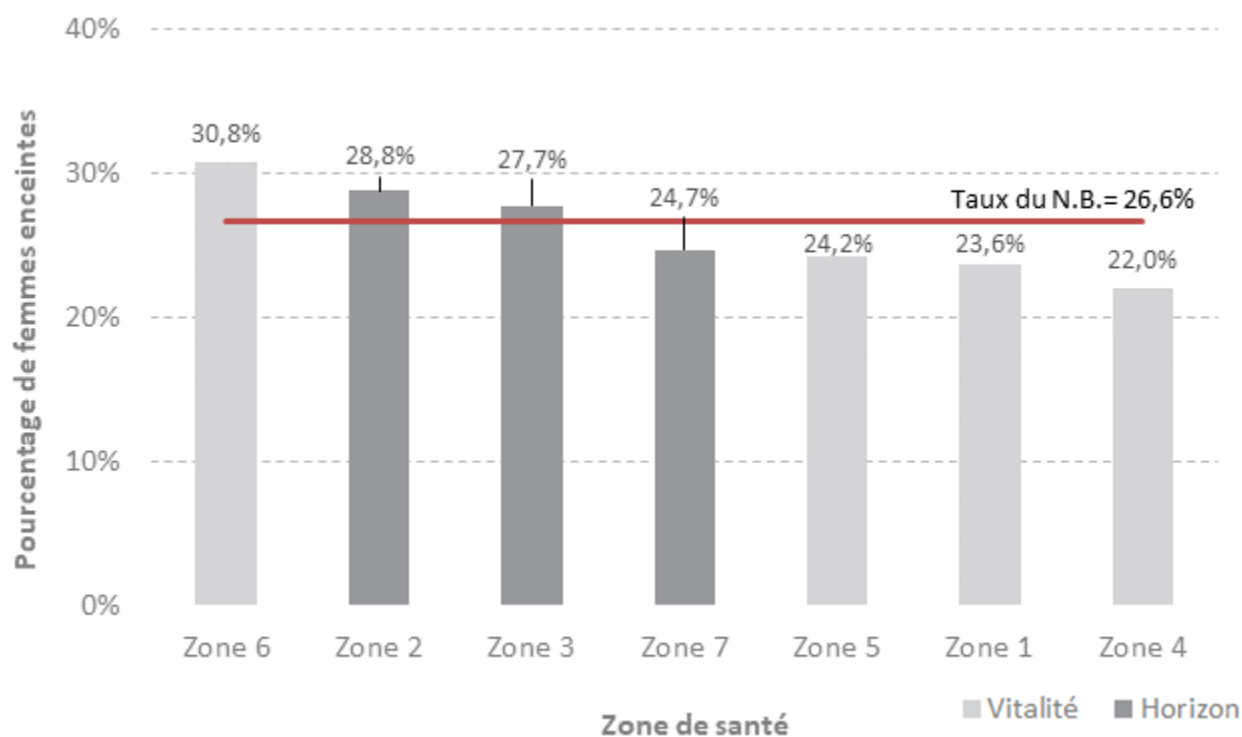


Figure 1.18: Pourcentage de femmes ayant un IMC $> = 30$ avant la grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2020-2021

IMC avant la grossesse ≥ 40 par zone de santé

En 2020-2021, la zone de santé 6 présentait la plus forte proportion de femmes ayant un IMC supérieur ou égal à 40 avant la grossesse, soit 6,3 %, tandis que la zone de santé 7 présentait la plus faible proportion, soit 4,3 %.

Définition

Nombre de femmes qui avaient un IMC $\geq 40,0$ avant d'être enceintes / Nombre total d'accouchements.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 1.5: Pourcentage de femmes ayant un IMC ≥ 40 avant la grossesse, par zone de santé, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

Zone de santé	Pré-grossesse IMC ≥ 40				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Zone 1 - Région de Moncton et du Sud-Est	4,6%	4,9%	5,5%	5,7%	4,9%
Zone 2 - Région de Fundy et de Saint John	5,4%	4,4%	5,8%	6,1%	6,2%
Zone 3 - Région de Fredericton et de la vallée	4,8%	5,7%	4,8%	5,3%	5,2%
Zone 4 - Région du Madawaska et du Nord-Ouest	5,3%	4,9%	3,7%	7,9%	4,5%
Zone 5 - Région de Restigouche	4,5%	8,4%	5,0%	8,9%	NR
Zone 6 - Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne	7,5%	6,7%	8,2%	9,6%	6,3%
Zone 7 - Région de Miramichi	6,9%	9,8%	5,7%	5,3%	4,3%

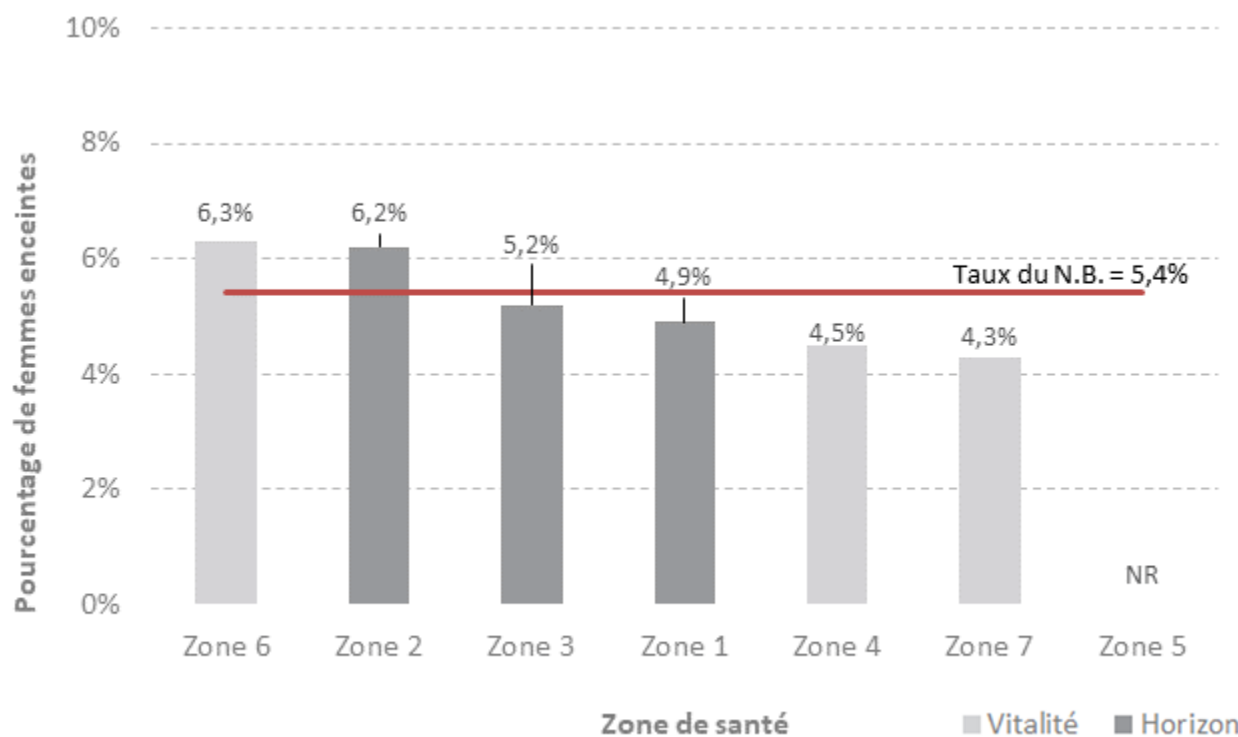


Figure 1.19: Pourcentage de femmes ayant un IMC ≥ 40 avant la grossesse, par zone de santé, Nouveau-Brunswick, 2020-2021

Chapitre 2-Travail et accouchement

Taux de césariennes par hôpital accoucheur

En 2020-2021, le taux de césariennes au Nouveau-Brunswick était de 29,2 % (IC à 95 % : 28,0-30,3 %). L'hôpital ayant le taux de césariennes le plus élevé était l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, soit 37,0 % (IC à 95 % : 34,4-39,4 %), et l'hôpital ayant le taux le plus bas était l'Hôpital régional de Saint John, soit 20,3 % (IC à 95 % : 18,3-22,4 %). Entre 2017-2018 et 2020-2021, l'Hôpital régional Chaleur a connu une baisse importante de son taux de césariennes, qui est passé de 39,1 % (IC à 95 % : 34,4-44,0 %) en 2017-2018 à 27,3 % (IC à 95 % : 23,2-31,3 %) en 2020-2021.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 2.1: Pourcentage d'accouchements par césarienne, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Hôpital accoucheur	Taux de césariennes				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	29,3%	30,3%	32,9%	29,1%	ND
Hôpital régional de Chaleur	33,7%	39,1%	33,8%	32,5%	27,3%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	28,9%	32,2%	31,9%	33,0%	36,9%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	34,5%	28,5%	31,4%	29,8%	32,0%
Hôpital régional d'Edmundston	28,9%	32,7%	28,0%	29,1%	33,9%
Hôpital régional de Miramichi	31,9%	32,3%	34,2%	34,0%	30,9%
Hôpital de Moncton	28,6%	32,2%	31,8%	28,2%	29,1%
Hôpital régional de Saint John	19,9%	19,5%	18,4%	22,1%	20,3%
Hôpital du Haut de la vallée	24,2%	26,5%	26,0%	21,5%	23,2%

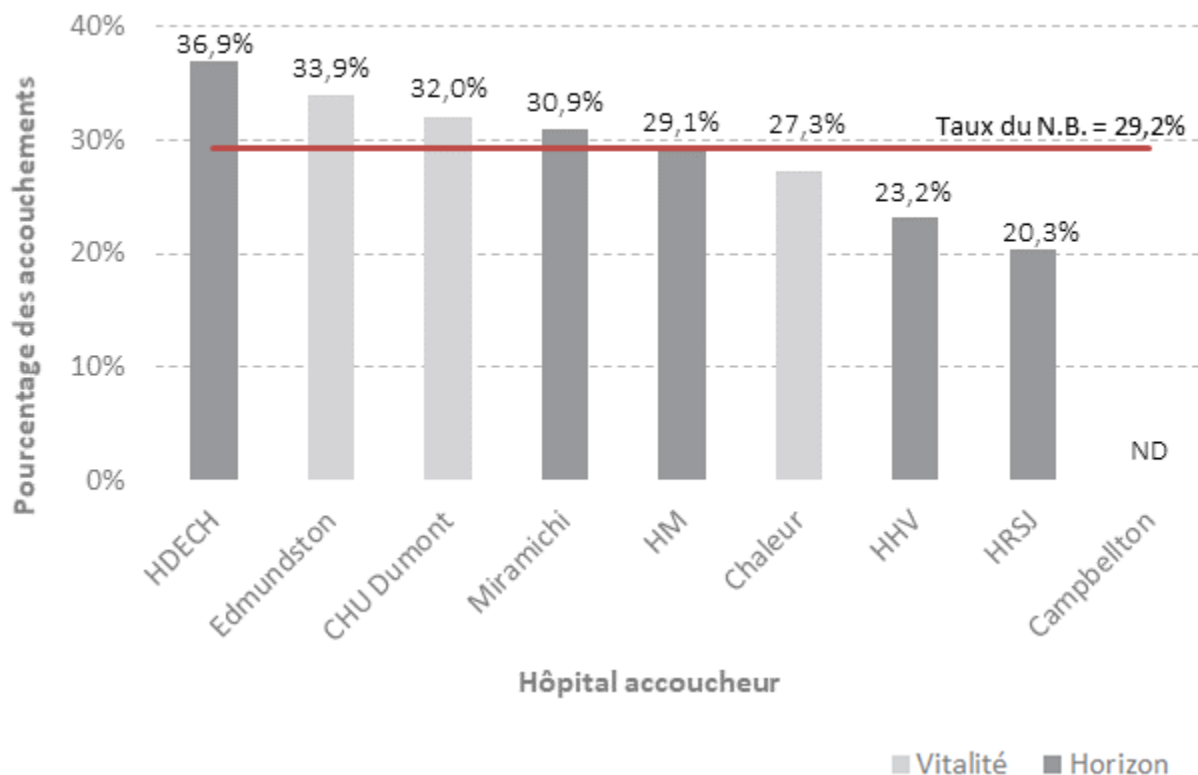


Figure 2.1: Pourcentage d'accouchements par césarienne, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2020/21

Taux de premières césariennes et de césariennes répétées

Le taux de césariennes primaires au Nouveau-Brunswick a connu une légère augmentation entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 18,1 % (IC à 95 % : 17,1-19,2 %) à 20,1 % (IC à 95 % : 19,0-21,2 %). Le taux de césariennes répétées a légèrement diminué entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 84,1 % (IC à 95 % : 81,6-86,4 %) à 80,6 % (IC à 95 % : 77,9-83,1 %). À l'échelle nationale, en 2019-2020, le taux de césariennes primaires était de 20,2 % (20,0-20,3 %), et le taux de césariennes répétées de 82,2 % (IC à 95 % : 81,9-82,5 %)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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Canadian Institute for Health Information. Hospitalization and Childbirth, 1995–1996 to 2019–2020 — Supplementary Statistics. Ottawa, ON: CIHI; 2021.

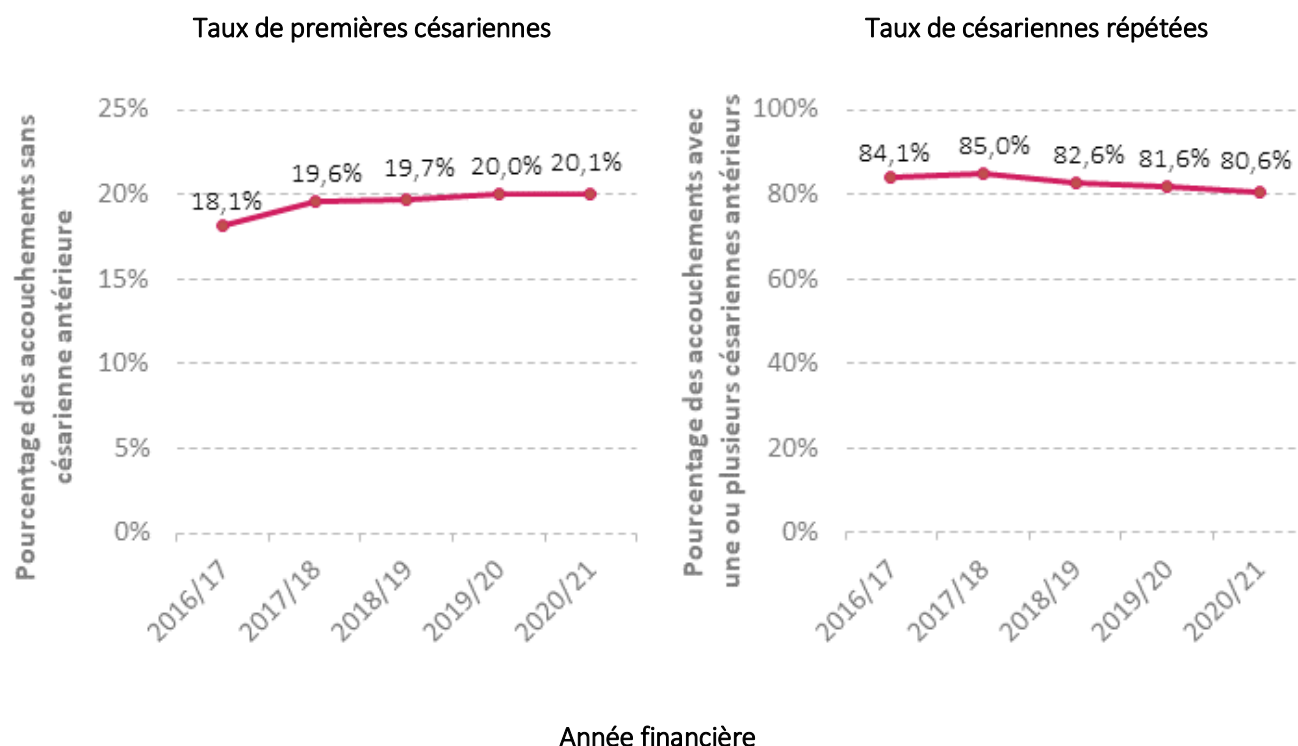


Figure 2.2: Pourcentage de premières césariennes et de césariennes répétées, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

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

La proportion de femmes tentant un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) a légèrement augmenté, passant de 19,3 % (IC à 95 % : 16,8-21,9 %) en 2016-2017 à 23,9 % (IC à 95 % : 21,2-26,7 %) en 2020-2021. Le taux de réussite des AVAC est resté stable à 82,5 % (IC à 95 % : 76,2-87,7 %) en 2016-2017 et à 80,6 % (IC à 95 % : 74,8-85,6 %) en 2020-2021. En 2020-2021, l'Hôpital régional de Saint John présentait le taux de tentatives d'AVAC le plus élevé, soit 40,7 % (IC à 95 % : 33,5-48,2 %), et le deuxième taux de réussite d'AVAC le plus élevé, soit 86,5 % (IC à 95 % : 76,6-94,3 %).

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande qu'un essai de travail soit offert à toutes les femmes ayant déjà subi une césarienne, en l'absence de contre-indications (y compris le type d'incision de la césarienne précédente, une reconstruction utérine majeure antérieure et une rupture utérine antérieure)¹.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 2.2: Taux brut de AVAC, taux de tentatives de AVAC, taux de réussite de AVAC, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Mesure	AVAC accouchements				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Taux brut de AVAC	15,9%	14,9%	17,3%	18,4%	19,3%
Taux de tentatives de AVAC	19,3%	17,4%	21,2%	23,1%	23,9%
Taux de réussite de AVAC	82,5%	85,5%	82,0%	79,6%	80,6%

Table 2.3: Pourcentage brut de AVAC, taux de tentatives de AVAC, taux de réussite de AVAC, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2020/21

Hôpital accoucheur	AVAC par hôpital accoucheur		
	Taux brut de AVAC	Taux de tentatives de AVAC	Taux de réussite de AVAC
Hôpital régional de Campbellton	0,0%	0,0%	0,0%
Hôpital régional de Chaleur	10,9%	16,4%	66,7%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	10,6%	14,4%	73,7%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	25,6%	28,2%	90,9%
Hôpital régional d'Edmundston	ND	14,9%	ND
Hôpital régional de Miramichi	16,1%	25,8%	22,2%
Hôpital de Moncton	20,0%	24,3%	82,2%
Hôpital régional de Saint John	35,2%	40,7%	86,5%
Hôpital du Haut de la vallée	0,0%	0,0%	0,0%

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

Une césarienne répétée à faible risque est définie comme toute césarienne répétée (c'est-à-dire sans tentatives d'essai de travail) dans le cadre d'une grossesse à faible risque à terme avant 39 semaines de gestation. L'expression « faible risque » qualifie l'accouchement d'un seul bébé par la mère, sans complications obstétricales ou maternelles durant la grossesse, y compris le placenta prævia, la présentation anormale du fœtus, l'hypertension, la pré-éclampsie, l'éclampsie, le diabète sucré, la disproportion ou l'anormalité des organes pelviens maternels, les anomalies ou les problèmes fœtaux et les mouvements fœtaux réduits.

Ce taux est resté stable au Nouveau-Brunswick entre 2016-2017 à 28,7 % (IC à 95 % : 24,6-33,2 %) et 2020-2021 à 28,8 % (IC à 95 % : 24,4-33,5 %). Ce taux devrait hypothétiquement être de 0 puisqu'il n'y a aucune raison médicale de pratiquer une césarienne répétée à faible risque avant 39 semaines.

Il est recommandé de ne pas pratiquer de césariennes répétées à faible risque avant 39 semaines de gestation, car il peut y avoir un risque accru de résultats indésirables, tels qu'un taux plus élevé de ventilation mécanique, de septicémie néonatale, d'hypoglycémie et d'admissions dans une unité de soins néonataux intensifs¹.

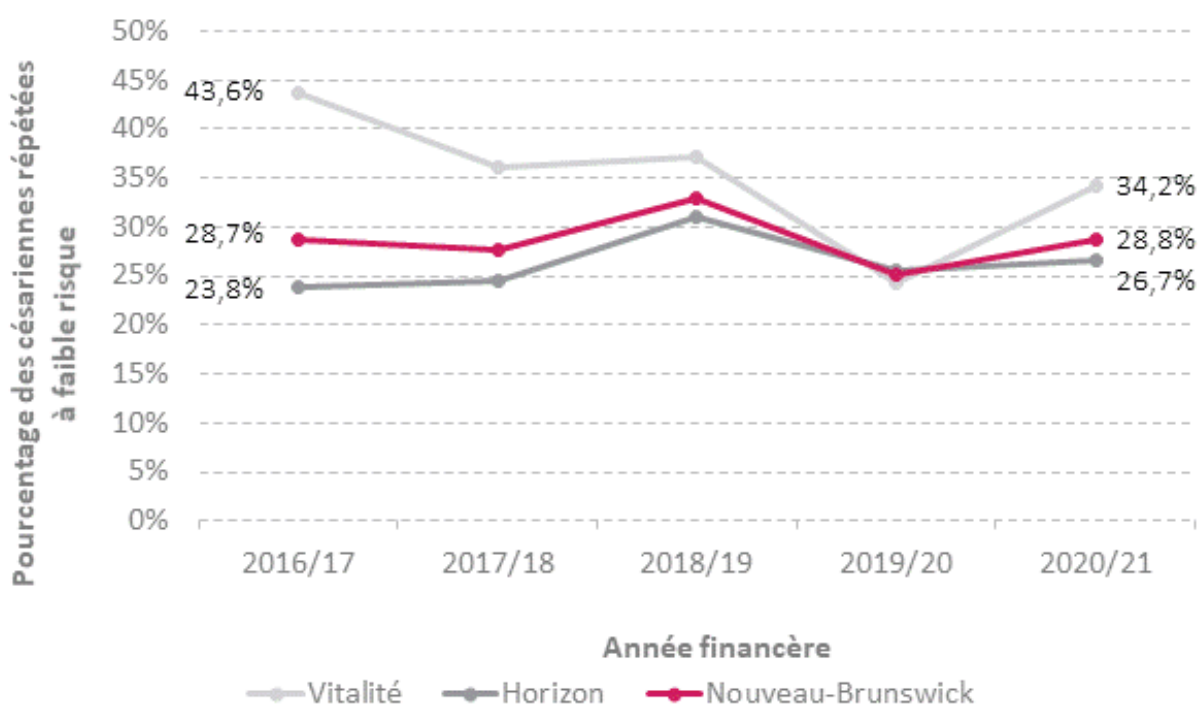


Figure 2.3: Pourcentage de césariennes répétées à faible risque effectuées à terme entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par endroit, de 2016/17 à 2020/21

Définition

Source des données

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).

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021.
Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

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

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 2016/17 à 2020/21

Hôpital accoucheur	Césariennes à faible risque effectuées à terme entre la 37 ^e et la 39 ^e semaine de gestation				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	ND	ND	ND	ND	0,0%
Hôpital régional de Chaleur	51,6%	39,0%	50,0%	34,5%	34,6%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	21,0%	23,0%	28,2%	18,0%	20,0%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	44,0%	44,1%	37,0%	28,9%	34,4%
Hôpital régional d'Edmundston	50,0%	31,8%	NR	0,0%	33,3%
Hôpital régional de Miramichi	56,4%	50,0%	55,0%	66,7%	40,7%
Hôpital de Moncton	25,9%	27,7%	30,0%	25,4%	27,1%
Hôpital régional de Saint John	11,9%	20,0%	19,5%	25,9%	38,3%
Hôpital du Haut de la vallée	ND	ND	ND	ND	0,0%

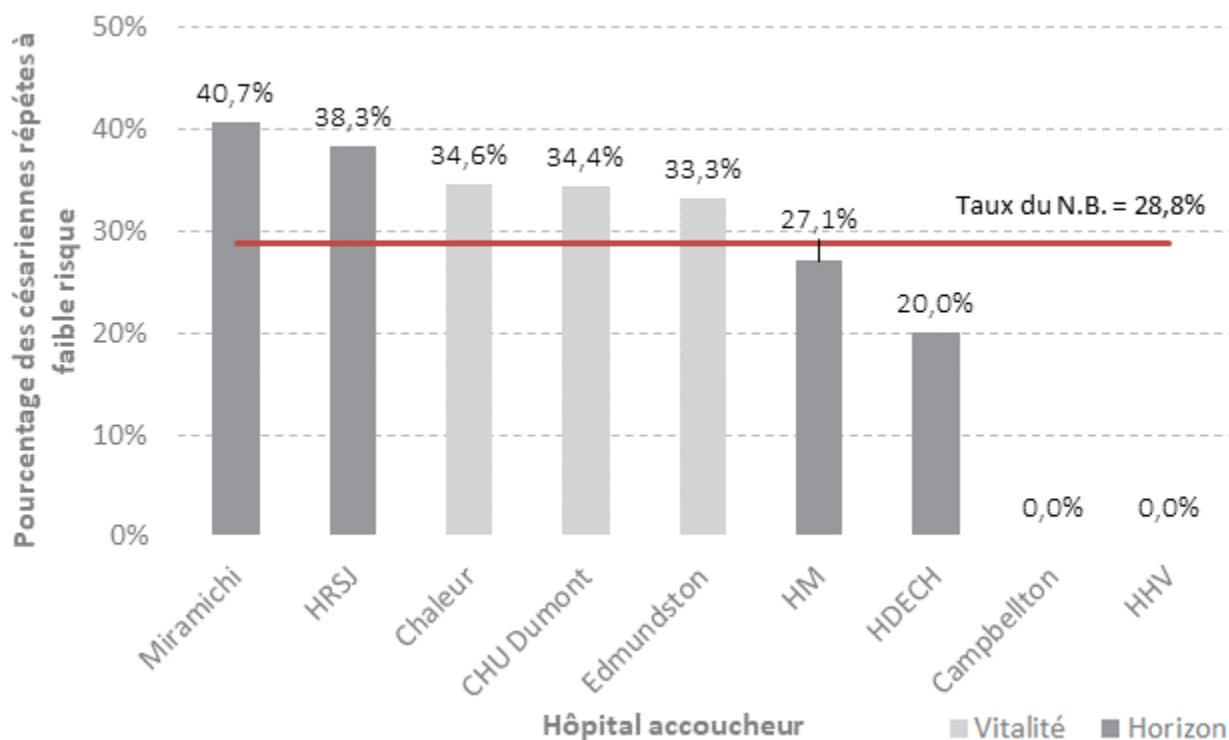


Figure 2.4: Pourcentage de césariennes répétées à faible risque effectuées entre la 37^e et la 39^e semaine de gestation, par hôpital accoucheur, 2020/21

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

Le taux d'épisiotomie lors des accouchements vaginaux d'un seul bébé a considérablement diminué entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 11,1 % (IC à 95 % : 1,2-12,0 %) à 8,8 % (IC à 95 % : 8,0-9,7 %). L'hôpital présentant le taux d'épisiotomie le plus élevé lors des accouchements vaginaux d'un seul bébé en 2020-2021 était l'Hôpital régional d'Edmundston, soit 23,2 % (IC à 95 % : 17,5-29,6 %). L'hôpital présentant le taux le plus faible était l'Hôpital régional de Saint John, avec un taux de 4,6 % (IC à 95 % : 3,4-5,9 %).

Une épisiotomie est une incision pratiquée dans le périnée pendant l'accouchement, souvent utilisée lors d'un accouchement vaginal opératoire tel que l'utilisation de forceps ou d'une ventouse. Des recherches ont montré qu'il n'existe aucune preuve¹.

Définition

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

Références

1. SOGC joint policy statement on normal childbirth, 2008; Carroli G, Mignini L. *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1): CD000081

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

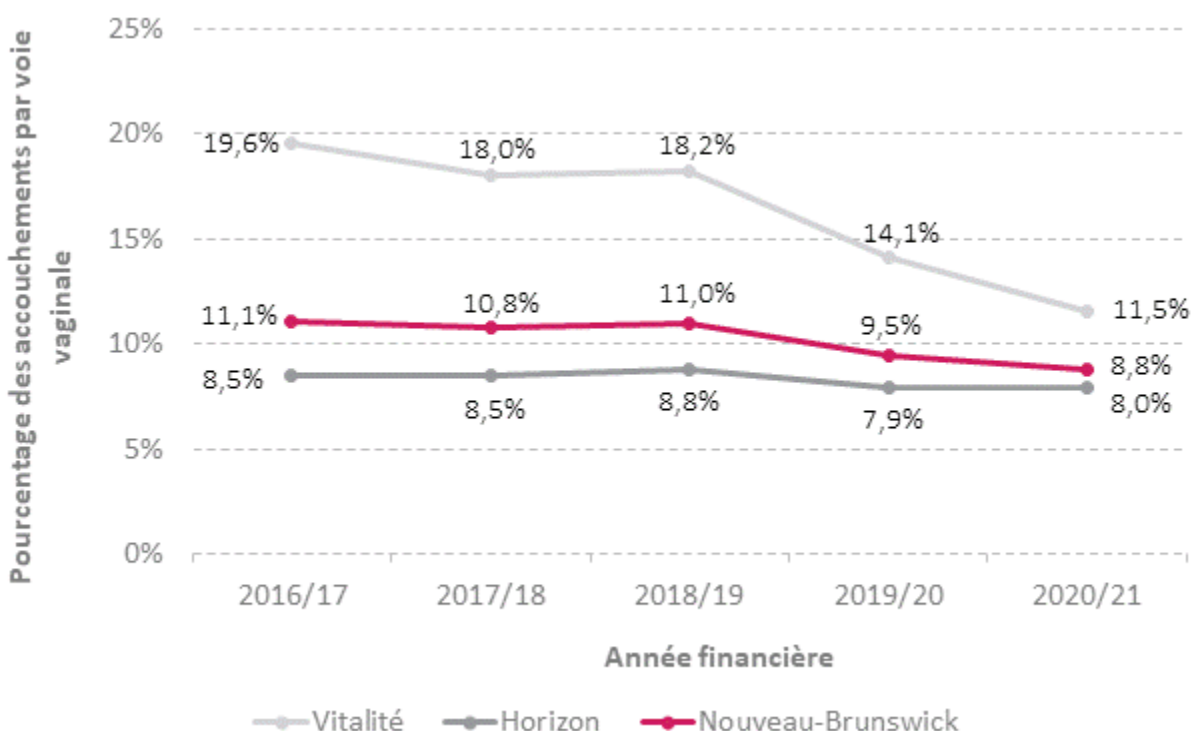


Figure 2.5: Taux d'épisiotomie dans les accouchements par voie vaginale de bébé unique par endroit, de 2016/17 à 2020/21

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 2016/17 à 2020/21

Hôpital accoucheur	Épisiotomie				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	47,6%	51,3%	46,1%	24,3%	ND
Hôpital régional de Chaleur	18,4%	15,9%	15,1%	11,5%	7,0%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	8,5%	8,0%	9,0%	8,4%	8,8%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	6,7%	6,5%	5,2%	9,7%	9,6%
Hôpital régional d'Edmundston	27,4%	21,2%	28,7%	22,3%	23,2%
Hôpital régional de Miramichi	9,5%	8,6%	9,9%	13,6%	13,7%
Hôpital de Moncton	12,9%	12,9%	12,8%	10,9%	10,0%
Hôpital régional de Saint John	5,9%	6,7%	6,5%	5,0%	4,6%
Hôpital du Haut de la vallée	ND	ND	ND	ND	9,3%

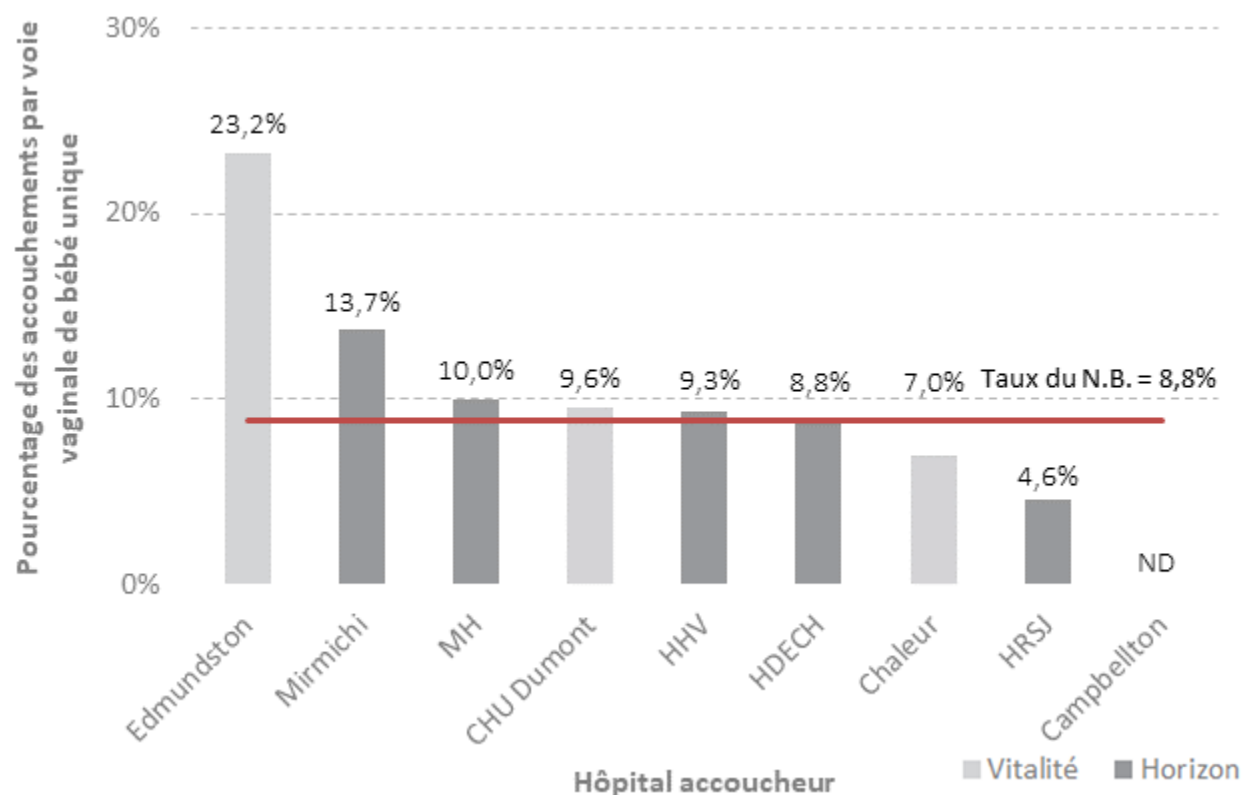


Figure 2.6: Taux d'épisiotomie durant les accouchements par voie vaginale d'un bébé unique, par hôpital accoucheur, 2020/21

Accouchement vaginal opératoire d'un seul bébé

Le taux d'accouchement vaginal opératoire au Nouveau-Brunswick a augmenté de façon importante, passant de 10,9 % (IC à 95 % : 10,0-11,8 %) en 2016-2017 à 12,9 % (IC à 95 % : 12,0-14,0 %) en 2020-2021. L'hôpital ayant le taux le plus élevé d'accouchements vaginaux opératoires en 2020-2021 était l'Hôpital régional de Miramichi, soit 36,8 % (IC à 95 % : 31,1-42,8 %) de tous les accouchements vaginaux d'un seul bébé. L'hôpital affichant le taux le plus faible était le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, soit 3,6 % (IC à 95 % : 2,1-5,6 %). À l'échelle nationale, en 2019-2020, le taux d'accouchements vaginaux opératoires était de 12,6 % (IC à 95 % : 12,5-12,8 %).

Un accouchement vaginal opératoire est tout accouchement vaginal qui utilise des forceps ou une ventouse pour aider à mettre le bébé au monde. Les accouchements vaginaux opératoires peuvent entraîner des taux plus élevés de traumatismes maternels à la naissance¹.

Définition

Nombre de naissances d'un seul bébé ayant fait l'objet d'un accouchement opératoire / Nombre total d'accouchements d'un seul bébé par voie vaginale.

Références

1. Muraca, G., et al. *Ecological association between operative vaginal delivery and obstetric and birth trauma*. CMAJ: 190 (24).

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

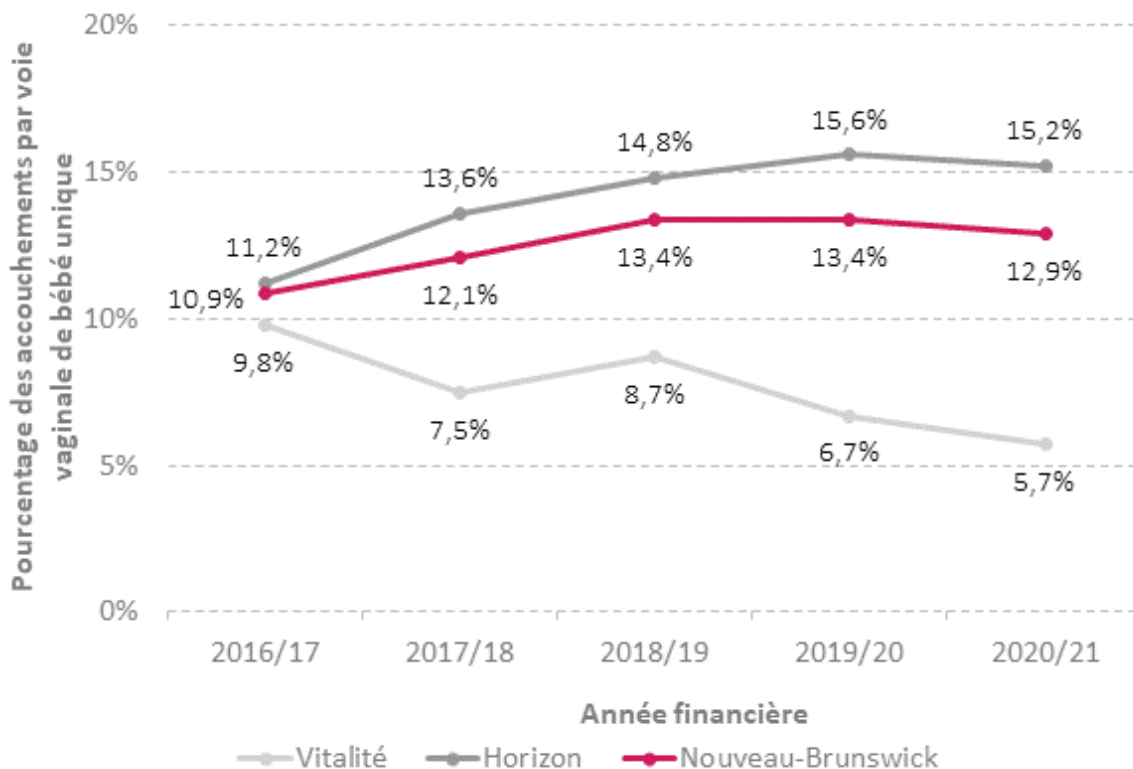


Figure 2.7: Taux d'accouchements vaginaux opératoires, par établissement, entre 2016-2017 et 2020-2021

Taux d'accouchements vaginaux opératoires d'un seul bébé, par hôpital accoucheur

Table 2.6: Taux d'accouchements vaginaux opératoires d'un seul bébé, par hôpital accoucheur, entre 2016-2017 et 2020-2021

Hôpital accoucheur	Accouchement vaginal opératoire				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	8,8%	5,8%	5,7%	13,0%	ND
Hôpital régional de Chaleur	10,0%	11,5%	9,5%	5,2%	4,6%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	6,5%	9,0%	8,5%	9,6%	9,0%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	5,5%	3,7%	8,2%	4,2%	3,6%
Hôpital régional d'Edmundston	18,4%	12,3%	17,5%	11,2%	11,8%
Hôpital régional de Miramichi	31,2%	27,9%	29,0%	36,8%	36,8%
Hôpital de Moncton	15,5%	19,0%	23,0%	23,0%	21,4%
Hôpital régional de Saint John	8,4%	11,7%	12,3%	12,3%	11,2%
Hôpital du Haut de la vallée	4,6%	6,3%	5,4%	4,5%	10,9%

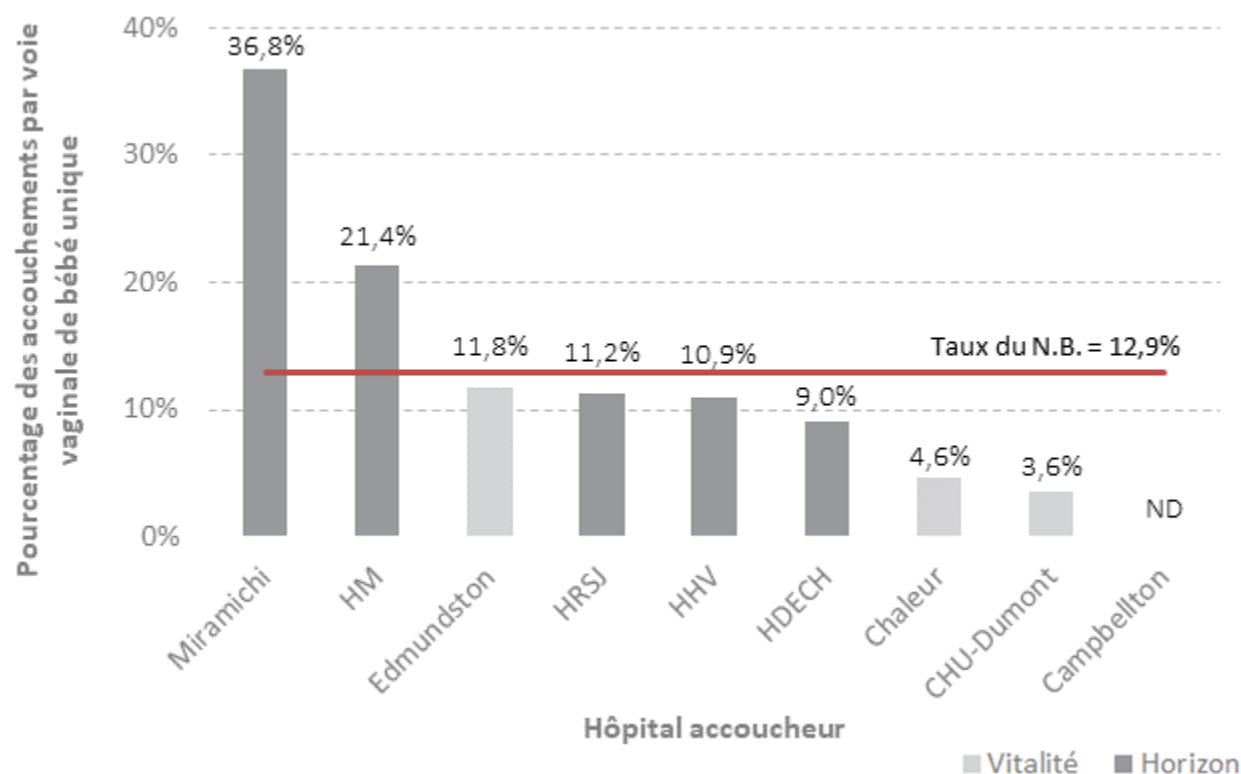


Figure 2.8: Taux d'accouchements vaginaux opératoires d'un seul bébé, par hôpital accoucheur, en 2020-2021

Taux de déclenchement artificiel du travail

Le taux de déclenchement du travail au Nouveau-Brunswick a considérablement augmenté entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 31,5 % (IC à 95 % : 30,4-32,6) à 38,1 % (IC à 95 % : 36,9-39,4). L'Hôpital régional Dr Everett Chalmers avait le taux de déclenchement du travail le plus élevé en 2020-2021, soit 45,4 % (IC à 95 % : 42,8-48,0), tandis que l'Hôpital du Haut de la Vallée avait le taux de déclenchement du travail le plus faible, soit 24,4 % (IC à 95 % : 18,1-31,6 %).

Le déclenchement du travail est l'utilisation de moyens artificiels pour amorcer le processus de travail¹. Il existe des risques associés au déclenchement du travail, tels que l'infection bactérienne de l'utérus, la naissance d'un bébé prématuré lorsque la date de naissance a été mal estimée et, dans certains cas, la 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

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

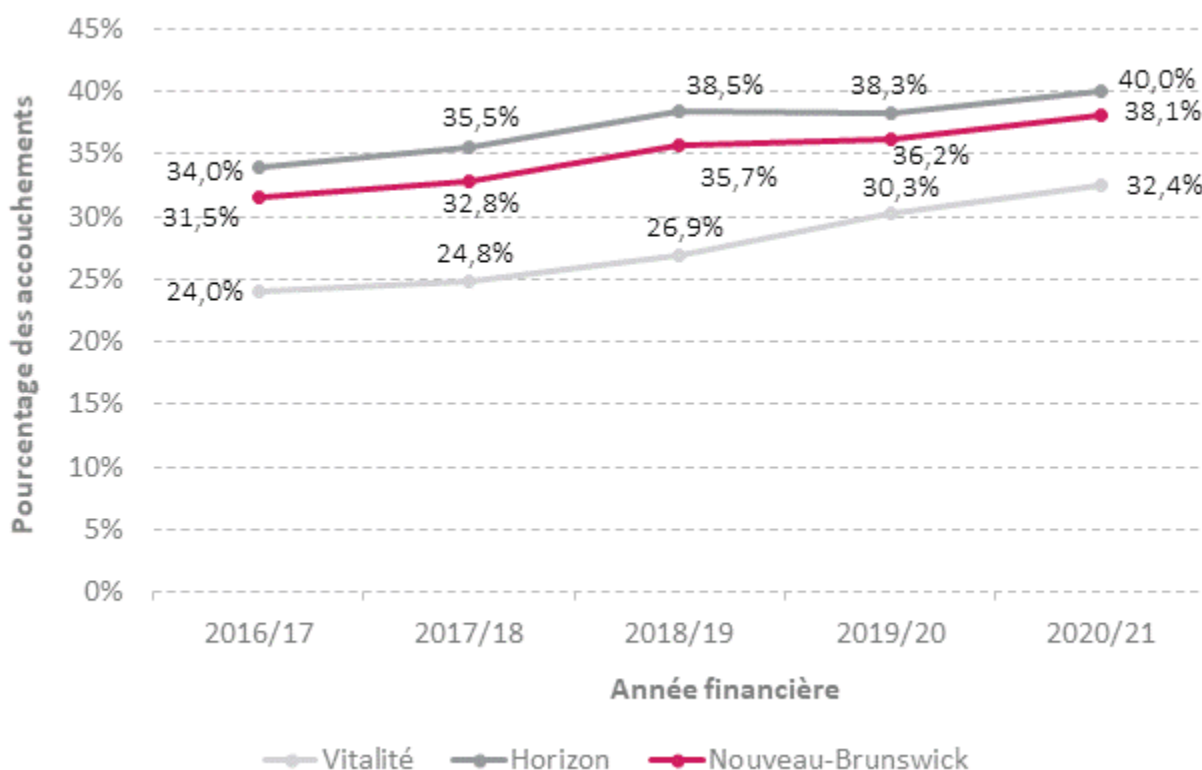


Figure 2.9: Taux de déclenchement artificiel du travail, par endroit, de 2016/17 à 2020/21

Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur

Table 2.7: Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur, de 2016/17 à 2020/21

Hôpital accoucheur	Taux d'induction				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	11,5%	19,9%	20,9%	23,5%	0,0%
Hôpital régional de Chaleur	30,5%	28,3%	29,5%	36,0%	33,2%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	41,9%	42,8%	43,4%	42,8%	45,3%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	22,2%	24,6%	29,9%	29,7%	34,7%
Hôpital régional d'Edmundston	26,5%	23,8%	22,2%	27,7%	26,7%
Hôpital régional de Miramichi	40,3%	45,9%	44,6%	41,8%	34,6%
Hôpital de Moncton	28,3%	28,4%	32,8%	33,4%	37,2%
Hôpital régional de Saint John	30,7%	32,8%	37,9%	38,1%	40,1%
Hôpital du Haut de la vallée	22,5%	29,4%	28,5%	29,5%	24,4%

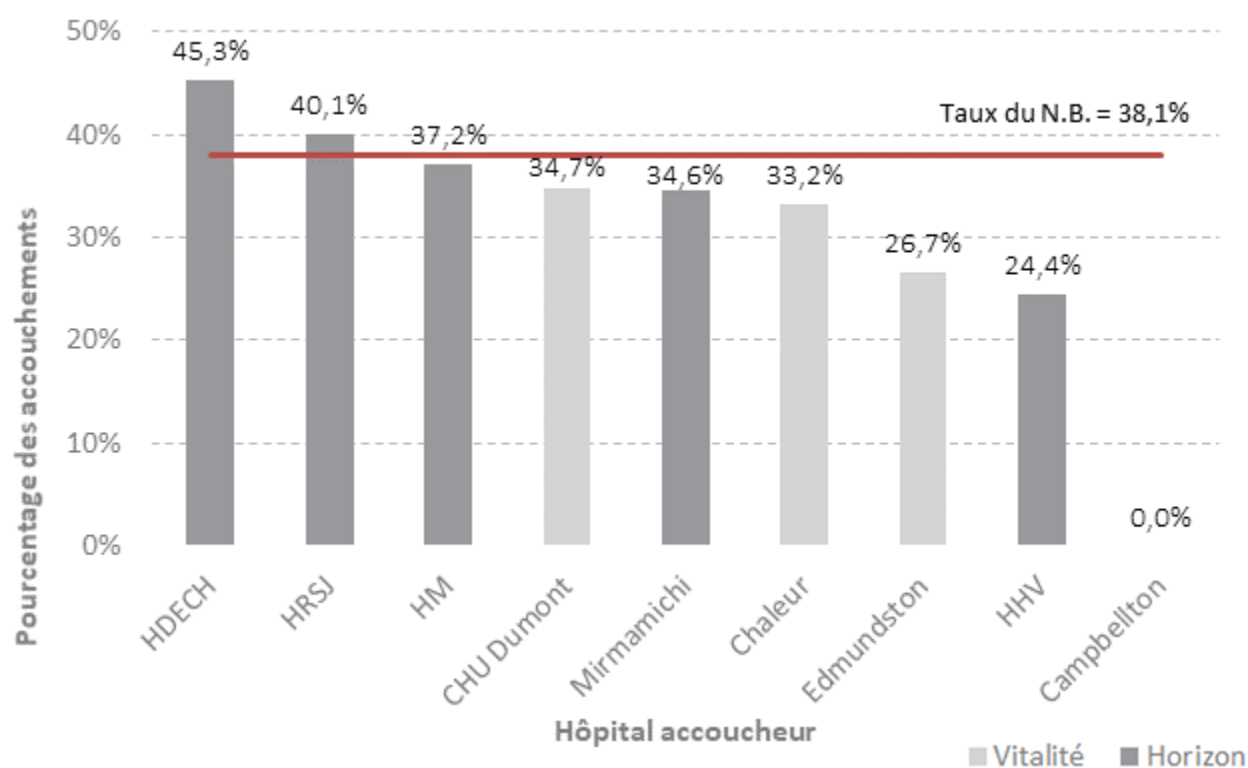


Figure 2.10: Taux de déclenchement artificiel du travail, par hôpital accoucheur, 2020/21

Indications pour le déclenchement du travail

La SOGC fournit des directives sur le déclenchement du travail. Dans le cadre de ces dernières, les indications pour le déclenchement du travail sont réparties en trois catégories : priorités élevées, autres indications et indications inacceptables. Les indications de priorités élevées pour le déclenchement du travail sont définies comme suit : pré-éclampsie à 37 semaines ou plus, maladie maternelle importante ne répondant pas au traitement, hémorragie ante-partum importante mais stable, chorioamnionite, danger soupçonné pour le fœtus et rupture des membranes avant le travail à terme avec la présence de la bactérie SGB chez la mère¹. Les autres indications comprennent les indications médicales telles que les dates supérieures à 41 semaines, le diabète, le retard de croissance intra-utérine (RCIU), l'hypertension, les antécédents de travail rapide, etc. Les indications inacceptables comprennent l'accommodement du fournisseur de soins ou de la patiente.

Aux fins de l'analyse ci-dessous, les indications ont été regroupées en trois catégories : priorité médicale, selon les indications de priorité élevée définies par la SOGC, autre motif médical, selon les autres indications définies par la SOGC, et motif non médical, qui comprend les motifs sociaux ou géographiques, les autres indications, ou l'absence de toute autre indication.

Les motifs de déclenchement du travail sont restés stables au cours des cinq dernières années, le motif médical – autre étant le plus fréquent, soit 74,4 % (IC à 95 % : 72,6-76,2 %), tandis que 20,4 % (IC à 95 % : 18,8-22,1 %) de tous les déclenchements du travail sont pratiqués pour des motifs non médicaux.

Définition

Nombre de femmes dont le travail est déclenché pour un motif de déclenchement / Nombre total d'accouchements déclenchés.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Leduc, D., et al. *SOGC Clinical Practice Guideline: Induction of Labour*. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35 (9): 840-857.

Table 2.11: Taux d'indications pour le déclenchement du travail, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

Raison de l'induction	Toutes les inductions				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Médicale - haute priorité	4,8%	4,4%	4,9%	5,2%	5,2%
Médicale - autre	75,2%	74,2%	71,1%	72,8%	74,4%
Non-médicale	20,0%	21,4%	24,0%	22,1%	20,4%

Motif non médical du déclenchement du travail par hôpital accoucheur

Table 2.8: Taux de déclenchement du travail pour des motifs non médicaux, par hôpital accoucheur, entre 2016-2017 et 2020-2021

Hôpital accoucheur	Les raisons non-médicale de l'induction				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	8,3%	20,4%	22,4%	7,9%	0,0%
Hôpital régional de Chaleur	6,2%	4,2%	14,4%	21,4%	20,5%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	15,1%	14,6%	18,2%	14,7%	14,9%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	33,8%	44,7%	41,4%	36,2%	27,6%
Hôpital régional d'Edmundston	13,9%	6,9%	2,9%	7,4%	4,9%
Hôpital régional de Miramichi	48,2%	44,0%	51,3%	44,1%	30,7%
Hôpital de Moncton	15,0%	21,8%	24,4%	25,5%	26,3%
Hôpital régional de Saint John	23,3%	22,5%	21,2%	21,7%	19,2%
Hôpital du Haut de la vallée	7,7%	10,0%	3,5%	5,1%	14,6%

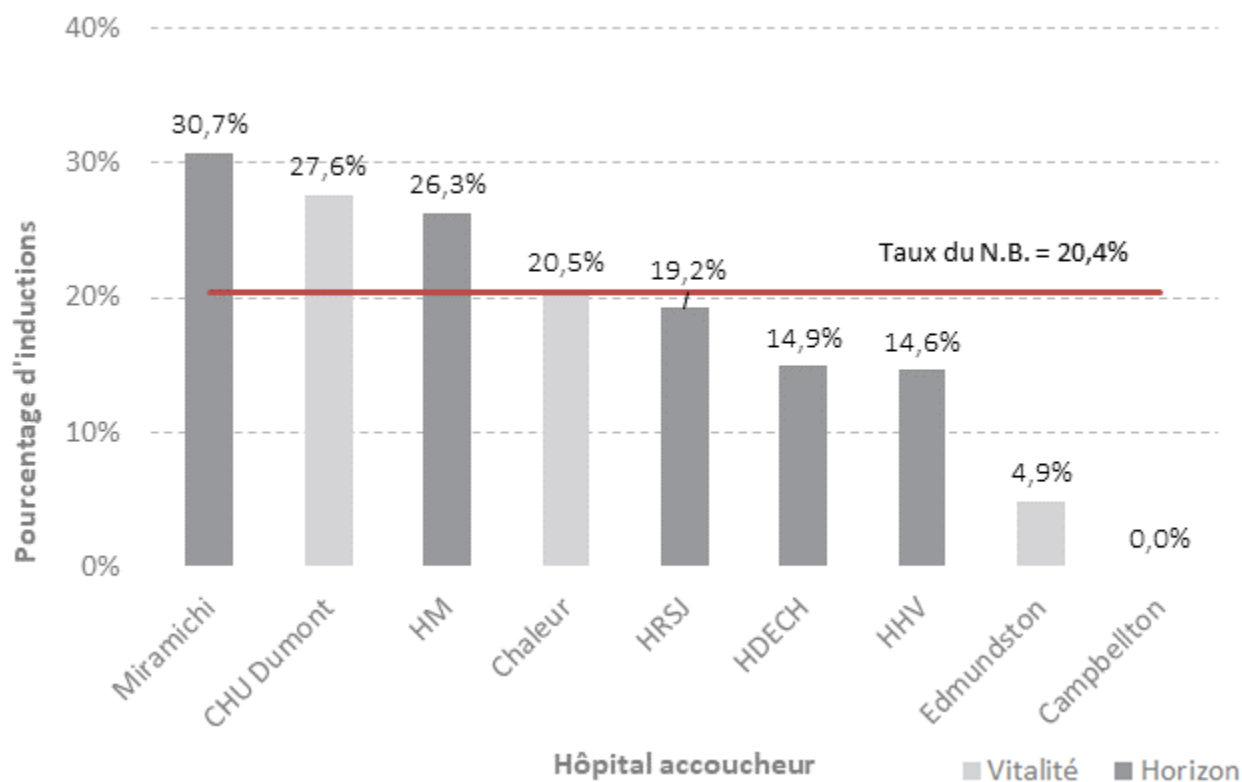


Figure 2.12: Taux de déclenchement du travail pour des motifs non médicaux, par hôpital accoucheur, en 2020-2021

Chapitre 3 Santé des nouveau-nés

Nombre total de naissances

Le nombre de naissances vivantes a diminué entre 2016-2017 et 2020-2021, passant de 6 625 à 6 219. Le nombre de mort-nés est resté stable sur cette période de cinq ans. Une mortinaissance désigne la naissance d'un bébé sans signe de vie à 20 semaines ou plus. Soulignons que ces chiffres comprennent les mort-nés et les naissances vivantes résultant d'une interruption de grossesse à 20 semaines ou plus.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

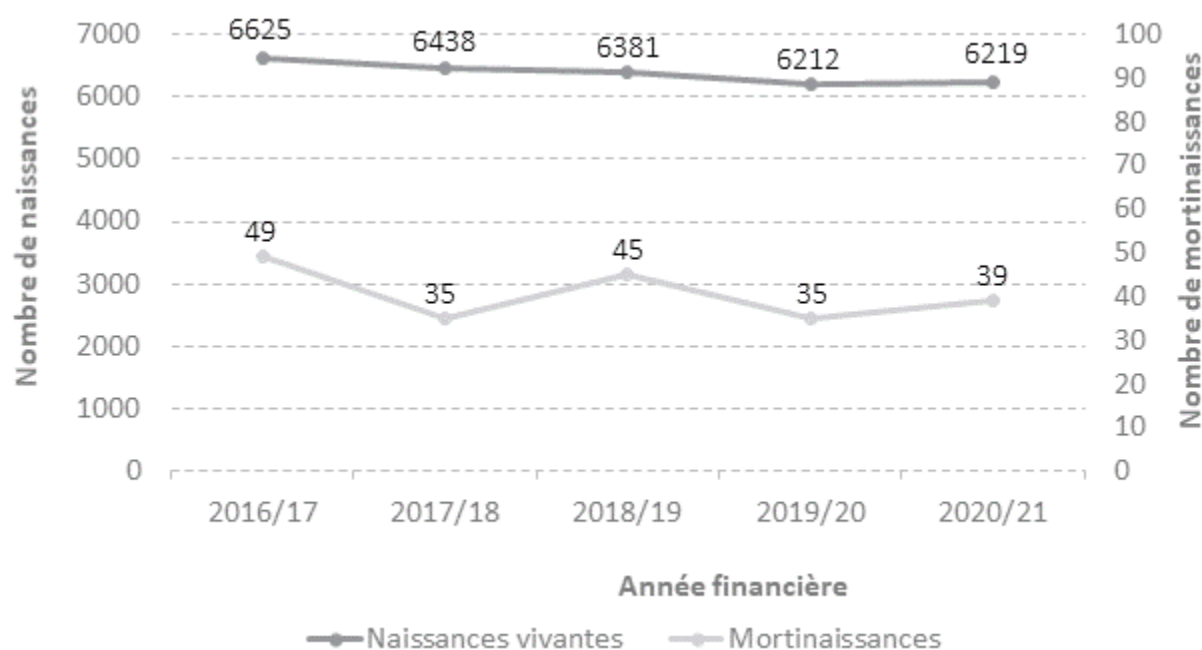


Figure 3.1: Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances au Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Taux de naissances prématurées

Le taux de naissances prématurées est resté stable au cours des cinq dernières années, allant de 7,5 % (IC à 95 % : 6,9-8,2) en 2020-2021 à un maximum de 8,4 % (IC à 95 % : 7,7-9,1) en 2017-2018. Le taux provincial est semblable au taux national en 2019-2020, soit de 8,1 % (IC à 95 % : 8,1-8,2 %)¹.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Hospitalisation et accouchements, 1005-1996 à 2019-2020 – statistiques supplémentaires: Ottawa, ON: ICIS; 2021

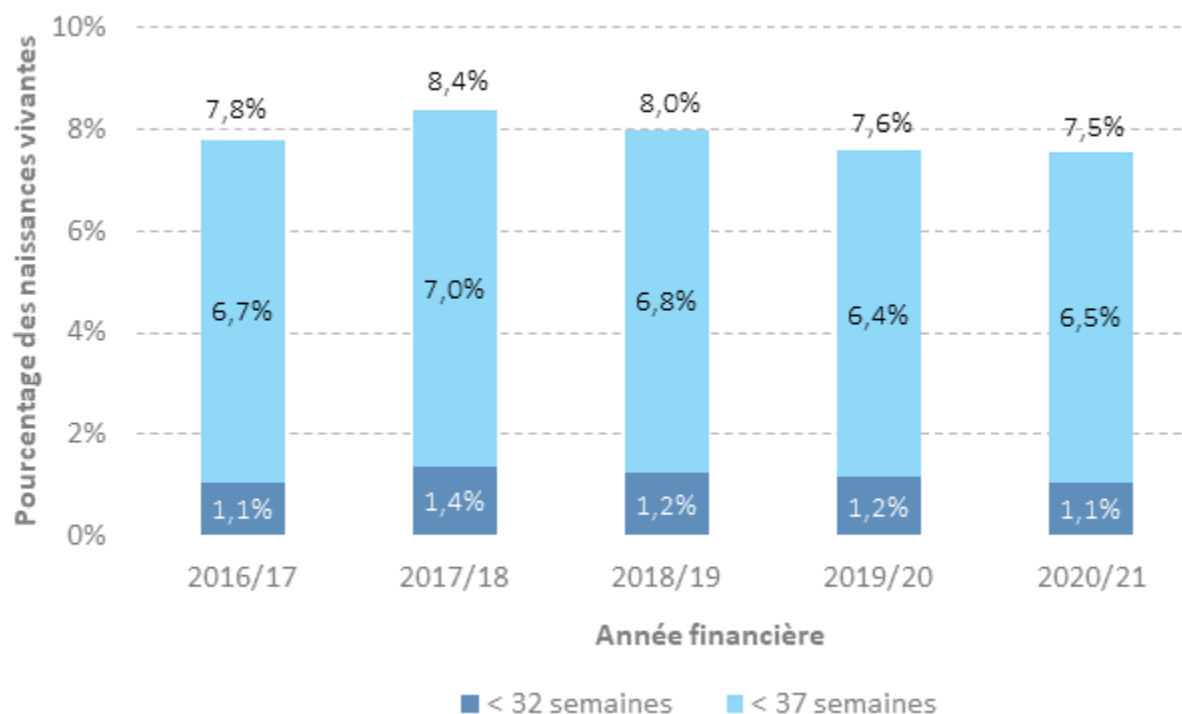


Figure 3.2: Pourcentage de bébés nés avant la 32^e semaine de gestation et la 37^e semaine de gestation, Nouveau-Brunswick, 2016/17 à 2020/21

Percentile de poids à la naissance pour l'âge gestationnel

Le taux de bébés gros pour leur âge gestationnel au Nouveau-Brunswick est demeuré stable au cours des cinq dernières années. Tout bébé né dans le 90^e percentile est considéré comme étant gros pour son âge gestationnel. Le taux de 11,4 % indique que les bébés nés au Nouveau-Brunswick ont tendance à être plus gros que dans la population moyenne. En fait, en 2014, le taux national de bébés gros pour leur âge gestationnel était de 10,2 %¹.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Références

1. Public Health Agency of Canada. Perinatal Health Report, 2017 edition. Ottawa, 2017.
2. Public Health Agency of Canada, 2001. *Birth Weight for Gestational Age*. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/bwga-pnag/pdf/bwga-pnag_e.pdf (accessed September 29th, 2016.).

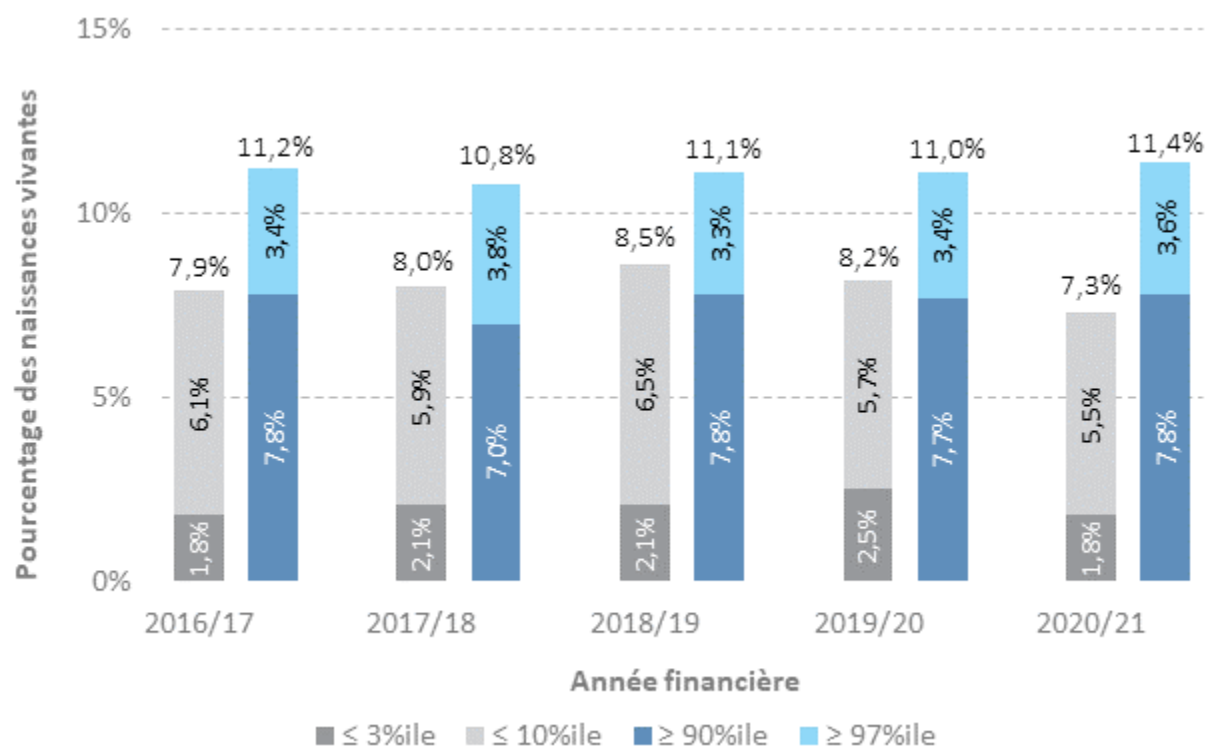


Figure 3.3: Percentile de poids pour l'âge gestationnel au moment de l'accouchement, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

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

Le taux d'admission à l'USS et à l'USNI au Nouveau-Brunswick a diminué au cours des cinq dernières années, passant d'un sommet de 29,7 % (IC à 95 % : 28,6-30,1 %) en 2016-2017 à 21,2 % (IC à 95 % : 20,2-22,2 %) en 2020-2021. Ce taux est supérieur au taux national de 17,4 % et est le deuxième plus élevé au Canada.

Le nombre d'admissions à l'USS/USNI a été compté différemment à l'échelle de la province, des RRS et des hôpitaux. À l'échelle de la province, on comptait chaque bébé comme une admission à l'USS/USNI, peu importe le nombre de transferts. Il s'agit donc du taux réel d'admissions à l'USS/USNI par naissance vivante au Nouveau-Brunswick. À l'échelle des RRS, les admissions à l'USS/USNI n'étaient comptées qu'une seule fois si le bébé était transféré au sein de la même RRS, mais elles étaient comptées une fois par RRS si le bébé était transféré entre Horizon et Vitalité.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

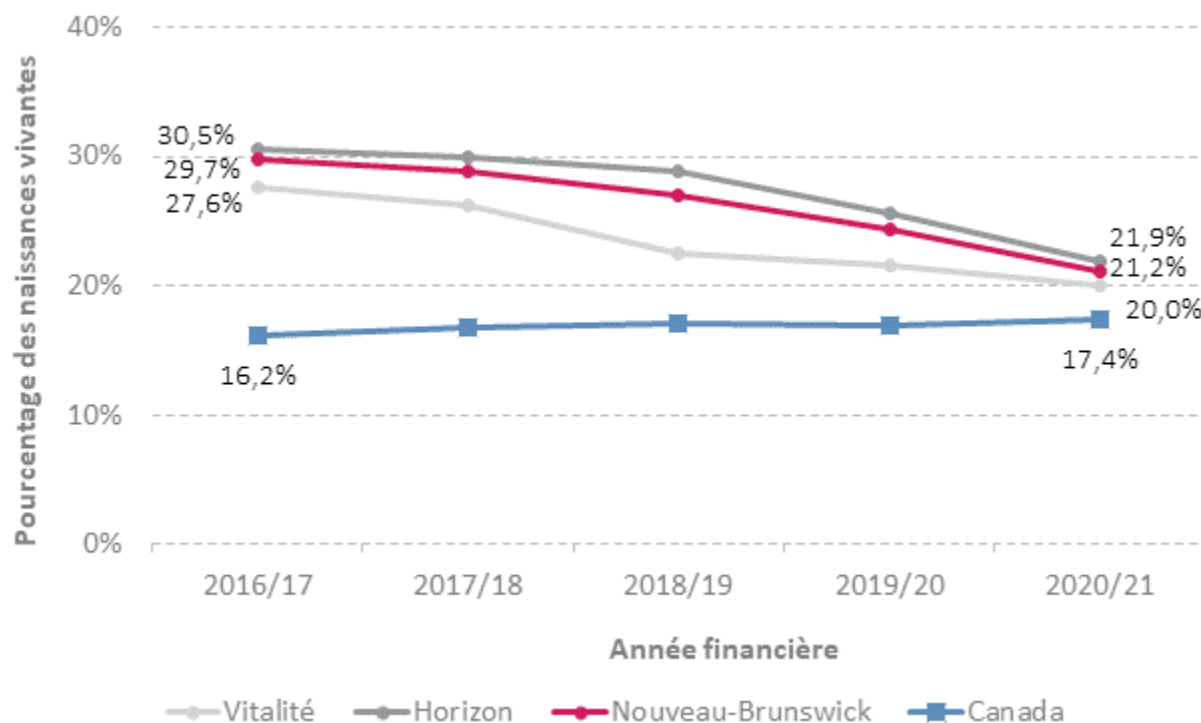


Figure 3.4: Pourcentage de nouveau-nés admis à une USS ou à une USNI au cours des 28 premiers jours de vie, par endroit, Nouveau-Brunswick et Canada, de 2016/17 à 2020/21

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

Les admissions à l'USS/USNI ont été comptées une fois par hôpital, même dans le cas d'un transfert. Les établissements sont regroupés en fonction du niveau de soins qu'ils peuvent offrir. L'Hôpital de Moncton, l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers et l'Hôpital régional de Saint John peuvent offrir le plus haut niveau de soins au Nouveau-Brunswick, soit le niveau 3. Le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est de niveau 2B, tandis que l'Hôpital régional de Campbellton, l'Hôpital régional Chaleur, l'Hôpital régional d'Edmundston et l'Hôpital régional de Miramichi sont de niveau 2A. Enfin, l'Hôpital du Haut de la Vallée est de niveau 1 et ne possède pas d'unité de soins spéciaux.

Au Nouveau-Brunswick, les taux d'admission à l'USS et à l'USNI varient grandement d'une région à l'autre. Parmi les établissements de niveau 3, l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers affiche le taux le plus élevé, soit 37,3 % (IC à 95 % : 34,8-39,8 %), et L'Hôpital de Moncton affiche le taux le plus bas, soit 15,9 % (IC à 95 % : 13,9-18,2 %). Parmi les établissements 2A, l'Hôpital régional Chaleur affiche le taux le plus élevé, soit 32,3 % (IC à 95 % : 28,1-36,8 %), tandis que l'Hôpital régional de Miramichi affiche le taux le plus faible, soit 10,6 % (IC à 95 % : 7,8-14,0 %).

Définition

Nombre de nouveau-nés âgés été admis au moins une fois à une USS ou USNI / Nombre total de nourrissons.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

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 2016/17 à 2020/21

Hôpital accoucheur	Admission à une unité de soins spéciaux ou une USNI				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Niveau 3					
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	40,9%	35,0%	39,6%	36,9%	37,3%
Hôpital régional de Saint John	30,0%	31,0%	31,8%	26,7%	17,5%
Hôpital de Moncton	32,9%	37,0%	26,0%	20,0%	15,9%
Niveau 2B					
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	14,8%	13,2%	14,1%	14,7%	14,4%
Niveau 2A					
Hôpital régional de Chaleur	58,6%	51,3%	46,7%	41,0%	32,3%
Hôpital régional de Campbellton	19,8%	26,6%	21,9%	18,3%	NR
Hôpital régional d'Edmundston	11,0%	18,6%	17,4%	12,6%	14,9%
Hôpital régional de Miramichi	2,9%	4,3%	5,1%	12,4%	10,6%

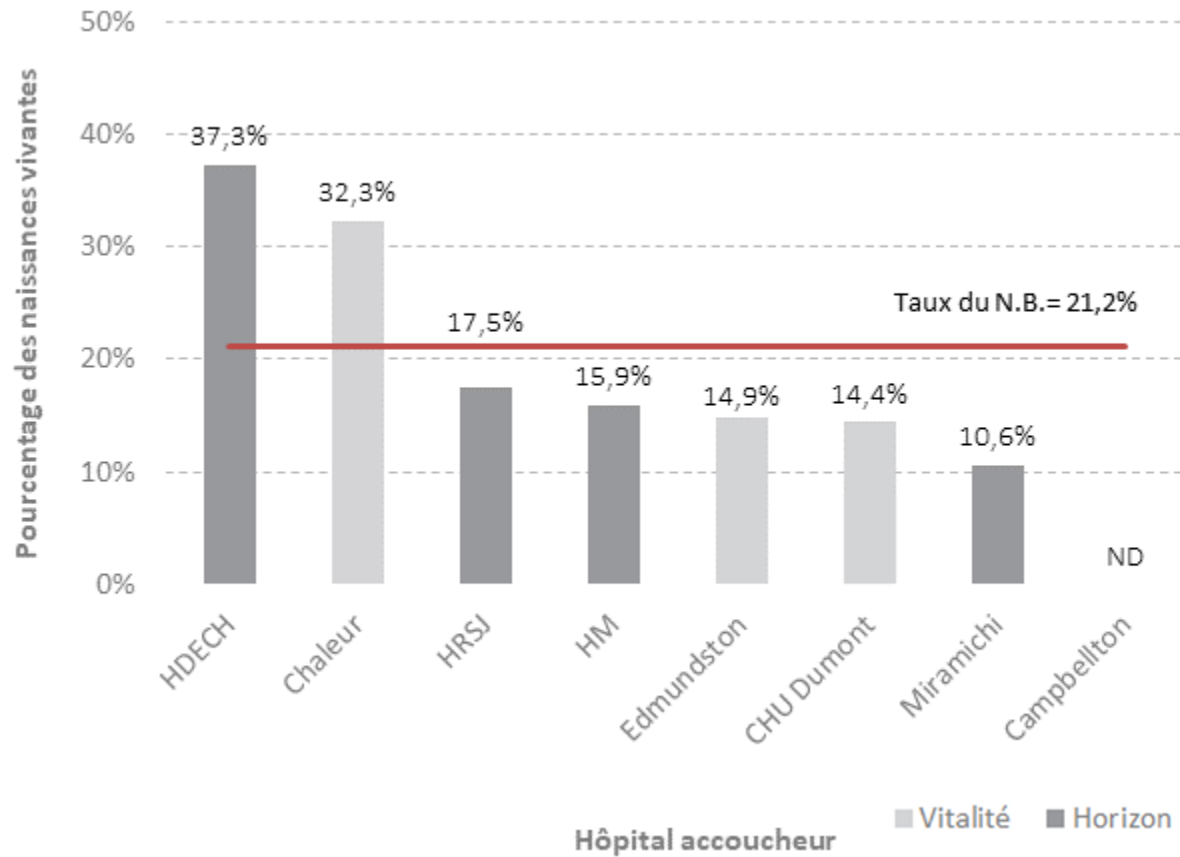


Figure 3.5: Pourcentage de nouveau-nés admis à une USS ou à une USNI au cours des 28 premiers jours de vie, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2020/21

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

Ces diagnostics se rapportent à des codes CIM10 particuliers du Système de gestion de données médicales 3M et ne visent pas à saisir les taux d'affections néonatales au Nouveau-Brunswick. Ces codes reflètent les pratiques des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et ce que les professionnels de la santé enregistrent comme étant le diagnostic le plus responsable de toute admission dans une USS ou une USNI. Soulignons que ces listes ne comprennent que les 15 et 5 codes de « diagnostic les plus responsables » les plus fréquemment utilisés parmi les 138 codes utilisés en 2020-2021.

Les bébés dont le diagnostic le plus responsable est une « naissance prématurée » constituent le principal motif d'admission dans une USS/USNI en 2020-2021. Parmi les trois USNI de niveau 3, les cinq principaux motifs d'admission étaient similaires, bien que les taux varient. Dans les trois cas, l'examen et l'observation figuraient parmi les cinq principaux motifs, mais les taux variaient.

Définition

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.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

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 2020/21

Diagnostiques les plus responsables de l'admission à une USS ou USNI			
Rang	Diagnostic	Nombre	Taux
1	Nourrissons nés avant terme	183	13,9%
2	Poids faibles à la naissance	165	12,5%
3	Détresse respiratoire du nouveau-né	153	11,6%
4	Examen et mise en observation	116	8,8%
5	Tachypnée transitoire du nouveau-né	108	8,2%
6	Nourrissons de mère à un diabète de la grossesse	58	4,4%
7	Enfant unique né à l'hôpital	53	4,0%
8	Hypoglycémie néonatale (non associé à une mère diabétique)	46	3,5%
9	Ictère néonatal	40	3,0%
10	Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale	31	2,4%
11	Fœtus et nouveau-né affectés par la chorioamnionite	28	2,1%
12	Restriction de croissance intra-utérin (RCIU)	24	1,8%
13	Symptômes de sevrage néonatal à l'utilisation de drogues illicites par la mère	23	1,7%
14	Enfant gros pour l'âge gestationnel (Poids à la naissance >4000g)	21	1,6%
15	Septicémie bactérienne du nouveau-né	18	1,4%

Table 3.3: Les 5 diagnostics les plus responsables (définis par des codes CIM-10 particuliers) de l'admission à l'USS/USNI, Hôpital régional Dr Everett Chalmers, en 2020-2021

Diagnostics les plus responsables de l'admission à une USS ou USIN			
Rang	Diagnostic	Nombre	Taux
1	Nourrissons nés avant terme	62	11,3%
2	Examen et mise en observation	62	11,3%
3	Poids faibles à la naissance	52	9,5%
4	Tachypnée transitoire du nouveau-né	52	9,5%
5	Détresse respiratoire du nouveau-né	45	8,2%

Table 3.4: Les 5 diagnostics les plus responsables (définis par des codes CIM-10 particuliers) de l'admission à l'USS/USNI, Hôpital régional de Saint John, en 2020-2021

Diagnostics les plus responsables de l'admission à une USS ou USIN			
Rang	Diagnostic	Nombre	Taux
1	Nourrissons nés avant terme	54	20,5%
2	Poids faibles à la naissance	28	10,6%
3	Hypoglycémie néonatale (non associé à une mère diabétique)	23	8,7%
4	Nourrissons de mère a un diabete de la grossesse	19	7,2%
5	Examen et mise en observation	15	5,7%

Table 3.5: Les 5 diagnostics les plus responsables (définis par des codes CIM-10 particuliers) de l'admission à l'USS/USNI, L'Hôpital de Moncton, en 2020-2021

Diagnostics les plus responsables de l'admission à une USS ou USIN			
Rang	Diagnostic	Nombre	Taux
1	Poids faibles à la naissance	58	31,4%
2	Nourrissons nés avant terme	42	22,7%
3	Tachypnée transitoire du nouveau-né	18	9,7%
4	Détresse respiratoire du nouveau-né	12	6,5%
5	Examen et mise en observation	7	3,8%

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

En 2020-2021, 71,6 % (IC à 95 % : 69,1-74,0 %) de toutes les admissions à l'USNI étaient des bébés nés à terme, ce qui représente une baisse importante par rapport à 2016-2017 où 77,4 % (IC à 95 % : 75,5-79,2 %) de toutes les admissions à l'USNI étaient des 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

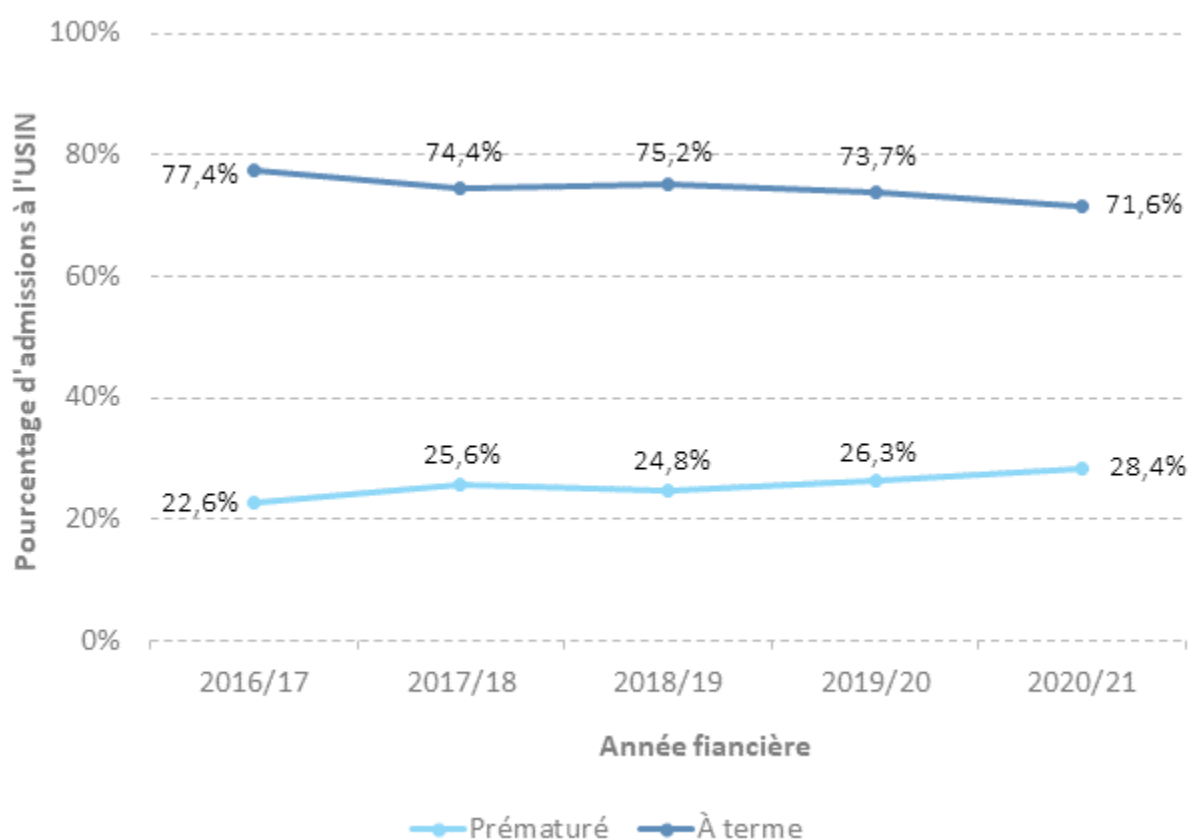


Figure 3.6: Pourcentage des admissions à une USNI ou USS, par âge gestationnel, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Taux de mortalité néonatale

Les taux de mortalité néonatale sont restés stables, entre 0,12 % et 0,32 %, au cours des cinq dernières années. Il convient de noter que ce taux inclut les décès de bébés nés vivants à la suite d'interruptions de grossesse tardives pour des anomalies congénitales, lorsque des soins palliatifs ont été prodigués au nourrisson après l'accouchement.

Soulignons que ces taux ne comprennent pas les décès de bébés survenus à l'extérieur d'un hôpital du Nouveau-Brunswick. Plus précisément, ce taux ne comprend pas les bébés nés à l'extérieur de la province parce qu'ils nécessitaient un niveau de soins supérieur à celui qui pouvait être fourni par un hôpital du Nouveau-Brunswick.

Définition

Nombre de décès de nouveau-nés/ Nombre total de nouveau-nés. 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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

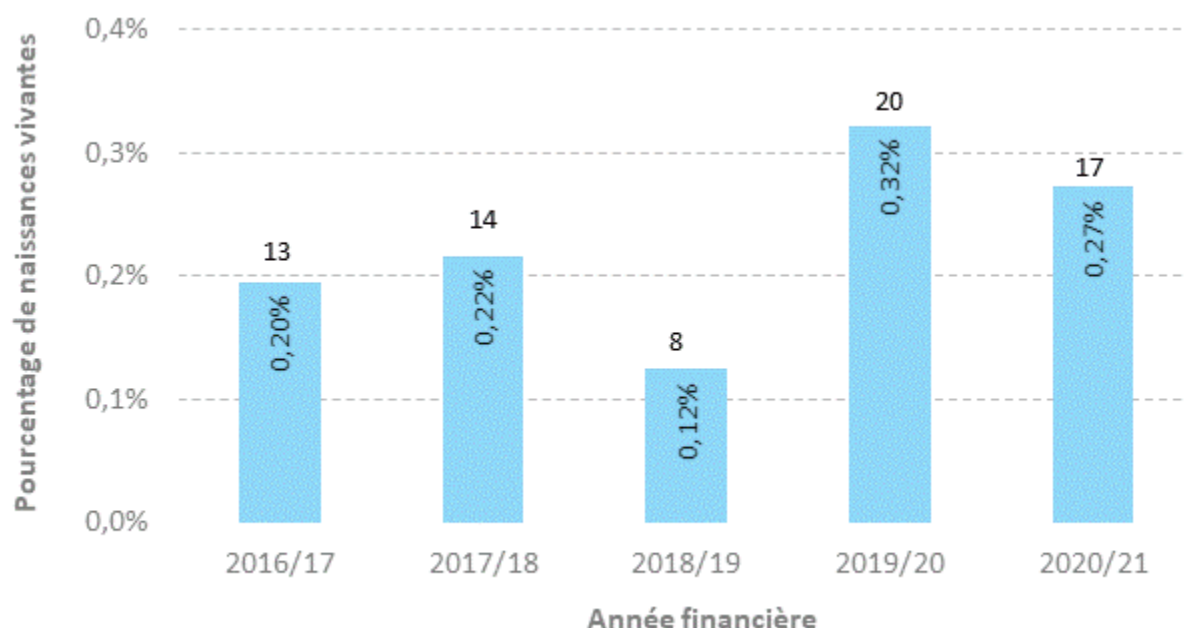


Figure 3.7: Nombre et pourcentage de décès néonataux à l'âge de 28 jours ou moins, Nouveau-Brunswick, de 2016/17 à 2020/21

Taux d'allaitement exclusif au moment du congé

La Santé publique du Nouveau-Brunswick a mis en place un formulaire de collecte de données sur l'allaitement en 2006, afin de mieux évaluer les taux d'allaitement pour tous les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté l'initiative Hôpitaux amis des bébés (HAB) comme stratégie pour protéger, promouvoir et appuyer l'allaitement. À ce titre, il a désigné des coordonnateurs de l'initiative HAB pour les deux RRS afin d'aider à mettre en œuvre la stratégie de l'initiative HAB dans tous les hôpitaux accoucheurs. On vise ainsi à ce que chaque hôpital accoucheur devienne certifié « Ami des bébés » par le Comité canadien pour l'allaitement (CCA). L'un des critères de désignation selon le CCA est un taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital de 75 % ou plus.

Le taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital a augmenté dans certains établissements, alors qu'il a diminué ou est resté stable dans d'autres. Les établissements qui ont connu les plus fortes augmentations en 2020-2021 sont l'Hôpital du Haut de la Vallée, l'Hôpital régional d'Edmundston et l'Hôpital régional Chaleur. L'Hôpital régional de Saint John, l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, L'Hôpital de Moncton et l'Hôpital régional de Miramichi ont tous connu une diminution des taux d'allaitement exclusif entre 2016-2017 et 2020-2021.

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, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 3.6: Pourcentage de bébés allaités exclusivement au moment du congé ou recevant du lait maternisé en complément pour une raison médicale, par hôpital accoucheur, de 2016/17 à 2020/21

Hôpital accoucheur	Taux d'allaitement exclusif				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	50,5%	52,0%	52,3%	59,5%	ND
Hôpital régional de Chaleur	52,2%	50,2%	57,0%	56,0%	56,0%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	54,1%	47,6%	44,7%	44,0%	40,9%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	56,8%	56,4%	64,8%	59,6%	57,3%
Hôpital régional d'Edmundston	47,8%	52,4%	56,2%	54,7%	55,8%
Hôpital régional de Miramichi	51,9%	50,4%	52,9%	52,8%	45,3%
Hôpital de Moncton	57,7%	56,6%	60,1%	57,7%	56,8%
Hôpital régional de Saint John	52,8%	49,3%	46,8%	43,6%	43,9%
Hôpital du Haut de la vallée	63,1%	52,3%	54,2%	71,0%	67,3%

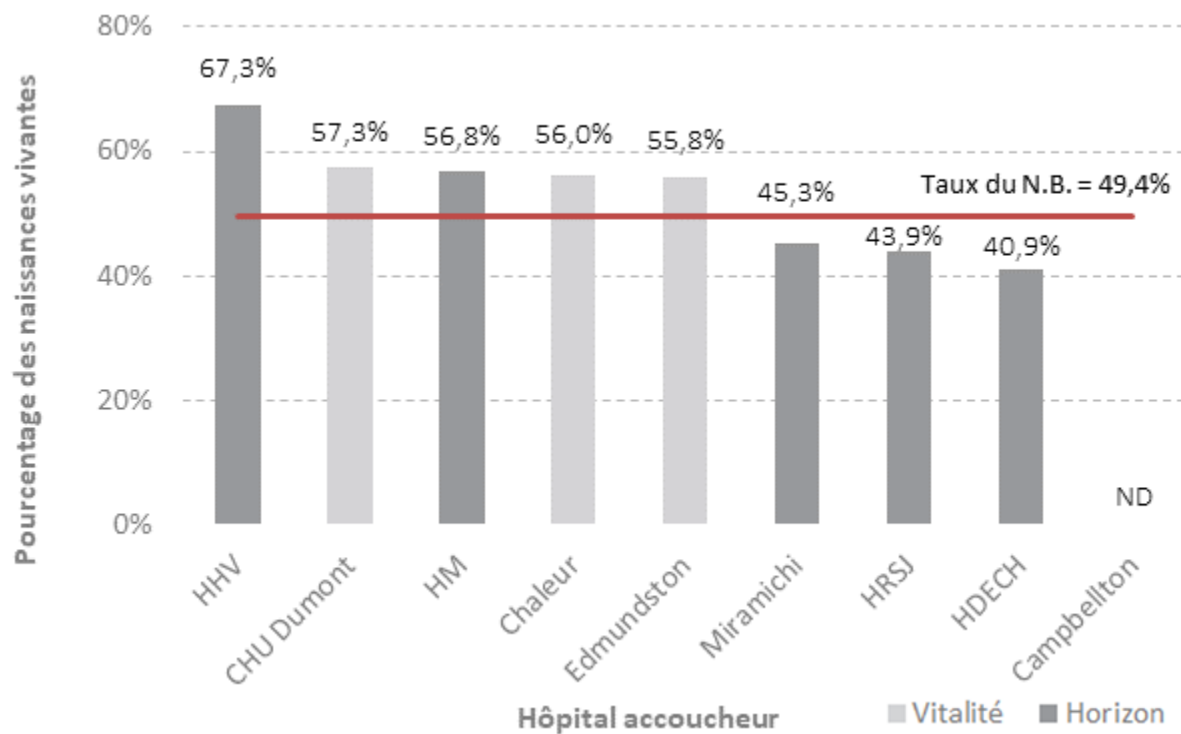


Figure 3.8: Pourcentage de bébés allaités exclusivement au moment du congé ou recevant du lait maternisé en complément pour une raison médicale, par hôpital accoucheur, Nouveau-Brunswick, 2020/21

Adoption de l'allaitement

L'adoption de l'allaitement est un autre critère important pour l'obtention de la certification « Ami des bébés », le taux de 80 % étant exigé. La plupart des établissements du Nouveau-Brunswick ont atteint ou dépassé le taux d'adoption requis, tandis que tous les autres sont sur le point de l'atteindre. Compte tenu de ce taux élevé d'adoption, on pourrait s'attendre à ce qu'un plus grand nombre de femmes pratiquent l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital, mais comme on le voit ci-dessus, ce n'est pas le cas.

Définition

Nombre de bébés ayant tenté l'allaitement / Nombre total de naissances vivantes.

Source des données

Système de gestion de données médicales 3M, Réseau de santé Horizon and Réseau de Santé Vitalité, 2016-2021. Données extraites le 6 juillet 2021.

Table 3.7: Pourcentage de bébés ayant tenté l'allaitement, par hôpital accoucheur, au Nouveau-Brunswick, entre 2016-2017 et 2020-2021

Hôpital accoucheur	Taux d'initiation				
	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
Hôpital régional de Campbellton	69,0%	74,4%	69,0%	72,4%	ND
Hôpital régional de Chaleur	77,1%	74,9%	82,8%	80,0%	78,0%
Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	83,6%	81,2%	81,0%	81,6%	82,1%
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	75,0%	72,9%	86,9%	82,6%	83,5%
Hôpital régional d'Edmundston	71,9%	73,9%	73,5%	71,6%	75,6%
Hôpital régional de Miramichi	71,6%	68,2%	72,7%	74,2%	69,9%
Hôpital de Moncton	82,2%	81,9%	85,1%	83,5%	85,4%
Hôpital régional de Saint John	79,3%	78,3%	80,2%	78,1%	78,2%
Hôpital du Haut de la vallée	73,8%	66,5%	64,7%	84,5%	86,9%

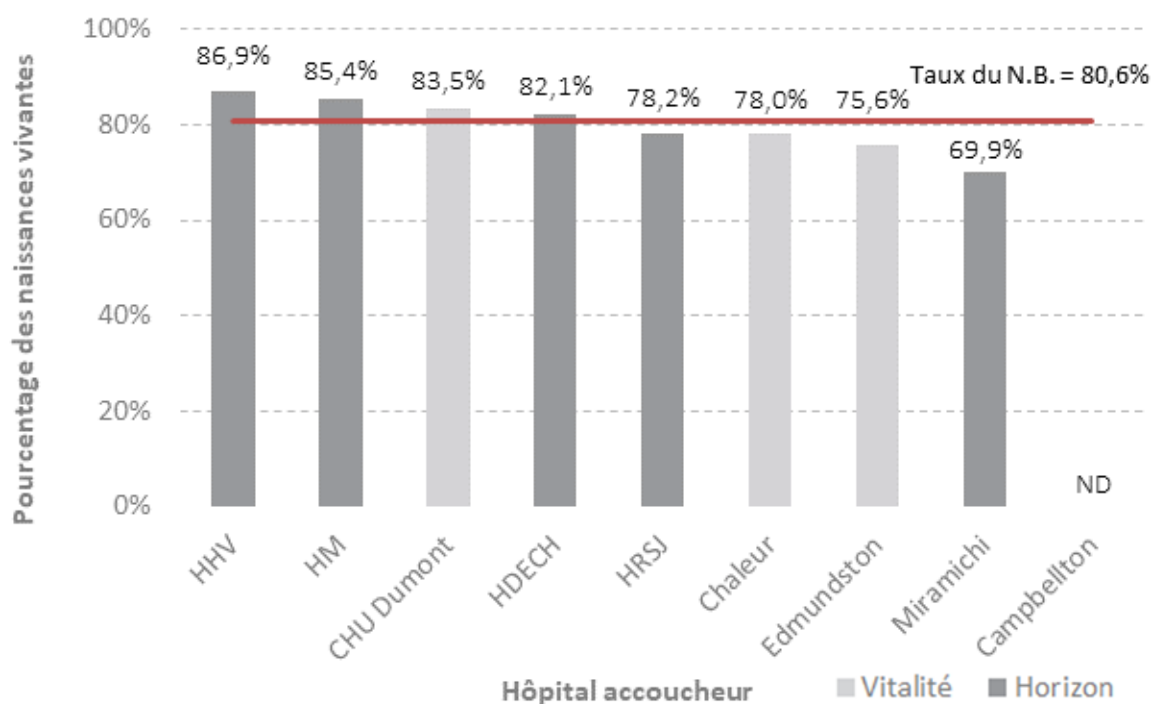


Figure 3.9: Pourcentage de bébés ayant tenté l'allaitement, par hôpital accoucheur, au Nouveau-Brunswick, en 2020-2021