



Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report

Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes.



Auteurs:

Sheila Dunn, MD, MSc, CCFP(EM), FCFP (*première auteure – Avortement*)
Michelle Wise, MD, MSc, FRCSC (*première auteure – Soins prénatals et accouchement*)
Lina Johnson, RN, MBA (*premier auteur – Soins postnatals*)
Geoffrey Anderson, MD PhD (*premier auteur - Hystérectomie*)
Lorraine E. Ferris, PhD, LLM (*section sur l'avortement*)
Naira Yeritsyan MD, MPH
Ruth Croxford, MSc (*section sur l'avortement*)
Longdi Fu, MSc
Naushaba Degani, PhD
Arlene S. Bierman MD, MS, FRCPC

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

© 2011 Arlene S. Bierman, MD, MS, et l'Institut de recherche en services de santé

Pour ce chapitre:

Dunn S, Wise M, Johnson L, Anderson G, Ferris L, Yeritsyan N, Croxford R, Fu L, Degani N, Bierman AS. Santé reproductive et gynécologique. Dans: Bierman AS, rédacteur. Projet d'élaboration du Rapport base sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes: Volume 2: Toronto; 2011.

QUESTION TRAITÉE

Le chapitre sur la **Santé reproductive et gynécologique** porte spécifiquement sur la santé du système de reproduction de la femme. Contrairement à d'autres chapitres de l'Étude POWER qui s'attachent à l'interrelation complexe qui existe entre le sexe et la santé dans le contexte de maladies qui affectent aussi bien les hommes que les femmes, ce chapitre-ci explore la façon dont les caractéristiques des femmes – leur âge, leur niveau de scolarité, leurs moyens financiers, où elles vivent – affectent les problèmes de santé et de soins de santé uniques aux femmes. Les questions traitées dans ce chapitre couvrent toute la vie des femmes et examinent aussi bien sur les grossesses chez les adolescentes que l'hystérectomie chez les femmes plus âgées.

Les soins fournis pour les problèmes de santé reproductive et gynécologique sont profondément ancrés dans les normes sociales et culturelles. Les soins fournis pour des affectations propres aux femmes qui sont, dans bien des cas, des éléments essentiels de la vie familiale, peuvent varier avec le temps, selon le statut socioéconomique et selon les cultures et les pays. Bien que les données et les renseignements sur les risques et les avantages des possibilités de traitement soient importants, les valeurs et les préférences jouent également un rôle de premier plan dans la prise de décisions éclairées, par la patiente et son médecin, en matière de santé reproductive et de soins de santé.

Les questions suivantes sont abordées dans ce chapitre: Soins prénatals, Accouchement, Soins postnatals, Avortement, Hystérectomie et les Infections transmissibles sexuellement.

Dans la première section, on décrit les **soins prénatals** reçus par les Ontariennes qui ont accouché dans des hôpitaux, y compris les types de professionnels de la santé qui ont fourni les soins prénatals, les taux de dépistage par multiples marqueurs sériques maternels (pour le syndrome de Down, la trisomie 18 et les anomalies de la moelle épinière par défaut de soudure) et les taux de dépistage du streptocoque de groupe B chez les femmes qui ont accouché entre 35 et 37 semaines de gestation. La deuxième section présente les indicateurs de **l'accouchement** : le taux de naissances vivantes chez les mères adolescentes, les types de professionnels de la santé présents à l'accouchement, les taux d'intervention (déclenchement du travail, épisiotomies, naissances assistées (avec l'utilisation de ventouses à pression négative et/ou forceps) et césariennes) et les résultats pour les mères et les nouveau-nés. La dernière section portant sur l'accouchement traite des soins **postnatals**, y compris le congé hâtif de l'hôpital donné aux mères, les taux de réadmission des mères (dans les 14 jours et dans les 90 jours suivant le congé) et les taux de réadmission des nouveau-nés dans les 28 jours suivant le congé. Dans la section sur **l'avortement**, nous rendons compte du taux d'avortements, du ratio avortements-naissances vivantes, de la proportion des hôpitaux de l'Ontario qui font des avortements, des caractéristiques des avortements pratiqués à l'hôpital ainsi que des taux de complications à court terme. La cinquième section du chapitre porte sur **l'hystérectomie** et présente les taux d'hystérectomies pour des affections gynécologiques bénignes, la proportion d'hystérectomies effectuées à l'aide de méthodes mini-invasives et les taux de complications. Enfin, la dernière section porte sur les **infections transmissibles sexuellement** et rend compte des taux de chlamydia, de gonorrhée, de syphilis et d'hépatite B. Cette section du chapitre renferme des données sur les hommes et les femmes.

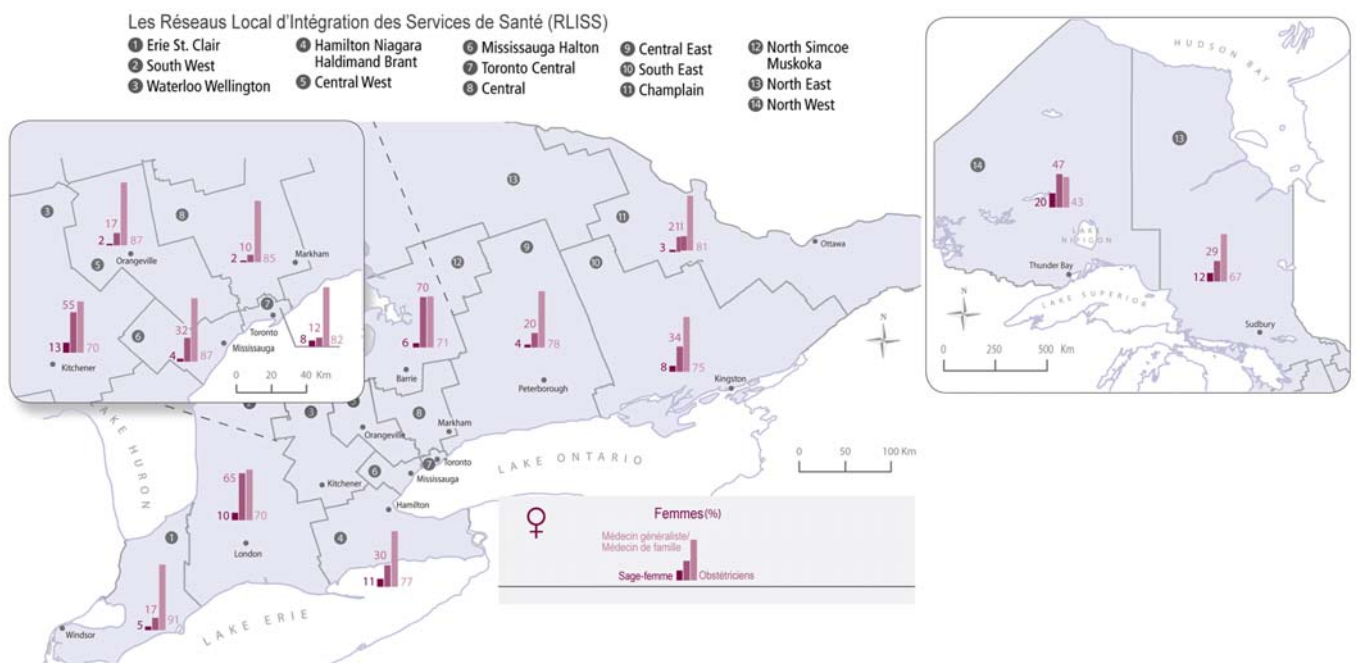
CONSTATATIONS CLÉS

À quelques exceptions près, le rendement de la plupart des indicateurs ne varie pas selon le revenu du quartier ou selon le niveau de scolarité moyen du quartier. Nous constatons toutefois que la plupart des indicateurs examinés présentent d'importantes variations régionales, et certains indicateurs présentent une grande variation parmi les RLISS.

Soins prénatals

- La plupart des femmes qui ont accouché dans les hôpitaux de l'Ontario – 80 pour cent – ont reçu les soins prénatals d'un obstétricien, 27 pour cent ont reçu les soins d'un médecin généraliste ou d'un médecin de famille, et six pour cent ont reçu les soins d'une sage-femme. Il est possible que certaines femmes aient reçu des soins prénatals de plus d'un type de professionnels, si bien que le total des pourcentages dépassera 100 pour cent.
- Les femmes qui vivent dans le Nord de la province sont plus susceptibles de recevoir des soins prénatals d'un médecin de famille ou d'une sage-femme que celles qui vivent dans le Sud de l'Ontario (**Figure 1**).

Figure 1 | Types de professionnels de la santé fournissant des soins prénatals aux femmes qui ont accouché dans les hôpitaux de l'Ontario et qui ont reçu des soins prénatals, par type de professionnel et par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, dans 2007



SOURCE DE DONNÉES: Base de données Niday du réseau BORN de l'Ontario (Birth Outcomes and Registry Network)

^ Limité aux soins prénatals reçus après le premier trimestre

REMARQUE: Les données sont normalisées selon l'âge

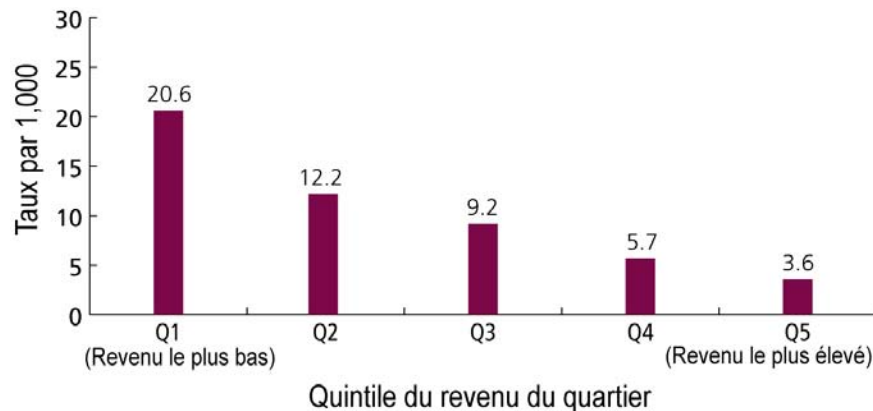
REMARQUE: Il est possible que les femmes reçoivent des soins prénatals de multiples fournisseurs de services, si bien que le total des valeurs ne donnera pas 100 pour cent.

- Environ les deux tiers des femmes enceintes se sont soumises, dans le cadre de leurs soins prénatals, au dépistage d'anomalies chromosomiques (syndrome de Down, trisomie 18) et d'anomalies de la moelle épinière par défaut de soudure. Ce dépistage a été effectué au moyen de multiples marqueurs sériques maternels. Plus de 90 pour cent des femmes qui ont accouché après 37 semaines de gestation se sont également soumises au dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B.

Accouchement

- Dans l'ensemble, les taux de résultats négatifs (morbidité maternelle grave, de traumatismes du nouveau-né et d'indice d'Apgar bas cinq minutes après la naissance) sont faibles et prouvent que l'Ontario est un endroit où les femmes peuvent accoucher en toute sécurité et où les enfants peuvent venir au monde en toute sécurité.
- Dans l'ensemble, la proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) est de 10 par 1 000 naissances. Les adolescentes qui vivent dans les quartiers à faible revenu présentent des taux de naissances vivantes plus de cinq fois supérieurs à ceux des adolescentes qui vivent dans des quartiers à revenu élevé (20,6 contre 3,6 par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, respectivement) (**Figure 2**). On observe une tendance similaire selon le niveau de scolarité du quartier.

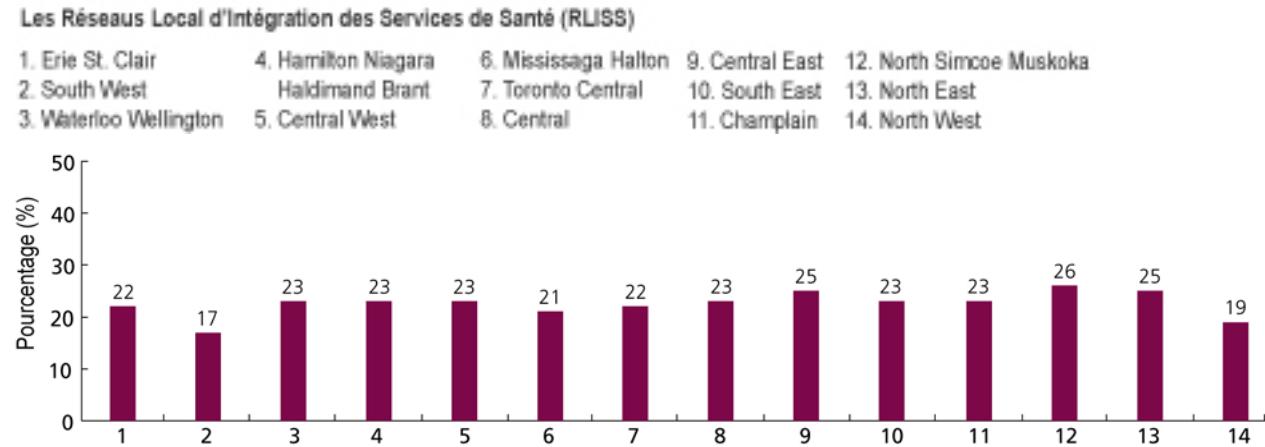
Figure 2 | Taux normalisés selon l'âge de naissances vivantes chez les mères adolescentes (par 1, 000 femmes, âgé 15 à 19), par quintile du revenu du quartier, dans Ontario en 2007



SOURCES DES DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP) (la base de données des IIRSS sur les mères et les enfants (MOMBABY)); Le recensement de Statistique Canada de 2006

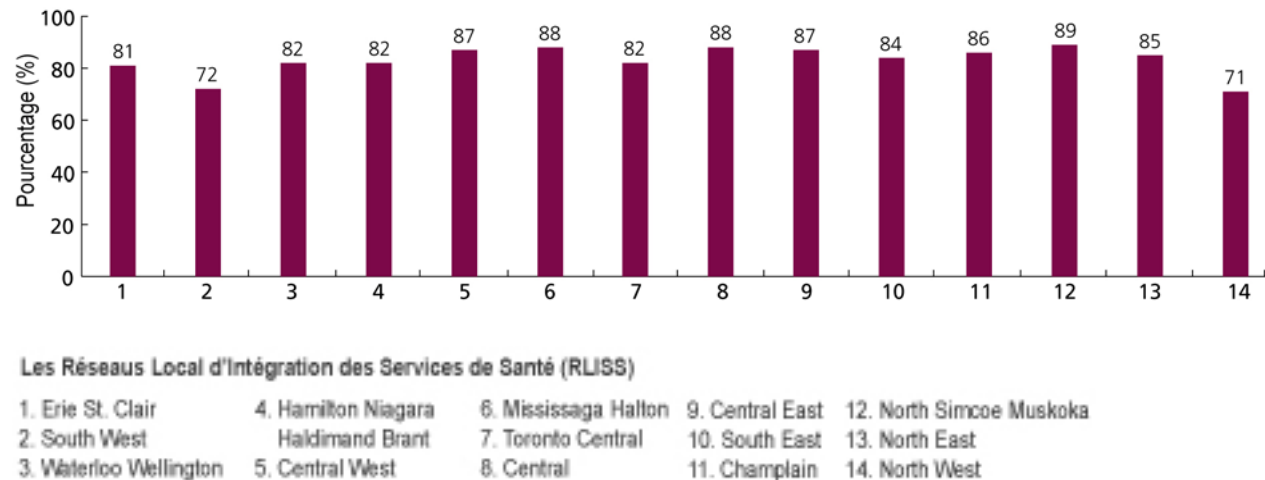
- Vingt-huit pour cent de l'ensemble des accouchements à l'hôpital se font par césarienne. Chez les femmes qui donnent naissance à un nouveau-né à terme, unique et par présentation du sommet, 23 pour cent des naissances se font par césarienne (**Figure 3**). Chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne, 84 pour cent des accouchements se font par césarienne (**Figure 4**).

Figure 3 | Taux normalisés selon l'âge de césariennes (pourcentage d'accouchements à l'hôpital) chez les femmes ayant une grossesse unique et accouchant à terme avec une présentation du sommet, par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, dans 2007



SOURCE DE DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP) (la base de données des l'IRSS sur les mères et les enfants (MOMBABY))

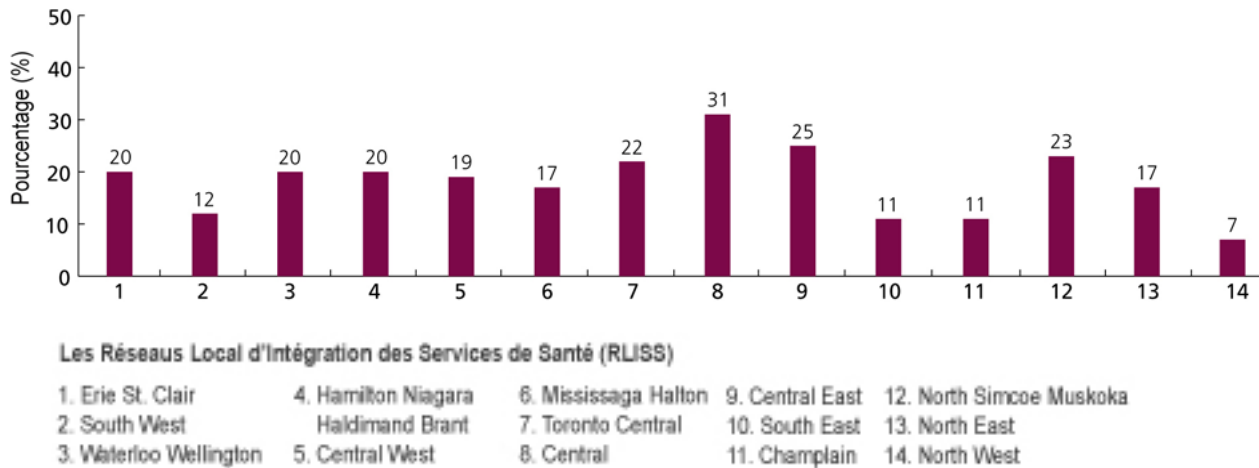
Figure 4 | Taux normalisés selon l'âge de césariennes (pourcentage d'accouchements à l'hôpital) chez les femmes ayant une histoire de césariennes précédent, par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, dans 2007



SOURCE DE DONNÉES: Base de données Niday du réseau BORN de l'Ontario

- Les taux de césariennes dans la province varient selon le RLISS, passant de 24 pour cent des naissances dans le RLISS du Sud-Ouest à 31 pour cent des naissances dans le RLISS Simcoe-Nord Muskoka. Les taux d'épisiotomies (**Figure 5**) et de naissances assistées varient également selon le RLISS.

Figure 5 | Taux normalisés selon l'âge d'épisiotomies (pourcentage d'accouchements à l'hôpital) chez les femmes ayant une grossesse unique et accouchant à terme avec une présentation du sommet et puis accouchements vaginaux, par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, dans 2007

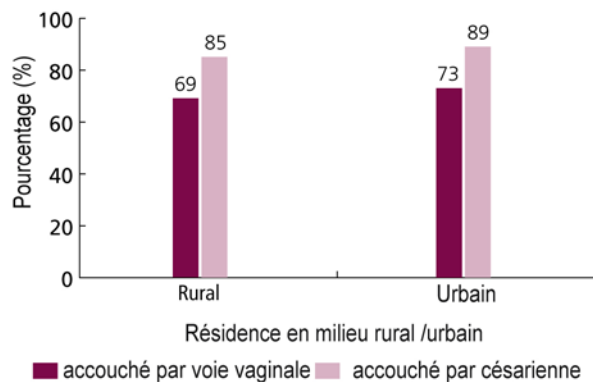


SOURCE DE DONNÉES: Base de données Niday du réseau BORN de l'Ontario

Soins postnatals

- Près des trois quarts des femmes qui ont accouché par voie vaginale ont obtenu leur congé rapidement (c.-à-d. dans les 48 heures suivant l'accouchement) et près de 90 pour cent des femmes qui ont eu une césarienne ont également obtenu leur congé tôt (c.-à-d. dans les 96 heures suivant l'accouchement). Les taux de congés hâtifs varient parmi les RLISS, allant de 53 pour cent (RLISS du Nord-Ouest) à 83 pour cent (RLISS de Waterloo Wellington) pour les femmes qui ont accouché par voie vaginale, et de 68 pour cent (RLISS du Nord-Ouest) à 94 pour cent (RLISS Erie St. Clair) pour les femmes qui ont eu une césarienne. Les femmes des régions rurales étaient moins susceptibles que les femmes des villes à obtenir leur congé de l'hôpital tôt, dans les deux types d'accouchements (**Figure 6**).

Figure 6 | Taux normalisés selon l'âge de congés postnatals hâtifs de la mère d'épisiotomies (pourcentage d'accouchements à l'hôpital) chez les femmes qui ont accouché à l'hôpital, selon la méthode d'accouchement et le lieu de résidence en milieu rural /urbain, dans Ontario, en 2007



SOURCE DE DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP) (la base de données des l'IRSS sur les mères et les enfants (MOMBABY))

^Un congé hâtif est défini comme un congé donné moins de 48 heures après un accouchement vaginal ou moins de 96 heures après une césarienne.

- Les taux de réadmission de la mère à l'hôpital dans les 14 jours suivant l'accouchement pour toutes causes confondues ou pour une cause liée au postpartum, ou les taux de réadmission dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital sont, sur toute la ligne, plus élevés chez les femmes qui ont accouché par césarienne que pour les femmes qui ont accouché par voie vaginale.
- Environ un nouveau-né sur 30 est réadmis à l'hôpital dans les 28 jours suivant la naissance, et près de la moitié des réadmissions néonatales sont attribuables à la jaunisse. Les taux de réadmission des nouveau-nés varient selon les RLISS et sont plus élevés chez les femmes vivant dans les régions urbaines que chez les femmes vivant dans les régions rurales.

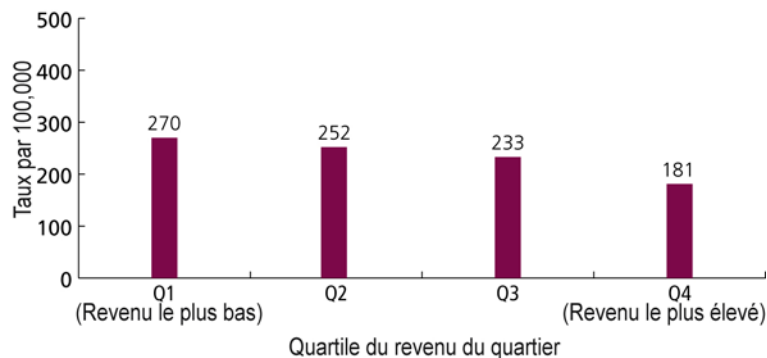
Avortement

- Les femmes des quartiers à faible revenu sont deux fois plus susceptibles que celles des quartiers à revenu élevé d'avoir un avortement, dans une proportion de 2,1 avortements par 100 femmes contre 1 avortement par 100 femmes respectivement. Les femmes des milieux urbains sont plus susceptibles que celles des régions rurales d'avoir un avortement (Figure 10D.1). La variation des taux d'avortement par région va de 0,9 par 100 femmes (RLISS Erie St. Clair) à 2,5 par 100 femmes (RLISS Centre-Ouest).
- Les taux de complications après un avortement sont bas. 4,1 pour cent des avortements sont associés avec une visite subséquente à la salle d'urgence ou à une visite pour une chirurgie le même jour toutes raisons confondues, et 0,4 pour cent des avortements entraînent l'admission subséquente à l'hôpital.

Hystérectomie

- Les taux d'hystérectomies dans la province ont diminué avec le temps. En général, 258 femmes sur 100 000 ont une hystérectomie en raison d'une infection gynécologique bénigne. Les taux varient selon le niveau moyen de scolarité du quartier (**Figure 7**). Les taux d'hystérectomies varient selon les régions, passant de 133 par 100 000 femmes (RLISS Toronto-Centre) à 440 par 100 000 femmes (RLISS du Nord-Est) (**Figure 8**).

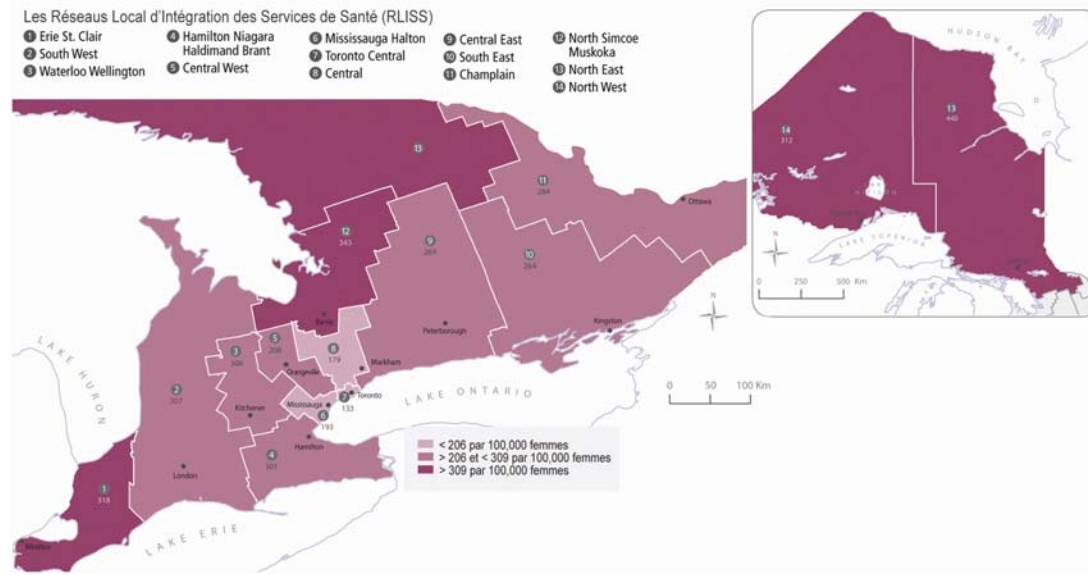
Figure 7 | Taux normalisés selon l'âge d'hystérectomies pour des affections bénignes par 100,000 femmes âgés 15 à 84, par quartile du revenu du quartier, dans Ontario, en 2007



SOURCES DES DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Le recensement de Statistique Canada de 2006

^Les affections bénignes incluent les fibromes, les menstruations excessives, fréquentes ou irrégulières, les saignements utérins et vaginaux anormaux, l'endométriose, le prolapsus génital féminin et les maladies inflammatoires des organes pelviens de la femme.

Figure 8 | Taux normalisés selon l'âge pour des affections bénignes par 100,000 femmes âgés 15 à 84, par quartile du revenu du quartier, dans Ontario, en 2007

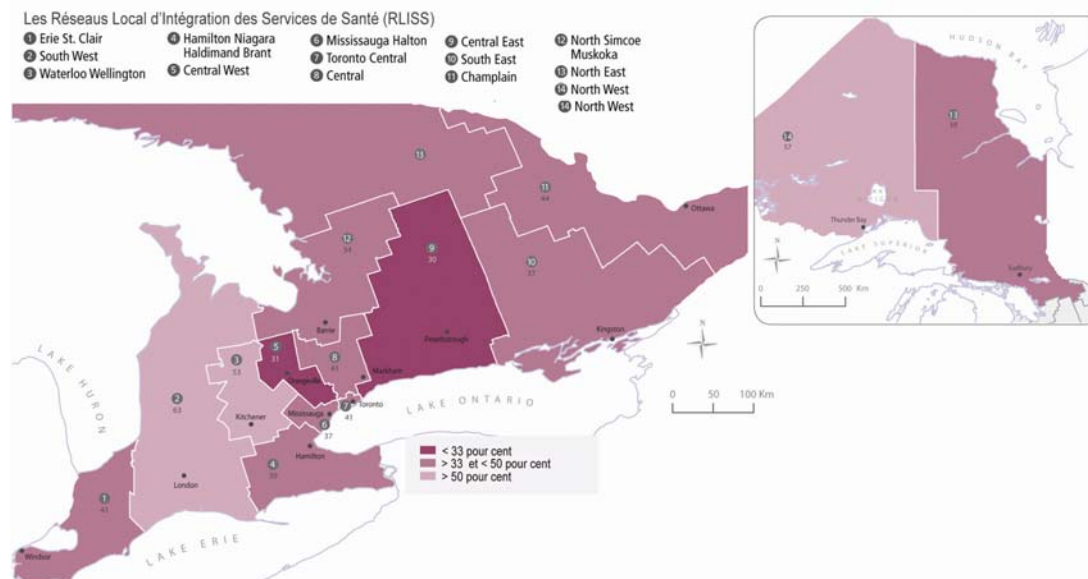


SOURCES DES DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

^Les affections bénignes incluent les fibromes, les menstruations excessives, fréquentes ou irrégulières, les saignements utérins et vaginaux anormaux, l'endométriose, le prolapsus génital féminin et les maladies inflammatoires des organes pelviens de la femme.

- Hystérectomies pratiquées par voie vaginale ou laparoscopique présentent des taux de complications plus bas et de meilleurs résultats pour les femmes que les hystérectomies abdominales et, lorsque les facteurs cliniques le permettent, ce sont les méthodes privilégiées. Le pourcentage de femmes qui ont eu une hystérectomie vaginale ou laparoscopique varie considérablement selon le RLISS, allant de 30 pour cent dans le RLISS du Centre-Est à 63 pour cent dans le RLISS du Sud-Ouest (**Figure 9**).

Figure 9 | Taux normalisés selon l'âge pourcentage de femmes âgées 15 à 84 qui ont eu une histérectomie pour des affections bénignes^ qui ont eu une histérectomie par voie vaginale ou laparoscopique, par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, dans 2007



SOURCES DES DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

^Les affections bénignes incluent les fibromes, les menstruations excessives, fréquentes ou irrégulières, les saignements utérins et vaginaux anormaux, l'endométriose, le prolapsus génital féminin et les maladies inflammatoires des organes pelviens de la femme.

MESSAGES CLÉS

Notre examen de la santé reproductive et gynécologique en Ontario nous livre beaucoup de bonnes nouvelles. En général, les taux de résultats négatifs liés à l'accouchement sont bas et montrent que l'Ontario est un endroit où les femmes peuvent donner naissance en toute sécurité et où les bébés peuvent venir au monde en toute sécurité. On note une baisse des taux d'hystérectomies et une augmentation de la proportion d'hystérectomies moins invasives pratiquées par voie vaginale ou laparoscopique. Les facteurs socioéconomiques, tels que le revenu du quartier ou le niveau de scolarité moyen du quartier ne sont pas associés avec le rendement d'un grand nombre d'indicateurs de la santé gynécologique et reproductive.

Malgré tous ces progrès, il y a encore beaucoup de travail à faire et les possibilités d'amélioration des soins existent. Le type de soins obstétricaux et gynécologiques fournis varie considérablement selon l'endroit de la province où les femmes vivent. Les femmes des différents RLSS présentent des taux différents pour la gamme d'interventions courantes, y compris l'hystérectomie et les interventions liées à l'accouchement. Les taux de grossesses chez les adolescentes et d'avortements affichent des différences très marquées entre les riches et les pauvres. Les taux de césariennes sont élevés et varient selon la région. Les taux d'hystérectomies varient selon la région et un plus grand nombre de femmes qui subissent une hystérectomie pourraient avoir une intervention pratiquée à l'aide de techniques moins invasives. Il nous faut éliminer les écarts importants qui existent dans les données. Par exemple, il nous a été impossible de déterminer si le rendement de ces indicateurs varie selon l'ethnicité.

Il y a beaucoup de façons d'améliorer les soins donnés aux femmes et à leur famille qui touchent à d'importants aspects de la santé reproductive des femmes. Au centre d'un grand nombre de stratégies clés, on retrouve un engagement à se fier aux meilleures données probantes et à faire en sorte que les femmes participent activement à la prise de décisions et que leurs connaissances, leurs points de vue, leurs croyances et leurs valeurs soient respectés. Les mesures suivantes peuvent accélérer l'avancement des soins de santé reproductive et gynécologique, améliorer la qualité et les résultats des soins et contribuer à éliminer les iniquités qui restent.

La participation à la prise de décisions est essentielle pour optimiser les soins de santé reproductive et gynécologique.

- Beaucoup de décisions concernant les soins de santé reproductive sont ancrées dans les normes sociales et dans les préférences et les valeurs des individus et des familles. Dans ce contexte, il est essentiel d'adopter un modèle de participation à la prise de décisions – dans lequel les fournisseurs de services et les femmes communiquent, utilisent les meilleures données probantes cliniques et respectent les préférences et l'autonomie de la femme pour déterminer la meilleure façon de procéder.
- Il y a des preuves évidentes montrant que certaines interventions comme le déclenchement artificiel du travail et la césarienne sont efficaces dans certaines situations cliniques bien précises. Dans bien des cas, toutefois, ces interventions obligent à faire des compromis complexes entre les risques et les avantages. Les femmes et leur famille devraient être encouragées à faire des choix éclairés qui tiennent compte de leurs préférences, de leurs valeurs et de leur autonomie en tant que patientes.

Il nous faut mieux comprendre les raisons à la source de la variation régionale des taux de césariennes et de l'augmentation générale de ces taux au cours des 10 dernières années; nous avons également la possibilité de réduire la variation régionale observée.

- Si nous comprenons mieux les risques et les avantages de la césarienne dans différentes situations cliniques, et si nous communiquons ces risques et ces avantages, les femmes pourraient participer à la prise de décisions et prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leurs choix de traitement.
- Pour réduire la variation du taux de césariennes, on peut concentrer notre attention sur les femmes présentant un faible risque et qui ont une césarienne pour la première fois, et leur offrir une épreuve du travail lorsque c'est convenable, dans le but d'éviter qu'elles aient des césariennes subséquentes.

Il est possible de réduire l'importante variation géographique dans le taux d'hystérectomies pour des affections bénignes et augmenter la proportion d'hystérectomies effectuées à l'aide de méthodes moins invasives par voie vaginale ou laparoscopique.

- La décision d'une femme d'avoir une hystérectomie pour une affection bénigne devrait être fondée sur une décision éclairée prise après avoir tenu compte des solutions de rechange.
- Une fois la décision prise, l'intervention devrait être effectuée à l'aide de la méthode la moins invasive autorisée dans les circonstances cliniques.

Il est possible de réduire l'importante variation géographique dans la gestion clinique, la prestation des services et les résultats des soins de santé reproductive et gynécologique.

- Les grandes variations régionales que l'on retrouve dans les taux d'intervention pour l'accouchement, l'hystérectomie et le type d'interventions employées sont préoccupantes en ce sens que l'accès aux services ou aux styles d'exercice du fournisseur de services pourrait limiter les choix offerts aux femmes et à leur famille.
- Il y a lieu de considérer les interventions visant à optimiser et à normaliser les soins partout dans la province, y compris l'utilisation de réseaux d'apprentissage et la télémédecine.

Il est possible de réduire les taux de grossesses chez les adolescentes et d'avortement chez les femmes à faible revenu.

- Les taux de grossesses chez les adolescentes et d'avortement sont plus élevés chez les femmes à faible revenu. Nous avons besoin de programmes de santé reproductive qui permettent de prendre contact avec les femmes à faible revenu, et surtout les adolescentes à faible revenu. Il y a des preuves que les interventions dans les écoles et les communautés peuvent réduire les taux de grossesse chez les adolescentes.

Améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données afin d'évaluer les soins de santé reproductive et gynécologique dans la province.

- Bien que la qualité et l'actualité des données servant à évaluer la santé reproductive et gynécologique dans la province se soient améliorées, il y a beaucoup à faire pour améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données.
- Des données sur l'ethnicité nous permettraient d'évaluer le rendement de ces indicateurs et les résultats des soins fournis aux communautés diversifiées de l'Ontario.

L'ÉTUDE

Les indicateurs dont nous rendons compte ont été choisis à la suite d'une étude approfondie de la littérature et d'un processus de sélection rigoureux prévoyant les commentaires d'un comité d'experts (voir le chapitre 1, Introduction à l'Étude POWER). Ces indicateurs ont été identifiés par plusieurs sources, dont les suivantes : la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Agence de la santé publique du Canada, le rapport sur les hôpitaux, Statistique Canada et l'Organisation mondiale de la santé. Nous avons pris les indicateurs utilisés par ces sources comme points de départ et y avons intégré une analyse fondée sur l'équité (voir le chapitre 2, Le cadre de l'Étude POWER). Cette analyse est importante parce que les sous-groupes de femmes présentent des tendances différentes au niveau de la santé et des maladies, ainsi que des variations dans leurs expériences, leurs contextes sociaux et leur utilisation des services de santé. Ces variations influent sur les différences que l'on observe selon le revenu, le niveau de scolarité, l'âge et la région.

Pour ce chapitre, nous avons utilisé des données actuelles. Bien que cela limite les indicateurs que nous pouvons inclure dans le chapitre, l'Ontario a certaines sources de données très utiles. Une grande partie des données sur l'utilisation des services de santé qui sont incluses dans ce chapitre sont semblables aux données utilisées dans d'autres rapports et aussi souvent que possible, nous avons utilisé des méthodologies similaires pour que les mesures des différents rapports et des différentes périodes soient comparables. Ces données nous ont fourni une richesse et une abondance de connaissances sur les soins fournis aux Ontariennes. L'une des bases de données utilisées dans ce chapitre est la base de données périnatales Niday du réseau BORN de l'Ontario (Birth Outcomes and Registry Network). Cette base de données cliniques détaillées fournit de l'information sur les soins de santé et les résultats pour la santé relatifs à l'accouchement qui n'étaient pas disponibles auparavant. Les indicateurs provenant de cette base de données nous procurent une façon nouvelle et intéressante de mieux comprendre l'un des aspects clés de la santé reproductive des femmes. D'autres sources de données ont également été utilisées, dont les suivantes : la base de données du Programme de dépistage des maladies chez les nouveau-nés de l'Ontario; la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); la base de données sur les personnes inscrites (BDPI); et le recensement de Statistique Canada de 2006.

Les données provenant de la base de données périnatales Niday ont été stratifiées selon l'âge, le revenu du quartier, le niveau de scolarité du quartier et le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du lieu de résidence. Les indicateurs ont également été stratifiés ou limités (lorsque c'était possible et indiqué) selon la pauciparité, la présentation, le type d'accouchement et selon qu'il s'agissait d'une grossesse à terme. Les données du Programme de dépistage des maladies chez les nouveau-nés de l'Ontario ont été présentées après avoir été stratifiées selon l'âge, le revenu du quartier et le RLISS. Les données de la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé, du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et de l'Assurance-santé de l'Ontario ont été stratifiées selon le revenu du quartier, l'âge et le RLISS. Des analyses ont été effectuées lorsque la taille de l'échantillon le permettait. L'ajustement selon l'âge a été fait, lorsque c'était convenable, au moyen de la standardisation indirecte de l'âge. L'annexe 10.3 décrit plus en détail les méthodes de recherche employées.