Un parmi un million Rapport biennal de BORN Ontario :

2016-2018





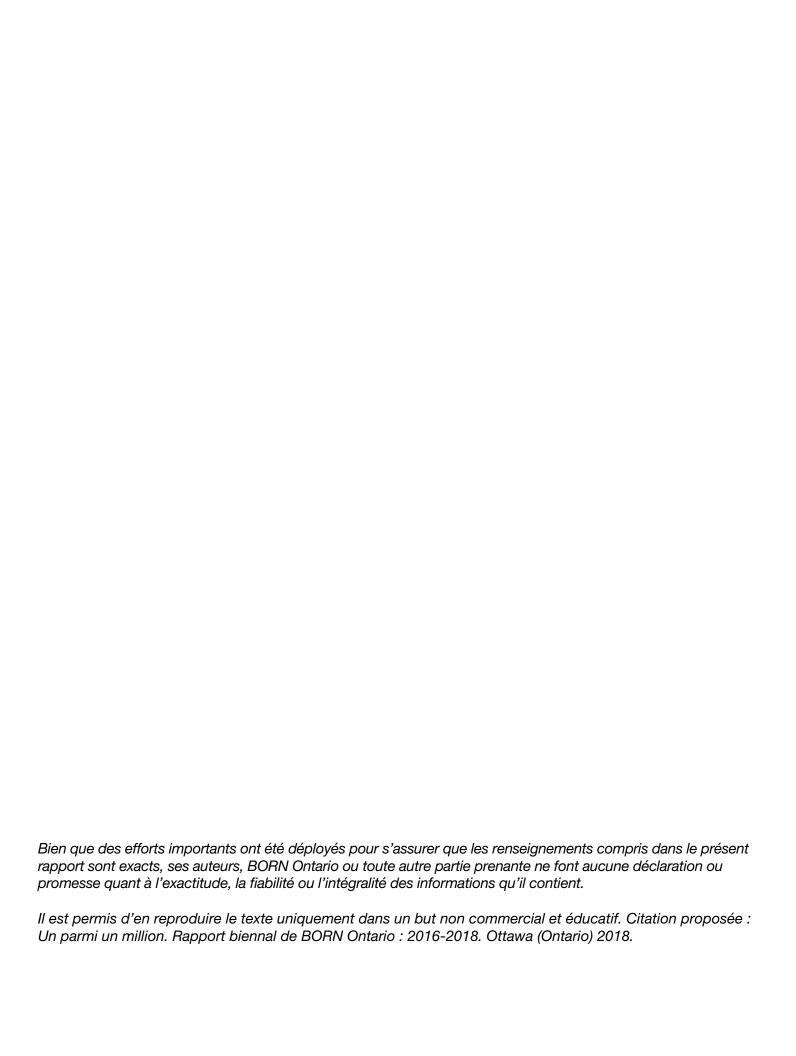


TABLE DES MATIÈRES

À propos du présent rapport	6		
Message de la directrice générale de BORN Ontario, Dre Lise Bisnaire	7		
Message de la vice-présidente des programmes provinciaux et agente en chef d'innovation du CHEO, Mme Mari Teitelbaum	8		
ndicateurs clés : Comparer l'année fiscale 2016-2017 avec celle de 2017-20189			
Réseaux locaux d'intégration des services de santé	10		
Nouvelles tendances dans les soins de santé maternelle et infantile	11		
Impact clinique de BORN	13		
Introduction du programme provincial de dépistage prénatal en Ontario	17		
Le tableau de surveillance maternelle-nouveau-né de BORN	22		
L'initiative Bébés en santé, enfants en santé	31		
L'initiative Grandir en santé	35		
t agente en chef d'innovation du CHEO, Mme Mari Teitelbaum			
La Fondation de BORN	58		
La protection de la vie privée chez BORN	58		
La technologie chez BORN			
Vue d'ensemble des finances	60		

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Frontières des RLISS	.10
Figure 2 : Pourcentage des grossesses multiples pour les cycles de traitement	
des technologies de procréation assistée	.14
Figure 3 : Nombre de naissances prématurées issues des technologies	45
de reproduction assistée comparées aux conceptions spontanées	. 15
Figure 4 : Taux cumulatif de naissances vivantes au cours d'une année pour les cycles de traitement des technologies de reproduction assistée selon l'âge maternel	.16
Figure 5 : Pourcentage d'utilisation du dépistage prénatal pour l'ensemble des grossesses selon le RLISS	.19
Figure 6 : Nombre de grossesses ayant eu recours au test de dépistage de l'ADN fœtal libre, selon la date du rapport	.20
Figure 7 : Nombre de grossesses qui ont fait l'objet de tests diagnostiques prénataux, selon la date de l'échantillon	.21
Tableau 1 : Indicateurs de rendement clés du Tableau de surveillance maternelle–nouveau-né	.22
Figure 8 : Proportion de femmes ayant eu une césarienne après une période de ≥37 à <39 semai gestationnelles parmi les femmes à faible risque ayant une nouvelle césarienne au terme de leur grossessede	nes 25
Figure 9 : Proportion de femmes ayant eu en Ontario une césarienne après une période de ≥37 à <39 semaines gestationnelles parmi les femmes à faible risque ayant une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse, par RLISS de l'hôpital de naissance	. 26
Figure 10 : Proportion de femmes en Ontario ayant eu une césarienne de ≥37 à <39 semaines gestationnelles parmi les femmes à faible risque ayant une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse, par hôpital	.27
Figure 11 : Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué pour indication de dépassement du terme de la grossesse	. 28
Figure 12 : Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué avec comme indication le dépassement du terme de leur grossesse, par RLISS de l'hôpital de naissance	.29
Figure 13 : Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué avec pour indication le dépassement du terme de leur grossesse, par hôpital	. 30
Figure 14 : Taux d'anxiété et de dépression chez les femmes enceintes	.33
Figure 15 : Taux d'adoption de l'allaitement et taux ajusté de l'allaitement, selon le RLISS	.34
Tableau 2 : Initiative Grandir en santé - sources et éléments de données	

Table 3 : Prise de poids recommandée pendant la grossesse	37
Figure 16 : Prise de poids moyenne pendant la grossesse, selon l'IMC maternel avant	20
la grossesse	
Figure 17 : Taille pour l'âge gestationnel à la naissance comparativement à l'IMC à 18 mois	
Figure 18 : Catégories d'IMC pour les enfants et les adolescents	
Figure 19 : Distribution de l'âge maternel à la naissance	42
Figure 20 : Distribution de la parité	43
Figure 21 : Distribution du diabète selon l'âge maternel	44
Figure 22 : Nombre de naissances selon le RLISS à l'endroit de naissance	45
Figure 23 : Nombre de naissances dans les centres hospitaliers, selon de RLISS	
à la naissance	46
Tableau 4 : Nombre de naissances selon le RLISS où se situe la résidence de la mère	47
Tableau 5 : Distribution du type de naissance selon le RLISS où se situe la résidence	
de la mère	48
Figure 24 : Distribution du type de naissance pour les clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme	49
Figure 25 : Distribution des moyens de gestion de la douleur pendant le travail pour les clien ayant fait appel aux services d'une sage-femme	
Figure 26 : Proportion des femmes admissibles à avoir un AVAC à la suite d'une ou deux césariennes précédentes	
Figure 27 : Proportion des tentatives d'AVAC chez les femmes admissibles ayant eu une ou deux césariennes par le passé	
Figure 28 : Taux d'AVAC réussi chez les femmes qui l'ont tenté après avoir eu une ou deux césariennes antérieures	
Figure 29 : Distribution des fournisseurs de soins de santé qui pratiquent des accouchements	
Figure 30 : Taux global de naissances prématurées, selon le RLISS du centre hospitalier de naissance	
Figure 31 : Proportion de nouveau-nés prématurés nés vivants, mais en dehors des normes	00
dans un centre hospitalier en Ontario, selon le RLISS du centre hospitalier de naissance	56
Figure 32 : Mesures d'apaisement de la douleur utilisées lors du dépistage du nouveau-né ou du dosage de la bilirubine	57
Figure 33 : Distribution des revenus pour l'année fiscale année fiscale 2016-2017	
Figure 34 : Distribution des dépenses pour l'année fiscale année fiscale 2016-2017	
Figure 35 : Distribution des revenus pour l'année fiscale 2017-2018	
Figure 36 : Distribution des dépenses pour l'année fiscale 2017-2018	
rigare so i biodinadion dos deponeses podr i dinico nesdale 2017 2010 miniminiminiminimi	IIII O I

À propos du présent rapport

La majorité des données regroupées dans le présent rapport concernent l'année fiscale 2016-2017 (du 1er avril 2016 au 31 mars 2017); les exceptions sont notées pour les bases de données uniques et aux endroits où les tendances sont illustrées. Veuillez tenir compte du calendrier lorsque vous comparez des données provenant de bases de données différentes. Les programmes et les points saillants de la recherche s'étendent sur deux années fiscales (2016-2018).

Message de la directrice générale de BORN Ontario, Dre Lise Bisnaire



Le 25 avril 2017, BORN Ontario a franchi une étape importante - un million de bébés inscrits au système d'information de BORN. Si nous alignions les bassinettes de ce million de bébés, elles s'étendraient d'Ottawa à Windsor, aller-retour!

Puissant et sécuritaire, le système d'information de BORN détient les données de milliers d'utilisateurs de tous les paliers de soins, de la préconception à la petite enfance. Près de 3 000 entrées de données sont soumises chaque jour, cataloguant plus de 140 000 naissances chaque année en Ontario - environ 40 % des naissances au Canada.

BORN a été décrit comme une « mine d'or » de données. Il s'agit d'une analogie pertinente lorsque nous pensons à « extraire » une ressource précieuse - les données - puis à « raffiner » ces données en des connaissances qui auront un impact positif sur les soins de santé. Un travail énorme est nécessaire pour rendre les données interprétables et exploitables. BORN est soutenu dans cette tâche par une équipe diversifiée comprenant un éventail de spécialistes cliniques et techniques.

Les deux dernières années ont été incroyablement chargées et nous sommes fiers de l'impact de BORN. Nous avons, notamment :

- évalué l'impact du programme de fertilité de l'Ontario sur les taux, les pratiques et les retombées de la fécondation in vitro;
- étudié les modèles d'utilisation, les performances du dépistage de l'ADN fœtal libre et l'association entre ces résultats de dépistage et les effets maternels et néonataux néfastes;
- adopté une version électronique de l'écran de l'initiative Bébés en santé, enfants en santé afin d'améliorer la façon dont les centres hospitaliers transmettent l'information post-partum aux bureaux de la santé publique;
- lancé l'initiative Grandir en santé un système formel permettant de suivre une croissance saine chez les enfants et les adolescents;

- renforcé les capacités techniques du Système de renseignements de BORN;
- procédé au couplage des données de BORN avec les dossiers de l'Institut des sciences évaluatives cliniques (ICES) afin d'étudier l'usage d'opioïdes pendant la grossesse.

BORN est reconnaissant envers l'ensemble de ses partenaires qui contribuent de façon positive et durable à la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des citoyens de l'Ontario. J'espère que le rapport de cette année saura vous plaire.

Dre Lise Bisnaire



Message de la vice-présidente des programmes provinciaux et agente en chef d'innovation au CHEO, Mme Mari Teitelbaum

Comme nous avons été chanceux d'atteindre l'étape du million de bébés dans le système d'information BORN (BIS) au cours de notre conférence biennale! En fait, la chance y était pour peu. Il a surtout fallu beaucoup de travail et d'engagement pour assurer le meilleur départ possible à ces enfants et à leurs familles :

- le travail des fournisseurs de soins de santé qui non seulement soutiennent et prennent soin de toutes ces mères et de tous ces enfants, mais aussi qui ont pris le temps de documenter les soins et leurs retombées dans le BIS;
- le travail des équipes qui ont utilisé les rapports disponibles dans le BIS pour constamment améliorer les soins qu'ils prodiguent;
- le travail des membres de l'équipe BORN qui aspirent à rendre les données aussi faciles à recueillir que possible et à les conserver en toute sécurité;
- le travail des chercheurs qui utilisent les mégadonnées pour en apprendre davantage sur les enjeux pressants comme les naissances prématurées, la consommation de cannabis au cours de la grossesse et la qualité des soins;
- la générosité et le soutien de nos bailleurs de fonds qui investissent dans les données pour favoriser la qualité des soins;
- le travail d'experts de partout à travers la province qui fait en sorte que BORN demeure pertinent à mesure que les besoins en matière de santé évoluent et que les priorités changent.

Ne sous-estimez pas 1 million. Nous sommes ici pour tirer des leçons de toutes ces expériences et améliorer les choses.

Mari Teitelbaum

Indicateurs clés:

Comparer l'année fiscale 2016-2017 avec celle de 2017-2018

2016-2017

2017-2018

144 909



Bébés inscrits dans le système d'information BORN

145 153

8 583



Personnes utilisant le système d'information BORN

9 315

88 240



Rapports générés par les utilisateurs du système

86 211

175



Données sur mesure transmises par BORN

228

Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont des organismes de la Couronne mis en place par le gouvernement de l'Ontario et qui ont pour mandat de planifier, de coordonner, d'intégrer et de financer les services de santé à l'échelon local; 14 RLISS ont été établis à l'échelle de la province. Les RLISS s'appuient sur le principe selon lequel les soins communautaires sont mieux planifiés, coordonnés et financés de manière intégrée à l'échelon communautaire puisque les personnes présentes localement sont les mieux placées pour déterminer leurs besoins et leurs priorités en matière de services de santé.

Les différents RLISS sont cités à plusieurs endroits dans le présent rapport (c.-à-d., tableaux, figures). Veuillez vous référer à la Figure 1 - une carte de l'Ontario indiquant les frontières des RLISS - comme référence visuelle.

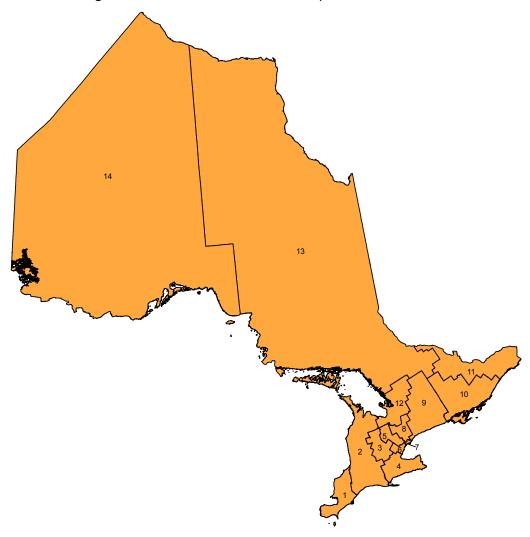


Figure 1 : Frontières des RLISS

- 1. Erié St-Clair
- 2. Sud-Ouest
- 3. Waterloo Wellington
- 4. Hamilton Niagara Haldimand Brant
- 5. Centre-Ouest

- 6. Mississauga Halton
- 7. Centre-Toronto
- 8. Centre
- 9. Centre-Est
- 10. Sud-Est

- 11. Champlain
- 12. Simcoe Nord Muskoka
- 13. Nord-Est
- 14. Nord-Ouest



Nouvelles tendances dans les soins de santé maternelle et infantile

Le mandat de BORN est de faciliter et d'améliorer les soins destinés aux mères, aux enfants et aux familles, en plus d'offrir une direction scientifique et technique pour le système de santé et l'innovation en Ontario. Les exemples suivants soulignent quelques-uns des projets innovateurs présentement en cours à BORN ou prévus dans un proche avenir.

La consommation d'opioïdes au Canada

La consommation d'opioïdes au Canada est en croissance, posant des dangers potentiels d'envergure à la santé maternelle et infantile. Les études cliniques ont été incapables de déterminer de façon définitive les risques liés à l'exposition prénatale aux opioïdes. Des données populationnelles robustes sur les retombées périnatales et neurodévelopemenales de l'exposition in utero aux opioïdes sont nécessaires afin de comprendre cette crise émergente. Ce travail qui se poursuit utilisera les données du registre des naissances de BORN associé aux dossiers administratifs de la santé au sein de l'Institut des sciences évaluatives cliniques (ICES) pour estimer et comparer les taux des : 1) répercussions périnatales et néonatales néfastes; 2) troubles neurodéveloppementaux; et 3) taux d'utilisation des services de santé jusqu'à l'âge de six ans des enfants nés de mères ayant consommé ou non des opioïdes pendant la grossesse.

Inégalités raciales et ethniques dans le poids prégrossesse et la prise de poids gestationnel en Ontario

Les données de BORN suggèrent que l'obésité prégrossesse et le gain de poids gestationnel (GPG) néfaste varient de manière significative selon l'origine ethnique. Parmi les femmes ayant reçu un dépistage prénatal et ayant vécu une naissance simple dans un centre hospitalier ontarien au cours de l'année fiscale 2016-2017, 27,1 % des femmes de race noire, 20,1 % des femmes de race blanche et 8,3 % des femmes de race asiatique ont débuté leur grossesse en état d'obésité. Les femmes de race blanche étaient plus susceptibles de présenter un GPG excessif (62,8 %) comparativement aux femmes de race asiatique ou de race noire (45,6 % et 54,8 %). La prévalence d'un GPG inadéquat était plus grande chez les femmes issues de minorités ethniques avec 25,9 % des femmes de race asiatique, 25,0 % des femmes de race noire et 15,8 % des femmes de race blanche ayant présenté un GPG inadéquat.

Saisie de données sur les anomalies congénitales en Ontario

Les anomalies congénitales (AC) contribuent de façon importante aux décès néonataux et infantiles. L'Organisation mondiale de la santé a fait du suivi des anomalies congénitales et de la recherche sur ce sujet une priorité. Afin d'améliorer la saisie de données sur les AC, les chercheurs de BORN élaborent des stratégies et des méthodologies pour coupler les données de BORN et celles d'autres sources, dont la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Système national

d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), pour l'ensemble des naissances, interruptions de grossesse et consultations à l'hôpital pour les résidents de l'Ontario âgés de moins d'un an. Ce projet continu fournira des données plus fiables sur les anomalies congénitales afin d'estimer le fardeau des maladies, d'examiner l'étiologie des AC et d'explorer l'utilisation des soins.

Différences socioéconomiques maternelles et risque de cardiopathie congénitale

La cardiopathie congénitale (CC) est une anomalie congénitale grave et représente la principale cause de mortalité infantile au Canada. Un certain nombre d'études scientifiques ont indiqué que les femmes dont le statut socioéconomique (SSE) est plus bas présentent un risque accru de donner naissance à un bébé atteint de cardiopathie congénitale. Cependant, les conclusions de certaines études sont contradictoires et manquent de clarté. En collaboration avec des scientifiques et des cliniciens externes, les chercheurs de BORN ont élaboré un projet visant à examiner la relation entre le statut socioéconomique maternel et le risque de cardiopathie congénitale chez leur descendance. Les résultats de cette étude pourraient avoir d'importantes répercussions sur les politiques de santé visant à minimiser les inégalités socioéconomiques et à réduire le fardeau de la maladie.

Dépistage de l'ADN fœtal libre et possibilités futures en matière de recherche

En date du mois de janvier 2016, les données de dépistage de l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel sont directement intégrées au système information de BORN par les deux laboratoires réalisant le test en Ontario. Pour intégrer les données recueillies avant janvier 2016, elles doivent être couplées aux dossiers de grossesse et intégrées aux ensembles de données de BORN. Ce riche ensemble de données nous permettra d'étudier les modèles d'utilisation et le rendement du dépistage de l'ADN fœtal libre, d'explorer les facteurs qui influencent les résultats, la précision de

ce dépistage et les associations entre les résultats du dépistage de l'ADN fœtal libre et d'autres répercussions maternelles et néonatales néfastes.

Évaluation du programme d'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPROOB) -Mise en œuvre dans les centres hospitaliers de l'Ontario

Le programme d'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux vise à assurer la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel des fournisseurs de soin de santé et l'amélioration du rendement pour les unités d'obstétrique des centres hospitaliers. Mis en place en Ontario en 2002, le programme s'est étendu à l'échelle du Canada et ailleurs. En 2013, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario a accordé des fonds à BORN pour effectuer une évaluation formelle de l'impact du programme d'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux en Ontario. Les chercheurs de BORN ont réalisé une évaluation rigoureuse de ce programme, notamment :

- L'évaluation de l'effet de sa mise en œuvre sur le taux de résultats néfastes chez les mères et les nouveau-nés à l'hôpital;
- 2. Des entrevues avec les fournisseurs de soins de santé participants dans le but de mieux comprendre leur expérience du programme;
- 3. Des sondages et des questionnaires présentés aux participants du programme afin d'évaluer ses effets sur les connaissances et la culture organisationnelle.

Des améliorations dans le nombre d'événements néfastes n'ont pas été relevées après la mise en œuvre du programme. Cependant, les connaissances des fournisseurs de soins de santé se sont approfondies et la perception de la culture organisationnelle s'est améliorée. Les participants ont apprécié le programme et ils étaient d'avis qu'il contribuait à rehausser la sécurité au sein de leurs unités. Actuellement, deux manuscrits sont en train d'être parachevés en vue d'être publiés dans des revues scientifiques.

LE SAVIEZ-VOUS



L'équipe de BORN comprend de nombreux spécialistes pour soutenir les nouvelles connaissances : épidémiologistes, analystes de données, coordonnateurs de la recherche et des demandes de données et spécialistes de l'application des connaissances.



Impact clinique de BORN

Tendances positives après un traitement de fertilité

BORN supporte la collecte, la conservation et l'utilisation des renseignements sur les traitements de fertilité provenant des cliniques de fertilité du Canada par le registre CARTR (Canadian Assisted Reproductive Technologies Register Plus) depuis janvier 2013. Grâce à ce soutien, les cliniques de fertilité du Canada ont accès à des résumés annuels de rapports démographiques et cliniques. Pour les cliniques de l'Ontario (qui prodiguaient 59 % des cycles de fertilité au Canada en 2017), le Système d'information de BORN est une ressource inestimable pour répondre aux questions concernant l'impact et le succès des traitements de fertilité (depuis la méthode de conception jusqu'à la naissance et à la période néonatale).

Évaluer le programme de fertilité de l'Ontario

Jusqu'à la fin de l'année 2015, la plupart des traitements de fertilité de l'Ontario étaient offerts uniquement sur la base de l'utilisateur-payeur, laquelle limite naturellement l'accès aux personnes qui ont les moyens financiers pour se l'offrir. Au mois de décembre 2015, l'Ontario a introduit le programme de procréation assistée de l'Ontario. Ce programme vise à accroître l'accessibilité aux traitements pour les patients devant recourir aux technologies de procréation assistée pour concevoir un enfant. Le programme de procréation assistée de l'Ontario finance un nombre déterminé de cycles de traitement de fertilité aux personnes résidant en Ontario, y compris la fécondation in vitro (FIV), l'insémination artificielle et l'insémination intra-utérine.

Depuis le lancement du programme, le nombre de naissances vivantes en Ontario issues des traitements de fécondation in vitro est passé de 2 366 en 2015 à 3 190 en 2016. BORN soutient l'évaluation du programme de procréation assistée de l'Ontario par l'analyse des données sur les traitements de fécondation in vitro saisies dans CARTR Plus (c.-à-d., les taux de fécondation in vitro, les pratiques et les résultats). Les conclusions sont attendues avec impatience par le programme de procréation assistée de l'Ontario et les cliniques de fertilité de l'Ontario de même que par l'ensemble des patients qui ont bénéficié ou qui bénéficieront de cette importante initiative.

Limiter au transfert d'embryons uniques : cette pratique fait-elle une différence?

Le rôle de BORN dans la diffusion des données sur les traitements de fertilité s'étend au-delà des frontières de l'Ontario; BORN fournit à la Société canadienne de fertilité et d'andrologie un rapport de surveillance annuel sur l'état des traitements de fécondation in vitro administrés en clinique partout au pays.

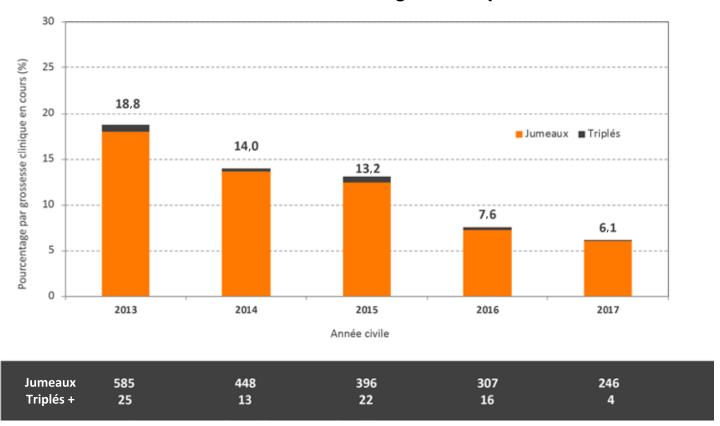
Ces renseignements de niveau national servent à orienter les changements de pratique fondés sur

des données probantes. L'une de ces initiatives de changement est la promotion des transferts d'embryons uniques, où un seul embryon est transféré au cours d'un cycle de fertilité. Cette pratique a pour but de réduire le taux de grossesses multiples suivant les traitements de fertilité. Sans égard au mode de conception, les grossesses multiples augmentent le risque d'un ensemble de complications maternelles et néonatales. Limiter le transfert à un seul embryon réduit l'incidence des grossesses multiples et de ce fait, réduit le risque de complications. La pratique du transfert d'embryons uniques est soutenue par la Société canadienne de fertilité et d'andrologie et il s'agit de

l'une des initiatives clés du programme de procréation assistée de l'Ontario.

Les données de BORN montrent une diminution significative du taux de grossesses gémellaires entre 2013 et 2017 (Figure 2). Le nombre de grossesses multiples de trois fœtus ou plus a aussi diminué considérablement. Diminuer le nombre de grossesses à haut risque n'est pas seulement bénéfique pour les familles, mais aussi pour l'ensemble de notre système de soins de santé (c.-a-d. que les coûts des soins à prodiguer pendant ces grossesses et lors des accouchements sont réduits).

Figure 2 : Pourcentage de grossesses multiples pour les cycles de traitement utilisant les technologies de reproduction assistée



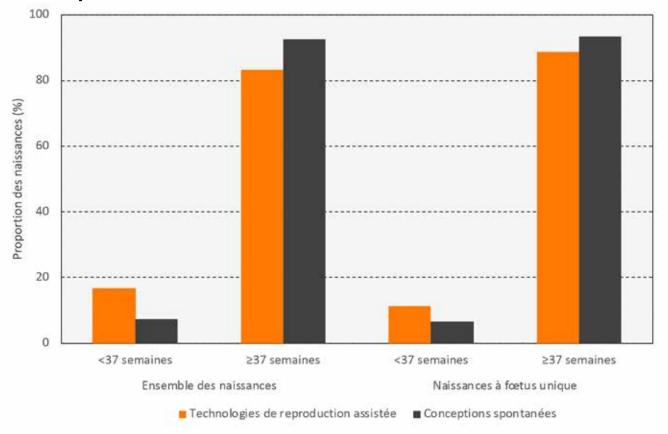
Source des données : CARTR Plus, Ontario, années civiles 2013–2017

Définition de l'indicateur : Pourcentage de grossesses multiples parmi les grossesses cliniques en cours pour l'ensemble des cycles de traitement de procréation assistée dans les cliniques de fertilité de l'Ontario par année. Grossesse clinique en cours : grossesse clinique avec identification d'au moins un battement cardiaque fœtal à l'échographie. Grossesse multiple : grossesse clinique en cours présentant plus d'un battement cardiaque fœtal à l'échographie.

La fécondation in vitro augmente-t-elle le risque de naissance prématurée?

Bien que le transfert d'embryons uniques améliore les résultats cliniques, les données CARTR Plus démontrent que certains écarts demeurent entre les grossesses conçues naturellement et celles conçues grâce aux traitements de fécondation in vitro, même lorsqu'on compare des grossesses à fœtus uniques. La Figure 3 présente l'augmentation du risque de naissance prématurée associée à l'utilisation de la fécondation in vitro.

Figure 3 : Nombre de naissances prématurées issues des technologies de reproduction assistée comparé au nombre de conceptions spontanées



Source des données : CARTR Plus, Ontario, années civiles 2013-2017

Définition de l'indicateur : Examiner la proportion de naissances prématurées chez les grossesses issues de technologies de reproduction assistée comparativement aux grossesses spontanées parmi l'ensemble des naissances, et plus particulièrement des naissances à fœtus unique, en Ontario. Les naissances prématurées sont définies comme des naissances vivantes ou des mortinaissances avant la 37e semaine de gestation. L'ensemble des autres naissances sont définies comme des naissances vivantes ou des mortinaissances à la 37e semaine de gestation ou au-delà.

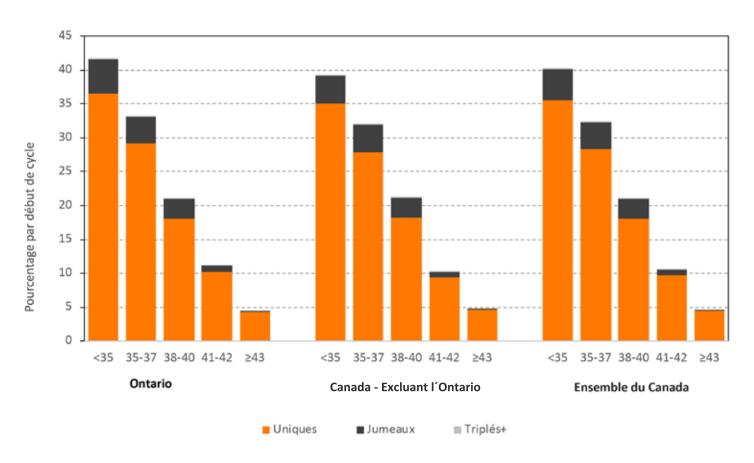
Les Canadiens sont uniques, nos données aussi

Nous avons besoin de résultats qui soient spécifiques à notre population canadienne. L'un des aspects les plus importants des données populationnelles de CARTR Plus est que les conclusions qui en découlent sont généralisables et peuvent être employées pour mettre en œuvre des changements à l'échelle du pays. Les cliniciens et les chercheurs utilisent les données de CARTR Plus pour répondre à des questions auxquelles il était impossible de trouver réponse auparavant au Canada.



Les naissances à fœtus uniques issues des technologies de reproduction assistée sont 70 % plus susceptibles d'entraîner une naissance prématurée que les naissances issues de conceptions spontanées.

Figure 4 : Taux cumulatif de naissances vivantes au cours d'une année pour les cycles de traitement faisant appel aux technologies de reproduction assistée selon l'âge maternel



Source des données : CARTR Plus, années civiles 2013-2016

Définition de l'indicateur : Taux cumulatif des naissances vivantes au cours de l'année suivant l'extraction de l'ovule pour les cycles de traitement faisant appel aux technologies de reproduction assistée, par groupe d'ovules commençant entre 2013 et 2016 selon la catégorie d'âge de la mère (au moment de l'extraction) et la situation géographique.



Les naissances multiples de triplés ou d'un plus grand nombre de bébés nécessitent davantage de services de soins de santé de courte et de longue durée que les naissances d'un seul bébé ou de jumeaux. Au Canada, le changement de pratique en matière de transfert d'embryons uniques a entraîné une réduction significative du nombre de naissances multiples issues des technologies de reproduction assistée, jusqu'à 0,23 % par naissance vivante en 2016.



Introduction du programme provincial de dépistage prénatal en Ontario

L'année 2017 marque un moment important pour BORN avec l'introduction du programme provincial de dépistage prénatal en Ontario. Dans le Budget provincial 2017 de l'Ontario, le gouvernement a annoncé que « L'Ontario investit également dans la création d'un programme de dépistage prénatal provincial qui améliorera l'accès à des tests de dépistage prénatal harmonisés et de grande qualité dans toute la province. »¹

Depuis 2012, BORN recueille les résultats de tests de dépistage multimarqueur maternel de l'ensemble des laboratoires de dépistage de la province afin de faciliter l'examen et la surveillance du contrôle de la qualité. En 2013, le dépistage de l'ADN fœtal libre (aussi appelé test prénatal non invasif (NIPT)) a été introduit. Cette technologie a changé la scène du dépistage prénatal en Ontario et, en 2015, l'Ontario a rapatrié le dépistage de l'ADN fœtal libre dans deux laboratoires de la province. Depuis lors, les résultats de ce test de dépistage ont aussi été intégrés au registre de BORN.

Fort de ce long partenariat avec la communauté du dépistage prénatal, on a demandé à BORN d'héberger la base opérationnelle de Dépistage prénatal Ontario. Les recommandations et les orientations politiques sont fournies par un nouveau comité consultatif en matière de dépistage prénatal placé sous l'égide du Provincial Council for Maternal and Child Health (Conseil provincial de la santé de la mère et de l'enfant).

Système de soins

Le mandat de Dépistage prénatal Ontario est de coordonner et de superviser les opérations des services de dépistage prénatal en Ontario afin de maintenir un système de soins intégré. On demande à Dépistage prénatal Ontario :

- d'améliorer l'accès à un dépistage prénatal de grande qualité pour l'ensemble des femmes en Ontario;
- d'offrir un soutien éducatif, des renseignements et la transparence nécessaires aux fournisseurs de soins de santé et aux femmes (et leurs familles) pour leur permettre de prendre des décisions éclairées;
- d'assurer, de façon continue, un contrôle de la qualité et l'évaluation du rendement du système afin de soutenir l'ensemble de ses parties pour un fonctionnement efficace qui répond aux normes établies;
- de faciliter l'inclusion des progrès technologiques ou des nouvelles options de dépistage et de soutenir une intégration fondée sur des données probantes;
- d'harmoniser la prestation des services de dépistage.

¹ Budget 2017: https://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2017/

Dépistage prénatal Ontario a commencé son recrutement à l'automne 2017 et s'est concentré à construire et à renforcer ses relations avec les parties prenantes, dont les laboratoires, les cliniques, les professionnels de l'imagerie diagnostique, de même que les patients et le public.

Le travail de ce programme bonifiera les activités actuelles du registre de BORN et l'expertise en matière de politiques de santé du Provincial Council for Maternal and Child Health, assurera la transparence et la surveillance du rendement du système et facilitera la formation et la diffusion des normes et des lignes directrices. Bien que les détails des mécanismes restent à être définis, le nouveau programme collaborera avec les différentes structures de gouvernance, dont les centres hospitaliers, les collèges professionnels et les divisions pertinentes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, afin de transmettre les renseignements en matière de rendement et d'agir en tant qu'intermédiaire pour tout ce qui concerne le système de soins du dépistage prénatal.

Groupes de travail

Dépistage prénatal Ontario compte quatre groupes d'experts dont le mandat est de faciliter la contribution et le conseil des parties prenantes sur des secteurs opérationnels d'importance :

- Le Groupe de travail sur les standards cliniques offrira des conseils sur les enjeux cliniques liés au dépistage prénatal.
- Le Groupe de travail sur les données et le contrôle de la qualité est en place pour conseiller Dépistage prénatal Ontario sur la collecte de données, les indicateurs de rendement et la diffusion des données importantes.

- 3. Le Groupe de travail sur la formation offrira du soutien et aidera à l'élaboration des stratégies éducatives de Dépistage prénatal Ontario.
- 4. Le Groupe de partenariat communautaire permettra à Dépistage prénatal Ontario d'être un partenaire actif dans la communauté en élaborant, en planifiant et en améliorant le dépistage prénatal dans l'ensemble de l'Ontario et en engageant le public et les personnes ayant une expérience récente du dépistage prénatal.

Par son travail avec la communauté du dépistage prénatal, les fournisseurs de soins et le public, de même que par les solides analyses de données que possède BORN, Dépistage prénatal Ontario est impatient de fournir une évaluation ontarienne du rendement de l'ensemble des modalités de dépistage prénatal ainsi qu'une compréhension du rôle des patients dans ce système à l'échelle de la province. Ces données fourniront à Dépistage prénatal Ontario une base solide sur laquelle les nouvelles politiques et les nouvelles lignes directrices en matière de dépistage pourront prendre appui pour améliorer les soins offerts aux femmes enceintes partout en Ontario.

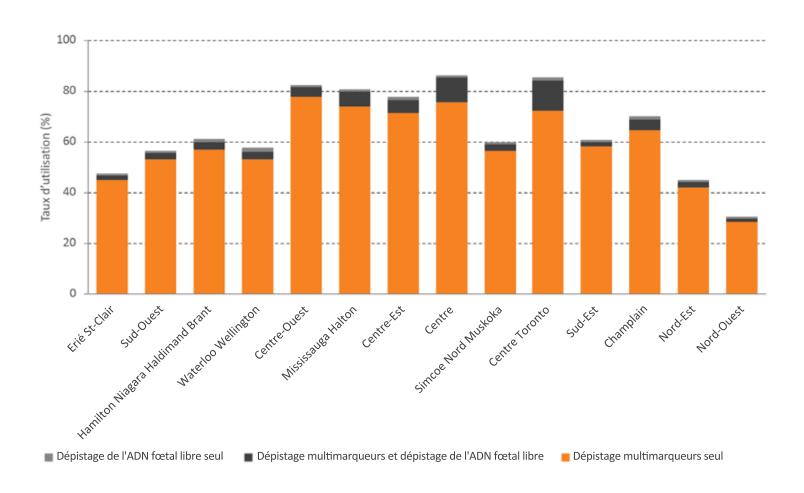
Les figures suivantes (5 à 7) soulignent les taux d'utilisation du dépistage de même que les tendances associées au dépistage de l'ADN fœtal libre, à l'amniocentèse et au prélèvement de villosités choriales.

LE SAVIEZ-VOUS



L'équipe de Dépistage prénatal Ontario comprend des conseillers en génétique, des chercheurs, des spécialistes de l'imagerie diagnostique, des gestionnaires de programmes, des adjoints administratifs et des coordonnateurs de projets.

Figure 5 : Pourcentage d'utilisation du dépistage prénatal pour l'ensemble des grossesses, selon le RLISS



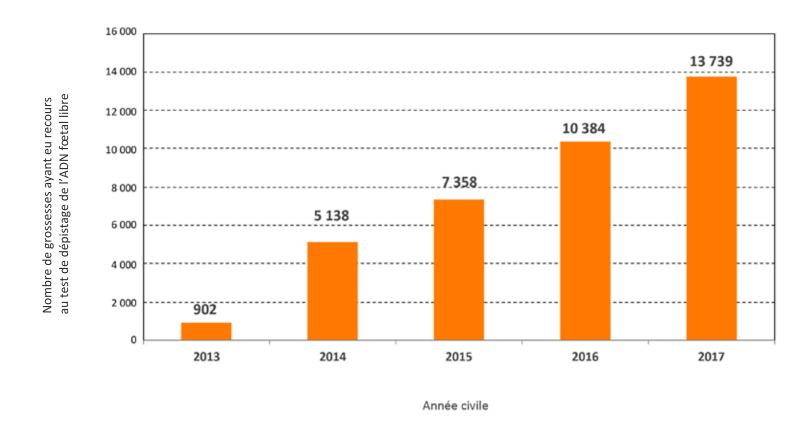
Source des données : BORN Ontario, années civiles 2016-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes enceintes d'un seul bébé, de jumeaux ou présentant une grossesse multiple qui ont reçu un dépistage multimarqueurs ou un dépistage de l'ADN fœtal libre au cours de leur grossesse, exprimé comme un pourcentage du nombre total de grossesses par RLISS en Ontario.



Le RLISS du Nord-Ouest présentait le taux de dépistage prénatal le plus faible avec 30,5 %, alors que le RLISS du Centre avait le plus élevé, soit 86,2 %. Comment explique-t-on cette variation? Les raisons possibles comprennent le choix de la mère, l'accès au dépistage et si le test de dépistage a été offert ou non par le fournisseur de soins de santé. Davantage d'études sont nécessaires pour circonscrire les facteurs expliquant les disparités régionales dans l'adoption de ces tests de dépistage.

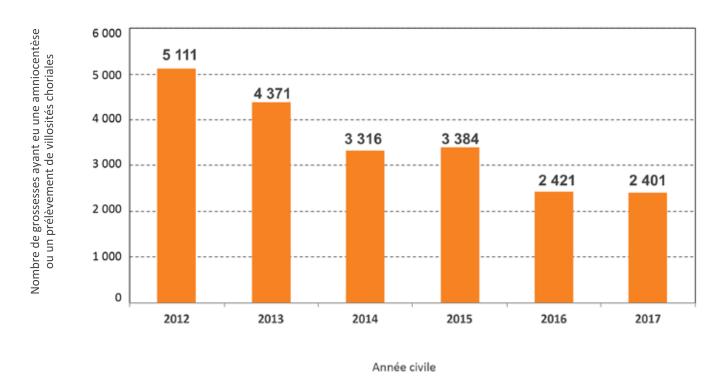
Figure 6 : Nombre de grossesses ayant eu recours au test de dépistage de l'ADN fœtal libre, selon la date du rapport



Source des données : BORN Ontario, années civiles 2013-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes enceintes d'un seul bébé, de jumeaux ou présentant une grossesse multiple qui ont reçu un test de dépistage de l'ADN fœtal libre au cours de leur grossesse. Des ensembles de données traditionnelles portant sur le dépistage de l'ADN fœtal libre sont utilisés pour les années civiles 2013–2015.

Figure 7 : Nombre de grossesses ayant fait l'objet de tests diagnostiques prénataux, selon la date de l'échantillon



Source des données : BORN Ontario, années civiles 2012-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes enceintes d'un seul bébé, de jumeaux ou présentant une grossesse multiple qui ont eu recours au test diagnostic prénatal au cours de leur grossesse. Nombres estimés en dénombrant les dossiers d'amniocentèses et de prélèvements de villosités choriales provenant d'ensembles de données traditionnelles cytogénétiques.



Dans toutes les provinces où le dépistage de l'ADN fœtal libre a été introduit, le taux de procédures diagnostiques invasives a diminué. Les données ontariennes confirment cette observation; les taux d'interventions diagnostiques prénatales invasives ont chuté de plus de 50 % depuis l'introduction du dépistage subventionné de l'ADN fœtal libre.

Tableau de surveillance maternelle-nouveau-né de BORN

Au mois de novembre 2012, BORN a mis en place un système de vérification et de rétroaction dans les centres hospitaliers offrant des soins maternels et néonataux en Ontario : le Tableau de surveillance maternelle-nouveau-né. Le Tableau offre une rétroaction sur six indicateurs de rendement clés (IRC) et permet aux hôpitaux de voir leur rendement en relation avec les repères établis et en comparaison avec les hôpitaux qui ont des taux d'accouchement et des niveaux de soins semblables.

Tableau 1 : Indicateurs de rendement clés du Tableau de surveillance maternelle-nouveau-né

IRC no	Description
1	Proportion d'échantillons de dépistage néonatal qui n'ont pas été satisfaisants pour l'analyse
2	Taux d'épisiotomie chez les femmes qui ont eu un accouchement vaginal spontané
3	Taux de supplémentation avec du lait maternisé chez les nourrissons en santé dont la mère avait l'intention d'allaiter exclusivement
4	Proportion, à terme, de femmes ayant eu une césarienne de ≥37 à <39 semaines de gestation parmi les femmes à faible risque ayant eu une césarienne dans le passé
5	Proportion de femmes ayant accouché à terme, qui avaient reçu un test de streptocoque du groupe B de 35 à 37 semaines de grossesse
6	Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines où la naissance a été provoquée avec pour indication d'avoir dépassé le terme de la grossesse

Le tableau de surveillance fait-il une différence?

BORN a réalisé une étude à méthodologie mixte afin d'évaluer l'effet du Tableau de surveillance maternelle nouveau-né sur les taux de six indicateurs de rendement clés en Ontario. ¹ Une analyse d'une série chronologique interrompue (trois ans avant la mise en place du Tableau et deux ans suivant sa mise en œuvre) a révélé des améliorations statistiquement significatives dans les taux de quatre des six indicateurs de rendement clés, 30 mois après la mise en œuvre :

- ✓ IRC no 2 Épisiotomie
- ✓ IRC no 4 Nouvelle césarienne réalisée avant 39 semaines chez des femmes à faible risque
- ✓ IRC no 5 Test de dépistage de streptocoque du groupe B
- ✓ IRC no 6 Accouchement provoqué chez des femmes enceintes de moins de 41 semaines avec comme indication le dépassement du terme de la grossesse²

Afin d'améliorer notre compréhension des facteurs expliquant la variabilité du rendement après la mise en place du Tableau de surveillance maternelle - nouveau-né, nous avons formé des groupes de discussion comptant 107 personnes provenant de 14 établissements hospitaliers maternels infantiles. Un certain nombre d'obstacles et de leviers qui influençaient l'utilisation du Tableau ont été ciblés afin de déclencher des changements de pratiques au niveau organisationnel.

Les obstacles au changement comprenaient :

- Les hiérarchies interprofessionnelles.
- La communication interprofessionnelle limitée.
- La surcharge de travail.
- Les ressources limitées pour la saisie de données et la modification des pratiques.
- La complexité des enjeux liés à la pratique.
- La concurrence des priorités organisationnelles.
- Le manque d'harmonisation entre les indicateurs de rendement clés et les priorités organisationnelles.
- L'approbation et le soutien limités ou inexistants de la direction envers la priorisation des indicateurs de rendement clés.
- Le manque d'engagement du personnel envers l'amélioration de la qualité des données et des pratiques liées à un indicateur de rendement clé particulier.

Répercussions pour les politiques, la pratique et la recherche future

Les résultats de l'étude sur le Tableau de surveillance maternelle - nouveau-né :

- ✓ éclaireront l'élaboration de futurs systèmes de vérification et de rétroaction créés dans le but de cibler d'autres enjeux de rendement;
- ✓ soutiendront l'élaboration de stratégies précises d'application des connaissances afin d'appuyer les changements de pratiques en milieu hospitalier;
- √ aideront à cibler les enjeux cliniques qui sont prioritaires pour les organismes comme le Conseil ontarien de la qualité des services de santé et le Provincial Council for Maternal and Child Health.

Ce travail a été présenté à l'échelle nationale et internationale et il influence la recherche au-delà du contexte des soins maternels et infantiles, plaçant BORN à l'avant-garde de la recherche sur la vérification et la rétroaction.

Remerciements : La présente étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Références:

- 1. Dunn S, Sprague AE, Grimshaw J, Graham ID, Taljaard M, Fell D, Peterson W, Darling E, Harrold J, Smith G, Reszel J, Lanes A, Truskoski C, Wilding J, Weiss D, et Walker M. (2016). A mixed methods evaluation of the maternal-newborn dashboard in Ontario: dashboard attributes, contextual factors, and facilitators and barriers to use: a study protocol. *Implementation Science*, 11, 1-11.
- 2. Weiss D, Dunn SI, Sprague AE, Fell DB, Grimshaw JM, Darling E, Graham D, Harrold J, Smith GN, Peterson WE, Reszel J, Lanes A, Walker MC et Taljaard M. (2018) Effect of a population-level performance dashboard intervention on maternal-newborn outcomes: an interrupted time series study. *BMJ Quality & Safety*, 27:425–436. doi:10.1136/bmjqs-2017-007361



L'équipe de BORN compte un éventail de professionnels qui facilitent la saisie, le contrôle de la qualité et l'utilisation des données : des coordonnateurs régionaux qui soutiennent les centres hospitaliers et les groupes de pratique des sage-femmes de la province, des spécialistes en gestion de la qualité des données, des employés affectés au couplage et au jumelage, et des analystes responsables des rapports du Système d'information.

« Passer au vert » avec l'indicateur de rendement no 6 – un exemple de cas

Cibler la priorité:

À la suite du déploiement du tableau de surveillance, l'hôpital Greenview* a ciblé l'IRC no 6 - Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines où la naissance a été provoquée avec pour indication d'avoir dépassé le terme de la grossesse - comme élément prioritaire pour l'amélioration. Les responsables de l'hôpital Greenview ont vérifié leurs données en examinant tous les cas qui ne répondaient pas aux critères de l'IRC no 6 : quels cas étaient associés à des problèmes de saisie de données et lesquels étaient associés à des problèmes de pratique clinique?

Élaborer des stratégies de changement sur mesure :

L'hôpital Greenview a élaboré une approche à volets multiples pour passer du rouge au vert sur l'indicateur de rendement clé no 6.

Approche	Description
Formation du personnel	 Formation additionnelle au personnel infirmier sur l'exactitude de la saisie de données. Suivi par un obstétricien désigné pour l'ensemble des cas où des pratiques cliniques inappropriées ont été identifiées.
Éducation des patients	Communication de renseignements clairs aux patients sur les normes provinciales et explication des raisons pour lesquelles un accouchement provoqué en raison du dépassement de la date du terme de la grossesse ne devrait pas être tenté avant 41 semaines de gestation.
Révision de la politique	 Révision de la politique en matière de provocation de l'accouchement (avec la contribution de l'équipe interprofessionnelle, de l'administration supérieure et d'autres centres).

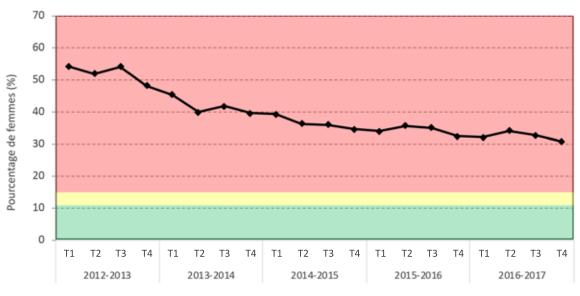
Rendre le changement durable : l'utilisation continue de leurs stratégies à volets multiples, l'engagement à être un centre modèle pour les autres centres hospitaliers et une équipe collaborative interprofessionnelle ont été des éléments essentiels au succès de l'hôpital Greenview. Ils poursuivent leur surveillance sur une base régulière et partagent les données de leur tableau de surveillance avec leur équipe interprofessionnelle afin de rendre le changement durable.

*Greenview est un centre hospitalier fictif.

Les six prochaines pages présentent des données associées aux IRC nos 4 et 6. Les Figures 8 à 10 soulignent les tendances de l'IRC no 4 de même que les taux de l'IRC no 4 par centre hospitalier et par RLISS.

Les Figures 11 à 13 présentent les tendances de l'IRC no 6 en plus des taux de l'IRC no 6 par centre hospitalier et par RLISS.

Figure 8 : Proportion de femmes ayant eu une césarienne après une période de ≥37 à <39 semaines gestationnelles parmi les femmes à faible risque ayant une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse.



Trimestre et année fiscale

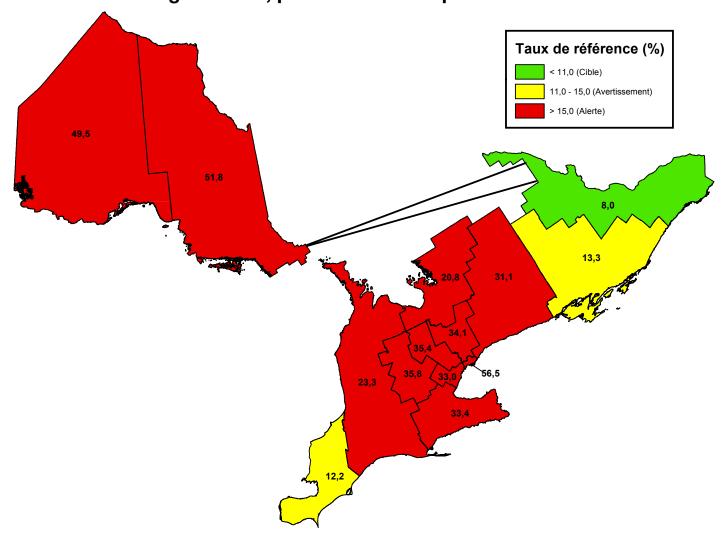
T1 : Avril–juin T3 : Octobre–décembre T2 : Juillet–septembre T4 : Janvier–mars

lau	(%)	
Cible	Avertissement	Alerte
<11,0	11,0-15,0	>15,0

Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2012-2013 – 2016-2017, par trimestre

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes à faible risque ayant eu une césarienne entre ≥37 et <39 semaines de gestation (37e semaine + 0 jours à 38e semaine + 6 jours de gestation), exprimé en pourcentage du nombre total de femmes à faible risque qui ont eu une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse (≥37 semaines de gestation).

Figure 9 : Proportion de femmes ayant eu en Ontario une césarienne après une période de ≥37 à <39 semaines gestationnelles parmi les femmes à faible risque ayant une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse, par RLISS de l'hôpital de naissance.



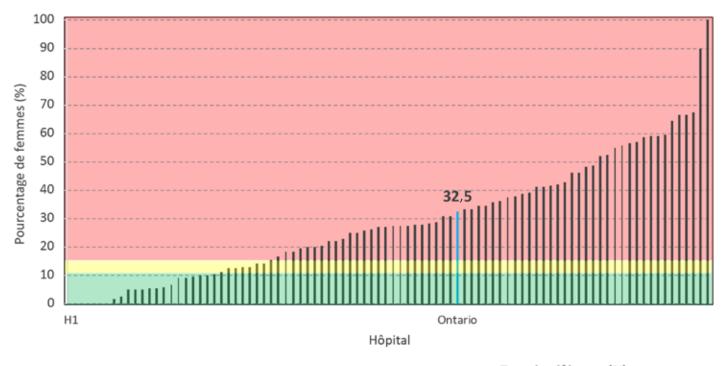
Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes à faible risque ayant eu une césarienne entre ≥37 et <39 semaines de gestation (37e semaine + 0 jour à 38e semaine + 6 jours de gestation), exprimé en pourcentage du nombre total de femmes à faible risque qui ont eu une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse (≥37 semaines de gestation).



Comparativement à l'année fiscale 2012-2013, la proportion de femmes ayant subi une césarienne après une période de gestation ≥37 à <39 semaines parmi les femmes à faible risque subissant une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse a diminué dans l'ensemble des RLISS. Intervalle de diminution de 8,3 % à 32,3 %.

Figure 10 : Proportion de femmes en Ontario ayant eu une césarienne de ≥37 à <39 semaines gestationnelles parmi les femmes à faible risque ayant une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse, par hôpital.



Taux de référence (%)			
Cible	Avertissement	Alerte	
<11,0	11,0-15,0	>15,0	

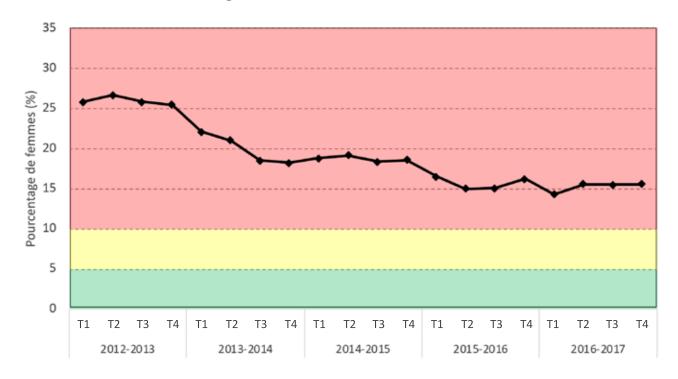
Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes à faible risque ayant eu une césarienne entre ≥37 et <39 semaines de gestation (37e semaine + 0 jour à 38e semaine + 6 jours de gestation), exprimé en pourcentage du nombre total de femmes à faible risque qui ont eu une nouvelle césarienne au terme de leur grossesse (≥37 semaines de gestation), par hôpital. H1 représente le premier hôpital.



Pour l'année fiscale 2016-2017, 21 centres hospitaliers obstétricaux en Ontario ont atteint les taux ciblés pour le présent indicateur de rendement clé (c.-à-d., le nombre de femmes à faible risque ayant eu une nouvelle césarienne après une période de gestation de ≥37 à <39 semaines était inférieur à 11 % pour ces centres hospitaliers). En fait, six de ces centres ont déclaré un taux de 0 %!

Figure 11 : Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué pour indication de dépassement du terme de la grossesse.



Trimestre et année fiscale

T1 : Avril–juin T3 : Octobre–décembre T2 : Juillet–septembre T4 : Janvier–mars

Cible	Avertissement	Alerte
<5,0	5,0-10,0	>10,0

Taux de référence (%)

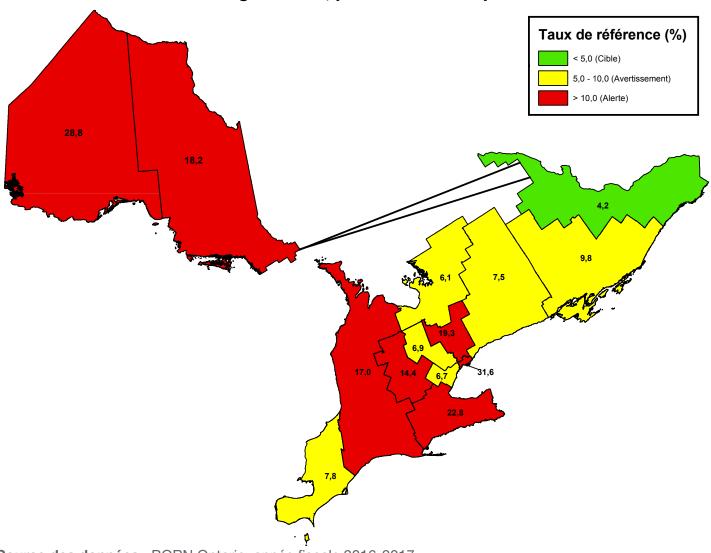
Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2012-2013 à 2016-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes qui ont eu un accouchement provoqué avec pour indication du déclenchement du travail le dépassement du terme de leur grossesse (≥41 semaines de gestation) et qui étaient en fait à moins de 41 semaines de gestation (moins de ou égal à 40 semaines + 6 jours de gestation), exprimé comme le pourcentage du nombre total de femmes qui ont eu un accouchement provoqué avec une indication de déclenchement du travail au-delà du terme de leur grossesse.



En tout, on a observé une diminution de 10,2 % de la proportion de femmes en Ontario dont l'accouchement a été provoqué avec pour indication le dépassement du terme de leur grossesse qui étaient en fait à <41 semaines de gestation, passant de 25,8 % au T1 de l'année fiscale 2012-2013 à 15,6 % au T4 de l'année fiscale 2016-2017.

Figure 12 : Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué avec comme indication le dépassement du terme de leur grossesse, par RLISS de l'hôpital de naissance.



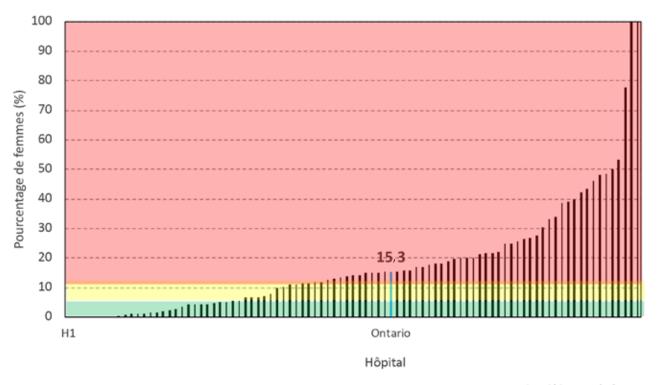
Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes dont l'accouchement a été provoqué avec une indication de déclenchement du travail au-delà du terme de leur grossesse (≥41 semaines de gestation) et qui étaient en fait à moins de 41 semaines de gestation (moins de ou égal à 40 semaines + 6 jours de gestation), exprimé comme le pourcentage du nombre total de femmes qui ont subi une naissance provoquée avec une indication de déclenchement du travail au-delà du terme de leur grossesse (en un temps et un lieu donnés).



La proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines en Ontario dont l'accouchement a été provoqué avec comme indication le dépassement du terme de leur grossesse était de 15,3 % pour l'année fiscale 2016-2017.

Figure 13 : Proportion de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué avec pour indication le dépassement du terme de leur grossesse, par hôpital



Taux de référence (%)		
Cible	Avertissement	Alerte
<5,0	5,0-10,0	>10,0

Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur : Nombre de femmes dont l'accouchement a été provoqué avec comme indication le déclenchement du travail au-delà du terme de leur grossesse (≥41 semaines de gestation) et qui étaient en fait à moins de 41 semaines de gestation (moins de ou égal à 40 semaines + 6 jours de gestation), exprimé comme le pourcentage du nombre total de femmes dont l'accouchement a été provoqué avec pour indication le déclenchement du travail au-delà du terme de leur grossesse, par hôpital. H1 représente le premier hôpital.



Au cours de l'année fiscale 2016-2017, 24 centres hospitaliers obstétricaux en Ontario ont atteint le taux cible de moins de 5 % de femmes enceintes de moins de 41 semaines dont l'accouchement a été provoqué avec comme indication le dépassement du terme de leur grossesse. Huit de ces centres ont déclaré un taux de 0 %.



Initiative Bébés en santé, enfants en santé

Les premières années de la vie d'un enfant, de la naissance à 6 ans, sont critiques à sa croissance et à son développement. Un départ sain augmente les chances que les bébés deviendront des enfants, des adolescents et des adultes en santé. Le programme Bébés en santé, enfants en santé (offert de la période prénatale jusqu'à l'entrée à l'école) est un programme provincial de santé publique supervisé par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires et offert par les bureaux de santé publique de l'Ontario.

Le programme utilise un questionnaire de dépistage en format papier - l'outil de dépistage Bébés en santé, enfants en santé - pour déterminer s'il existe des facteurs de risque susceptibles d'influencer le développement sain d'un enfant. Le dépistage est réalisé sur une base volontaire et avec un consentement préalable. Les familles et les enfants ciblés comme étant « à risque » sont aiguillés vers des programmes et des services communautaires conçus pour soutenir les nouveaux parents, comme le soutien à l'allaitement, les services de nutrition et de santé, les programmes d'apprentissage du rôle parental et les programmes de littératie parentale ou peuvent se voir offrir des visites à domicile.

LA VERSION ÉLECTRONIQUE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE BÉBÉS EN SANTÉ, ENFANTS EN SANTÉ EN ACTION - UN EXEMPLE DE CAS

Sonya est une jeune nouvelle maman célibataire présentant des antécédents d'anxiété et de dépression et elle n'a aucun soutien familial proche. Elle a récemment donné naissance à une petite fille qu'elle compte allaiter. Pendant son séjour à l'hôpital, Sonya consent au dépistage de Bébés en santé, enfants en santé. L'infirmier de Sonya remplit le questionnaire en utilisant le Système d'information de BORN et l'envoie en format électronique à son unité de santé locale - un processus qui permet d'assurer la protection des renseignements de santé personnels de Sonya lorsqu'ils sont transmis du centre hospitalier à l'unité de santé.

Le bureau de santé publique reçoit immédiatement le test de dépistage et Sonya est ciblée comme étant « à risque » en raison de ses antécédents de santé et de son manque de soutien social. Un infirmier de la santé publique communique avec Sonya le lendemain de son retour à la maison et la met en contact avec les ressources dont elle a besoin. Sonya reçoit une formation sur l'allaitement maternel et du soutien. On la met aussi en contact avec une ressource locale : le Centre de ressources parent-enfant et un groupe de soutien pour les nouvelles mamans. En plus de l'infirmier de la santé publique, elle est jumelée à une visiteuse familiale qui lui rend régulièrement visite, l'encourage et l'aide à bâtir sa confiance comme parent. Au cours de cette période de grande vulnérabilité, Sonya se sent outillée et tire profit du soutien communautaire.

L'exemple de Sonya est similaire à celui de plusieurs femmes en Ontario. La dépression et l'anxiété sont parmi les cinq principaux sujets de préoccupation ciblés par le test de dépistage de Bébés en santé, enfants en santé. Les taux d'anxiété chez les femmes enceintes de l'Ontario ont augmenté au cours des quatre dernières années (voir Figure 14).

Évoluer vers un système sans papier

BORN, en collaboration avec le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, a élaboré une version électronique de l'outil de dépistage eHBHC afin d'améliorer la façon dont des données postnatales clés sont transmises par les centres hospitaliers aux bureaux de santé publique. La version électronique eHBHC, hébergée dans le Système d'information de BORN, permet de divulguer des renseignements pertinents en temps opportun aux bureaux de santé publique et d'éliminer les problèmes archaïques liés aux télécopies. La version électronique de l'outil de dépistage Bébés en santé, enfants en santé est transférée du Système d'information de BORN vers le Système d'information des services intégrés pour les enfants, un système multiniveaux de prise en charge des cas conçu pour permettre aux bureaux de santé publique de l'Ontario d'administrer de façon efficace le programme Bébés en santé, enfants en santé.

Impact de l'initiative électronique Bébés en santé, enfants en santé

En 2016, une étude pilote de 12 semaines comptant neuf binômes hôpital-bureau de santé publique a démontré que la version électronique de Bébés en santé, enfants en santé pouvait être transférée sans problème du Système d'information de BORN au Système d'information des services intégrés pour les enfants, tout en protégeant les renseignements personnels sur la santé. Les centres hospitaliers et les bureaux de santé publique participants ont rapporté un impact positif sur les soins prodigués aux familles et sur les relations entre le personnel du centre hospitalier et celui du bureau de santé publique.

Au cours de l'étude pilote, 88,5 % des familles se sont vu offrir le test de dépistage postnatal Bébés en santé, enfants en santé. La parité (le nombre de fois qu'une femme a donné naissance) était un facteur statistiquement significatif pour déterminer si on offrait ou non le test de dépistage postnatal à une famille. D'après les données de l'étude pilote, il semble que les femmes qui ont donné naissance pour la première fois étaient plus susceptibles de ne pas avoir reçu le test de dépistage électronique et de ne pas être comptabilisées dans le Système d'information de BORN (p. ex., pas de test de dépistage administré et pas de refus enregistré). Ceci est particulièrement préoccupant, car les femmes qui sont mères pour la première fois peuvent avoir besoin d'une aide et d'un soutien postnataux accrus, surtout en matière d'allaitement. Les données de BORN démontrent des taux très élevés d'adoption de l'allaitement (voir Figure 15), mais les taux de maintien de l'allaitement ont chuté en deçà des cibles provinciales.

Le projet pilote a fourni l'assise nécessaire au déploiement de cette technologie actuellement en cours à l'échelle de la province - une autre façon pour BORN de soutenir et de faciliter les soins communautaires auprès des familles à risque en Ontario.

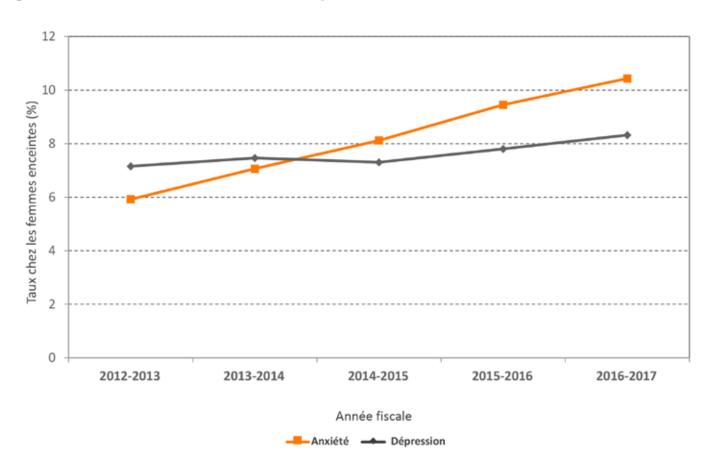
DANS VOS MOTS : IMPACT DE L'INITIATIVE ÉLECTRONIQUE BÉBÉS EN SANTÉ, ENFANTS EN SANTÉ

La mise en place d'un infirmier de liaison de la santé publique dans chaque centre hospitalier a permis de construire un meilleur partenariat entre les infirmiers de la santé publique qui assurent la liaison en matière de dépistage et le personnel infirmier du centre hospitalier. Avoir une personne ressource de façon constante au programme Bébés en santé, enfants en santé de la santé publique, du lundi au vendredi, a grandement contribué à accroître la confiance, la collaboration et la communication entre les organismes. Depuis que le personnel hospitalier a accès à un soutien accru et à une meilleure communication avec les infirmiers de la santé publique qui assurent la liaison en matière de dépistage, tout le personnel peut les approcher plus facilement s'il a des questions et discuter des besoins des clientes.

Cette retombée signifie de meilleurs soins pour les clientes lors de la transition du centre hospitalier vers la maison et une amélioration de la croissance et du développement optimal, ainsi que le bien-être familial.

- Services de santé publique de la Ville de Hamilton, Infirmiers de la santé publique

Figure 14 : Taux d'anxiété et de dépression chez les femmes enceintes



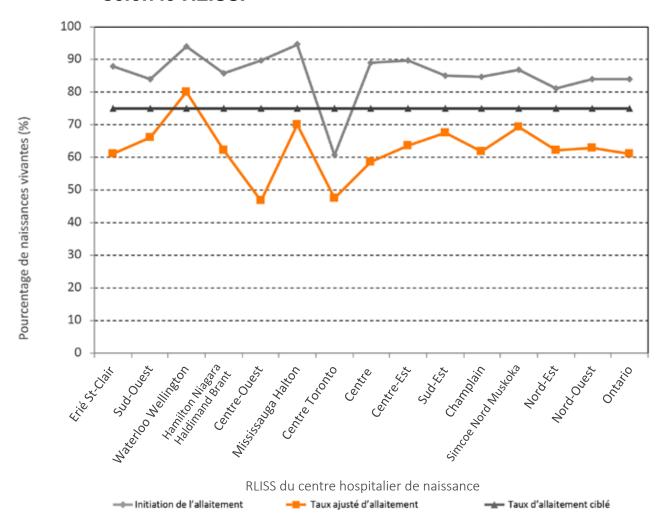
Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2012-2013 – 2016-2017

Définition de l'indicateur : Taux d'anxiété et de dépression, exprimés comme le pourcentage des femmes qui ont rapporté vivre de l'anxiété ou de la dépression comme problèmes de santé mentale au cours de leur grossesse (y compris les épisodes préexistants, diagnostiqués pendant la grossesse ou actifs au cours de la grossesse), selon l'année fiscale. Ces deux catégories ne sont pas mutuellement exclusives. 5,8 % des dossiers ont été exclus en raison de données manquantes.



Le dépistage en santé mentale a été intégré au Ontario Perinatal Record (en anglais) en 2017.

Figure 15 : Taux d'adoption de l'allaitement et taux ajusté de l'allaitement, selon le RLISS.



Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur: Le taux d'adoption de l'allaitement est exprimé comme le pourcentage de nouveaunés vivants qui ont bu au sein au moins une fois entre leur naissance et leur congé de l'hôpital. Le taux ajusté de l'allaitement est exprimé comme le pourcentage de nouveau-nés vivants qui étaient exclusivement allaités ou qui étaient nourris au lait maternel entre leur naissance et leur congé de l'hôpital, ou s'ils avaient reçu une alimentation autre que le lait maternel, c'était pour des raisons médicales documentées



Les membres de l'équipe de BORN qui soutiennent la version électronique de l'initiative Bébés en santé, enfants en santé comprennent : des spécialistes de contenu clinique, des coordonnateurs régionaux, des épidémiologistes, des gestionnaires de projet, des coordonnateurs de projet, des spécialistes de l'architecture technique, des administrateurs de systèmes, des coordonnateurs de l'accès à l'information, des agents de la protection des renseignements personnels, des analystes de rapports et des spécialistes de la qualité des données.

Initiative Grandir en santé

Investir dans la santé infantile

L'obésité infantile est l'une des principales préoccupations actuelles en matière de soins en santé pédiatrique. Entre 2009 et 2011, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé a montré qu'un enfant et un adolescent sur trois au Canada est obèse ou présente un surpoids.

À l'époque, l'Ontario n'avait pas de système formel pour surveiller la croissance saine des enfants et des adolescents, ce qui a entraîné un manque d'estimations de croissance robustes, précises et représentatives à l'échelle provinciale, régionale et locale. Les systèmes de collecte de données étaient souvent fragmentés, autorapportés ou présentaient des échantillons trop petits pour permettre des conclusions valables. Aucun mécanisme n'était en place pour recueillir de façon cohérente les risques comportementaux et les facteurs de protection associés à la croissance.

Le Comité d'experts pour la santé des enfants¹ a recommandé que le gouvernement mette sur pied un « système de surveillance pour suivre le poids, les facteurs de risque et les facteurs de protection dans le temps » dans le but de soutenir la surveillance des tendances et de la croissance, d'offrir aux fournisseurs de soins de première ligne les renseignements dont ils ont besoin pour guider la prestation des soins et de soutenir l'élaboration et l'évaluation de programmes et de politiques centrés sur la croissance pédiatrique.



BORN, en collaboration avec CyberSanté Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a mis en œuvre l'initiative Grandir en santé, un système de surveillance des paramètres de croissance pédiatrique en Ontario utilisant les Dossiers médicaux électroniques. L'initiative Grandir en santé a été financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de 2016 à 2018.

Elle vise à permettre de :

- Recueillir des données d'une sous-population d'enfants de la naissance à 18 ans (représentative d'une plus grande population pédiatrique).
- 2. Produire des rapports de grande qualité et en temps opportun à l'échelle provinciale, régionale (RLISS), locale (bureaux de la santé publique), et des fournisseurs de soins de santé.



En tant que registre prescrit, BORN était bien positionné pour élaborer et mettre en œuvre l'initiative Grandir en santé :

- BORN peut recueillir des données discrètes codifiées en temps opportun à partir des dossiers médicaux électroniques des fournisseurs de soins primaires;
- BORN peut coupler ces dossiers pédiatriques avec les données contenues dans son Système d'information; 96 % des dossiers médicaux électroniques peuvent être jumelés avec succès à un dossier de naissance et 95 % peuvent être associés avec succès à la mère biologique;
- le couplage des dossiers médicaux électroniques avec le Système d'information de BORN augmente l'exploitabilité et l'intégralité des données pour l'initiative Grandir en santé.

¹ Le Comité d'experts pour la santé des enfants a tenu ses délibérations du mois de mai au mois de décembre 2012 et il a soumis son rapport, L'urgence d'agir : Stratégie pour des enfants en santé, au ministère de la Santé et des Soins de longue durée au mois de mars 2014 http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/obesity/

Données comportementales

Afin de saisir d'importants éléments de données comportementales non recueillies dans les dossiers médicaux électroniques ou le Système d'information de BORN, BORN a formé un partenariat avec CognisantMD dans le but de concevoir une solution technique. Au cours de leurs consultations cliniques avec leur fournisseur de soins primaires, les parents, les tuteurs ou les patients saisissent leurs renseignements comportementaux (c.-à-d., l'activité physique, le temps passé devant un écran, le régime alimentaire, etc.) sur une tablette électronique disponible dans la salle d'attente. Les renseignements saisis sur la tablette sont automatiquement intégrés aux dossiers médicaux électroniques.

Le Tableau 2 résume les données recueillies dans le cadre de l'initiative Grandir en santé et l'endroit d'où elles proviennent.

Tableau 2 : Initiative Grandir en santé - sources et éléments de données

Source des données	Éléments de données	
Dossiers médicaux électroniques de soins primaires	 Date de naissance Sexe Poids Date de l'enregistrement du poids 	 Taille Date de l'enregistrement de la taille Code postal
Système d'information de BORN	 Poids élevé à la naissance Prise de poids rapide chez le nouveau-né associée à un faible poids à la naissance 	 Poids de la mère Prise de poids pendant la grossesse Tabagisme maternel Allaitement
Parents, tuteurs ou patients	 Consommation de boissons sucrées Activité physique Temps passé devant les écrans 	 Heures de sommeil Prise de petit-déjeuner Consommation de fruits Consommation de légumes

Accomplissements de BORN : les chiffres parlent d'eux-mêmes

- Les renseignements sur l'initiative Grandir en santé ont été communiqués à plus de 360 sites de soins primaires.
- Actuellement, BORN reçoit des données provenant de 23 sites de soins primaires situés dans 13 des 14 RLISS de l'Ontario. Cela représente plus de 250 cliniciens.
- Le Système d'information de BORN comprend des renseignements sur 20 000 patients pédiatriques avec au moins une mesure valide de la taille et du poids par année (selon les données enregistrées entre le 26 mai 2011 et le 8 juillet 2018).

De ces 20 000 patients, 4 % avaient un poids insuffisant, 81 % avaient un poids normal et 15 % étaient en surpoids ou obèses selon les courbes de croissance spécifiques à l'âge et au sexe de l'Organisation mondiale de la santé.

BORN recrute actuellement d'autres fournisseurs de soins primaires pour participer à l'initiative Grandir en santé. Vous souhaitez en apprendre davantage sur cette initiative ou sur la façon dont votre organisme pourrait y contribuer? Communiquez avec BORN :

Courriel: HealthyGrowth@BORNOntario.ca Téléphone: 613 737-7600, poste 6023

Éléments de données associés au poids

BORN recueille des éléments de données en vue de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse et la prise de poids totale pendant la grossesse. Cette mesure est primordiale pour les cliniciens afin de soutenir les stratégies associées à un mode de vie sain et de réduire la morbidité maternelle et infantile liée à l'obésité.

Les femmes qui sont en surpoids ou qui sont obèses au début de leur grossesse ou celles qui ont pris plus de poids pendant leur grossesse que ce qui est recommandé, tout comme leurs enfants, présentent un risque accru de développer des complications graves. Heureusement, la prise de poids pendant la grossesse est modifiable et la grossesse est un moment où plusieurs femmes sont motivées à adopter des habitudes de vie positives (p. ex., pratiquer de l'activité physique, adopter une alimentation saine, arrêter de fumer) afin de soutenir un bébé en santé. Ces habitudes de vie saines peuvent aussi se traduire par une croissance et un développement sains chez l'enfant.

Le Tableau 3 décrit la gamme de prise de poids recommandée pendant la grossesse, selon la classification du poids de la femme avant la grossesse.

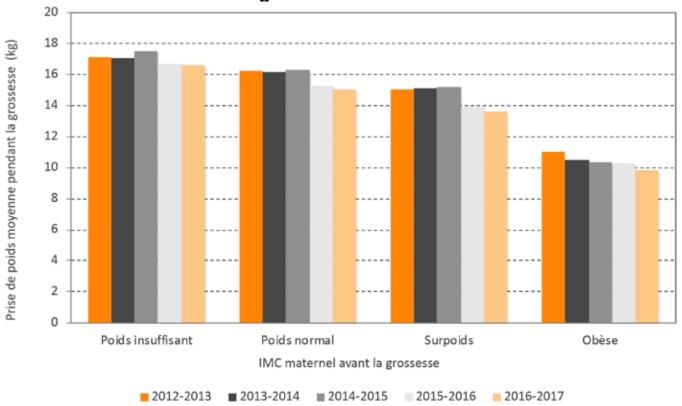
Tableau 3 : Prise de poids recommandée pendant la grossesse

Classification de l'indice de masse corporelle avant la grossesse	Prise de poids recommandée
Poids insuffisant (< 18,5 kg/m²)	12,5 – 18 kg
Poids normal (18,5–24,9 kg/m²)	11,5 – 16 kg
Surpoids (25,0–29,9 kg/m²)	7 – 11,5 kg
Obèse (30,0+ kg/m²)	5 – 9 kg

Référence : Institute of Medicine Weight Gain Recommendations for Pregnancy (2009) (en anglais).

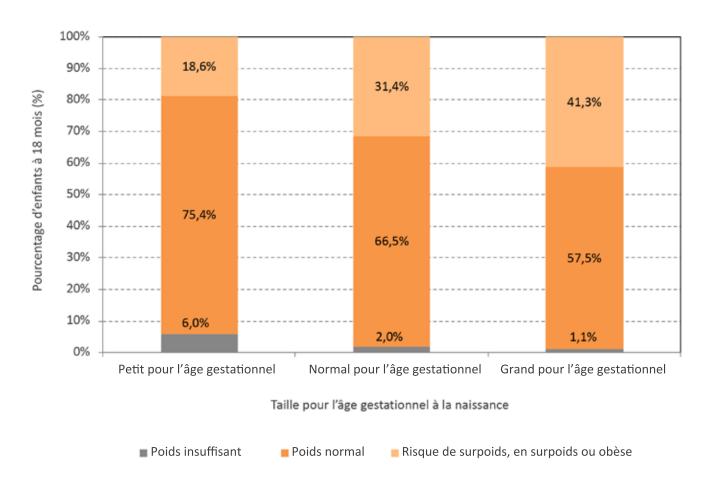
Afin de soutenir des stratégies associées à un mode de vie sain pour les femmes et les enfants, les parties prenantes ont besoin de données de grande qualité. Grâce à l'initiative Grandir en santé, BORN est maintenant en mesure de surveiller les tendances associées à la prise de poids pendant la grossesse (Figure 16). De plus, comme registre prescrit, BORN a la capacité d'examiner plus en profondeur d'importants liens entre la grossesse et le risque associé à la naissance et des facteurs de protection, de même que l'impact qu'ils peuvent avoir sur la croissance d'un enfant au-delà du poids à la naissance (Figure 17), et suivre la croissance des enfants et des adolescents sur une période allant de la naissance à 18 ans (Figure 18).

Figure 16 : Prise de poids moyenne pendant la grossesse, selon l'IMC maternel avant la grossesse



Définition de l'indicateur : Prise de poids moyenne (kg) pendant la grossesse, par catégories d'indice de masse corporelle (IMC) maternel avant la grossesse, exprimée comme la moyenne de prise de poids (kg) pendant la grossesse parmi les catégories d'IMC. Les catégories d'IMC ont été définies selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé comme étant : poids insuffisant (<18,5 kg/m²), poids normal (18,5–24,9 kg/m²), surpoids (25,0–29,9 kg/m²) et obèse (30,0+ kg/m²).

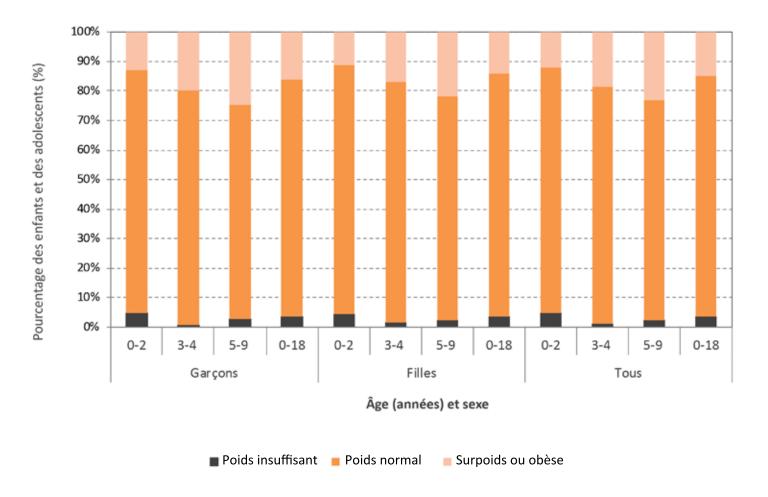
Figure 17 : Taille pour l'âge gestationnel à la naissance comparativement à l'IMC à 18 mois



Source des données: BORN Ontario, année fiscale 2012-2013 - 2018-2019

Définition de l'indicateur : Les taux de taille pour les catégories d'âge gestationnel sont comparés aux catégories d'indice de masse corporelle (IMC) déterminées selon l'âge et le sexe de l'Organisation mondiale de la santé pour les enfants âgés de 17 à 19 mois. Seuls les dossiers médicaux présentant une mesure complète de la taille et du poids à l'âge de 17 à 19 mois qui ont pu être associés à un dossier de naissance présentant une variable complète de la taille pour l'âge gestationnel ont été employés pour les analyses (N = 1 685). Des données partielles ont été incluses pour l'année 2018-2019 (jusqu'au mois de juin 2018).

Figure 18 : Catégories d'IMC pour les enfants et les adolescents



Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2012-2013 – 2018-2019

Définition de l'indicateur : Les courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour le Canada ont été utilisées pour classifier les mesures d'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge et le sexe au moment de la mesure prise lors de la consultation en soins primaires. Une seule mesure par patient par année civique a été retenue. Pour des raisons de cohérence, seule la dernière mesure prise dans l'année pour chaque patient a été retenue. Les IMC de moins de 10 et de plus de 40 ont été retirés des analyses puisqu'ils représentent de possibles erreurs de mesure (N = 809). Des données partielles ont été incluses pour l'année 2018-2019 (jusqu'au mois de juin 2018).

Projetons-nous dans l'avenir : comment l'initiative Grandir en santé influencera-t-elle les soins à l'avenir?

Date: Janvier 2020

Lieu : Clinique de l'équipe de santé familiale d'Ottawa

Clinicien: Emily est une infirmière praticienne d'expérience à la clinique.

Emily remarque que plusieurs de ses patients pédiatriques se retrouvent dans la catégorie de surpoids ou d'obésité selon l'échelle d'IMC spécifique à leur sexe et à leur âge. La clinique d'Emily transmet les données de ses patients pédiatriques à BORN par l'entremise de l'initiative Grandir en santé, donc elle consulte le rapport pour explorer les tendances.

Le rapport démontre que le pourcentage de patients provenant de sa clinique qui se retrouvent dans la catégorie en surpoids ou obèse a augmenté au cours des cinq dernières années. Elle remarque aussi que sa clinique présente un taux plus élevé d'enfants en surpoids ou obèses que la moyenne provinciale. Ces renseignements poussent Emily à consulter les autres cliniciens et les nutritionnistes de la clinique afin de créer des ressources pour une croissance et un développement sains destinées aux patients pédiatriques de leur clinique.

Date: Juillet 2020

Lieu : Service de santé publique

Professionnel de la santé publique : Eric est un nouvel épidémiologiste dans un bureau de santé publique

On a demandé à Eric de produire les tendances de la croissance infantile dans la région rattachée à son bureau de santé publique. Il extrait les rapports du Système d'information de BORN afin d'étudier les tendances de la dernière année pour sa région. Il remarque que les catégories d'IMC selon l'âge et le sexe sont dans la normale comparativement aux estimations provinciales. Un détail attire son attention - une augmentation du nombre de bébés présentant un faible poids à la naissance dans sa région comparativement à l'année précédente.

Sachant que le tabagisme pendant la grossesse est fortement associé à des répercussions néfastes sur la santé des bébés (c.-à-d., faible poids à la naissance, effets physiologiques nuisibles et syndrome de la mort subite du nourrisson), Eric vérifie les taux de tabagisme. D'après ces données, il croit que le tabagisme pendant la grossesse pourrait contribuer à l'augmentation du nombre de bébés de faible poids dans sa région.

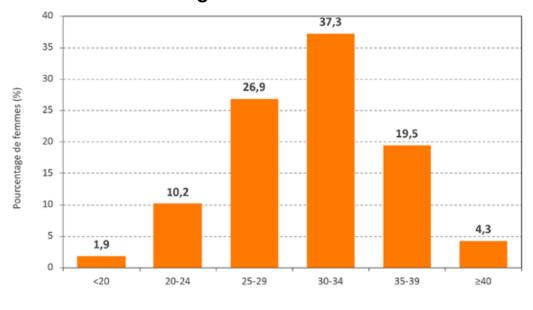
Il présente ses conclusions à son équipe et ils sont d'accord; en réponse, ils élaborent un programme de cessation du tabagisme destiné aux patientes enceintes et à leurs conjoint(e)s. Eric compte utiliser les rapports de BORN pour surveiller l'évolution des tendances au cours des trois prochaines années et évaluer l'effet du nouveau programme de cessation du tabagisme sur le nombre de bébés de faible poids.



Indicateurs de base : santé maternelle et infantile

La vision de BORN est d'assurer les meilleurs débuts possible pour maintenir la santé tout au long de la vie. BORN recueille et surveille un large éventail de déterminants de santé et d'effets associés à la fertilité, à la naissance, aux nouveau-nés et aux enfants. Les indicateurs suivants représentent les éléments de données les plus fréquemment utilisés et demandés par nos parties prenantes.

Figure 19 : Distribution de l'âge maternel à la naissance

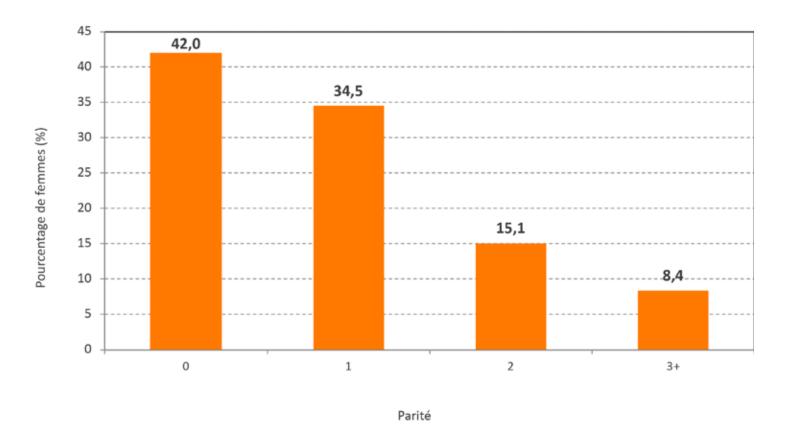


Âge maternel (années)

Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur : Distribution de l'âge maternel, exprimé en pourcentage du nombre total de femmes qui ont vécu une naissance vivante ou une mortinaissance en Ontario.

Figure 20 : Distribution de la parité

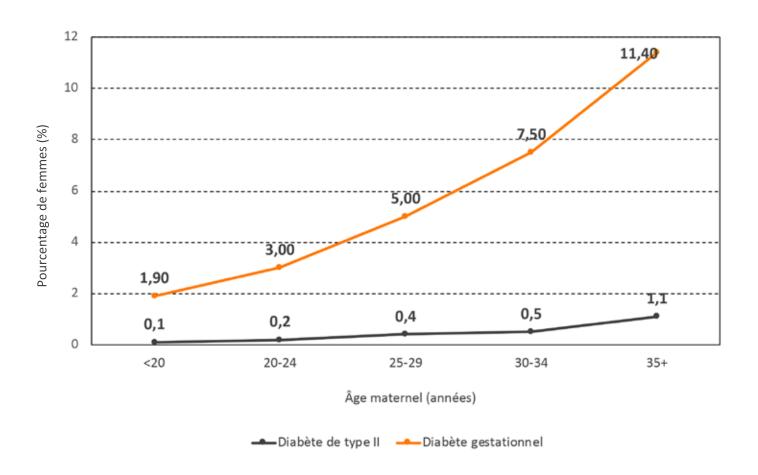


Définition de l'indicateur : Distribution de la parité, exprimée en pourcentage du nombre total de femmes qui ont donné naissance (naissance vivante ou mortinaissance) à 20 semaines de gestation ou plus. La parité est définie comme le nombre de naissances vivantes ou de mortinaissances précédentes (0, 1, 2, 3+), excluant la grossesse en cours.



L'équipe des requêtes et d'analyse des données de BORN donne suite à des centaines de demandes de données personnalisées chaque année. Pour l'année fiscale 2017-2018, le nombre d'extractions de données a augmenté de 30 %! Les extractions de données peuvent prendre différentes formes selon les questions qui sont posées. Cette équipe en croissance comprend des coordonnateurs de la recherche et des requêtes de données ainsi que des analystes de données.

Figure 21 : Distribution du diabète selon l'âge maternel

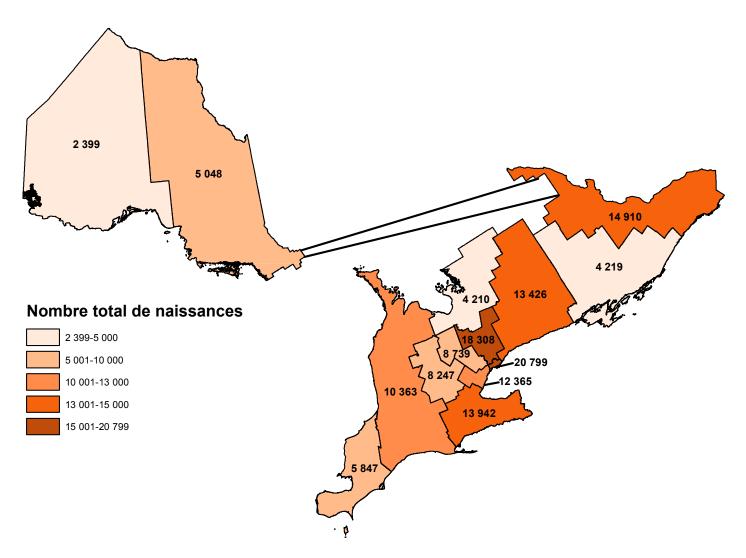


Définition de l'indicateur : Distribution du diabète de type II et du diabète gestationnel, exprimée en pourcentage du nombre total de femmes qui ont donné naissance (naissance vivante ou mortinaissance) en Ontario.



Au cours de l'année fiscale 2016-2017, 7,2 % des femmes de tous les groupes d'âge présentaient un diabète gestationnel. Le taux de diabète de type II dans tous les groupes d'âge était de 0,6 %.

Figure 22 : Nombre de naissances selon le RLISS à l'endroit de naissance



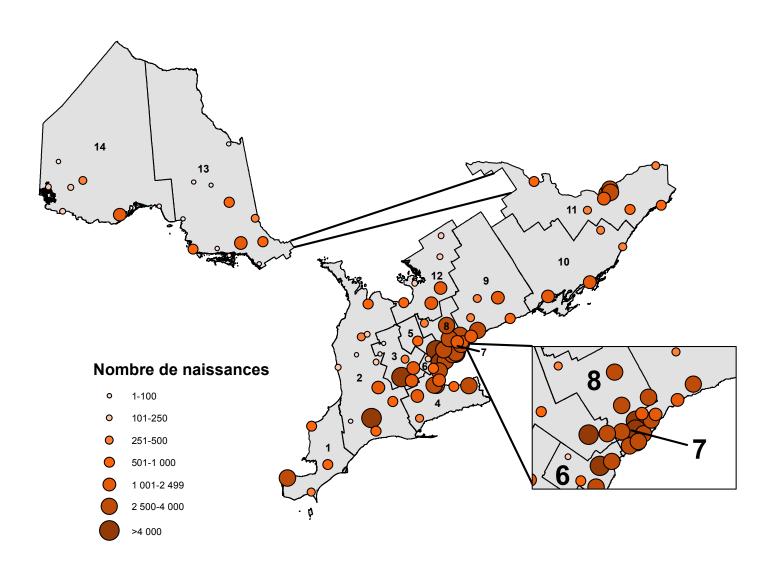
Définition de l'indicateur : Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances selon l'endroit de la naissance (maison, centre hospitalier ou centre de naissance) en Ontario, selon le RLISS à la naissance.

Nota: 113 naissances n'ont pu être assignées à un RLISS en raison de données manquantes.



Il y a eu 142 935 naissances en Ontario au cours de l'année fiscale 2016-2017 (1er avril 2016 - 31 mars 2017).

Figure 23 : Nombre de naissances dans les centres hospitaliers, selon de RLISS à la naissance



Définition de l'indicateur : Nombre de naissances vivantes et de mortinaissances dans les centres hospitaliers de l'Ontario, selon le RLISS à la naissance.

Tableau 4 : Nombre de naissances selon le RLISS où se situe la résidence de la mère

	RLISS de résidence	Nombre de naissances				
	Tieles de residence	n	%			
1	Erié St-Clair	5 979	4,2			
2	Sud-Ouest	10 187	7,2			
3	Waterloo Wellington	8 720	6,2			
4	Hamilton Niagara Haldimand Brant	14 216	10,1			
5	Centre-Ouest	11 512	8,2			
6	Mississauga Halton	11 908	8,4			
7	Centre-Toronto	13 845	9,8			
8	Centre	18 823	13,3			
9	Centre-Est	15 701	11,1			
10	Sud-Est	4 465	3,2			
11	Champlain	13 232	9,4			
12	Simcoe Nord Muskoka	4 373	3,1			
13	Nord-Est	5 280	3,7			
14	Nord-Ouest	2 409	1,7			
Le RLISS est inconnu		476	0,3			
	Ontario	141 126	100 %			

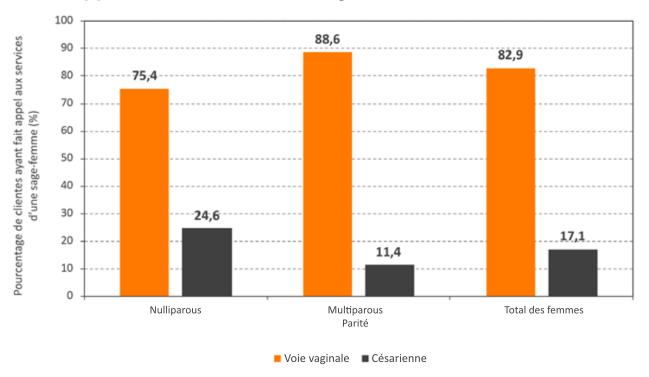
Définition de l'indicateur : Nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances en Ontario, selon le RLISS où se situe la résidence de la mère. Comprend les bébés nés de femmes qui étaient résidentes de l'Ontario; les bébés nés de femmes qui n'étaient pas résidentes de l'Ontario ont été exclus.

Tableau 5 : Distribution du type de naissance selon le RLISS où se situe la résidence de la mère

		Type de naissance								
	RLISS de résidence	Par voie vaginale spontanée		Par voie vaginale assistée		Césarienne avec travail provoqué ou spontané		Césarienne sans travail		Total
		n	% (rangée)	n	% (rangée)	n	% (rangée)	n	% (rangée)	N
1	Erié St-Clair	3 882	66,6	455	7,8	695	11,9	800	13,7	5 832
2	Sud-Ouest	7 135	71,0	640	6,4	1 140	11,3	1 133	11,3	10 048
3	Waterloo Wellington	5 690	66,3	626	7,3	965	11,3	1 296	15,1	8 577
4	Hamilton Niagara Haldimand Brant	9 162	65,6	1 154	8,3	1 760	12,6	1 897	13,6	13 973
5	Centre-Ouest	6 812	60,0	1 059	9,3	1 687	14,9	1 796	15,8	11 354
6	Mississauga Halton	7 410	63,3	1 051	9,0	1 527	13,0	1 722	14,7	11 710
7	Centre-Toronto	8 210	60,3	1 536	11,3	1 953	14,3	1 917	14,1	13 616
8	Centre	11 452	61,7	1 764	9,5	2 436	13,1	2 898	15,6	18 550
9	Centre-Est	9 397	60,8	1 502	9,7	2 221	14,4	2 333	15,1	15 453
10	Sud-Est	2 924	66,7	354	8,1	515	11,7	590	13,5	4 383
11	Champlain	8 361	64,3	1 077	8,3	1 763	13,6	1 794	13,8	12 995
12	Simcoe Nord Muskoka	2 774	64,4	376	8,7	612	14,2	547	12,7	4 309
13	Nord-Est	3 334	64,1	340	6,5	668	12,8	860	16,5	5 202
14	Nord-Ouest	1 748	73,3	91	3,8	243	10,2	304	12,7	2 386
	Le RLISS est inconnu	329	65,5	43	8,6	60	12,0	70	13,9	502
	Ontario	88 620	63,8	12 068	8,7	18 245	13,1	19 957	14,4	138 890

Définition de l'indicateur : Distribution du type de naissance selon le RLISS où se situe résidence de la mère, exprimée en pourcentage du nombre total de femmes qui ont donné naissance (naissance vivante ou mortinaissance) et qui résidaient en Ontario. Le type de naissance selon le RLISS où se situe la résidence de la mère comprend l'ensemble des femmes qui résidaient en Ontario; les femmes qui ont accouché en Ontario, mais qui n'étaient pas résidentes ont été exclues. Ce tableau fait référence aux grossesses; les femmes ne sont comptées qu'une seule fois, peu importe le nombre de fœtus qu'elles portaient.

Figure 24 : Distribution du type de naissance pour les clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme

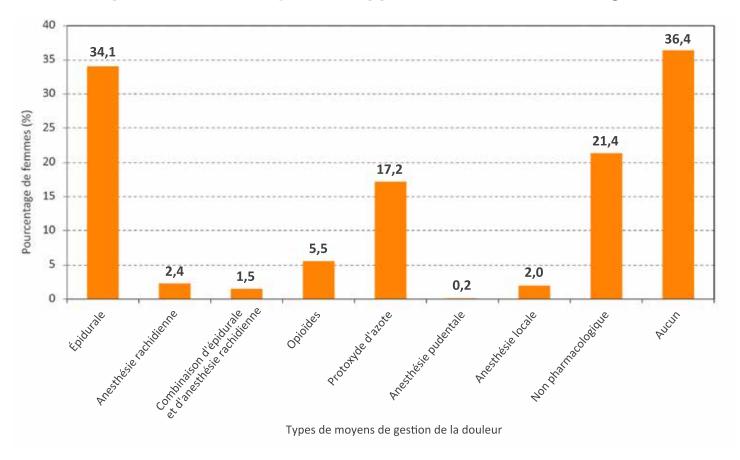


Définition de l'indicateur : Distribution du type de naissance (par voie vaginale ou par césarienne) pour les clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme selon la parité, exprimée en pourcentage du nombre total de clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme qui ont accouché d'une naissance vivante ou d'une mortinaissance selon la parité.



Au cours de l'année fiscale 2016-2017, 19 070 (82,9 %) des clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme ont vécu une naissance par voie vaginale et 3 923 (17,1 %) par césarienne.

Figure 25 : Distribution des moyens de gestion de la douleur pendant le travail pour les clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme

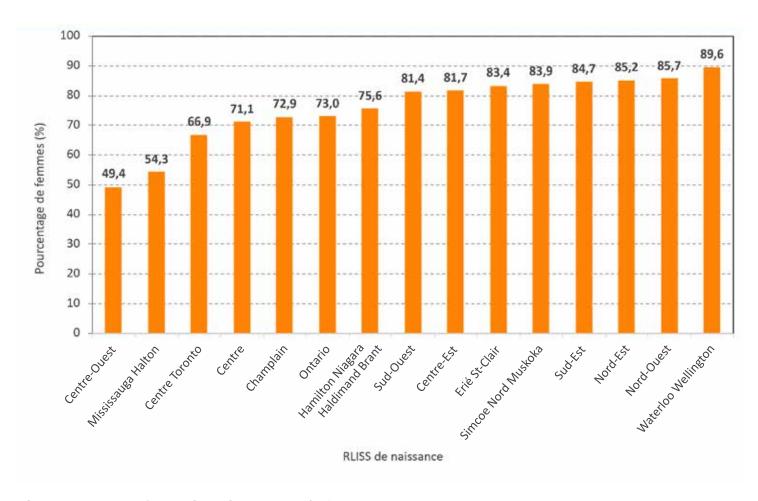


Définition de l'indicateur : Distribution des moyens de gestion de la douleur pendant le travail chez les clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme, exprimée selon le pourcentage du nombre total de clientes ayant fait appel aux services d'une sage-femme et qui étaient en travail (à un moment et dans un lieu donnés). Les femmes pouvaient recevoir plus d'un type de moyen de gestion de la douleur; la somme des pourcentages dépasse donc 100 %. En raison de données manquantes, 0,6 % des dossiers ont été exclus.



Parmi les femmes qui ont reçu les soins d'une sage-femme et qui sont entrées en travail, 38,0 % ont utilisé une anesthésie rachidienne ou une combinaison d'épidurale et d'anesthésie rachidienne et 36,4 % n'ont utilisé aucun moyen de gestion de la douleur.

Figure 26 : Proportion des femmes admissibles à avoir un AVAC à la suite d'une ou deux césariennes précédentes

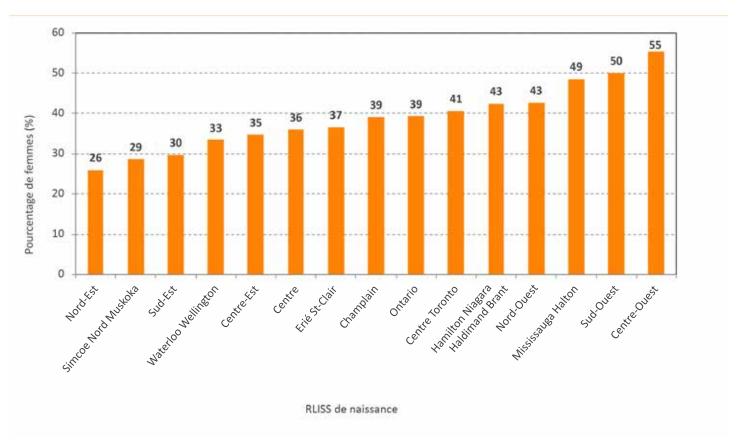


Définition de l'indicateur : Taux de femmes admissibles à un accouchement par voie vaginale après une césarienne (AVAC), exprimé comme le pourcentage de femmes ayant eu une ou deux césariennes par le passé et qui ont donné naissance dans un centre hospitalier (selon le RLISS du centre hospitalier où a eu lieu la naissance). Exclusions : 1. Sans césarienne antérieure; 2. Rupture utérine antérieure; 3. Refus d'essai du travail avec une nouvelle césarienne prévue et planifiée; 4. Placenta prævia ou décollement placentaire ou présentation anormale; 5. Non admissible à un AVAC clairement indiqué dans l'ensemble de données.



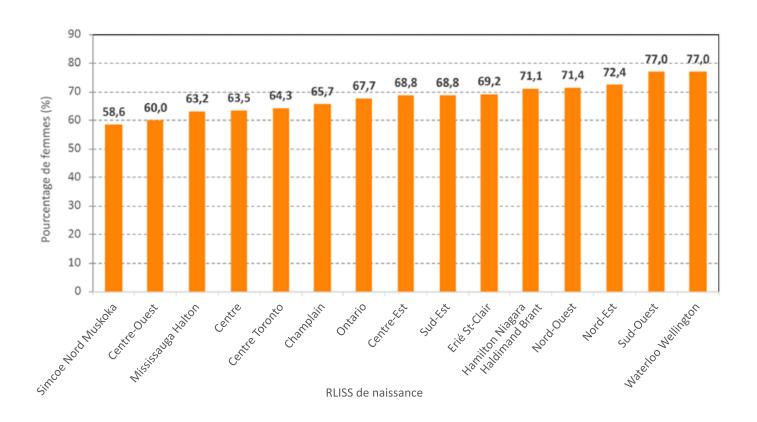
Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) et le Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH) ont publié une nouvelle norme de qualité pour l'AVAC en 2018 afin d'améliorer l'accès à des AVAC sécuritaires en Ontario et de promouvoir un processus décisionnel partagé et éclairé entre les patientes et les fournisseurs de soins de santé.

Figure 27 : Proportion des tentatives d'AVAC chez les femmes admissibles ayant eu une ou deux césariennes par le passé



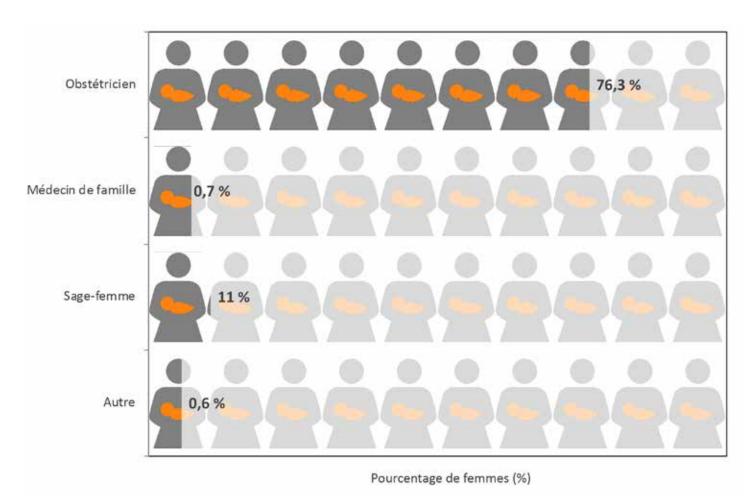
Définition de l'indicateur : Taux de tentatives d'accouchement par voie vaginale après une césarienne (AVAC), exprimé comme le pourcentage de femmes ayant eu une ou deux césariennes par le passé, qui étaient admissibles à un AVAC et qui ont accouché dans un centre hospitalier (selon le RLISS du centre hospitalier où a eu lieu la naissance). Exclusions : 1. Sans césarienne antérieure; 2. Rupture utérine antérieure; 3. Refus d'essai du travail avec une nouvelle césarienne prévue et planifiée; 4. Placenta praevia ou décollement placentaire ou présentation anormale; 5. Non admissible à un AVAC clairement indiqué dans l'ensemble de données.

Figure 28 : Taux d'AVAC réussi chez les femmes qui l'ont tenté après avoir eu une ou deux césariennes antérieures



Définition de l'indicateur : Accouchement par voie vaginale réussi après essai du travail à la suite d'une ou deux césariennes antérieures, exprimé comme le pourcentage de toutes les femmes qui ont tenté un AVAC et qui ont accouché dans un centre hospitalier (selon le RLISS du centre hospitalier où a eu lieu la naissance).

Figure 29 : Distribution des fournisseurs de soins de santé qui pratiquent des accouchements



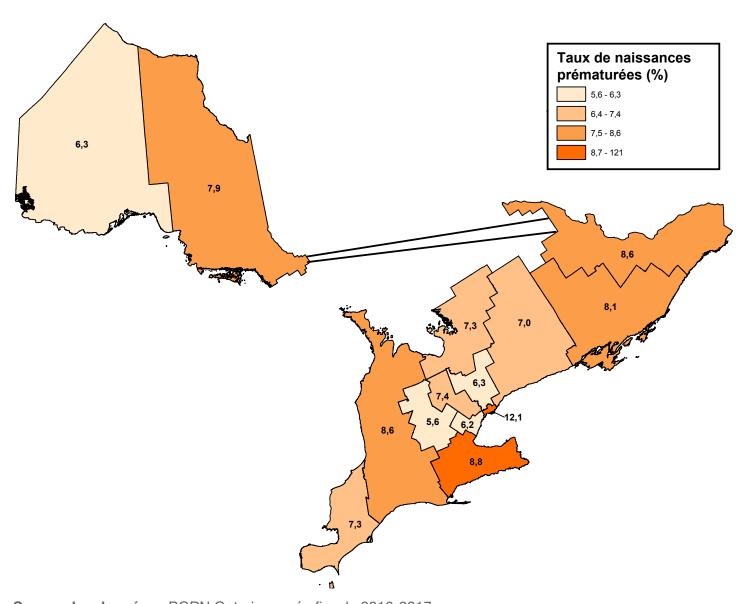
Définition de l'indicateur : Distribution du type de fournisseurs de soins qui pratiquent des accouchements, exprimée en pourcentage du nombre total de femmes qui ont accouché. Le calcul était fondé sur l'élément « fournisseur de soins qui a sorti le bébé » et non l'élément « ensemble de soins de sage-femme facturables » dans les données de BORN.



Au cours de l'année fiscale 2016–2017, les obstétriciens ont accompagné 76,3 % des femmes enceintes lors de leur accouchement; ce taux a diminué depuis 2014–2016 (il était à 78,7 %).

La proportion des naissances accompagnées par une sage-femme a augmenté à 10,7 %; elle était de 10,1 % en 2014–2016.

Figure 30 : Taux global de naissances prématurées, selon le RLISS du centre hospitalier de naissance

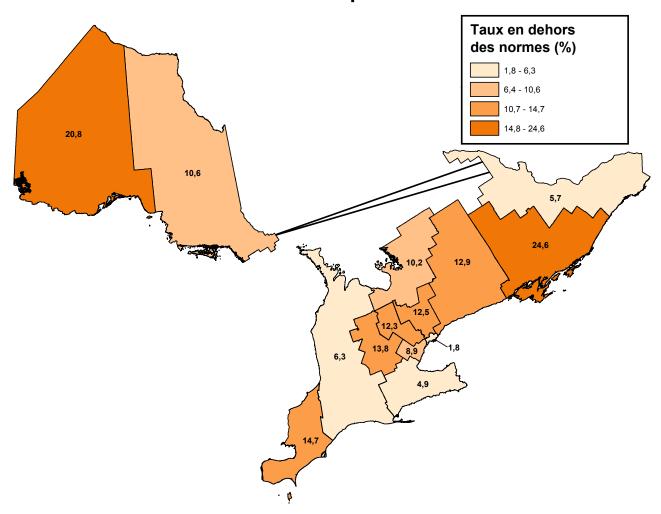


Définition de l'indicateur : Proportion de nouveau-nés prématurés (nés avant 37 semaines de gestation), selon le RLISS du centre hospitalier de naissance. Exprimée comme un pourcentage du nombre total de naissances vivantes en milieu hospitalier après ≥20 semaines de gestation pour chaque RLISS.



Au cours de l'année fiscale 2016-2017, 8,1 % des nouveau-nés dans un centre hospitalier en Ontario étaient prématurés.

Figure 31 : Proportion de nouveau-nés prématurés nés vivants, mais en dehors des normes dans un centre hospitalier en Ontario, selon le RLISS du centre hospitalier de naissance



Définition de l'indicateur : Proportion de nouveau-nés prématurés nés vivants dans un centre hospitalier, mais en dehors des normes après moins de 36 semaines de gestation, parmi l'ensemble de tous les nouveau-nés prématurés nés vivants dans un centre hospitalier après moins de 36 semaines de gestation, selon le RLISS du centre hospitalier de naissance pour l'année fiscale 2016-2017. « En dehors des normes » en termes d'âge gestationnel a été défini selon les définitions des niveaux de soins du Provincial Council for Maternal and Child Health (PCMCH). En dehors des normes pour les centres hospitaliers de Niveau 1 comprend tous les bébés nés à moins de 36 semaines de gestation. Le Niveau IIa comprend tous les bébés nés à moins de 32 semaines de gestation. Le Niveau IIc comprend tous les bébés nés à moins de gestation.

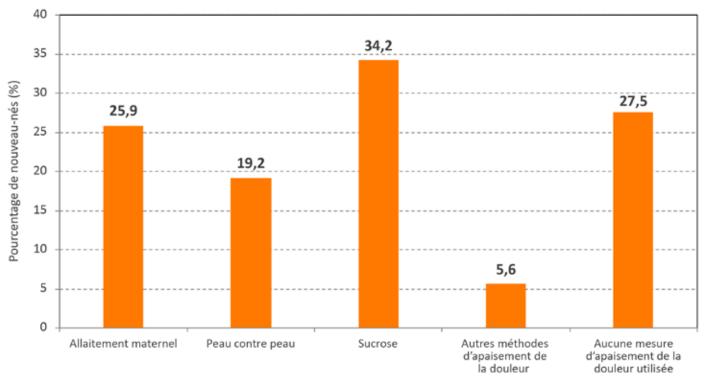


L'Ontario comprend environ 100 centres hospitaliers qui offrent des soins maternels et néonataux. Un « niveau de soins » est assigné à chaque centre hospitalier (ce qui signifie une gamme de services normalisée). Les données démontrent que les nouveau-nés qui naissent dans le centre de niveau approprié évoluent mieux. En Ontario, cependant, 8 % des nouveau-nés qui sont nés au cours de l'année fiscale 2016-2017 et qui nécessitaient des soins spécialisés associés à leur prématurité étaient nés dans des centres hospitaliers non désignés ou qui ne possédaient pas les ressources nécessaires pour prodiguer les soins répondant à leurs besoins spécifiques.

Les analyses sanguines pour le dépistage des nouveau-nés et le dosage de la bilirubine causent de la douleur, de la détresse et des changements physiologiques chez les bébés. Les interventions douloureuses et répétées mettent les nouveau-nés à risque de retards de développement à long terme.

L'allaitement maternel, porter les bébés peau contre peau ou donner quelques gouttes d'eau sucrée (sucrose) sont des moyens de réduire la douleur et ils sont recommandés lorsque des interventions douloureuses doivent être administrées.

Figure 32 : Mesures d'apaisement de la douleur utilisées lors du dépistage du nouveau-né ou du dosage de la bilirubine



Mesure d'apaisement de la douleur utilisée

Source des données : BORN Ontario, année fiscale 2016-2017

Définition de l'indicateur: Mesures d'apaisement de la douleur utilisées lors du dépistage du nouveau-né ou du dosage de la bilirubine, exprimées par le pourcentage de nouveau-nés qui reçoivent au moins une mesure d'apaisement de la douleur parmi l'ensemble des nouveau-nés qui subissent le dépistage du nouveau-né ou le dosage de la bilirubine. Les catégories d'allaitement maternel, de peau contre peau, de sucrose et autres méthodes d'apaisement de la douleur ne sont pas mutuellement exclusives. Les taux de ce diagramme reflètent la fréquence à laquelle une mesure d'apaisement de la douleur est utilisée. Par conséquent, les données pour un enfant unique pourraient être comptabilisées dans plus d'une mesure. Ces données devraient être interprétées avec précautions, car 25,1 % des dossiers ont été exclus en raison de données manquantes.



Au cours de l'année fiscale 2016-2017, on a administré des mesures d'apaisement de la douleur à 67,6 % des bébés. C'est une amélioration comparativement aux 62,9 % des bébés en 2014-2016.



Fondation de BORN

Protection des renseignements personnels chez BORN

BORN s'engage à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé recueillis dans le cadre de sa mission, qui est de faciliter et d'améliorer la prestation de soins de santé aux mères, aux bébés et aux enfants en Ontario.

En tant que registre prescrit tel que défini par la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (Ontario), BORN doit se munir de politiques rigoureuses afin de protéger la confidentialité et la sécurité de tous les renseignements personnels sur la santé en sa possession. Ces politiques sont fondées sur les exigences du Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. Elles sont révisées annuellement par BORN et elles sont également révisées et approuvées par le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée tous les trois ans.

BORN recueille des données provenant de différentes parties prenantes comme les centres hospitaliers, les groupes de pratique sage-femme, les équipes de médecine de famille, les cliniques de fertilité, les laboratoires et autres détenteurs de renseignements sur la santé. Assurer la sécurité des renseignements

personnels sur la santé est une composante cruciale de la confidentialité chez tous les intervenants de BORN qui jouent un rôle dans le maintien de cette confiance et de cette assurance.

Chez BORN, la confidentialité et la sécurité commencent par une formation initiale sur la protection des renseignements personnels et la sécurité, formation qui est maintenue par des mises à jour annuelles, et une solide culture de confidentialité dans le milieu de travail. Notre approche en matière de protection des renseignements personnels est fondée sur le Cadre de gouvernance de la protection des renseignements personnels et de la sécurité qui comprend les pratiques exemplaires de l'industrie, des mesures de protection physiques et techniques, des contrôles d'accès, des vérifications, des outils de création de rapports et, surtout, une responsabilité partagée dans l'ensemble de l'organisme.

LE SAVIEZ-VOUS



L'équipe de BORN compte des coordonnateurs et des agents de la protection des renseignements personnels et de la vie privée qui supervisent 69 politiques et procédures de même que 355 ententes de partage de données qui règlementent la collecte, l'utilisation, la divulgation et la sécurité liées aux renseignements personnels sur la santé.



La technologie chez BORN

Afin de demeurer actuel et pertinent, BORN doit s'adapter aux nouvelles technologies et aux nouvelles méthodes afin de fournir les meilleurs services possibles à ses parties prenantes. Au cours des deux dernières années, BORN a fait progresser de nombreuses nouvelles initiatives et s'est engagé à échanger avec des utilisateurs du système et des partenaires afin de s'assurer que les solutions proposées répondent à leurs différents besoins.

Puissance de la plateforme

BORN renforce ses capacités grâce à une nouvelle plateforme technique. Ce projet pluriannuel offre une solution d'avant-garde qui permet de soutenir la croissance tout en maintenant des technologies modernes de sécurité et de protection des renseignements personnels. Chaque cycle de fécondation in vitro, chaque grossesse et chaque naissance en Ontario apportent de plus en plus de données au Système d'information de BORN de même qu'une demande croissante d'accès à ces mêmes données données afin d'informer les pratiques en matière de santé. La plateforme améliorée ouvre la porte aux outils d'exploitation des données qui vont faire passer les rapports au niveau supérieur, permettant aux utilisateurs de personnaliser en temps réel les rapports qui sont pertinents pour eux.

Nouvelle apparence du Système d'information de BORN

Lorsque le Système d'information de BORN a été lancé en 2012, il reflétait les besoins opérationnels de l'époque. Les exigences ont changé depuis, tout comme les tendances de conception et les normes d'Internet; le moment est venu pour une petite cure de rajeunissement. BORN a consulté différents utilisateurs du Système d'information au cours de la dernière année pour l'aider à concevoir la nouvelle apparence et les nouvelles fonctionnalités de l'interface. Surveillez le lancement en 2019!

Fonctionnalité d'admission, de congé et de transfert

BORN s'est aussi engagé à réduire le fardeau de la saisie de données pour les utilisateurs de son Système

d'information et à améliorer la rapidité et la précision de la collecte de données. Dans les centres hospitaliers, les fonctionnalités d'admission, de congé et de transfert sont déployées dans l'ensemble de la province afin de soutenir les usagers par le recoupement des données en temps réel. BORN a aussi entamé avec des centres hospitaliers un travail d'intégration des différents systèmes de renseignements cliniques au Système d'information de BORN au moyen des sources de données en direct HL7, lesquelles seront déployées à l'échelle de la province dans les prochaines années.

Refonte du site Web de BORN

Parallèlement à la modernisation du Système d'information de BORN, la refonte de son site Web public a été amorcée en 2018. Une vérification du contenu a été effectuée et, au cours de la prochaine année, BORN discutera avec différents utilisateurs afin d'éclairer le contenu, la conception et le flux d'informations du nouveau site Web.

Plateforme OMama

OMama est un site Web et une application mobile (appli) qui permet à des familles ontariennes de trouver de l'information sûre et fondée sur des données probantes portant sur la grossesse, l'accouchement et les débuts comme parent. OMama contient des renseignements sur plus d'une centaine de sujets et est maintenu par des experts ontariens provenant d'un large éventail de disciplines. BORN a entretenu la technologie qui soutient la plateforme OMama depuis son lancement en 2016. Restez à l'affût pour d'autres nouvelles sur OMama en 2019.



Vue d'ensemble des finances

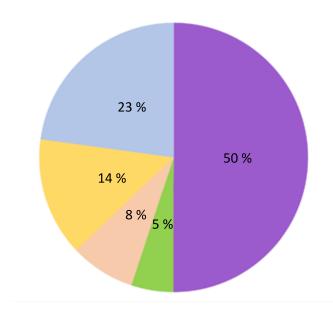
Année fiscale 2016-2017.

Figure 33 : Distribution des revenus Année fiscale 2016-2017

3 % 7 % 90 %

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires
- Partenariats de services de données

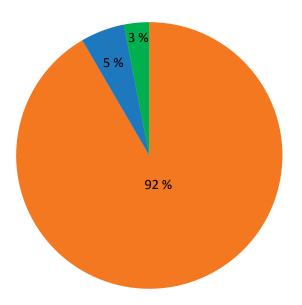
Figure 34 : Distribution des dépenses Année fiscale 2016-2017



- Programmes périnataux et de fertilité
- Généralités
- Dépréciation
- Infrastructure technologique
- Projets stratégiques

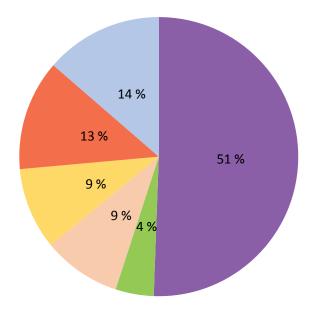
Année fiscale 2017-2018

Figure 35 : Distribution des revenus Année fiscale 2017-2018



- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires
- Partenariats de services de données

Figure 36 : Distribution des dépenses Année fiscale 2017-2018



- Programmes périnataux et de fertilité
- Généralités
- Dépréciation
- Infrastructure technologique
- Dépistage prénatal Ontario
- Projets stratégiques



L'équipe de BORN comprend des gestionnaires de projet, des coordonnateurs de projet, des coordonnateurs commerciaux, des adjoints administratifs et des coordonnateurs des communications.



BORN Ontario
CHEO, bâtiment du CPCR
401, chemin Smyth | Ottawa ON K1H 8L1

613 737-7600, poste 6022 www.BORNOntario.ca