

**PRÉMATURITÉ, PETIT POIDS  
À LA NAISSANCE ET RETARD DE  
CROISSANCE INTRA-UTÉRINE**

**Les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie*  
menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur  
en 2000-2001**

**par  
André Guillemette  
et  
Dalal Badlissi**

**SERVICE PRÉVENTION-PROMOTION  
SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION  
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION  
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DE LANAUDIÈRE**

**FÉVRIER 2003**

Conception, analyse et rédaction : André Guillemette et Dalal Badlissi  
Codification et saisie des données : Christine Garand et Geneviève Marquis  
Traitement des données : Christine Garand  
Mise en page : Jacinthe Bélisle

Note : Le genre masculin est employé indifféremment dans le texte pour désigner les femmes et les hommes.
---

Toute information extraite de ce document devra être identifiée par la source suivante :

GUILLEMETTE, André, et Dalal BADLISSI. *Prématurité, petit poids à la naissance et retard de croissance intra-utérine. Les résultats de l'enquête Grossesse et habitudes de vie menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, Saint-Charles-Borromée, RRSSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service Prévention-Promotion, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2003, 146 p.*

On peut se procurer une copie de ce document en communiquant à la :

Direction de santé publique et d'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière  
1000, boul. Ste-Anne  
Saint-Charles-Borromée Québec J6E 6J2  
Tél. : (450) 759-1157 poste 4294

Pour toute information supplémentaire concernant ce document, communiquez avec :

André Guillemette, agent de recherche sociosanitaire  
Tél. : (450) 759-1157 poste 4212  
Courriel : andre\_guillemette@ssss.gouv.qc.ca

Dalal Badlissi, médecin-conseil  
Tél. : (450) 759-1157 poste 4426  
Courriel : dalal\_badlissi@ssss.gouv.qc.ca

Cote Santécom : 14-2003-008

Dépôt légal :  
ISBN : 2-89475-149-4  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Premier trimestre 2003

## REMERCIEMENTS

---

La réalisation de ce rapport d'enquête n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes. Tout d'abord, nous adressons nos remerciements les plus sincères aux mères qui ont bien voulu participer à cette enquête. Sans leur participation, cette enquête n'aurait jamais été menée à terme.

Nous ne pouvons également passer sous silence l'excellente collaboration offerte par la direction et le personnel des services d'obstétrique et des archives du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. Nos remerciements s'adressent aussi aux membres du Comité opérationnel Réseau Mère-Enfant-Famille. Un merci tout particulier à Micheline Lefebvre-Desjardins, du CLSC Lamater, pour avoir accepté de relire et de commenter la première version du document.

Il nous importe également de souligner l'excellente contribution de nos collègues du Service de surveillance, recherche et évaluation et du Service Prévention-Promotion de la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière. Il s'agit de Jacinthe Bélisle, Élisabeth Cadieux, Marie-Josée Charbonneau, Christine Garand, Marc Goneau, Bernard-Simon Leclerc, Geneviève Marquis, Robert Peterson, Mélanie Renaud et Lise St-Cyr.

Finalement, nous nous en voudrions de ne pas souligner l'inestimable apport de Christine Garand et de Geneviève Marquis, techniciennes en recherche, ainsi que de Jacinthe Bélisle, secrétaire. La qualité de leur travail et leur patience ont été fortement appréciées par les auteurs.



## SOMMAIRE

---

### Aspects méthodologiques

- ◇ Du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2001, 2 159 mères ont complété le questionnaire qui leur avait été distribué dans le cadre de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie*.
- ◇ Parmi les 2 159 répondantes, onze ont reçu et retourné le questionnaire de l'enquête par le courrier, car même si elles devaient accoucher au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, elles ont, pour diverses raisons, donné naissance à un enfant dans un autre centre hospitalier.
- ◇ Sur l'ensemble des 2 607 naissances vivantes ciblées au cours de cette période, 2 169 font partie du corpus d'analyse pour un taux de couverture de 83,2 %. Il y a une dizaine de mère qui ont rempli deux questionnaires parce qu'elles ont eu des jumeaux.
- ◇ Pour la plupart des questions posées, le taux de non-réponse partielle est inférieur à 3 %.

### Caractéristiques des mères et des pères

- ◇ C'est 3,5 % des mères qui sont âgées de moins de vingt ans comparativement à seulement 1,1 % des pères.
- ◇ Parmi toutes les mères, dix-sept ont moins de 18 ans (0,8 %) et 228 ont 35 ans et plus (10,6 %).
- ◇ Près de la moitié des répondantes résident sur le territoire de la MRC de L'Assomption (48,8 %) et environ le cinquième sur le territoire de la MRC des Moulins (18,5 %).
- ◇ Une mère sur cinq (21,3 %) qui a accouché au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur réside hors du territoire lanadois.
- ◇ Quant au mode de vie, 94,1 % des mères déclarent vivre avec un conjoint et 4,3 % se disent chefs de famille monoparentale.
- ◇ Dans 94 % des cas, le père du nouveau-né habite avec la mère.
- ◇ Les mères sont, dans l'ensemble, plus scolarisées que les pères. Un peu moins du septième des mères (14,6 %) et 18,8 % des pères n'ont pas de diplôme d'études secondaires. En contrepartie, plus du tiers des mères (37 %) ont quinze ans et plus de scolarité comparativement à 28,9 % pour les pères.

- ◇ Les deux tiers des mères (66,2 %) avaient, comme principale source de revenus, un travail rémunéré (salaire ou autonome) au cours de l'année précédant leur accouchement, alors que c'était le cas de 94,6 % des pères. Un autre 12 % des mères touchaient des prestations de maternité de l'employeur ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).
- ◇ Les mères comptent 2,1 % de chômeuses et 5,7 % de prestataires de l'assistance-emploi comparativement à 1,2 % et 2,1 %, respectivement, pour les pères.
- ◇ Environ quatre mères sur cinq occupaient un emploi au début de leur grossesse (79,1 %). Parmi celles-ci, 81,4 % avaient un emploi à temps plein et 16,3 % à temps partiel.
- ◇ Parmi les mères qui occupaient un emploi au début de leur grossesse, les trois quarts travaillaient le jour (74,8 %).
- ◇ Environ la moitié des mères actives sur le marché du travail œuvraient de huit à dix heures par jour (51,1 %) et seulement 4 % le faisaient onze heures et plus par jour.
- ◇ Plus de la moitié des mères occupant un emploi avaient une position debout au travail plus de quatre heures par jour (53,2 %).
- ◇ La plupart des mères utilisaient l'automobile ou le transport en commun pour se rendre au travail (95,9 %).
- ◇ Plus de la moitié des mères consacraient au moins 30 minutes par jour pour aller au travail et pour revenir à la maison (55,6 %).
- ◇ Environ une mère sur deux (45,7 %) est cadre ou professionnelle (médecin, infirmière, dentiste, etc.) comparativement à 34 % pour les pères. Moins d'une femme sur dix occupe un emploi manuel (8,1 %), alors que c'est le cas de 48,1 % des pères.
- ◇ Six mères sur dix (61,7 %) présentaient un indice de masse corporelle adéquat au début de leur grossesse, alors que 22,8 % avaient un poids corporel insuffisant pour leur taille et que 15,6 % avaient un surplus de poids.
- ◇ Un poids insuffisant au début de la grossesse est plus souvent observé parmi les jeunes mères, celles qui sont moins scolarisées, celles qui touchent des prestations de l'assistance-emploi et celles qui ont un emploi manuel, de bureau ou dans la vente et les services.

### **Histoire obstétricale des mères**

- ◇ Un peu moins du tiers des mères (30,8 %) en sont à leur première grossesse et 16 % déclarent au moins une quatrième grossesse.

- ◇ Près du quart des mères (23,4 %) disent avoir eu au moins une fausse couche avant leur dernière grossesse et 17,4 % ont eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG).
- ◇ La déclaration d'une fausse couche antérieure à la dernière grossesse est plus fréquente parmi les mères âgées de 30 ans et plus, celles qui sont moins scolarisées et celles qui ne travaillent pas ou qui touchent des prestations de l'assistance-emploi.
- ◇ Les mères âgées de 20 à 24 ans, celles qui sont moins scolarisées et celles qui sont prestataires de l'assistance-emploi déclarent plus souvent avoir eu une interruption volontaire de grossesse antérieure à leur dernière grossesse.

### **Habitudes de vie des mères**

- ◇ Un peu plus du tiers des femmes (34,3 %) ont fait usage du tabac au cours de l'année ayant précédé leur grossesse et 29,3 % ont fumé du tabac durant leur grossesse.
- ◇ Parmi les femmes qui fument, 79,2 % n'ont jamais arrêté de consommer du tabac durant leur grossesse.
- ◇ Les deux tiers des femmes qui ont fumé durant leur grossesse (66,2 %) déclarent avoir consommé dix cigarettes et plus par jour.
- ◇ Les consommatrices de tabac durant la grossesse sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses parmi les mères âgées de moins de 25 ans, celles qui sont peu scolarisées, celles qui ne travaillent pas et celles qui occupent un emploi manuel, de bureau ou dans la vente et les services.
- ◇ La proportion de femmes exposées régulièrement à la fumée de cigarette durant la grossesse (fumeuses et non-fumeuses) atteint 37,6 %. Environ le cinquième des mères non fumeuses (19,7 %) ont été exposées à la fumée de cigarette au cours de leur grossesse.
- ◇ Presque toutes les répondantes ont consommé de la caféine durant leur grossesse (96,5 %).
- ◇ Un peu moins du tiers des mères (32,2 %) ont consommé de l'alcool au cours de leur grossesse. Parmi celles-ci, un peu plus de la moitié (56,1 %) ont pris moins de une consommation par semaine.
- ◇ La consommation d'alcool est plus répandue parmi les mères âgées de 25 ans et plus, celles qui ont fait des études universitaires, celles qui travaillent et celles qui occupent un emploi de cadres ou de professionnelles.
- ◇ C'est 2,9 % des mères qui déclarent avoir consommé de la drogue au cours de leur grossesse. La plupart d'entre elles (91,7 %) ont consommé du haschich ou de la marijuana.

- ◇ Parmi les consommatrices de drogues, un peu moins de la moitié (46,8 %) en ont pris au moins dix fois au cours de leur grossesse.
- ◇ La consommation de drogues est plus souvent observée parmi les mères âgées de moins de 25 ans, celles qui sont moins scolarisées, celles qui sont en chômage ou qui sont prestataires de l'assistance-emploi et celles qui ont un emploi manuel, de bureau ou dans la vente et les services.

### **Période prénatale**

- ◇ Environ le sixième des mères (17,9 %) déclarent un gain pondéral de dix kilogrammes et moins durant leur grossesse et le cinquième (19,6 %) ont pris vingt kilogrammes et plus.
- ◇ Un gain pondéral insuffisant durant la grossesse (dix kilogrammes et moins) est plus fréquemment observé parmi les mères âgées de 25 ans et plus et, principalement, celles âgées de 30 à 34 ans, celles qui sont moins scolarisées et celles qui n'occupent pas un emploi (sans travail, chômeuses, prestataires de l'assistance-emploi).
- ◇ Une forte majorité des mères (86,7 %) ont consommé des vitamines et des minéraux au cours de leur grossesse.
- ◇ La consommation de vitamines et de minéraux est plus fréquente chez les mères âgées de 30 ans et plus, celles qui ont fait des études postsecondaires, celles qui occupent un emploi et les cadres et professionnelles.
- ◇ Près de cinq mères sur dix (46,7 %) ont pris des médicaments non prescrits au cours de leur grossesse et 39,7 % ont pris des médicaments prescrits.
- ◇ Les mères âgées de vingt ans et plus, celles qui ont fait des études universitaires, celles qui occupent un emploi ainsi que les cadres et professionnelles sont proportionnellement plus nombreuses à consommer des médicaments non prescrits.
- ◇ La consommation de médicaments prescrits est plus fréquente parmi les mères âgées de vingt ans et plus, celles qui ont fait des études universitaires, celles qui occupent un emploi et les cadres.
- ◇ Les problèmes de santé sont fréquents chez les femmes enceintes, car 56,7 % d'entre elles en ont déclaré au moins un. L'anémie et les saignements avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse sont les problèmes les plus fréquemment cités.
- ◇ La presque totalité des mères (98,6 %) ont consulté un professionnel de la santé durant leur grossesse et 68,4 % des mères primipares ont suivi des cours prénataux.
- ◇ Le dixième des mères (10,1 %) ont consulté au moins une fois une diététiste au cours de leur grossesse.



- ◇ Environ quatre femmes enceintes sur dix (42,7 %) se sont occupées seules des tâches ménagères à la maison (lavage, cuisine, épicerie, etc.).
- ◇ C'est un peu moins du tiers des mères ayant déjà au moins un enfant à la maison (31,1 %) qui en ont pris soin seules durant leur grossesse.

### **Caractéristiques de l'accouchement**

- ◇ Environ une mère sur six (16,7 %) a accouché par césarienne. La dystocie et une mauvaise présentation du bébé sont les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer la césarienne.
- ◇ Seulement 0,5 % des mères ont accouché de jumeaux (n = 10).

### **Caractéristiques des nouveau-nés**

- ◇ La proportion de bébés nés prématurément (moins de 37 semaines de gestation) est de 5,8 % pour l'ensemble des naissances et de 5,3 % pour les naissances simples (exclusion des naissances multiples).
- ◇ La proportion de nouveau-nés de petit poids (moins de 2 500 grammes à la naissance) se situe à 4 % pour l'ensemble des naissances et à 3,5 % pour les naissances simples.
- ◇ C'est 8,1 % des nouveau-nés qui présentent un retard de croissance intra-utérine (poids inférieur au 10<sup>e</sup> centile par rapport aux naissances du même sexe, du même âge et du même type).
- ◇ Un bébé sur sept (14,3 %) a eu des problèmes de santé dans les heures qui ont suivi sa naissance (problèmes respiratoires et hypoglycémie, principalement).

### **Allaitement maternel**

- ◇ Un peu moins des deux tiers des mères (64,7 %) désirent allaiter leur nouveau-né à la sortie du centre hospitalier.
- ◇ En considérant l'ensemble des mères (qui allaitent ou non), un peu plus de la moitié comptent allaiter au moins un mois (55,6 %) et c'est un peu moins de la moitié (48,9 %) qui désirent allaiter au moins trois mois.
- ◇ Le quart des mères (26,5 %) se déclarent désireuses d'allaiter leur nouveau-né au moins six mois.

- ◇ Les mères qui désirent allaiter plus de trois mois sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses chez les mères âgées de 25 ans et plus, chez celles qui sont plus scolarisées, chez les professionnelles et chez les employées de bureau.

### **Facteurs de risque prédominants selon les résultats de l'enquête**

- ◇ Les mères qui ne vivent pas avec un conjoint présentent 2,21 fois plus de risques de donner naissance à un enfant ayant un retard de croissance intra-utérine.
- ◇ Une faible scolarité est associée à un risque de prématurité de 2,28 fois supérieur, à une incidence de naissances de petit poids 2,70 fois supérieure et à un risque de retard de croissance intra-utérine 2,25 fois plus grand.
- ◇ Le retard de croissance intra-utérine est 2,35 fois plus souvent observé parmi les nouveau-nés issus de mères prestataires de l'assistance-emploi.
- ◇ Les mères qui travaillent et qui occupent un emploi dans le secteur de la vente et des services, un emploi de bureau ou un emploi manuel ont 1,59 fois plus de risques d'avoir un bébé qui présente un retard de croissance intra-utérine par rapport aux mères qui occupent un poste de cadre ou de professionnelle.
- ◇ Les risques de prématurité et de retard de croissance intra-utérine sont, respectivement, 1,63 fois et 1,72 fois plus élevés pour les mères qui en sont à leur première naissance vivante.
- ◇ Le risque de petit poids à la naissance augmente de 2,87 fois et celui du retard de croissance intra-utérine de 2,65 lorsque la mère fume du tabac durant sa grossesse.
- ◇ Parmi les femmes qui fument du tabac durant leur grossesse, celles qui le font durant toute leur grossesse ont 2,88 fois plus de risques d'avoir un bébé avec un retard de croissance intra-utérine que les mères qui arrêtent de fumer au cours de leur grossesse.
- ◇ Toujours parmi les mères fumeuses, celles qui consomment au moins dix cigarettes par jour présentent 2,30 fois plus de risques de donner naissance à un bébé ayant un retard de croissance intra-utérine que celles qui en fument moins de dix par jour.
- ◇ Une exposition à la fumée de tabac durant la grossesse augmente le risque de petit poids de 2,27 fois chez les mères non fumeuses par rapport aux mères non exposées.
- ◇ Les bébés des consommatrices de drogues affichent un risque de retard de croissance intra-utérine 3,63 fois plus important que les autres nouveau-nés.
- ◇ Un faible gain de poids durant la grossesse (dix kilogrammes et moins) est associé à un risque de petit poids à la naissance 2,57 fois supérieur par rapport aux mères qui ont pris onze kilogrammes et plus. Il est aussi 1,55 fois plus important pour le retard de croissance intra-utérine.

- ◇ Toujours comparativement aux mères qui ne sont pas touchées par ce facteur de risque, l'hypertension et la prééclampsie chez la mère enceinte font grimper le risque de prématurité et de petit poids à la naissance de 2,55 fois et de 4,88 fois, respectivement. Le risque d'un retard de croissance intra-utérine chez le bébé est 2,15 fois plus élevé pour ce problème de santé.
- ◇ Les mères qui ont une césarienne ont 2,01 fois plus de risques d'avoir un bébé de petit poids et 1,54 fois plus de risques d'avoir un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérine que les autres mères.
- ◇ Une naissance gémellaire (jumeaux, triplets, etc.) augmente le risque de prématurité de 26,60 fois par rapport aux autres naissances. Le même risque est 54,85 fois plus élevé pour les naissances de petit poids.

### **Interventions auprès des femmes et des futures mères dans Lanaudière**

- ◇ Le *Carnet de grossesse* qui assure un suivi et un accès rapide aux informations relatives à la mère enceinte est distribué à toutes les femmes qui accouchent au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.
- ◇ Il existe une procédure de référence prénatale, du médecin vers le CLSC, afin d'offrir rapidement aux femmes enceintes les services dont elles ont besoin.
- ◇ La promotion de l'allaitement maternel est assurée par la distribution de la pochette d'allaitement intitulée *Allaiter...pourquoi pas ! Des réponses à vos questions*.
- ◇ Toutes les femmes de Lanaudière peuvent profiter de cours prénataux offerts par les CLSC ou des cliniques privées. Dans certains cas, les femmes doivent payer pour profiter de ces cours.
- ◇ Les femmes vulnérables à cause de leur faible statut socioéconomique ou de leur jeune âge peuvent être supportées grâce aux programmes suivants : le Programme Naître égaux - Grandir en santé, le Programme OLO et le Programme de soutien aux jeunes parents.
- ◇ Les CLSC offrent des services pour aider les femmes enceintes à avoir un gain de poids adéquat durant leur grossesse.
- ◇ Les CLSC, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière agissent de concert pour aider les femmes enceintes à cesser ou, à tout le moins, à diminuer leur consommation de tabac, d'alcool ou de drogues.



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	xvii
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	xxv
INTRODUCTION .....	1
1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES .....	3
1.1 Mode de collecte des données .....	3
1.2 Taux de couverture et taux de non-réponse partielle.....	4
1.3 Qualité des données .....	7
1.4 Rapport de cotes et intervalle de confiance .....	9
2. GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE .....	11
2.1 Caractéristiques des mères et des pères .....	11
2.1.1 Caractéristiques démographiques.....	11
2.1.2 Caractéristiques socioéconomiques .....	13
2.1.3 Caractéristiques morphologiques des mères.....	19
2.2 Histoire obstétricale des mères .....	24
2.3 Habitudes de vie des mères .....	28
2.3.1 Tabagisme.....	28
2.3.2 Consommation de caféine.....	32
2.3.3 Consommation d'alcool.....	32
2.3.4 Consommation de drogues .....	35
2.4 Période prénatale .....	37
2.4.1 Gain de poids durant la grossesse.....	37
2.4.2 Consommation de vitamines et de minéraux.....	40
2.4.3 Consommation de médicaments .....	42
2.4.4 Problèmes de santé durant la grossesse .....	47
2.4.5 Consultation d'un professionnel de la santé .....	48
2.4.6 Participation aux cours prénataux .....	49
2.4.7 Participation au programme OLO et consultation d'une diététiste .....	50
2.4.8 Réalisation des tâches ménagères et familiales .....	51

2.5	Caractéristiques de l'accouchement.....	53
2.5.1	Type d'accouchement .....	53
2.5.2	Type de naissance.....	54
2.6	Caractéristiques des nouveau-nés.....	55
2.6.1	Âge gestationnel .....	55
2.6.2	Poids à la naissance .....	56
2.6.3	Retard de croissance intra-utérine .....	57
2.6.4	Problèmes de santé durant la période néonatale .....	57
3.	ALLAITEMENT MATERNEL.....	59
3.1	Taux et durée de l'allaitement maternel.....	59
3.2	Durée de l'allaitement et caractéristiques des mères.....	60
4.	FACTEURS DE RISQUE ET ISSUES DE GROSSESSE.....	63
4.1	Âge des mères .....	64
4.2	État matrimonial des mères .....	66
4.3	Mode de vie .....	68
4.4	Scolarité.....	70
4.5	Principale source de revenus .....	72
4.6	Caractéristiques de l'emploi.....	74
4.7	Horaire et posture de travail.....	78
4.8	Temps requis pour aller au travail.....	82
4.9	Histoire obstétricale des mères.....	84
4.10	Tabagisme.....	88
4.11	Consommation de caféine.....	94
4.12	Consommation d'alcool.....	94
4.13	Consommation de drogues .....	95
4.14	Gain de poids durant la grossesse.....	97
4.15	Problèmes de santé des mères durant leur grossesse.....	99
4.16	Réalisation des tâches ménagères et familiales .....	102
4.17	Caractéristiques de l'accouchement.....	105
4.18	Conclusion.....	108
5.	DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES .....	111

5.1 Les interventions universelles .....	111
5.1.1 Le carnet de grossesse et la procédure de référence prénatale .....	111
5.1.2 L'allaitement maternel .....	112
5.1.3 Les rencontres prénatales .....	113
5.2 Les interventions sélectives.....	113
5.2.1 Le Programme Naître égaux - Grandir en santé, le Programme de soutien aux jeunes parents et le Programme OLO (œufs-lait-oranges) .....	113
5.2.2 Nutrition et grossesse.....	114
5.2.3 Tabagisme et grossesse .....	115
5.2.4 Consommation d'alcool et grossesse .....	116
5.2.5 Consommation de drogues et grossesse .....	117
5.2.6 Conclusion.....	117
CONCLUSION .....	119
BIBLIOGRAPHIE .....	121
ANNEXE 1 Lettre de présentation.....	127
ANNEXE 2 Questionnaire.....	131
ANNEXE 3 Caractéristiques des mères et des nouveau-nés de l'enquête <i>Grossesse et         habitudes de vie</i> menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 et du <i>Fichier des naissances vivantes</i> de l'année 1999 produit par le MSSS .....	143





---

**LISTE DES TABLEAUX**


---

Tableau 1	Nombre de mères participantes, nombre de naissances vivantes et taux de couverture, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	4
Tableau 2	Taux de non-réponse partielle par question, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	5
Tableau 3	Caractéristiques démographiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	12
Tableau 4	Caractéristiques démographiques des pères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	13
Tableau 5	Caractéristiques sociales des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	14
Tableau 6	Scolarité en années des mères et des pères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	15
Tableau 7	Caractéristiques économiques et caractéristiques de l'emploi des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	16
Tableau 8	Caractéristiques économiques des pères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	17
Tableau 9	Sources combinées de revenus des mères et des pères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	18
Tableau 10	Titre d'emploi des mères et des pères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	19
Tableau 11	Caractéristiques morphologiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	20
Tableau 12	Poids insuffisant au début de la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	21
Tableau 13	Surplus de poids au début de la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	23

Tableau 14	Histoire obstétricale des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	24
Tableau 15	Fausses couches selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	25
Tableau 16	Interruptions volontaires de grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	27
Tableau 17	Usage du tabac avant et durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	28
Tableau 18	Usage du tabac durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	30
Tableau 19	Exposition des mères à la fumée de cigarette à tous les jours, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	31
Tableau 20	Consommation de caféine chez les mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	32
Tableau 21	Consommation d'alcool chez les mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	33
Tableau 22	Consommation d'alcool durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	34
Tableau 23	Consommation de drogues chez les mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	35
Tableau 24	Consommation de drogues durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	36
Tableau 25	Poids de la mère avant la grossesse, indice de masse corporelle avant la grossesse et gain pondéral durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	38

Tableau 26	Gain de poids durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	39
Tableau 27	Consommation de vitamines et de minéraux par les mères durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	40
Tableau 28	Consommation de vitamines et de minéraux durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	41
Tableau 29	Consommation de médicaments par les mères durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	42
Tableau 30	Type de médicaments non prescrits consommés par les mères durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	43
Tableau 31	Consommation de médicaments non prescrits durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	44
Tableau 32	Type de médicaments prescrits consommés par les mères durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	45
Tableau 33	Consommation de médicaments prescrits durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	46
Tableau 34	Type de problèmes de santé durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	48
Tableau 35	Consultation d'un professionnel de la santé durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	49
Tableau 36	Cours prénataux durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	50
Tableau 37	Participation au programme OLO et consultation d'une diététiste durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	51

Tableau 38	Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches ménagères et familiales durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	52
Tableau 39	Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches ménagères et familiales et problèmes de santé durant la grossesse, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	53
Tableau 40	Type d'accouchement et type de naissance, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	54
Tableau 41	Âge gestationnel des nouveau-nés en semaines, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	55
Tableau 42	Poids des nouveau-nés à la naissance en grammes, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	56
Tableau 43	Retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	57
Tableau 44	Problèmes de santé chez les nouveau-nés, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	58
Tableau 45	Allaitement du nouveau-né, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	60
Tableau 46	Durée prévue de l'allaitement du nouveau-né selon certaines caractéristiques des mères, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui désirent allaiter à la sortie du centre hospitalier).....	61
Tableau 47	Âge des mères et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	65
Tableau 48	État matrimonial de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	67

---

Tableau 49	Mode de vie de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	69
Tableau 50	Scolarité de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	71
Tableau 51	Source de revenus de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	73
Tableau 52	Emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement) .....	75
Tableau 53	Titre d'emploi de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement) .....	76
Tableau 54	Type de travail occupé par la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement).....	77
Tableau 55	Horaire de travail de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement).....	79
Tableau 56	Nombre d'heures de travail par la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement) .....	80
Tableau 57	Posture de travail par la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement).....	81

Tableau 58	Temps requis par la mère pour se rendre au travail et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement).....	83
Tableau 59	Rang de naissance vivante et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	85
Tableau 60	Fausse couches antérieures chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	86
Tableau 61	Interruptions volontaires de grossesse (IVG) antérieures chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement) .....	87
Tableau 62	Tabagisme durant une partie ou toute la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement) .....	89
Tableau 63	Tabagisme durant toute la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères fumeuses et naissances simples seulement) .....	90
Tableau 64	Quantité de cigarettes fumées par jour durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères fumeuses et naissances simples seulement) .....	91
Tableau 65	Exposition à la fumée de cigarette durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères non fumeuses et naissances simples seulement).....	93

---

Tableau 66	Consommation de caféine durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	94
Tableau 67	Consommation d'alcool durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	95
Tableau 68	Consommation de drogues durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement) .....	96
Tableau 69	Gain de poids durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, à la naissance, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement) .....	98
Tableau 70	Diabète de grossesse chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	100
Tableau 71	Hypertension ou prééclampsie chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	101
Tableau 72	Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches ménagères durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	103
Tableau 73	Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches familiales durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères avec déjà au moins un enfant à la maison et naissances simples seulement) .....	104

Tableau 74	Césarienne à l'accouchement et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement).....	106
Tableau 75	Type de naissance et risque de prématurité et de petit poids à la naissance, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 .....	107
Tableau 76	Facteurs de risque statistiquement associés à la prématurité, au petit poids à la naissance et au retard de croissance intra-utérine, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001.....	108
Tableau A1	Caractéristiques des mères selon la source de données, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 et <i>Fichier des naissances vivantes</i> du MSSS, 1999.....	145
Tableau A2	Caractéristiques des nouveau-nés selon la source de données, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 et <i>Fichier des naissances vivantes</i> du MSSS, 1999.....	146



## **LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

---

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Carrefour de santé et services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP	Direction de santé publique
DSPÉ	Direction de santé publique et d'évaluation
ESS 1998	Enquête sociale et de santé 1998
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KG	Kilogramme
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux - Grandir en santé
OLO	Oeufs-lait-oranges
RC	Rapport de cotes
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux



## INTRODUCTION

---

La prématurité (moins de 37 semaines de gestation) et le petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), de nombreuses études sont là pour le confirmer, ont trop souvent des conséquences néfastes chez les nouveau-nés. Ces impacts négatifs peuvent être une morbidité hospitalière ou une mortalité nettement plus élevées que celles des enfants nés à terme et de poids suffisant, des problèmes respiratoires et des troubles neurologiques plus fréquents, une résistance plus faible aux infections ou, encore, une prévalence plus importante de handicaps physiques et mentaux. À tout ceci s'ajoutent des problèmes de développement neurologique, une plus faible organisation motrice, une moindre réponse aux stimuli extérieurs, des problèmes de développement social, d'hyperactivité, des problèmes cognitifs et auditifs, l'instabilité familiale, l'isolement social des parents, une augmentation de la charge de travail des mères et une augmentation des risques d'abus physiques (Lepage, Cyr et Malenfant, 1986 ; Lepage et autres, 1989).

À la lumière de cette longue, mais non exhaustive, énumération, il ne faut donc pas se surprendre si la prématurité et le petit poids à la naissance sont des problématiques qui préoccupent depuis déjà plusieurs années le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les directions régionales de santé publique. La Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), la Politique de la périnatalité (MSSS, 1993), les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997) et le Programme de santé publique de Lanaudière (DSP-RRSSS de Lanaudière, 1998) rendent d'ailleurs explicitement compte de cette préoccupation en voulant réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de petit poids. En 2002, le Programme national de santé publique 2003-2012 persiste dans le même sens en insistant sur la nécessité de réduire le taux de prématurité et le taux d'insuffisance de poids à la naissance (MSSS, 2002).

Ces objectifs ne sont cependant pas encore atteints, car la proportion de naissances prématurées s'est accrue de 5,6 % en 1979-1983 à 7,3 % en 1994-1998 dans Lanaudière (5,6 % à 7,2 % au Québec). Même s'il y a une diminution du pourcentage de naissances de petit poids depuis 1979-1983, celui-ci étant passé de 6,6 % à 6 % en 1994-1998 (6,5 % à 6 % au Québec), il y a beaucoup à faire pour atteindre l'objectif avoué de 4 % (Guillemette et Badlissi, 2002a).

Afin de mieux connaître ces deux problématiques, la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPÉ) de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Lanaudière, de concert avec le Comité opérationnel du Réseau Mère-Enfant-Famille, a mis sur pied, en janvier 2000, une enquête portant sur les habitudes de vie et les caractéristiques des femmes qui devaient accoucher au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. La collecte de données, s'étendant sur deux années, a pris fin le 31 décembre

2001. Cette enquête, appelée *Grossesse et habitudes de vie*, constituait en quelque sorte une suite de la même enquête réalisée au Centre hospitalier régional De Lanaudière en 1997-1998 auprès des mères résidant surtout dans la partie nord du territoire lanauois (Guillemette, Badlissi et Fadin, 1999).

L'enquête *Grossesse et habitudes de vie* avait comme objectif principal d'identifier les facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance auprès de la clientèle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. Pour supporter cet objectif principal, deux objectifs plus spécifiques ont aussi été élaborés. Le premier visait à mieux connaître les habitudes de vie et les comportements des femmes enceintes et le second consistait à identifier les interventions visant à réduire les risques associés à la prématurité et au petit poids à la naissance dans Lanaudière. Un dernier objectif, ajouté lors de l'élaboration du questionnaire, visait à explorer le thème de l'allaitement en estimant le taux d'allaitement selon la durée et les caractéristiques des mères qui allaitent.

Au cours de l'analyse des données de l'enquête, il a été décidé d'examiner les facteurs de risque associés à une troisième problématique périnatale. Il s'agit du retard de croissance intra-utérine. Celui-ci concerne les nouveau-nés dont le poids est insuffisant compte tenu de leur âge gestationnel. Il est jugé insuffisant s'il se situe en deçà du dixième percentile comparativement au poids des nouveau-nés du même sexe et dont la durée de gestation est la même. Peu utilisé il y a quelques années, le retard de croissance intra-utérine est maintenant de plus en plus souvent considéré comme un indicateur important de l'état de santé et de bien-être d'une population et, surtout, de ses nouveau-nés (Santé Canada, 2000 ; Pageau et autres, 2001).

Le présent rapport rend compte de la réalisation de ces objectifs à l'intérieur de cinq chapitres. Le premier décrit brièvement les aspects méthodologiques considérés pour mener à bien l'enquête et s'assurer de la qualité des données recueillies. Le second chapitre, plus volumineux, rend compte, entre autres choses, des caractéristiques démographiques, sociales et économiques des mères et des pères, de leurs habitudes de vie, de leurs problèmes de santé, de leur histoire obstétricale. Il décrit également les caractéristiques des nouveau-nés : le type de naissance, la durée de gestation, le poids à la naissance et les problèmes de santé. Le troisième chapitre aborde le thème de l'allaitement en s'attardant sur la durée de l'allaitement en fonction de certaines caractéristiques des mères. Le quatrième chapitre tente d'établir des liens entre, d'une part, certains facteurs de risque et, d'autre part, la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine. Enfin, le cinquième chapitre identifie des activités favorables à une diminution de l'incidence de la prématurité, du petit poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine dans Lanaudière et au bien-être des mères et des nouveau-nés.

## 1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

---

### 1.1 Mode de collecte des données

Le questionnaire de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* a été distribué à toutes les femmes qui ont accouché au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2001 inclusivement. Celui-ci était remis aux mères en même temps que les autres documents administratifs par le personnel du Service d'obstétrique lors de leur séjour hospitalier. Le questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation signée par les responsables du Service d'obstétrique et du Secteur natalité/pédiatrie du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur expliquant aux mères la raison d'être de l'enquête<sup>1</sup>. Une fois complété par les mères, le questionnaire, cacheté dans une enveloppe, était déposé dans une boîte cadenassée réservée à cet effet. La confidentialité des informations recueillies était assurée en tout temps, car en aucun moment les auteurs de ce rapport et les personnes qui ont traité les données n'ont été en contact avec les mères. Les données ont, de plus, été traitées de façon à éviter qu'une ou des répondantes puissent être identifiées.

Le questionnaire a également été envoyé par la poste aux mères qui devaient accoucher au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur mais qui ont été transférées vers un autre centre hospitalier pour des raisons médicales (prématurité sévère du nouveau-né, par exemple)<sup>2</sup>. Le questionnaire complété devait par la suite être renvoyé dans une enveloppe préadressée au Service d'obstétrique du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Tel que spécifié en introduction, l'enquête menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur est semblable à celle réalisée au Centre hospitalier régional De Lanaudière en 1997 et en 1998 (Guillemette, Badlissi et Fadin, 1999). Le questionnaire a toutefois été légèrement modifié afin d'éliminer certaines questions jugées moins pertinentes (problèmes de santé avant la grossesse, lieu de naissance du père, moment de l'arrêt de travail et taille du nouveau-né, par exemple). Celles-ci ont été remplacées par d'autres questions portant sur le nombre d'heures travaillées par la mère, la posture de travail, les déplacements pour aller au travail et en revenir, la quantité de drogues consommées et l'allaitement<sup>3</sup>. Le questionnaire a fait l'objet d'une validation auprès des membres du Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPÉ de la RRSSS de Lanaudière et il a subi un prétest concluant auprès d'une trentaine de mères à l'automne 1999.

---

<sup>1</sup> Un exemplaire de la lettre de présentation du projet de collecte de données distribuée aux mères ciblées par l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* est présenté à l'Annexe 1.

<sup>2</sup> Pour assurer la confidentialité relative aux coordonnées des mères, le Service des archives du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur a envoyé les questionnaires aux mères.

<sup>3</sup> Un exemplaire du questionnaire utilisé pour l'enquête menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur est présenté à l'Annexe 2.

## 1.2 Taux de couverture et taux de non-réponse partielle

Du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2001, 2 159 femmes ont accepté de remplir le questionnaire qui leur avait été distribué (tableau 1). Puisqu'un certain nombre d'entre elles ont donné naissance à des jumeaux (n = 10), un total de 2 169 questionnaires ont été retournés par les mères (celles-ci devaient compléter un questionnaire par nouveau-né).

Sur l'ensemble des naissances vivantes survenues ou qui devaient avoir lieu au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (N = 2 607), 2 169 font donc partie du corpus d'analyse pour un taux de couverture de 83,2 %. Parmi les 29 questionnaires envoyés par le courrier aux mères qui devaient accoucher au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur mais qui ne l'ont pas fait, onze ont été renvoyés pour un taux de couverture de 37,9 %.

**Tableau 1**  
**Nombre de mères participantes, nombre de naissances vivantes et taux de couverture, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb
Mères participantes	2 159
Nombre de questionnaires remplis (un par naissance)	2 169
Naissances survenues au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	2 578
Naissances prévues au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur mais survenues dans un autre centre hospitalier	29
<i>Total des naissances vivantes</i>	2 607
Taux de couverture (%)	83,2

Note : Le questionnaire a été envoyé par la poste aux 29 mères qui ont été transférées dans un autre centre hospitalier pour accoucher. Parmi ces 29 questionnaires envoyés par la poste, 11 ont été retournés remplis (taux de couverture de 37,9 %).

Les questionnaires remis par les mères participantes ont, dans la plupart des cas, été entièrement complétés. Le taux de non-réponse partielle est, en effet, resté très faible avec une valeur généralement inférieure à 3 % pour la plupart des questions (tableau 2). Seules les questions relatives au type de médicaments prescrits consommés et aux problèmes de santé durant la grossesse ont un taux de non-réponse plus élevé, soit 8,3 %.

**Tableau 2**  
**Taux de non-réponse partielle par question, enquête Grossesse et habitudes de vie,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Question	Taux de non-réponse partielle %
<b>Partie 1 : Identification de la mère</b>	
Q1 : Âge de la mère	0,6
Q2 : Municipalité de résidence de la mère	1,3
Q3 : Lieu de naissance de la mère	1,0
Q4 : Statut matrimonial actuel de la mère	0,6
Q5 : Mode de vie de la mère	1,1
Q6 : Scolarité de la mère	1,5
Q7 : Principale source de revenus de la mère	0,7
Q8 : Travail rémunéré au début de la grossesse	0,5
Q8a : Titre d'emploi de la mère	3,2
Q8b : Statut d'emploi de la mère	1,2
Q8c : Horaire de travail de la mère	0,8
Q8d : Heures travaillées par jour par la mère	0,9
Q8e : Posture de travail de la mère	0,9
Q8f : Principal moyen de transport de la mère pour aller au travail	0,7
Q8g : Temps pris par la mère pour aller au travail et revenir à la maison	0,9
<b>Partie 2 : Identification du père du nouveau-né</b>	
Q9 : Père vit avec la mère	0,2
Q10 : Âge du père	0,3
Q11 : Principale source de revenus du père	0,6
Q12 : Titre d'emploi du père	5,2
Q13 : Scolarité du père	4,7
<b>Partie 3 : Histoire prénatale</b>	
Q14 : Taille de la mère	2,2
Q15 : Poids de la mère avant la grossesse	1,2
Q16 : Poids de la mère juste avant l'accouchement	1,3
Q17a : Consommation de vitamines	0,3
Q17b : Type de vitamines consommées	3,0
Q18 : Médicaments consommés durant la grossesse	1,9
Q19 : Type de médicaments prescrits	8,3
Q20 : Type de médicaments non prescrits	2,1
Q21 : Tabagisme durant les douze mois avant la grossesse	0,7
Q22a : Tabagisme durant la grossesse	0,6
Q22b : Nombre de cigarettes fumées par jour	4,8
Q23 : Tabagisme durant toute la grossesse	0,6
Q24 : Moment de l'arrêt du tabagisme durant la grossesse	2,1
Q25 : Exposition à la fumée de cigarette au travail	0,9
Q26 : Exposition à la fumée de cigarette au domicile	0,7
Q27 : Consommation de caféine	0,6
Q28a : Consommation d'alcool	0,6
Q28b : Quantité de bière consommée	1,5

**Tableau 2 (suite)**  
**Taux de non-réponse partielle par question, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Question	Taux de non-réponse partielle %
<b>Partie 3 : Histoire prénatale (suite)</b>	
Q28c : Quantité de vin consommé	1,5
Q28d : Quantité de spiritueux consommés	1,5
Q29a : Consommation de drogues	0,8
Q29b : Type de drogues consommées	0,9
Q29c : Fréquence de la consommation de drogues durant la grossesse	1,3
Q30 : Problèmes de santé durant la grossesse	8,3
Q31 : Consultation d'un professionnel de la santé	0,6
Q32 : Moment de la première visite auprès d'un professionnel	0,9
Q33 : Nombre de visites chez un professionnel de la santé	1,1
Q34 : Cours prénataux	0,6
Q35 : Programme OLO	0,3
Q36a : Consultation auprès d'une diététiste	0,4
Q36b : Nombre de consultations auprès d'une diététiste	1,7
Q37 : Personnes qui faisaient les travaux ménagers durant la grossesse	0,3
Q38 : Personnes qui s'occupaient principalement des enfants	0,9
<b>Partie 4 : Histoire obstétricale</b>	
Q39 : Nombre de grossesses	0,6
Q40 : Nombre d'enfants nés vivants	0,7
Q41 : Nombre de fausses couches	0,6
Q42 : Nombre d'interruptions volontaires de grossesse	0,6
<b>Partie 5 : Accouchement</b>	
Q43 : Durée de la grossesse	1,4
Q44 : Type d'accouchement	0,6
Q45 : Cause de la césarienne	0,8
Q46 : Type de naissance	0,6
<b>Partie 6 : Identification du bébé</b>	
Q47 : Date de naissance du bébé	0,3
Q48 : Sexe du bébé	0,8
Q49 : Poids du bébé	0,9
Q50a : Problème de santé chez le bébé	1,1
Q50b : Type de problème chez le bébé	1,9
Q51 : Soins urgents d'un pédiatre	1,9
Q52 : Transfert du bébé vers un autre centre hospitalier	1,4
Q53 : Centre hospitalier où le bébé a été transféré	1,4
<b>Partie 7 : Allaitement</b>	
Q54 : Nouveau-né actuellement allaité	0,9
Q55 : Nouveau-né allaité à la sortie du centre hospitalier	1,1
Q56 : Durée de l'allaitement	1,6



### 1.3 Qualité des données

En raison du taux de couverture élevé (83,2 %), il n'est pas présomptueux de croire que les données recueillies par l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* soient représentatives de l'ensemble des mères qui ont accouché et des nourrissons qui sont nés au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000 et en 2001. Une comparaison sommaire des données de l'enquête avec celles du *Fichier des naissances vivantes* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ne semble d'ailleurs pas infirmer cette hypothèse. Les caractéristiques des mères ayant accouché au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 1999<sup>4</sup> selon le fichier du MSSS sont, en effet, similaires à celles des mères de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* (tableau A1 à l'Annexe 3). Les différences les plus importantes observées entre les fichiers concernent la scolarité des mères, celui de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* comportant une plus forte proportion de mères ayant moins de onze ans de scolarité. Le fichier de l'enquête compte également une proportion légèrement moins élevée de nouveau-nés prématurés et un pourcentage plus élevé de bébés de petit poids que ceux du MSSS (tableau A2 à l'Annexe 3). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une part appréciable des mères rejointes par le courrier, donc n'ayant pas accouché au centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, ont donné naissance à des bébés de petits poids. Comme le but premier de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* ne vise pas à quantifier la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine, mais plutôt à identifier les principaux facteurs de risque qui y sont associés, ces écarts ne devraient pas affecter outre mesure l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de l'enquête ont été systématiquement validées. Des variables ont ainsi été croisées afin de repérer et de corriger, le cas échéant, toutes les réponses incohérentes résultant d'erreurs de codification ou de saisie et de mauvaises réponses<sup>5</sup>. Pour les rares cas où une correction s'avérait impossible, un code de non-réponse a tout simplement été substitué à la réponse incohérente. La validation des données s'est limitée à ce genre d'intervention, car il n'y a pas eu de retour effectué auprès des répondantes (la confidentialité des données empêchait une telle démarche).

La validation a démontré qu'un certain nombre de questions, malgré leur apparente simplicité, n'ont pas toujours été bien comprises. Voici un relevé des variables où des incohérences ont été retracées et où des imprécisions sont probables :

- ◇ Des mères semblent avoir confondu leur principale source de revenus avec celle du père du nouveau-né (elles considéraient plutôt la principale source de revenus

---

<sup>4</sup> Au moment de la rédaction du rapport, les données les plus récentes étaient seulement disponibles pour l'année 1999.

<sup>5</sup> Ce genre de test n'assure évidemment pas le repérage des réponses erronées mais cohérentes. Par contre, puisque les erreurs de codification ou de saisie étaient rares, il est permis de supposer que le fichier de données comporte un nombre relativement restreint et statistiquement peu significatif de données imprécises.

de la famille). De plus, certaines mères n'ont pas toujours déclaré leur principale source de revenus en privilégiant plutôt leur dernière source de revenus (revenus provenant de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et non de l'employeur, par exemple).

- ◇ Le niveau de scolarité des mères et des pères n'est pas nécessairement précis à l'année près, car certaines personnes ont probablement eu de la difficulté à convertir avec justesse leur diplôme en années de scolarité. Il faut ainsi supposer qu'un certain nombre de répondantes risquent d'avoir associé un diplôme d'études secondaires avec douze ans de scolarité, alors que pour les personnes âgées de moins de 45 ans, il faut plutôt parler de onze ans de scolarité. De plus, il n'est pas certain que le nombre d'années de scolarité déclaré corresponde au diplôme équivalant au même nombre d'années. Ainsi, une mère qui a seize ans de scolarité n'a pas nécessairement suivi des cours à l'université.
- ◇ En comparant les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* à celles de l'Enquête sociale et de santé (ESS) 1998 (Guillemette et autres, 2001), il ressort que la proportion de mères affichant une insuffisance pondérale avant la grossesse semble être trop élevée, alors que celle des mères ayant un surplus de poids pourrait être trop basse. Les deux enquêtes concernent toutefois deux populations différentes quant à leur structure par âges.
- ◇ Des mères ont également été incapables de spécifier avec précision le nom des médicaments prescrits consommés durant leur grossesse et d'autres ont confondu les médicaments prescrits avec les médicaments non prescrits et les vitamines. Ceci pourrait peut-être s'expliquer par le fait que plusieurs femmes reçoivent une prescription pour des vitamines même si les produits en question sont en vente libre.
- ◇ Les réponses relatives à la consommation d'alcool durant la grossesse n'ont pas toujours été données avec précision (quelques fois, occasionnellement, moins de cinq par semaine, de un à trois par jour, de temps en temps, etc.). Les réponses de ce genre n'ont pas été considérées.
- ◇ Les questions portant sur la consommation de drogues étant particulièrement sensibles, à cause de la réprobation sociale associée à leur usage durant la grossesse, il est raisonnable de supposer que le nombre de consommatrices de drogues soit sous-estimé.
- ◇ Le taux relativement élevé de non-réponse partielle à la question portant sur les problèmes de santé durant la grossesse laisse supposer qu'un certain nombre de répondantes n'y ont pas répondu parce qu'elles n'en avaient pas eues.
- ◇ La validation des données a aussi fait ressortir que le nombre de grossesses déclarées par les mères n'était pas toujours égal à la sommation des naissances vivantes, des fausses couches et des interruptions volontaires de grossesse. Ce manque de correspondance s'explique en partie par les cas de naissances multiples

(deux naissances pour une seule grossesse), mais il semble également être associé au fait que des mères n'ont pas fait la différence entre une naissance vivante et une grossesse. Puisque le nombre de réponses incohérentes était relativement faible et parce qu'il était impossible de différencier les erreurs des bonnes réponses (dans les cas de grossesses multiples antérieures), les données n'ont pas été modifiées.

Il importe finalement de noter que le croisement de certains facteurs de risque avec les problèmes périnataux implique parfois un faible nombre de répondantes. Ceci fait en sorte qu'une relation entre un facteur de risque et un problème périnatal n'est parfois pas statistiquement significative avec les données de la présente enquête, alors que d'autres études, réalisées avec des effectifs plus grands, confirment l'existence d'une relation.

#### **1.4 Rapport de cotes et intervalle de confiance**

Un rapport de cotes (RC) a été calculé afin de rendre compte de la force de l'association entre certains déterminants et la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine. Lorsque la prévalence d'un problème est faible, comme dans le cas présent, l'interprétation du RC est identique à celle du risque relatif. Ainsi, si le RC est inférieur à 1,00, cela signifie que le déterminant pourrait être un facteur de protection contre l'un ou l'autre de ces problèmes périnataux, alors que la situation est inverse s'il est supérieur à 1,00. À titre d'exemple, un RC de 2,00 signifie que les femmes exposées au déterminant étudié pourraient avoir deux fois plus de risques de mettre au monde un enfant prématuré que celles non exposées au même facteur.

Un intervalle de confiance (IC), avec un seuil de signification statistique fixé à 5 %, a été calculé pour tous les RC. Si l'IC englobe la valeur 1,00 (ex. : RC de 0,95 avec un IC de 0,80 à 1,20), il faut déduire que les données utilisées ne permettent pas d'établir une relation statistiquement significative entre le déterminant considéré et la prématurité, le petit poids à la naissance ou le retard de croissance intra-utérine. Inversement, si l'IC n'intègre pas la valeur 1,00, la relation est probable.



## 2. GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE

---

Les données présentées dans ce chapitre font référence aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques des mères et des pères. Elles concernent également les caractéristiques morphologiques des mères, leur histoire obstétricale, leurs habitudes de vie, leurs comportements, les problèmes de santé qu'elles ont vécus au cours de leur grossesse, le type d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés.

Une majorité des variables retenues dans ce chapitre peuvent, selon de nombreuses études, avoir un lien avec la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine<sup>6</sup>.

### 2.1 Caractéristiques des mères et des pères

#### 2.1.1 Caractéristiques démographiques

##### ◆ *Âge des mères et des pères*

Les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* révèlent que les mères sont en général plus jeunes que les pères. Ainsi, parmi les mères, 3,5 % sont âgées de moins de vingt ans, alors que c'est le cas pour seulement 1,1 % des pères (tableaux 3 et 4)<sup>7</sup>. À l'autre extrémité de la pyramide des âges, 10,6 % des mères sont âgées de 35 ans et plus tandis que c'est le cas de 23,2 % des hommes. Les effectifs les plus nombreux chez les mères sont observés à 25-29 ans (39,8 %) et à 30-34 ans (33,2 %) pour les pères.

##### ◆ *Lieux de résidence et de naissance*

Près de la moitié (48,8 %) des mères sont résidentes de la MRC de L'Assomption et environ une sur cinq (18,5 %) demeure sur le territoire de la MRC des Moulins. Les résidentes des quatre autres MRC lanaudoises restent nettement minoritaires avec des proportions de 6,6 % pour D'Autray, 2,9 % pour Montcalm, 1,2 % pour Joliette et 0,7 % pour Matawinie. L'enquête révèle que le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur ne répond pas exclusivement aux besoins des mères lanaudoises, car 21,3 % de sa clientèle en 2000-2001 réside hors de Lanaudière.

---

<sup>6</sup> Le premier chapitre du document intitulé *Prématurité et petit poids à la naissance. Les résultats de l'enquête Grossesse et habitudes de vie menée au Centre hospitalier régional De Lanaudière en 1997-1998* (Guillemette, Badlissi et Fadin, 1999) présente une revue de la littérature qui rend compte des liens pouvant exister entre, d'une part, certains facteurs de risque et, d'autre part, la prématurité et le petit poids à la naissance.

<sup>7</sup> Parmi les femmes, 17 (0,8 %) ont moins de 18 ans, alors qu'il y a un seul père âgé de moins de 18 ans.

Pour une très grande majorité de mères, le Québec constitue le lieu de naissance déclaré (95,6 %). En fait, seulement 41 mères (1,9 %) sont nées hors du Canada. De même, une faible proportion des mères sont nées dans une autre province canadienne (pas plus de 2,5 %).

**Tableau 3**  
**Caractéristiques démographiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Groupe d'âge</b>		
10-14 ans	2	0,1
15-19 ans	74	3,4
20-24 ans	405	18,9
25-29 ans	855	39,8
30-34 ans	582	27,1
35-39 ans	203	9,5
40 ans et plus	25	1,2
Total	2 146	100,0
Moins de 18 ans	17	0,8
<b>MRC de résidence</b>		
D'Autray	141	6,6
Joliette	26	1,2
L'Assomption	1 040	48,8
Les Moulins	394	18,5
Matawinie	15	0,7
Montcalm	62	2,9
Hors de Lanaudière	453	21,3
Total Lanaudière	1 678	78,7
Grand total	2 131	100,0
<b>Lieu de naissance</b>		
Québec	2 042	95,6
Canada (province non spécifiée)	36	1,7
Canada (sauf le Québec)	18	0,8
Hors Canada	41	1,9
Total Canada	2 096	98,1
Grand total	2 137	100,0

Notes : L'âge de la mère est inconnu dans 13 cas sur 2 159 (0,6 %).

La MRC de résidence des mères est inconnue dans 28 cas sur 2 159 (1,3 %).

Le lieu de naissance de la mère est inconnu dans 22 cas sur 2 159 (1 %).

**Tableau 4**  
**Caractéristiques démographiques des pères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
<b>Groupe d'âge</b>		
15-19 ans	22	1,1
20-24 ans	223	10,9
25-29 ans	649	31,7
30-34 ans	681	33,2
35-39 ans	343	16,7
40-44 ans	101	4,9
45-49 ans	20	1,0
50 ans et plus	11	0,5
Total	2 050	100,0
Moins de 18 ans	1	0,0

Note : L'âge du père est inconnu dans 7 cas (0,3 %). Pour 102 autres cas, l'âge du père n'est pas spécifié, car il n'habite pas avec la mère (4,7 %).

### 2.1.2 Caractéristiques socioéconomiques

#### ◆ *État matrimonial et mode de vie*

La majorité des mères sont mariées ou vivent avec un conjoint de fait (83,7 %), alors que 14,9 % sont célibataires<sup>8</sup> et qu'un nombre encore plus faible sont séparées, divorcées ou veuves (1,4 %) (tableau 5). Ces statistiques semblent concorder avec le mode de vie des mères, car 94,1 % déclarent vivre avec leur conjoint (avec ou sans enfant) et 4,3 % disent être chefs d'une famille monoparentale.

<sup>8</sup> Parmi les mères célibataires, il faut supposer qu'un certain nombre d'entre elles habitent avec un conjoint ou chez leurs parents.

**Tableau 5**  
**Caractéristiques sociales des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>État matrimonial</b>		
Célibataire	319	14,9
Mariée ou avec conjoint de fait	1 797	83,7
Séparée ou divorcée	29	1,4
Veuve	1	0,0
Total	2 146	100,0
<b>Mode de vie</b>		
Avec conjoint (avec ou sans enfant)	1 954	91,5
Avec conjoint et autres adultes (avec ou sans enfant)	55	2,6
Avec adultes (avec ou sans enfant)	34	1,6
Mère monoparentale	92	4,3
Total	2 135	100,0
<b>Présence du père du nouveau-né auprès de la mère à la maison</b>		
Oui	2 025	94,0
Non	130	6,0
Total	2 155	100,0

Notes : L'état matrimonial de la mère est inconnu dans 13 cas sur 2 159 (0,6 %).

Le mode de vie de la mère est inconnu dans 24 cas sur 2 159 (1,1 %).

La présence ou non du père auprès de la mère est inconnue dans 4 cas sur 2 159 (0,2 %).

#### ◆ *Scolarité*

Les mères sont, dans l'ensemble, nettement plus scolarisées que les pères. Elles sont, toutes proportions gardées, moins nombreuses à avoir moins de onze ans de scolarité et plus nombreuses à avoir quinze ans et plus de scolarité. Le tableau 6 révèle que 14,6 % des mères et 18,8 % des pères n'ont pas de diplôme d'études secondaires. À l'autre extrême, 37 % des mères déclarent avoir fait des études universitaires comparativement à 28,9 % pour les pères. Selon l'enquête, environ sept mères sur dix (71,4 %) ont poursuivi des études postsecondaires (douze ans et plus de scolarité), alors que c'est le cas pour 63,4 % des pères.



**Tableau 6**  
**Scolarité en années des mères et des pères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Scolarité des mères</b>		
Moins de 11 ans	311	14,6
11 ans	297	14,0
12 ans	228	10,7
13 ans	241	11,3
14 ans	264	12,4
15 ans et plus	786	37,0
Total	2 127	100,0
<b>Scolarité des pères</b>		
Moins de 11 ans	367	18,8
11 ans	347	17,8
12 ans	211	10,8
13 ans	238	12,2
14 ans	226	11,6
15 ans et plus	564	28,9
Total	1 953	100,0

Notes : La scolarité des mères est inconnue dans 32 cas sur 2 159 (1,5 %).

La scolarité des pères est inconnue dans 103 cas sur 2 159 (4,8 %). La scolarité du père n'a pas été inscrite dans 103 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (4,8 %).

#### ◆ *Principale source de revenus et caractéristiques de l'emploi*

Même si elles déclarent un niveau de scolarité plus élevé que les pères, les mères semblent être plus dépendantes économiquement de leur conjoint ou des subsides de l'État puisqu'elles sont proportionnellement moins nombreuses à profiter de revenus d'un emploi. Ainsi, les trois quarts des mères (78,2 %)⁹ ont, au cours de l'année précédant l'accouchement, des revenus provenant d'un travail rémunéré (salaré ou autonome), alors que c'est le cas pour 94,6 % des pères (tableaux 7 et 8). De même, 12,4 % des mères ne déclarent aucun revenu contre seulement 1 % pour les pères. Le chômage et le recours à l'assistance-emploi¹⁰ sont également plus fréquents chez les mères, puisque 2,1 % d'entre elles sont chômeuses et 5,7 % vivent de prestations de l'assistance-emploi comparativement à 1,2 % et 2,1 %, respectivement, pour les pères.

⁹ Les mères qui ont des prestations de maternité de l'employeur ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et celles qui ont des revenus provenant d'un travail rémunéré ou autonome sont considérées dans ce pourcentage.

¹⁰ L'assistance-emploi est la nouvelle désignation que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale donne à la sécurité du revenu.

**Tableau 7**  
**Caractéristiques économiques et caractéristiques de l'emploi des mères,**  
**enquête Grossesse et habitudes de vie, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Principale source de revenus</b>		
Aucun revenu	265	12,4
Travail rémunéré ou travail autonome	1 419	66,2
Chômage	45	2,1
Assistance-emploi	122	5,7
Prestations de maternité de l'employeur ou CSST	257	12,0
Autres sources de revenus	36	1,7
Total	2 144	100,0
<b>Emploi occupé au début de la grossesse</b>		
Oui	1 699	79,1
Non	449	20,9
Total	2 148	100,0
<b>Type de travail</b>		
Temps plein	1 370	81,4
Temps partiel	275	16,3
Sur appel	39	2,3
Total	1 684	100,0
<b>Horaire de travail</b>		
Jour	1 260	74,8
Soir	117	6,9
Nuit	42	2,5
Horaire variable	266	15,8
Total	1 685	100,0
<b>Nombre d'heures généralement travaillées par jour</b>		
Moins de huit heures	759	44,9
Huit à dix heures	864	51,1
Onze à douze heures	45	2,7
Plus de douze heures	22	1,3
Total	1 690	100,0
<b>Posture de travail</b>		
Debout plus de quatre heures par jour	900	53,2
Assise durant presque toute la durée de travail	664	39,3
Autre(s)	127	7,5
Total	1 691	100,0

**Tableau 7 (suite)**  
**Caractéristiques économiques et caractéristiques de l'emploi des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Principal moyen de transport pour aller au travail</b>		
À pied seulement	65	3,9
À bicyclette seulement	4	0,2
En véhicule automobile seulement	1 420	85,4
En transport en commun seulement	106	6,4
En véhicule automobile et en transport en commun	41	2,5
Autres combinaisons de plus d'un moyen de transport	27	1,6
Total	1 663	100,0
<b>Temps requis pour aller au travail et revenir à la maison (aller/retour)</b>		
Moins de 30 minutes	737	44,4
De 30 minutes à 60 minutes	602	36,3
Plus de 60 minutes	320	19,3
Total	1 659	100,0

Notes : La principale source de revenus de la mère est inconnue dans 15 cas sur 2 159 (0,7 %).  
 L'occupation ou non d'un emploi par la mère est inconnue dans 11 cas sur 2 159 (0,5 %).  
 Le type de travail fait par la mère est inconnu dans 15 cas sur 1 699 (0,9 %).  
 L'horaire de travail de la mère est inconnu dans 14 cas sur 1 699 (0,8 %).  
 Le nombre d'heures généralement travaillées par la mère est inconnu dans 9 cas sur 1 699 (0,5 %).  
 La posture de travail de la mère est inconnue dans 8 cas sur 1 699 (0,5 %).  
 Le principal moyen de transport utilisé par la mère pour aller au travail est inconnu dans 5 cas sur 1 668 (0,3 %).  
 Aucun moyen de transport n'est utilisé pour 31 mères, car elles déclarent travailler à la maison.  
 Le temps requis par la mère pour aller au travail et revenir à la maison est inconnu dans 9 cas sur 1 668 (0,5 %).

**Tableau 8**  
**Caractéristiques économiques des pères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Principale source de revenus</b>		
Aucun revenu	21	1,0
Travail rémunéré ou travail autonome	1 929	94,6
Chômage	25	1,2
Assistance-emploi	43	2,1
Autres sources de revenus	22	1,1
Total	2 040	100,0

Note : La principale source de revenus du père est inconnue dans 14 cas sur 2 159 (0,6 %). La principale source de revenus du père n'est pas inscrite dans 105 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (4,9 %).

La combinaison de la source de revenus des mères et des pères (vivant ensemble ou séparément) révèle que 96,9 % des couples profitent des revenus de travail d'au moins un des deux conjoints et que 78 % des couples sont composés de deux conjoints qui travaillent (tableau 9). À l'opposé, 1,5 % des couples touchent des prestations de l'assistance-emploi.

**Tableau 9**  
Sources combinées de revenus des mères et des pères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001

Mères	Pères		Aucun revenu		Travail		Chômage		Assistance-emploi		Autre source		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Aucun revenu	2	0,1	239	11,8	3	0,1	4	0,2	4	0,2	4	0,2	252	12,4
Travail, prestations de maternité, CSST	13	0,6	1 583	78,0	18	0,9	7	0,3	9	0,4	1 630	80,3	1 630	80,3
Chômage	0	0,0	37	1,8	1	0,0	1	0,0	2	0,1	41	2,0	41	2,0
Assistance-emploi	5	0,2	33	1,6	2	0,1	31	1,5	2	0,1	73	3,6	73	3,6
Autres sources	1	0,0	28	1,4	0	0,0	0	0,0	5	0,2	34	1,7	34	1,7
Total	21	1,0	1 920	94,6	24	1,2	43	2,1	22	1,1	2 030	100,0	2 030	100,0

Note : La principale source de revenus de la mère ou du père est inconnue dans 24 cas sur 2 159 (1,1 %). La principale source de revenus du père n'est pas inscrite dans 105 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (4,9 %). En tout, 129 cas ne sont pas pris en compte (6 %).

Parmi les mères qui occupent un emploi au début de leur grossesse, 81,4 % ont un emploi à temps plein, alors que les autres travaillaient à temps partiel (16,3 %) ou sur appel (2,3 %). Les trois quarts des mères qui travaillent (74,8 %) le font le jour et c'est une faible minorité qui travaillent le soir (6,9 %) ou la nuit (2,5 %). Par contre, 15,8 % ont un horaire variable (tableau 7).

Une très faible proportion de mères déclarent avoir un emploi rémunéré ou autonome travaillent onze heures et plus par jour (4 %). La moitié travaillent plutôt de huit à dix heures par jour (51,1 %) et 44,9 % moins de huit heures. Toujours parmi les mères qui travaillent, la moitié (53,2 %) sont debout plus de quatre heures par jour au travail et environ quatre sur dix (39,3 %) sont assises presque toute la durée de travail (tableau 7).

L'automobile est, sans contredit, le moyen de transport le plus utilisé pour aller au travail (87,9 %). Une mère sur cinq occupant un emploi (19,3 %) prend plus de une heure par jour pour aller au travail et en revenir. Le tiers (36,3 %) y consacre de 30 à 60 minutes et environ une sur deux (44,4 %) moins de 30 minutes (tableau 7).

Selon le tableau 10, les mères sont, en proportion, nettement plus nombreuses que les pères (43,7 % contre 28,4 %) à avoir une occupation professionnelle (médecin, infirmière, avocate, musicienne, etc.). Ces derniers sont par contre proportionnellement

plus nombreux à avoir un poste de cadre (5,6 %) que les mères (2 %). Près de la moitié des pères occupent des emplois manuels (47 % comme travailleurs dans une usine ou une manufacture et 1,1 % comme agriculteurs), alors que seulement 7,4 % des mères travaillent dans une usine ou une manufacture et 0,7 % sont agricultrices. À l'opposé, les mères sont fortement représentées parmi les emplois de bureau<sup>11</sup> (14,6 %) et les emplois associés à la vente et aux services<sup>12</sup> (31,6 %), tandis que ce n'est pas le cas pour les pères (5 % et 12,8 %, respectivement).

**Tableau 10**  
**Titre d'emploi des mères et des pères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Titre d'emploi des mères</b>		
Cadre supérieure et intermédiaire	33	2,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	717	43,7
Employée de bureau	239	14,6
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	519	31,6
Agricultrice, éleveuse	11	0,7
Travailleuse manuelle	121	7,4
Total	1 640	100,0
<b>Titre d'emploi des pères</b>		
Cadre supérieur et intermédiaire	104	5,6
Professionnel, médecin, infirmier, etc.	526	28,4
Employé de bureau	93	5,0
Vendeur, caissier, coiffeur, serveur, etc.	237	12,8
Agriculteur, éleveur	21	1,1
Travailleur manuel	871	47,0
Total	1 852	100,0

Notes : Le titre d'emploi de la mère est inconnu dans 59 cas sur 1 699 (3,5 %).

Le titre d'emploi du père est inconnu dans 112 cas sur 2 159 (5,2 %). Le titre d'emploi du père n'a pas été inscrit dans 106 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (4,9 %).

Le titre d'emploi du père est aussi absent dans 89 autres cas, car la mère déclare qu'il ne travaille pas (4,1 %).

### 2.1.3 Caractéristiques morphologiques des mères

Selon le tableau 11, près des trois quarts des mères mesurent 160 centimètres et plus (74,6 %). Seulement 6,7 % des mères mesurent moins de 155 centimètres et 18,8 % font de 155 à 159 centimètres. Au début de leur grossesse, 12,2 % des mères pesaient moins de 50 kilogrammes et 11 % faisaient 80 kilogrammes et plus. Même si beaucoup d'entre

<sup>11</sup> Secrétaire, commis, réceptionniste, etc.

<sup>12</sup> Coiffeuse, vendeuse, caissière, serveuse, etc.

elles se situent dans l'un ou l'autre de ces extrêmes (23,2 %), la majorité des mères ont un poids qui oscille entre 50 et 69 kilogrammes (63,2 %).

Six mères sur dix (61,7 %) présentent un indice de masse corporelle<sup>13</sup> adéquat (poids en kilogrammes divisé par la taille en mètre au carré), alors que 22,8 % ont un poids corporel insuffisant et 15,6 % un surplus de poids<sup>14</sup>.

**Tableau 11**  
**Caractéristiques morphologiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Taille des mères</b>		
Moins de 155 centimètres	141	6,7
155 à 159 centimètres	396	18,8
160 à 164 centimètres	625	29,6
165 à 169 centimètres	526	24,9
170 centimètres et plus	423	20,0
Total	2 111	100,0
<b>Poids des mères avant la grossesse</b>		
Moins de 50 kilogrammes	260	12,2
50 à 59 kilogrammes	799	37,5
60 à 69 kilogrammes	549	25,8
70 à 79 kilogrammes	290	13,6
80 à 89 kilogrammes	115	5,4
90 kilogrammes et plus	119	5,6
Total	2 132	100,0
<b>Indice de masse corporelle</b>		
Moins de 20	476	22,8
20 à 27	1 289	61,7
28 et plus	325	15,6
Total	2 090	100,0

Notes : La taille de la mère est inconnue dans 48 cas sur 2 159 (2,2 %).

Le poids de la mère avant la grossesse est inconnu dans 27 cas sur 2 159 (1,3 %).

L'indice de masse corporelle de la mère est inconnu dans 69 cas sur 2 159 (3,2 %).

Les mères qui présentent une insuffisance de poids sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses parmi celles qui sont âgées de moins de vingt ans (43,7 %) (tableau 12). C'est à 30-34 ans que ce pourcentage est le plus faible (16,6 %). L'insuffisance pondérale est également plus souvent observée parmi les mères n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (31,5 %) comparativement aux mères plus instruites. Ainsi, la proportion se situe à 23,8 % pour celles qui déclarent de onze à quatorze ans de scolarité

<sup>13</sup> C'est l'indice de masse corporelle qui est généralement utilisé pour évaluer le surplus ou le déficit de poids d'une personne.

<sup>14</sup> Selon l'Enquête sociale et de santé (ESS) 1998, 17,2 % des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus affichent une insuffisance pondérale et 22,8 % un surplus de poids (Guillemette et autres, 2001).

et elle baisse à 18,1 % pour celles qui ont fait des études universitaires (quinze ans et plus de scolarité). Au même titre que les mères moins instruites, les mères prestataires de l'assistance-emploi présentent plus souvent un poids insuffisant (39,3 %). À titre d'exemple, le pourcentage se chiffre à 21,4 % pour les mères qui ont un travail rémunéré ou autonome. La mise en commun du titre d'emploi avec l'indice de masse corporelle révèle que les professionnelles se retrouvent parmi celles qui ont le moins souvent une insuffisance pondérale (18,8 %), alors que la situation inverse est observée chez les mères qui occupent un emploi dans les services (24,5 %).

**Tableau 12**  
**Poids insuffisant au début de la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Poids insuffisant au début de la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	31	43,7	40	56,3	71	100,0
20-24 ans	113	28,9	278	71,1	391	100,0
25-29 ans	182	21,9	650	78,1	832	100,0
30-34 ans	94	16,6	472	83,4	566	100,0
35 ans et plus	53	24,2	166	75,8	219	100,0
Total	473	22,8	1 606	77,2	2 079	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	90	31,5	196	68,5	286	100,0
11-14 ans	238	23,8	760	76,2	998	100,0
15 ans et plus	141	18,1	636	81,9	777	100,0
Total	469	22,8	1 592	77,2	2 061	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	63	24,7	192	75,3	255	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	297	21,4	1 088	78,6	1 385	100,0
Chômage	10	23,3	33	76,7	43	100,0
Assistance-emploi	44	39,3	68	60,7	112	100,0
Prestations de maternité ou CSST	45	18,4	200	81,6	245	100,0
Autres sources de revenus	11	30,6	25	69,4	36	100,0
Total	470	22,6	1 606	77,4	2 076	100,0

**Tableau 12 (suite)**  
**Poids insuffisant au début de la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Poids insuffisant au début de la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	7	21,9	25	78,1	32	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	132	18,8	571	81,2	703	100,0
Employée de bureau	54	23,1	180	76,9	234	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	123	24,5	379	75,5	502	100,0
Agricultrice, éleveuse	1	11,1	8	88,9	9	100,0
Travailleuse manuelle	26	22,6	89	77,4	115	100,0
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>21,5</b>	<b>1 252</b>	<b>78,5</b>	<b>1 595</b>	<b>100,0</b>

Notes : Le poids au début de la grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 80 cas sur 2 159 (3,7 %).

Le poids au début de la grossesse et la scolarité de la mère sont inconnus dans 98 cas sur 2 159 (4,5 %).

Le poids au début de la grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnus dans 83 cas sur 2 159 (3,8 %).

Le poids au début de la grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 104 cas sur 1 699 (6,1 %).

Contrairement à l'insuffisance pondérale, le surplus de poids est plus souvent observé parmi les mères âgées de 20 à 24 ans (17,4 %) et de 25 à 29 ans (17,9 %) (tableau 13). C'est plutôt à moins de vingt ans (7 %) et à 35 ans et plus (9,6 %) que les mères déclarent le moins fréquemment un surplus de poids. Le surplus de poids serait, toutes proportions gardées, moins fréquent chez les mères moins instruites (14,7 %) et chez les plus instruites (14,4 %), comparativement aux autres mères (16,6 %). Il en serait de même pour celles qui sont prestataires de l'assistance-emploi (13,4 %) et celles qui occupent un emploi rémunéré ou autonome (15,1 %). Parmi les mères qui occupent un emploi, le surplus de poids serait aussi moins souvent observé parmi celles qui travaillent dans les services (12,9 %) et celles qui occupent un emploi manuel (13,9 %).



**Tableau 13**  
**Surplus de poids au début de la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Surplus de poids au début de la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	5	7,0	66	93,0	71	100,0
20-24 ans	68	17,4	323	82,6	391	100,0
25-29 ans	149	17,9	683	82,1	832	100,0
30-34 ans	81	14,3	485	85,7	566	100,0
35 ans et plus	21	9,6	198	90,4	219	100,0
Total	324	15,6	1 755	84,4	2 079	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	42	14,7	244	85,3	286	100,0
11-14 ans	166	16,6	832	83,4	998	100,0
15 ans et plus	112	14,4	665	85,6	777	100,0
Total	320	15,5	1 741	84,5	2 061	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	42	16,5	213	83,5	255	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	209	15,1	1 176	84,9	1 385	100,0
Chômage	10	23,3	33	76,7	43	100,0
Assistance-emploi	15	13,4	97	86,6	112	100,0
Prestations de maternité ou CSST	42	17,1	203	82,9	245	100,0
Autres sources de revenus	7	19,4	29	80,6	36	100,0
Total	325	15,7	1 751	84,3	2 076	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	5	15,6	27	84,4	32	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	106	15,1	597	84,9	703	100,0
Employée de bureau	52	22,2	182	77,8	234	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	65	12,9	437	87,1	502	100,0
Agricultrice, éleveuse	2	22,2	7	77,8	9	100,0
Travailleuse manuelle	16	13,9	99	86,1	115	100,0
Total	246	15,4	1 349	84,6	1 595	100,0

Notes : Le surplus de poids au début de la grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 80 cas sur 2 159 (3,7 %).

Le surplus de poids au début de la grossesse et la scolarité de la mère sont inconnus dans 98 cas sur 2 159 (4,5 %).

Le surplus de poids au début de la grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnus dans 83 cas sur 2 159 (3,8 %).

Le surplus de poids au début de la grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 104 cas sur 1 699 (6,1 %).

## 2.2 Histoire obstétricale des mères

Selon les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, trois mères sur dix (30,8 %) en sont à leur première grossesse, un peu plus du tiers (34,4 %) en sont à leur seconde, 18,7 % à une troisième et 16 % déclarent au moins une quatrième grossesse (tableau 14). En ne considérant que les naissances vivantes, 44 % des mères déclarent en être à leur première naissance vivante (primipare) et seulement 4,2 % disent avoir eu quatre naissances vivantes ou plus.

Cet écart entre le nombre de grossesses et le nombre de naissances vivantes s'explique par des issues de grossesse qui n'aboutissent pas toujours à une naissance vivante. Ainsi, près du quart des mères (23,4 %) disent avoir eu au moins une fausse couche avant leur dernière grossesse et le sixième (17,4 %) déclarent avoir eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG).

**Tableau 14**  
Histoire obstétricale des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001

	Nb	%
<b>Nombre de grossesses</b>		
1	662	30,8
2	739	34,4
3	401	18,7
4 et plus	344	16,0
Total	2 146	100,0
<b>Nombre de naissances vivantes (parité)</b>		
1	943	44,0
2	855	39,9
3	255	11,9
4 et plus	90	4,2
Total	2 143	100,0
<b>Nombre de fausses couches</b>		
0	1 644	76,6
1	379	17,7
2 et plus	122	5,7
Total	2 145	100,0
<b>Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)</b>		
0	1 773	82,6
1	287	13,4
2 et plus	87	4,1
Total	2 147	100,0

Notes : Le nombre de grossesses est inconnu dans 13 cas sur 2 159 (0,6 %).  
Le nombre de naissances vivantes est inconnu dans 16 cas sur 2 159 (0,7 %).  
Le nombre de fausses couches est inconnu dans 14 cas sur 2 159 (0,6 %).  
Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est inconnu dans 12 cas sur 2 159 (0,6 %).

Les fausses couches sont, en proportion, plus souvent déclarées parmi les mères âgées de 30 à 34 ans (27 %) et de 35 ans et plus (35,4 %) (tableau 15). Probablement parce que leur histoire obstétricale y est plus courte, c'est à moins de vingt ans que les mères sont proportionnellement moins nombreuses à avoir eu au moins une fausse couche (9,2 %). C'est parmi les mères moins scolarisées (29,7 %) que les fausses couches sont le plus fréquemment observées, alors que c'est la situation inverse pour celles qui sont les plus scolarisées (20,3 %). Le pourcentage de mères qui déclarent au moins une fausse couche est plus élevé chez celles qui ne touchent pas de revenus (31,2 %) et celles qui sont prestataires de l'assistance-emploi (30,6 %). Parmi les mères qui occupent un emploi, cette proportion serait plus élevée chez les travailleuses agricoles (36,4 %), les employées de bureau (24,5 %) et les cadres (24,2 %)<sup>15</sup>.

**Tableau 15**  
Fausses couches selon certaines caractéristiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001

Caractéristiques des mères	Fausses couches					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	7	9,2	69	90,8	76	100,0
20-24 ans	87	21,5	318	78,5	405	100,0
25-29 ans	168	19,8	679	80,2	847	100,0
30-34 ans	156	27,0	422	73,0	578	100,0
35 ans et plus	80	35,4	146	64,6	226	100,0
Total	498	23,4	1 634	76,6	2 132	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	92	29,7	218	70,3	310	100,0
11-14 ans	243	23,8	778	76,2	1 021	100,0
15 ans et plus	159	20,3	624	79,7	783	100,0
Total	494	23,4	1 620	76,6	2 114	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	82	31,2	181	68,8	263	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	302	21,4	1 110	78,6	1 412	100,0
Chômage	8	17,8	37	82,2	45	100,0
Assistance-emploi	37	30,6	84	69,4	121	100,0
Prestations de maternité ou CSST	60	23,6	194	76,4	254	100,0
Autres sources de revenus	9	25,7	26	74,3	35	100,0
Total	498	23,4	1 632	76,6	2 130	100,0

<sup>15</sup> La faible taille des effectifs impliqués dans certaines catégories d'emploi rend toutefois l'interprétation de ces proportions hasardeuse. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le conditionnel est employé pour présenter les résultats.

**Tableau 15 (suite)**  
**Fausse couches selon certaines caractéristiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Fausse couches					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	8	24,2	25	75,8	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	157	22,0	556	78,0	713	100,0
Employée de bureau	58	24,5	179	75,5	237	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	102	19,8	414	80,2	516	100,0
Agricultrice, éleveuse	4	36,4	7	63,6	11	100,0
Travailleuse manuelle	25	20,8	95	79,2	120	100,0
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>21,7</b>	<b>1 276</b>	<b>78,3</b>	<b>1 630</b>	<b>100,0</b>

Notes : L'existence de fausses couches et l'âge de la mère sont inconnus dans 27 cas sur 2 159 (1,3 %).

L'existence de fausses couches et la scolarité de la mère sont inconnues dans 45 cas sur 2 159 (2,1 %).

L'existence de fausses couches et la principale source de revenus de la mère sont inconnues dans 29 cas sur 2 159 (1,3 %).

L'existence de fausses couches et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 69 cas sur 1 699 (4,1 %).

Selon les données du tableau 16, c'est à 20-24 ans que les mères sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer une IVG (21 %). Inversement, c'est à 35 ans et plus (15 %) et à 30-34 ans (16,2 %) que les pourcentages sont les plus faibles. Au même titre que les fausses couches, c'est parmi les mères les moins scolarisées (24,1 %) que la déclaration d'au moins une IVG est la plus fréquente. À titre comparatif, la proportion chute à 13,8 % pour les mères qui ont fait des études universitaires. Ce sont les prestataires de l'assistance-emploi (33,1 %) qui sont, toutes proportions gardées, les plus nombreuses à déclarer au moins une IVG, alors que la proportion la plus faible est observée chez les mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome (15,2 %). Quant au titre d'emploi, c'est parmi les mères qui travaillent dans le secteur des services que le pourcentage est le plus élevé (21,3 %).

**Tableau 16**  
**Interruptions volontaires de grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Interruptions volontaires de grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	13	17,1	63	82,9	76	100,0
20-24 ans	85	21,0	320	79,0	405	100,0
25-29 ans	146	17,2	701	82,8	847	100,0
30-34 ans	94	16,2	486	83,8	580	100,0
35 ans et plus	34	15,0	192	85,0	226	100,0
Total	372	17,4	1 762	82,6	2 134	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	75	24,1	236	75,9	311	100,0
11-14 ans	188	18,4	834	81,6	1 022	100,0
15 ans et plus	108	13,8	675	86,2	783	100,0
Total	371	17,5	1 745	82,5	2 116	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	51	19,3	213	80,7	264	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	215	15,2	1 197	84,8	1 412	100,0
Chômage	12	26,7	33	73,3	45	100,0
Assistance-emploi	40	33,1	81	66,9	121	100,0
Prestations de maternité ou CSST	44	17,3	210	82,7	254	100,0
Autres sources de revenus	10	27,8	26	72,2	36	100,0
Total	372	17,4	1 760	82,6	2 132	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	6	18,2	27	81,8	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	87	12,2	626	87,8	713	100,0
Employée de bureau	37	15,6	200	84,4	237	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	110	21,3	406	78,7	516	100,0
Agricultrice, éleveuse	1	9,1	10	90,9	11	100,0
Travailleuse manuelle	23	19,2	97	80,8	120	100,0
Total	264	16,2	1 366	83,8	1 630	100,0

Notes : L'existence d'interruptions volontaires de grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 25 cas sur 2 159 (1,2 %).

L'existence d'interruptions volontaires de grossesse et la scolarité de la mère sont inconnues dans 43 cas sur 2 159 (2 %).

L'existence d'interruptions volontaires de grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnues dans 27 cas sur 2 159 (1,3 %).

L'existence d'interruptions volontaires de grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 69 cas sur 1 699 (4,1 %).

## 2.3 Habitudes de vie des mères

### 2.3.1 Tabagisme

Environ le tiers des mères (34,3 %) affirment avoir fumé du tabac au cours de l'année ayant précédé leur grossesse (tableau 17)<sup>16</sup>. Ce pourcentage chute cependant à 29,3 % pour les mères qui déclarent avoir fumé du tabac au cours de leur grossesse<sup>17</sup>.

Une estimation de la consommation quotidienne de tabac montre que les deux tiers des mères fumeuses (66,2 %) ont consommé dix cigarettes et plus par jour au cours de leur grossesse. Le sixième (16,8 %) en ont fumé vingt et plus. Environ le neuvième des mères faisant usage du tabac (12,7 %) ont déclaré avoir consommé moins de cinq cigarettes par jour au cours de leur grossesse.

L'enquête révèle qu'une minorité de mères fumeuses cessent de fumer du tabac lorsqu'elles sont enceintes, car 79,2 % n'ont jamais arrêté de fumer. De plus, parmi les mères qui ont cessé de fumer quand elles étaient enceintes, pas plus de la moitié l'ont fait dès le premier trimestre de leur grossesse (48 %), 28,6 % au second trimestre et 23,5 % lors du dernier trimestre.

**Tableau 17**  
Usage du tabac avant et durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001

	Nb	%
<b>Usage du tabac au cours des douze mois avant la grossesse</b>		
Oui	735	34,3
Non	1 408	65,7
Total	2 143	100,0
<b>Usage du tabac pendant la grossesse</b>		
Oui	629	29,3
Non	1 518	70,7
Total	2 147	100,0
<b>Quantité de cigarettes fumées chaque jour durant la grossesse</b>		
Moins de 5	68	12,7
5 à 9	113	21,1
10 à 19	265	49,4
20 et plus	90	16,8
Total	536	100,0

**Tableau 17 (suite)**

<sup>16</sup> Selon les données de l'ESS 1998, 38,9 % des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus fument occasionnellement ou régulièrement en 1998. Au Québec, à la même période, cette proportion se situe à 32,6 % (Guillemette et autres, 2001).

<sup>17</sup> Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 12 % des Canadiennes enceintes âgées de 20 à 44 ans ont fumé régulièrement du tabac durant leur plus récente grossesse (Santé Canada, 2003).

**Usage du tabac avant et durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Usage du tabac durant toute la grossesse</b>		
Oui	498	79,2
Non	131	20,8
Total	629	100,0
<b>Trimestre de grossesse lors de l'arrêt du tabagisme</b>		
Premier trimestre	47	48,0
Second trimestre	28	28,6
Troisième trimestre	23	23,5
Total	98	100,0

Notes : L'usage du tabac par la mère au cours des douze mois avant la grossesse est inconnu dans 16 cas sur 2 159 (0,7 %).

L'usage du tabac par la mère durant la grossesse est inconnu dans 12 cas sur 2 159 (0,6 %).

La quantité de cigarettes consommées par jour par la mère est inconnue dans 93 cas sur 629 (14,8 %).

Le trimestre de grossesse lors de l'arrêt du tabagisme est inconnu dans 33 cas sur 131 (25,2 %).

L'usage du tabac est nettement plus fréquent parmi les mères âgées de moins de vingt ans (56,6 %) et de 20 à 24 ans (41,9 %) qu'il ne l'est chez celles qui sont âgées de 25 ans et plus (entre 20,8 % et 25,5 %) (tableau 18). Il est également très répandu chez les mères moins scolarisées (56 %), alors qu'il ne semble pas que ce soit le cas chez celles qui sont les plus instruites (13,3 %). Le tabagisme demeure plus populaire parmi les prestataires de l'assistance-emploi (65 %) et les chômeuses (42,2 %). Il l'est par contre beaucoup moins au sein des mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome (23,9 %). Parmi les mères qui occupent un emploi, ce sont les professionnelles qui affichent la plus faible proportion de fumeuses (17,6 %), tandis que la plus élevée est observée chez les travailleuses manuelles (37,2 %).

**Tableau 18**  
**Usage du tabac durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Usage du tabac durant la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	43	56,6	33	43,4	76	100,0
20-24 ans	169	41,9	234	58,1	403	100,0
25-29 ans	217	25,5	634	74,5	851	100,0
30-34 ans	146	25,2	433	74,8	579	100,0
35 ans et plus	47	20,8	179	79,2	226	100,0
Total	622	29,1	1 513	70,9	2 135	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	173	56,0	136	44,0	309	100,0
11-14 ans	339	33,1	684	66,9	1 023	100,0
15 ans et plus	104	13,3	680	86,7	784	100,0
Total	616	29,1	1 500	70,9	2 116	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	93	35,4	170	64,6	263	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	338	23,9	1 075	76,1	1 413	100,0
Chômage	19	42,2	26	57,8	45	100,0
Assistance-emploi	78	65,0	42	35,0	120	100,0
Prestations de maternité ou CSST	79	30,9	177	69,1	256	100,0
Autres sources de revenus	15	41,7	21	58,3	36	100,0
Total	622	29,2	1 511	70,8	2 133	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	8	24,2	25	75,8	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	126	17,6	590	82,4	716	100,0
Employée de bureau	71	30,0	166	70,0	237	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	175	34,0	340	66,0	515	100,0
Agricultrice, éleveuse	2	18,2	9	81,8	11	100,0
Travailleuse manuelle	45	37,2	76	62,8	121	100,0
Total	427	26,1	1 206	73,9	1 633	100,0

Notes : L'usage du tabac durant la grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 24 cas sur 2 159 (1,1 %).

L'usage du tabac durant la grossesse et la scolarité de la mère sont inconnus dans 43 cas sur 2 159 (2 %).

L'usage du tabac durant la grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnus dans 26 cas sur 2 159 (1,2 %).

L'usage du tabac durant la grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 66 cas sur 1 699 (3,9 %).



Environ une mère sur cinq (19,8 %) déclare avoir régulièrement été exposée à la fumée de cigarette au travail et près de une sur trois (31,3 %) l'a été au domicile (tableau 19). En combinant l'exposition à la fumée de cigarette au travail et au domicile, la proportion de mères fumeuses et non fumeuses exposées régulièrement grimpe à 37,6 %. Parmi les mères non fumeuses, le cinquième d'entre elles (19,7 %) ont été exposées régulièrement à la fumée du tabac au cours de leur grossesse.

**Tableau 19**  
**Exposition des mères à la fumée de cigarette à tous les jours,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Exposée à la fumée de cigarette au travail (fumeuses et non-fumeuses)</b>		
Oui	320	19,8
Non	1 295	80,2
Total	1 615	100,0
<b>Exposée à la fumée de cigarette au domicile (fumeuses et non-fumeuses)</b>		
Oui	672	31,3
Non	1 472	68,7
Total	2 144	100,0
<b>Exposée à la fumée de cigarette au travail ou au domicile (fumeuses et non-fumeuses)</b>		
Oui	803	37,6
Non	1 335	62,4
Total	2 138	100,0
<b>Exposée à la fumée de cigarette au travail ou au domicile (non-fumeuses seulement)</b>		
Oui	297	19,7
Non	1 210	80,3
Total	1 507	100,0

Notes : L'exposition ou non de la mère à la fumée de cigarette au travail est inconnue dans 19 cas sur 1 634 (0,9 %).  
 L'exposition à la fumée de cigarette au travail n'est pas considérée pour 525 mères qui déclarent ne pas travailler (24,3 %).  
 L'exposition ou non de la mère à la fumée de cigarette au domicile est inconnue dans 15 cas sur 2 159 (0,7 %).  
 L'exposition ou non de la mère à la fumée de cigarette en tous lieux est inconnue dans 21 cas sur 2 159 (1 %).  
 L'exposition ou non de la mère non fumeuse à la fumée de cigarette est inconnue dans 11 cas sur 1 518 (0,7 %).

### 2.3.2 Consommation de caféine

Selon les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, la presque totalité des mères ont consommé de la caféine (café, thé, chocolat et cola) au cours de leur grossesse. Le tableau 20 montre en effet que 96,5 % des mères ont pris de la caféine au cours de leur grossesse. Environ quatre mères sur dix (39,4 %) déclarent en avoir pris rarement, le tiers (34,4 %) presque tous les jours et près de une sur quatre (22,7 %) à tous les jours.

**Tableau 20**  
**Consommation de caféine chez les mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Consommation de caféine durant la grossesse</b>		
Oui, à tous les jours	487	22,7
Oui, presque tous les jours	737	34,4
Oui, rarement	846	39,4
Non	75	3,5
Total	2 145	100,0

Note : La consommation ou non de caféine par la mère est inconnue dans 14 cas sur 2 159 (0,6 %).

### 2.3.3 Consommation d'alcool

Une mère sur trois (32,2 %) affirme avoir bu de l'alcool au cours de sa grossesse<sup>18</sup>. Parmi celles-ci, 33,1 % ont consommé de la bière, 73,2 % du vin et 7,1 % des spiritueux (tableau 21). Quant à la quantité d'alcool ingurgitée, une faible proportion de mères reconnaissent avoir pris plus de deux consommations alcoolisées par semaine au cours de leur grossesse et plus de la moitié (56,1 %) déclarent avoir bu moins de une consommation par semaine au cours de leur grossesse. Un peu moins de quatre sur dix (38,5 %) disent en avoir pris de une à deux fois par semaine en moyenne et 4,9 % de trois à six fois. Toujours selon les données de l'enquête, moins de 1 % des femmes auraient consommé de l'alcool sept fois et plus par semaine durant leur grossesse.

---

<sup>18</sup> L'ESS 1998 révèle que 79,8 % des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus consomment régulièrement de l'alcool (Guillemette et autres, 2001).

**Tableau 21**  
**Consommation d'alcool chez les mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%	
<b>Consommation d'alcool durant la grossesse</b>			
Oui	691	32,2	
Non	1 456	67,8	
Total	2 147	100,0	
<b>Type d'alcool consommé durant la grossesse</b>			
	Nb	% Mères consommatrices	% Ensemble des mères
Bière	229	33,1	10,7
Vin	506	73,2	23,6
Spiritueux	49	7,1	2,3
Ensemble des consommatrices d'alcool	691	--	--
<b>Nombre moyen de consommations<sup>1</sup> d'alcool par semaine durant la grossesse (consommatrices d'alcool seulement)</b>			
	Nb	% Mères consommatrices	% Ensemble des Mères
Moins de une	309	56,1	14,4
1 à 2	212	38,5	9,9
3 à 6	27	4,9	1,3
7 à 13	2	0,4	0,1
14 et plus	1	0,2	0,0
Total	551	100,0	--

<sup>1</sup> Pour les besoins de cette enquête, une consommation d'alcool correspond à une bouteille de bière (sauf 0,5 %), un verre de vin ou un verre de spiritueux.

Notes : La consommation ou non d'alcool par la mère est inconnue dans 12 cas sur 2 159 (0,6 %).

Une mère peut consommer plus d'un type d'alcool.

Le type d'alcool consommé durant la grossesse est inconnu dans 50 cas sur 691 (7,2 %).

La consommation hebdomadaire d'alcool est estimée en combinant la consommation de tous les types d'alcool.

La quantité d'alcool consommé est inconnue dans 140 cas sur 691 (20,3 %).

La consommation d'alcool durant la grossesse est plus fréquente parmi les mères âgées de 25 ans et plus qu'elle ne l'est chez les autres mères (tableau 22). À moins de vingt ans et à 20-24 ans, les consommatrices d'alcool forment respectivement 19,7 % et 24,9 % des effectifs, alors que la proportion grimpe à plus de 30 % aux autres âges. La consommation d'alcool est également en relation avec la scolarité des mères puisque la proportion de consommatrices varie de 16,8 % pour les mères moins scolarisées à 40,2 % pour celles qui ont fait des études universitaires. Il en est de même pour la source de revenus, car les mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome (35,6 %) sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à consommer de l'alcool

durant leur grossesse que celles qui n'ont pas de revenus (24,7 %), qui sont en chômage (20 %) ou qui sont prestataires de l'assistance-emploi (12,5 %). Enfin, les professionnelles (42 %) et les cadres (36,4 %) présentent les pourcentages les plus élevés de consommatrices d'alcool durant la grossesse comparativement aux autres titres d'emploi.

**Tableau 22**  
**Consommation d'alcool durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Consommation d'alcool durant la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	15	19,7	61	80,3	76	100,0
20-24 ans	100	24,9	302	75,1	402	100,0
25-29 ans	292	34,3	559	65,7	851	100,0
30-34 ans	210	36,2	370	63,8	580	100,0
35 ans et plus	69	30,5	157	69,5	226	100,0
Total	686	32,1	1 449	67,9	2 135	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	52	16,8	258	83,2	310	100,0
11-14 ans	314	30,7	709	69,3	1 023	100,0
15 ans et plus	315	40,2	468	59,8	783	100,0
Total	681	32,2	1 435	67,8	2 116	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	65	24,7	198	75,3	263	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	502	35,6	910	64,4	1 412	100,0
Chômage	9	20,0	36	80,0	45	100,0
Assistance-emploi	15	12,5	105	87,5	120	100,0
Prestations de maternité ou CSST	82	31,9	175	68,1	257	100,0
Autres sources de revenus	13	36,1	23	63,9	36	100,0
Total	686	32,2	1 447	67,8	2 133	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	12	36,4	21	63,6	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	300	42,0	415	58,0	715	100,0
Employée de bureau	70	29,4	168	70,6	238	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	158	30,7	357	69,3	515	100,0
Agricultrice, éleveuse	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Travailleuse manuelle	29	24,0	92	76,0	121	100,0
Total	572	35,0	1 061	65,0	1 633	100,0

Notes : La consommation d'alcool durant la grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 24 cas sur 2 159 (1,1 %).

La consommation d'alcool durant la grossesse et la scolarité de la mère sont inconnues dans 43 cas sur 2 159 (2 %).

La consommation d'alcool durant la grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnues dans 26 cas sur 2 159 (1,2 %).

La consommation d'alcool durant la grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 66 cas sur 1 699 (3,9 %).

### 2.3.4 Consommation de drogues

L'enquête *Grossesse et habitudes de vie* révèle que 62 participantes (2,9 %) ont déclaré avoir consommé de la drogue au cours de leur grossesse (tableau 23)<sup>19</sup>. Parmi celles-ci, 91,7 % ont pris du haschich ou de la marijuana, 1,7 % ont consommé de la cocaïne ou du crack, 3,3 % ont pris une combinaison de haschich et de cocaïne et 3,3 % d'autres types de drogues<sup>20</sup>.

Toujours parmi les consommatrices de drogues, 38,3 % des mères ont pris de la drogue de une à quatre fois durant leur grossesse et 14,9 % de cinq à neuf fois. Cette proportion grimpe à 17 % pour celles qui avouent en avoir consommé de dix à dix-neuf fois durant leur grossesse et elle s'élève à 29,8 % pour celles qui en ont pris vingt fois et plus.

**Tableau 23**  
**Consommation de drogues chez les mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%	
<b>Consommation de drogues durant la grossesse</b>			
Oui	62	2,9	
Non	2 080	97,1	
Total	2 142	100,0	
	Nb	% Mères consommatrices	% Ensemble des mères
<b>Type de drogues consommées durant la grossesse</b>			
Haschich, marijuana	55	91,7	2,6
Cocaïne, crack	1	1,7	0,0
Haschich et cocaïne	2	3,3	0,1
Autres	2	3,3	0,1
Total	60	100,0	--
	Nb	% Mères consommatrices	% Ensemble des Mères
<b>Fréquence de la consommation de drogues durant la grossesse (consommatrices de drogues seulement)</b>			
1 à 4 fois	18	38,3	0,8
5 à 9 fois	7	14,9	0,3
10 à 19 fois	8	17,0	0,4
20 fois et plus	14	29,8	0,7
Total	47	100,0	--

Notes : La consommation ou non de drogues par la mère est inconnue dans 17 cas (0,8 %).

Le type de drogues consommées durant la grossesse est inconnu dans 2 cas sur 62 (3,2 %).

La fréquence de la consommation de drogues est inconnue dans 15 cas sur 62 (24,2 %).

La fréquence de la consommation de drogues prend en compte tous les types de drogues consommées.

<sup>19</sup> Les données de l'ESS 1998 révèlent que 15,4 % des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus sont des consommatrices de drogues (Guillemette et autres, 2001).

<sup>20</sup> Selon des études américaines, l'abus de substances psychoactives toucherait de 5,5 % à 10 % des femmes enceintes. D'autres études américaines soutiennent que, suite à des tests urinaires lors de l'accouchement, de 1,9 % à 3 % des mères avaient consommé de la marijuana, de 0,8 % à 2,8 % de la cocaïne et de 1,5 % à 1,7 % des opiacés (Guyon et autres, 1998).

La consommation de drogues durant la grossesse est nettement plus répandue parmi les mères âgées de moins de vingt ans (14,5 %) et de 20 à 24 ans (8 %) comparativement aux mères plus âgées (tableau 24). La proportion de consommatrices de drogues est également plus élevée parmi les mères n'ayant pas un diplôme d'études secondaires (9,8 %) qu'elle ne l'est chez celles qui ont réalisé des études universitaires (0,9 %). Les prestataires de l'assistance-emploi (11,8 %) et les mères en chômage (11,4 %) sont également plus nombreuses, en proportion, à consommer de la drogue durant leur grossesse que les mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome (1,7 %). Parmi les mères qui occupent un emploi, la consommation de drogues semble être plus fréquente chez celles qui ont un travail manuel (5 %) et chez celles qui œuvrent dans les services (4,1 %).

**Tableau 24**  
**Consommation de drogues durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Consommation de drogues durant la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	11	14,5	65	85,5	76	100,0
20-24 ans	32	8,0	368	92,0	400	100,0
25-29 ans	12	1,4	838	98,6	850	100,0
30-34 ans	6	1,0	572	99,0	578	100,0
35 ans et plus	1	0,4	225	99,6	226	100,0
Total	62	2,9	2 068	97,1	2 130	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	30	9,8	277	90,2	307	100,0
11-14 ans	25	2,4	996	97,6	1 021	100,0
15 ans et plus	7	0,9	776	99,1	783	100,0
Total	62	2,9	2 049	97,1	2 111	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	10	3,8	253	96,2	263	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	24	1,7	1 385	98,3	1 409	100,0
Chômage	5	11,4	39	88,6	44	100,0
Assistance-emploi	14	11,8	105	88,2	119	100,0
Prestations de maternité ou CSST	8	3,1	249	96,9	257	100,0
Autres sources de revenus	1	2,8	35	97,2	36	100,0
Total	62	2,9	2 066	97,1	2 128	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	0	0,0	33	100,0	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	6	0,8	709	99,2	715	100,0
Employée de bureau	4	1,7	232	98,3	236	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	21	4,1	493	95,9	514	100,0
Agricultrice, éleveuse	0	0,0	11	100,0	11	100,0
Travailleuse manuelle	6	5,0	115	95,0	121	100,0
Total	37	2,3	1 593	97,7	1 630	100,0

Notes : La consommation de drogues durant la grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 29 cas sur 2 159 (1,3 %).  
 La consommation de drogues durant la grossesse et la scolarité de la mère sont inconnues dans 48 cas sur 2 159 (2,2 %).  
 La consommation de drogues durant la grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnues dans 31 cas sur 2 159 (1,4 %).  
 La consommation de drogues durant la grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 69 cas sur 1 699 (4,1 %).

## 2.4 Période prénatale

### 2.4.1 Gain de poids durant la grossesse

Environ une mère sur six (17,9 %) déclare une perte de poids ou un gain pondéral de dix kilogrammes et moins durant sa grossesse (tableau 25)<sup>21</sup>. À l'autre extrême, 19,6 % des mères déclarent un gain pondéral de vingt kilogrammes et plus au cours de leur grossesse. C'est donc près des deux tiers des mères (62,5 %) qui enregistrent un gain de poids variant de onze à dix-neuf kilogrammes.

Ces gains de poids ou ces pertes de poids doivent toutefois être relativisés, car ils peuvent être associés au poids de la mère au début de la grossesse. Ainsi, aucune mère pesant moins de 50 kilogrammes au début de sa grossesse n'affiche une perte de poids ou un gain pondéral nul. Par contre, 9,3 % des mères pesant 80 kilogrammes et plus au début de leur grossesse ont perdu du poids ou n'ont pas pris de poids. Inversement, 87,3 % des mères pesant moins de 50 kilogrammes et 85,2 % des mères pesant de 50 à 79 kilogrammes ont gagné onze kilogrammes et plus durant leur grossesse comparativement à 55,1 % pour celles qui en pesaient 80 kilogrammes et plus. Enfin, il faut retenir que c'est tout de même 12,7 % des mères pesant moins de 50 kilogrammes et 14,9 % des mères pesant entre 50 et 79 kilogrammes qui affichent un gain pondéral inférieur à onze kilogrammes au cours de leur grossesse.

En mettant en rapport le gain de poids durant la grossesse et l'indice de masse corporelle (IMC) des mères, il ressort que 12 % des mères ayant une insuffisance de poids (IMC inférieur à vingt) ont gagné moins de onze kilogrammes durant leur grossesse. Parmi les mères dont l'IMC se situe dans la normalité (IMC de 20 à 27), 14,5 % n'ont pas pris assez de poids et 21,8 % en auraient trop pris durant leur grossesse. Enfin, chez les mères qui présentent un surplus de poids (IMC de 28 et plus), le dixième (10,8 %) déclare un gain de poids de vingt kilogrammes et plus durant la grossesse.

---

<sup>21</sup> Un gain de poids de dix kilogrammes et moins durant la grossesse augmente de beaucoup le risque de donner naissance à un bébé de petit poids (Chomitz, Lieberman et Cheung, 1992).

**Tableau 25**  
**Poids de la mère avant la grossesse, indice de masse corporelle avant la grossesse et gain pondéral**  
**durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur,**  
**2000-2001**

Gain de poids	Poids avant la grossesse						Total	
	Moins de 50 kg		50 à 79 kg		80 kg et plus		Nb	%
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Perte de poids	0	0,0	0	0,0	13	5,5	13	0,6
Aucun gain	0	0,0	9	0,6	9	3,8	18	0,8
1 à 10 kg	33	12,7	232	14,3	84	35,6	349	16,5
11 à 19 kg	175	67,6	1 045	64,3	104	44,1	1 324	62,5
20 kg et plus	51	19,7	339	20,9	26	11,0	416	19,6
Total	259	100,0	1 625	100,0	236	100,0	2 120	100,0

  

Gain de poids	Indice de masse corporelle avant la grossesse						Total	
	Moins de 20		20 -27		28 et plus		Nb	%
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Perte de poids	0	0,0	1	0,1	12	3,7	13	0,6
Aucun gain	0	0,0	7	0,5	10	3,1	17	0,8
1 à 10 kg	57	12,0	178	13,9	109	33,7	344	16,6
11 à 19 kg	329	69,3	815	63,7	157	48,6	1 301	62,6
20 kg et plus	89	18,7	279	21,8	35	10,8	403	19,4
Total	475	100,0	1 280	100,0	323	100,0	2 078	100,0

Notes : Le gain pondéral durant la grossesse et le poids avant la grossesse sont inconnus dans 39 cas sur 2 159 (1,8 %).

L'indice de masse corporelle avant la grossesse et le gain pondéral durant la grossesse sont inconnus dans 81 cas sur 2 159 (3,8 %).

Un gain de poids inférieur à onze kilogrammes durant la grossesse est, toutes proportions gardées, plus fréquent chez les mères âgées de 25 ans et plus et, principalement, chez celles âgées de 30 à 34 ans (22,2 %) et il est plus rare à moins de vingt ans (6,7 %) (tableau 26). C'est parmi les mères moins scolarisées que le gain de poids insuffisant est le plus souvent observé (22,1 %), alors que c'est l'inverse pour les mères plus instruites (16,8 %). C'est aussi parmi les mères qui n'ont pas de revenus (24 %), celles qui sont prestataires de l'assistance-emploi (22,9 %) et les mères en chômage (22,7 %) que le faible gain de poids durant la grossesse est le plus répandu. Parmi les mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome, ce sont celles qui œuvrent dans les services (14,4 %) et les travailleuses manuelles (15,7 %) qui affichent le moins souvent un gain de poids insuffisant durant la grossesse.



**Tableau 26**  
**Gain de poids durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Gain de poids durant la grossesse					
	10 kg et moins	%	11 kg et plus	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	5	6,7	70	93,3	75	100,0
20-24 ans	61	15,4	336	84,6	397	100,0
25-29 ans	146	17,4	693	82,6	839	100,0
30-34 ans	128	22,2	448	77,8	576	100,0
35 ans et plus	38	17,2	183	82,8	221	100,0
Total	378	17,9	1 730	82,1	2 108	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	68	22,1	239	77,9	307	100,0
11-14 ans	180	17,8	832	82,2	1 012	100,0
15 ans et plus	130	16,8	644	83,2	774	100,0
Total	378	18,1	1 715	81,9	2 093	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	63	24,0	200	76,0	263	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	238	17,0	1 158	83,0	1 396	100,0
Chômage	10	22,7	34	77,3	44	100,0
Assistance-emploi	27	22,9	91	77,1	118	100,0
Prestations de maternité ou CSST	36	14,4	214	85,6	250	100,0
Autres sources de revenus	4	11,4	31	88,6	35	100,0
Total	378	17,9	1 728	82,1	2 106	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	8	24,2	25	75,8	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	119	16,8	588	83,2	707	100,0
Employée de bureau	44	18,9	189	81,1	233	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	73	14,4	435	85,6	508	100,0
Agricultrice, éleveuse	2	20,0	8	80,0	10	100,0
Travailleuse manuelle	19	15,7	102	84,3	121	100,0
Total	265	16,4	1 347	83,6	1 612	100,0

Notes : Le gain de poids durant la grossesse et l'âge de la mère sont inconnus dans 51 cas sur 2 159 (2,4 %).

Le gain de poids durant la grossesse et la scolarité de la mère sont inconnus dans 66 cas sur 2 159 (3,1 %).

Le gain de poids durant la grossesse et la principale source de revenus de la mère sont inconnus dans 53 cas sur 2 159 (2,5 %).

Le gain de poids durant la grossesse et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 87 cas sur 1 699 (5,1 %).

## 2.4.2 Consommation de vitamines et de minéraux

Une forte proportion de mères (86,7 %) ont consommé au moins un type de vitamines ou de minéraux durant leur grossesse (tableau 27).

Parmi les consommatrices de vitamines et de minéraux, la plupart ont pris des multivitamines. Parmi celles-ci, les *Materna* ont été les plus populaires (80,5 %) suivies, loin derrière, par les *Prénatal* (4,5 %). Outre les multivitamines, le fer est également un produit fréquemment mentionné, car plus du dixième des mères (12,2 %) ont déclaré en avoir pris pendant leur grossesse. C'est aussi le dixième des mères (10,1 %) qui déclarent avoir consommé de l'acide folique au cours de leur grossesse<sup>22</sup>.

**Tableau 27**  
**Consommation de vitamines et de minéraux par les mères durant la grossesse,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%	
<b>Consommation de vitamines et de minéraux durant la grossesse</b>			
Oui	1 867	86,7	
Non	286	13,3	
Total	2 153	100,0	
	Nb	%	%
		Mères consommatrices	Ensemble des mères
<b>Type de vitamines et de minéraux consommés durant la grossesse</b>			
Multivitamines			
<i>Materna</i>	1 503	80,5	69,8
<i>Prénatal</i>	84	4,5	3,9
<i>Centrum</i>	22	1,2	1,0
<i>Neotinic</i>	13	0,7	0,6
<i>Prénavite</i>	1	0,1	0,0
<i>Autres ou marque non déclarée</i>	59	3,2	2,7
Fer			
<i>Palafer</i>	14	0,7	0,7
<i>Autres ou marque non déclarée</i>	215	11,5	10,0
Acide folique	188	10,1	8,7
Calcium	35	1,9	1,6
Ensemble des consommatrices de vitamines et de minéraux	1 867	--	--
Ensemble des mères ayant répondu à la question	2 153	--	--

Notes : La consommation ou non de vitamines et de minéraux par la mère est inconnue dans 6 cas sur 2 159 (0,3 %).

Le type de vitamines et de minéraux consommés par la mère est inconnu dans 58 cas sur 1 867 (3,1 %).

Une même mère peut consommer plus d'une sorte de vitamines et de minéraux.

<sup>22</sup> Une certaine proportion d'entre elles ont probablement consommé de l'acide folique avant leur grossesse et non pendant.

Les mères âgées de 30 ans et plus (autour de 90 %) sont, en proportion, plus nombreuses que les autres mères (de 81,3 % à 86,2 %) à consommer des vitamines et des minéraux durant leur grossesse (tableau 28). C'est aussi le cas pour les mères ayant fait des études universitaires (92 %) comparativement à celles qui sont moins instruites (76,4 %). En considérant la principale source de revenus, il ressort que ce sont les femmes prestataires de l'assistance-emploi (70 %) qui sont proportionnellement les moins nombreuses à consommer des vitamines et des minéraux durant leur grossesse. À titre d'exemple, la proportion grimpe à 89,2 % pour les mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome. Parmi les mères qui ont un emploi, le pourcentage de consommatrices de vitamines et de minéraux est plus important parmi les cadres (93,9 %) et les professionnelles (91,2 %), tandis qu'il est le plus faible chez celles qui œuvrent dans les services (85,5 %).

**Tableau 28**  
**Consommation de vitamines et de minéraux durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Consommation de vitamines et de minéraux					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	61	81,3	14	18,7	75	100,0
20-24 ans	335	82,7	70	17,3	405	100,0
25-29 ans	735	86,2	118	13,8	853	100,0
30-34 ans	523	90,0	58	10,0	581	100,0
35 ans et plus	204	89,9	23	10,1	227	100,0
Total	1 858	86,8	283	13,2	2 141	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	236	76,4	73	23,6	309	100,0
11-14 ans	881	85,7	147	14,3	1 028	100,0
15 ans et plus	722	92,0	63	8,0	785	100,0
Total	1 839	86,7	283	13,3	2 122	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	215	81,1	50	18,9	265	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	1 263	89,2	153	10,8	1 416	100,0
Chômage	39	86,7	6	13,3	45	100,0
Assistance-emploi	84	70,0	36	30,0	120	100,0
Prestations de maternité ou CSST	222	86,4	35	13,6	257	100,0
Autres sources de revenus	32	88,9	4	11,1	36	100,0
Total	1 855	86,7	284	13,3	2 139	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	31	93,9	2	6,1	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	654	91,2	63	8,8	717	100,0
Employée de bureau	212	88,7	27	11,3	239	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	442	85,5	75	14,5	517	100,0
Agricultrice, éleveuse	10	90,9	1	9,1	11	100,0
Travailleuse manuelle	104	86,0	17	14,0	121	100,0
Total	1 453	88,7	185	11,3	1 638	100,0

Notes : La consommation de vitamines et de minéraux et l'âge de la mère sont inconnus dans 18 cas sur 2 159 (0,8 %).

La consommation de vitamines et de minéraux et la scolarité de la mère sont inconnues dans 37 cas sur 2 159 (1,7 %).

La consommation de vitamines et de minéraux et la principale source de revenus de la mère sont inconnus dans 20 cas sur 2 159 (0,9 %).

La consommation de vitamines et de minéraux et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 61 cas sur 1 699 (3,6 %).

### 2.4.3 Consommation de médicaments

Une part non négligeable de mères ont consommé des médicaments non prescrits ou prescrits au cours de leur grossesse, puisque le pourcentage de consommatrices se chiffre à 60,7 % (tableau 29).

**Tableau 29**  
**Consommation de médicaments par les mères durant la grossesse,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Consommation de médicaments durant la grossesse</b>		
Médicaments non prescrits seulement	444	21,0
Médicaments prescrits seulement	297	14,0
Médicaments non prescrits et prescrits	544	25,7
Aucun médicament	832	39,3
Total	2 117	100,0

Note : La consommation ou non de médicaments par la mère est inconnue dans 42 cas sur 2 159 (1,9 %).

#### ◆ *Consommation de médicaments non prescrits*

L'enquête révèle que 46,7 % des répondantes ont consommé des médicaments non prescrits au cours de leur grossesse. Parmi celles-ci, plus de la moitié ont également pris un ou des médicaments prescrits (544 mères sur 988 ou 55,1 %). Les médicaments non prescrits le plus souvent consommés sont les analgésiques avec, en tête de liste, les produits *Tylenol* (85,6 % des consommatrices), suivis loin derrière par *Atasol* (3,2 %) et *Aspirine* (2,2 %). Les antiacides (23,3 %), les médicaments contre le rhume (7,4 %), les laxatifs (5,2 %) et les antifongiques (0,8 %) sont les autres médicaments non prescrits le plus souvent mentionnés (tableau 30).

**Tableau 30**  
**Type de médicaments non prescrits consommés par les mères durant la grossesse,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%	%
		Mères consommatrices	Ensemble des mères
<b>Type de médicaments non prescrits consommés durant la grossesse</b>			
Analgésiques			
<i>Tylenol</i>	846	85,6	40,0
<i>Aspirine</i>	22	2,2	1,0
<i>Atasol</i>	32	3,2	1,5
<i>Advil</i>	3	0,3	0,1
Antiacide	230	23,3	10,9
Médicaments contre le rhume	73	7,4	3,4
Laxatif	51	5,2	2,4
Antifongiques ( <i>Monistat</i> et autres marques)	8	0,8	0,4
Ensemble des consommatrices de médicaments non prescrits	988	--	--
Ensemble des mères ayant répondu à la question	2 117	--	--

Notes : Le type de médicaments non prescrits consommés par la mère est inconnu dans 3 cas sur 988 (0,3 %).  
 Une même mère peut consommer plus d'un type de médicaments non prescrits.

La consommation de médicaments non prescrits est, en proportion, plus fréquente parmi les mères âgées de 25 ans et plus qu'elle ne l'est à moins de 25 ans (tableau 31). À titre d'exemple, le pourcentage de consommatrices se chiffre à 39,2 % à moins de vingt ans, tandis qu'il atteint 46 % à 35 ans et plus, 46,7 % à 30-34 ans et 48,1 % à 25-29 ans. Il existe également de légères différences selon le niveau de scolarité puisque les mères ayant fait des études universitaires consomment des médicaments non prescrits dans une proportion de 48,3 % comparativement à 45,7 % pour les autres mères. Ce sont les prestataires de l'assistance-emploi qui affichent le pourcentage le plus faible de consommatrices de médicaments non prescrits (39 %), alors que les plus élevés se retrouvent chez les mères sans revenus (48,1 %) et celles qui touchent des prestations de maternité (50,4 %). Parmi les mères qui occupent un emploi, la consommation de médicaments non prescrits est plus fréquente au sein des cadres (57,6 %), des travailleuses manuelles (49,6 %) et des professionnelles (48,9 %).

**Tableau 31**  
**Consommation de médicaments non prescrits durant la grossesse selon**  
**certaines caractéristiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Consommation de médicaments non prescrits					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	29	39,2	45	60,8	74	100,0
20-24 ans	176	44,4	220	55,6	396	100,0
25-29 ans	405	48,1	437	51,9	842	100,0
30-34 ans	266	46,7	303	53,3	569	100,0
35 ans et plus	103	46,0	121	54,0	224	100,0
Total	979	46,5	1 126	53,5	2 105	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	137	45,7	163	54,3	300	100,0
11-14 ans	459	45,7	546	54,3	1 005	100,0
15 ans et plus	377	48,3	404	51,7	781	100,0
Total	973	46,6	1 113	53,4	2 086	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	124	48,1	134	51,9	258	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	648	46,5	747	53,5	1 395	100,0
Chômage	21	46,7	24	53,3	45	100,0
Assistance-emploi	46	39,0	72	61,0	118	100,0
Prestations de maternité ou CSST	127	50,4	125	49,6	252	100,0
Autres sources de revenus	15	42,9	20	57,1	35	100,0
Total	981	46,6	1 122	53,4	2 103	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	19	57,6	14	42,4	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	347	48,9	362	51,1	709	100,0
Employée de bureau	107	45,1	130	54,9	237	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	217	43,1	287	56,9	504	100,0
Agricultrice, éleveuse	4	36,4	7	63,6	11	100,0
Travailleuse manuelle	58	49,6	59	50,4	117	100,0
Total	752	46,7	859	53,3	1 611	100,0

Notes : La consommation de médicaments non prescrits et l'âge de la mère sont inconnus dans 54 cas sur 2 159 (2,5 %).

La consommation de médicaments non prescrits et la scolarité de la mère sont inconnues dans 73 cas sur 2 159 (3,4 %).

La consommation de médicaments non prescrits et la principale source de revenus de la mère sont inconnues dans 56 cas sur 2 159 (2,6 %).

La consommation de médicaments non prescrits et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 88 cas sur 1 699 (5,2 %).

◆ *Consommation de médicaments prescrits*

Environ quatre mères sur dix (39,7 %) ont consommé au moins une sorte de médicaments prescrits durant leur grossesse (tableau 29). Toujours parmi les mères consommatrices de médicaments prescrits, près des deux tiers (64,7 %) ont également pris des médicaments non prescrits. Parmi les consommatrices de médicaments prescrits, 28,7 % ont pris des antibiotiques, 20,7 % des antinauséieux et 14,4 % des médicaments contre l'asthme ou les problèmes respiratoires (*Ventolin* dans une majorité de cas) (tableau 32). Outre ces médicaments, les hormones thyroïdiennes (8,6 %), les anti-inflammatoires (4,8 %) et l'insuline (2,5 %) ont aussi été mentionnés. L'enquête montre également que jusqu'à 4,4 % de ces mères pourraient avoir consommé des médicaments pour traiter des problèmes du système nerveux central : anticonvulsifs (1,9 %), antidépresseurs (1,8 %) et somnifères (0,7 %).

**Tableau 32**  
**Type de médicaments prescrits consommés par les mères durant la grossesse,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	% Mères consommatrices	% Ensemble des mères
<b>Type de médicaments prescrits consommés durant la grossesse</b>			
Antibiotiques	241	28,7	11,4
Antinauséieux	174	20,7	8,2
Contre l'asthme ( <i>Ventolin</i> , etc.)	121	14,4	5,7
Hormones thyroïdiennes	72	8,6	3,4
Anti-inflammatoires (cortisone, stéroïdes, etc.)	40	4,8	1,9
Insuline	21	2,5	1,0
Anticonvulsifs	16	1,9	0,8
Antidépresseurs	15	1,8	0,7
Contre l'hypertension ( <i>Aldomet</i> )	15	1,8	0,7
Codéine	13	1,5	0,6
Somnifères	6	0,7	0,3
Ensemble des consommatrices de médicaments prescrits	841	--	--
Ensemble des mères ayant répondu à la question	2 117	--	--

Notes : Le type de médicaments prescrits consommés par la mère est inconnu dans 138 cas sur 841 (16,4 %).

Une même mère peut consommer plus d'un type de médicaments prescrits.

Selon les données présentées au tableau 33, les mères âgées de 30 à 34 ans (42,5 %) et de 20 à 24 ans (41,4 %) présentent les plus fortes proportions de consommatrices de médicaments prescrits, alors que c'est à moins de vingt ans que se retrouve le plus faible pourcentage (35,1 %). C'est aussi parmi les mères les plus scolarisées que se situe la plus forte proportion de consommatrices de médicaments prescrits (43,1 %) et c'est chez les moins instruites que s'observe la plus faible (35,7 %). Les mères qui n'ont pas de revenus (44,6 %) et celles qui occupent un emploi rémunéré ou autonome (40,2 %) affichent des proportions élevées de consommatrices de médicaments prescrits, tandis que c'est l'inverse pour les chômeuses (26,7 %), celles qui reçoivent des prestations de maternité (34,9 %) et les bénéficiaires de l'assistance-emploi (37,3 %). La consommation de médicaments prescrits chez les mères qui occupent un emploi est, toutes proportions gardées, plus fréquente parmi les cadres (48,5 %), alors qu'elle est la moins répandue chez celles qui œuvrent dans les services (35,3 %).

**Tableau 33**  
**Consommation de médicaments prescrits durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Consommation de médicaments prescrits					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	26	35,1	48	64,9	74	100,0
20-24 ans	164	41,4	232	58,6	396	100,0
25-29 ans	317	37,6	525	62,4	842	100,0
30-34 ans	242	42,5	327	57,5	569	100,0
35 ans et plus	87	38,8	137	61,2	224	100,0
Total	836	39,7	1 269	60,3	2 105	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	107	35,7	193	64,3	300	100,0
11-14 ans	385	38,3	620	61,7	1 005	100,0
15 ans et plus	337	43,1	444	56,9	781	100,0
Total	829	39,7	1 257	60,3	2 086	100,0
<b>Principale source de revenus</b>						
Aucun revenu	115	44,6	143	55,4	258	100,0
Travail rémunéré ou travail autonome	561	40,2	834	59,8	1 395	100,0
Chômage	12	26,7	33	73,3	45	100,0
Assistance-emploi	44	37,3	74	62,7	118	100,0
Prestations de maternité ou CSST	88	34,9	164	65,1	252	100,0
Autres sources de revenus	15	42,9	20	57,1	35	100,0
Total	835	39,7	1 268	60,3	2 103	100,0



**Tableau 33 (suite)**  
**Consommation de médicaments prescrits durant la grossesse selon certaines caractéristiques des mères, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Caractéristiques des mères	Consommation de médicaments prescrits					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	16	48,5	17	51,5	33	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	289	40,8	420	59,2	709	100,0
Employée de bureau	97	40,9	140	59,1	237	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	178	35,3	326	64,7	504	100,0
Agricultrice, éleveuse	4	36,4	7	63,6	11	100,0
Travailleuse manuelle	47	40,2	70	59,8	117	100,0
<b>Total</b>	<b>631</b>	<b>39,2</b>	<b>980</b>	<b>60,8</b>	<b>1 611</b>	<b>100,0</b>

Notes : La consommation de médicaments prescrits et l'âge de la mère sont inconnus dans 54 cas sur 2 159 (2,5 %).

La consommation de médicaments prescrits et la scolarité de la mère sont inconnues dans 73 cas sur 2 159 (3,4 %).

La consommation de médicaments prescrits et la principale source de revenus de la mère sont inconnues dans 56 cas sur 2 159 (2,6 %).

La consommation de médicaments prescrits et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 88 cas sur 1 699 (5,2 %).

#### 2.4.4 Problèmes de santé durant la grossesse

Les problèmes de santé sont assez fréquents chez les femmes durant leur grossesse, car 56,7 % d'entre elles (1 123 sur 1 981) en ont déclaré au moins un (tableau 34). Les problèmes de santé les plus souvent cités sont l'anémie (15,6 % de l'ensemble des mères), les saignements avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse (13,5 %), les infections urinaires (7,3 %), l'asthme et les problèmes respiratoires (7,2 %) ainsi que l'hypertension et la prééclampsie<sup>23</sup> (6,7 %). À cela, s'ajoutent 5,8 % des mères qui déclarent avoir souffert du diabète de grossesse.

Les autres problèmes de santé déclarés par les mères sont, avec une fréquence d'apparition moindre, les saignements après la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse (3,4 %), l'incompatibilité Rh (2,7 %), les troubles digestifs (nausées, gastro-entérites, etc.) (2,6 %), le placenta praevia (2,6 %) ainsi que la dilatation prématurée du col de l'utérus et les contractions prématurées (1,9 %), etc.

<sup>23</sup> Hypertension aiguë apparaissant pendant la grossesse, le plus souvent au cours du troisième trimestre. La prééclampsie, dont fait partie l'hypertension, touche entre deux et trois pour cent des grossesses (Santé Canada, 1999a).

**Tableau 34**  
**Type de problèmes de santé durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	% Mères avec problèmes	% Ensemble des mères
<b>Type de problèmes de santé durant la grossesse</b>			
Anémie	309	27,5	15,6
Saignements avant la 20 <sup>e</sup> semaine de grossesse	267	23,8	13,5
Infections urinaires	144	12,8	7,3
Asthme et troubles respiratoires (sinusite, bronchite, etc.)	142	12,6	7,2
Hypertension et prééclampsie	133	11,8	6,7
Diabète de grossesse	115	10,2	5,8
Saignements après la 20 <sup>e</sup> semaine de grossesse	67	6,0	3,4
Incompatibilité Rh	53	4,7	2,7
Troubles digestifs (nausées, gastro-entérites, etc.)	52	4,6	2,6
Placenta praevia	52	4,6	2,6
Dilatation prématurée du col, contractions	38	3,4	1,9
Traumatismes, accidents	23	2,0	1,2
Infection vaginale	21	1,9	1,1
Maladies transmissibles sexuellement (MTS)	20	1,8	1,0
Hypotension	15	1,3	0,8
Maux de dos	14	1,2	0,7
Grippe, rhume	12	1,1	0,6
Allergies	9	0,8	0,5
Maux de tête	9	0,8	0,5
Hydramnios	8	0,7	0,4
Problèmes de santé mentale	6	0,5	0,3
Rétention d'eau, enflure, œdème	6	0,5	0,3
Constipation	2	0,2	0,1
Ensemble des mères qui déclarent avoir eu des problèmes de santé durant leur grossesse	1 123	56,7	
Ensemble des mères ayant répondu à la question	1 981		

Notes : La présence ou non de problèmes de santé durant la grossesse est inconnue dans 178 cas sur 2 159 (8,2 %).  
 Une même mère peut déclarer plus d'un problème de santé durant sa grossesse.

#### 2.4.5 Consultation d'un professionnel de la santé

Qu'importe leur état de santé ou leurs caractéristiques socioéconomiques, la presque totalité des mères ont consulté un professionnel de la santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, etc.) au cours de leur grossesse (98,6 %) (tableau 35). La consultation médicale effectuée tôt dans la grossesse semble être considérée comme importante puisque 92,1 % de ces mères ont consulté un professionnel de la santé dès le premier trimestre de leur grossesse comparativement à 7,2 % au second trimestre et

seulement 0,7 % au troisième trimestre. La presque totalité des mères ont effectué cinq visites et plus (97,9 %).

**Tableau 35**  
**Consultation d'un professionnel de la santé durant la grossesse,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Consultation d'un professionnel de la santé durant la grossesse</b>		
Oui	2 115	98,6
Non	31	1,4
Total	2 146	100,0
<b>Trimestre de la première consultation durant la grossesse</b>		
Premier trimestre	1 941	92,1
Deuxième trimestre	152	7,2
Troisième trimestre	15	0,7
Total	2 108	100,0
<b>Nombre de consultations médicales durant la grossesse</b>		
1 à 2	18	0,9
3 à 4	26	1,2
5 et plus	2 060	97,9
Total	2 104	100,0

Notes : La consultation ou non d'un professionnel de la santé par la mère est inconnue dans 13 cas sur 2 159 (0,6 %).  
 Le trimestre de la première consultation médicale est inconnu dans 7 cas sur 2 115 (0,3 %).  
 Le nombre de consultations médicales est inconnu dans 11 cas sur 2 115 (0,5 %).

#### 2.4.6 Participation aux cours prénataux

Environ le tiers (32,7 %) de l'ensemble des mères ont suivi des cours prénataux au cours de leur grossesse (tableau 36). En se limitant seulement aux mères primipares, soit celles qui en sont à leur première naissance vivante, cette proportion se hisse à 68,4 %. C'est donc dire que plus des deux tiers des mères primipares ont suivi des cours prénataux au cours de leur grossesse.

Tableau 36  
Cours prénataux durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001

	Nb	%
<b>Cours prénataux durant la grossesse (ensemble des mères)</b>		
Oui	702	32,7
Non	1 445	67,3
Total	2 147	100,0
<b>Cours prénataux durant la grossesse (mères primipares seulement)</b>		
Oui	642	68,4
Non	297	31,6
Total	939	100,0

Notes : Le suivi ou non de cours prénataux durant la grossesse est inconnu dans 12 cas sur 2 159 (0,6 %).

Le suivi ou non de cours prénataux durant la grossesse chez les mères primipares est inconnu dans 4 cas sur 943 (0,4 %).

#### 2.4.7 Participation au programme OLO et consultation d'une diététiste

Environ une mère sur treize (7,5 %) a profité du programme OLO (œufs-lait-oranges) au cours de sa grossesse (tableau 37). Ce programme est offert aux mères défavorisées socioéconomiquement afin de les aider à avoir une alimentation équilibrée et suffisante au cours de leur grossesse.

La consultation d'une diététiste n'a pas été nécessaire pour toutes les femmes puisqu'elle concernait principalement celles qui souffraient de diabète gestationnel, d'embonpoint ou d'un gain de poids insuffisant durant la grossesse. C'est quand même 10,1 % des femmes enceintes qui ont consulté une diététiste au cours de leur grossesse. Un peu plus de la moitié d'entre elles (53,2 %) ont déclaré au moins trois consultations, 21,1 %, deux consultations et 25,8 %, une seule.

**Tableau 37**  
**Participation au programme OLO et consultation d'une diététiste durant la grossesse,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Participation au programme OLO</b>		
Oui	161	7,5
Non	1 991	92,5
Total	2 152	100,0
<b>Consultation d'une diététiste durant la grossesse</b>		
Oui	218	10,1
Non	1 932	89,9
Total	2 150	100,0
<b>Nombre de consultations auprès d'une diététiste durant la grossesse</b>		
1	49	25,8
2	40	21,1
3 et plus	101	53,2
Total	190	100,0

Notes : La participation ou non au programme OLO est inconnue dans 7 cas sur 2 159 (0,3 %).

La consultation ou non d'une diététiste durant la grossesse est inconnue dans 9 cas sur 2 159 (0,4 %).

Le nombre de consultations auprès d'une diététiste est inconnu dans 28 cas sur 218 (12,8 %).

#### 2.4.8 Réalisation des tâches ménagères et familiales

Ce sont quatre mères sur dix (42,7 %) qui s'occupent seules des travaux ménagers (lavage, cuisine, épicerie, etc.) durant leur grossesse (tableau 38)<sup>24</sup>. Une proportion équivalente de mères (46,5 %) déclarent qu'elles remplissent, à parts égales, ces tâches avec leur conjoint et 5,4 % estiment que c'est seulement le conjoint qui s'occupe de cette responsabilité. Pour un autre 5,4 % des cas, c'est la mère ou son conjoint qui réalise ces activités avec l'aide d'au moins une autre personne (parenté ou relations sociales, principalement).

Quant aux soins donnés aux enfants, les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* révèlent que c'est la mère qui les prodigue seule dans un peu moins du tiers des cas (31,1 %). Pour 1,7 % des mères, c'est seulement le conjoint qui réalise cette fonction, alors que 61,7 % déclarent qu'il s'agit d'une tâche partagée à parts égales avec leur conjoint. Un dernier 5,5 % des mères spécifient que les soins donnés aux enfants proviennent aussi de la parenté et de relations sociales.

<sup>24</sup> Il est à noter que ces proportions pourraient être différentes si les questions relatives à la réalisation des tâches ménagères et familiales avaient fait référence à la période de la grossesse (premier trimestre, second trimestre, etc.).

**Tableau 38**  
**Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches ménagères et familiales durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Travaux ménagers (lavage, cuisine, épicerie, etc.)</b>		
La mère seulement	919	42,7
Le conjoint seulement	117	5,4
La mère et son conjoint à parts égales	1 000	46,5
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	116	5,4
Total	2 152	100,0
<b>Soins donnés aux enfants (mères ayant déjà au moins un enfant à la maison durant la grossesse)</b>		
La mère seulement	383	31,1
Le conjoint seulement	21	1,7
La mère et son conjoint à parts égales	761	61,7
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	68	5,5
Total	1 233	100,0

Notes : La ou les personnes qui réalisent les travaux ménagers durant la grossesse sont inconnues dans 7 cas sur 2 159 (0,3 %).  
 La ou les personnes qui donnent des soins aux enfants durant la grossesse sont inconnues dans 19 cas sur 1 252 (1,5 %).  
 Dans 907 cas, il n'y a pas d'enfant à la maison au cours de la grossesse de la mère (42 %).

En mettant en relation la présence ou non de problèmes de santé vécus par la mère durant sa grossesse et la réalisation des tâches ménagères et familiales, il ressort que les mères qui déclarent au moins un problème de santé sont encore nombreuses à ne pas recevoir l'aide de leur conjoint ou de d'autres personnes (tableau 39). Parmi les mères qui déclarent au moins un problème de santé, 40,2 % s'occupent toujours seules des travaux ménagers et 28,7 % font la même chose pour prendre soins des enfants.

**Tableau 39**  
**Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches ménagères et familiales et problèmes de santé durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Problèmes de santé durant la grossesse					
	Oui	%	Non	%	Total	%
<b>Travaux ménagers (lavage, cuisine, etc.)</b>						
La mère seulement	452	40,2	390	45,6	842	42,5
Le conjoint seulement	81	7,2	29	3,4	110	5,6
La mère et son conjoint à parts égales	520	46,3	398	46,5	918	46,4
La mère ou son conjoint et autre personne	70	6,2	39	4,6	109	5,5
Total	1 123	100,0	856	100,0	1 979	100,0
<b>Soins donnés aux enfants (mères ayant déjà au moins un enfant à la maison durant la grossesse)</b>						
La mère seulement	181	28,7	163	33,5	344	30,8
Le conjoint seulement	10	1,6	9	1,8	19	1,7
La mère et son conjoint à parts égales	395	62,6	294	60,4	689	61,6
La mère ou son conjoint et autre personne	45	7,1	21	4,3	66	5,9
Total	631	100,0	487	100,0	1 118	100,0

Notes : La ou les personnes qui réalisent les travaux ménagers durant la grossesse et l'existence de problèmes de santé durant la grossesse sont inconnues dans 180 cas sur 2 159 (8,3 %).

La ou les personnes qui donnent des soins aux enfants durant la grossesse et l'existence de problèmes de santé durant la grossesse sont inconnues dans 134 cas sur 1 252 (10,7 %).

Dans 907 cas, il n'y a pas d'enfant à la maison au cours de la grossesse de la mère (42 %).

## 2.5 Caractéristiques de l'accouchement

### 2.5.1 Type d'accouchement

Environ quatre mères sur dix ont accouché par voie vaginale (83,3 %) et 16,7 % ont eu une césarienne (tableau 40)<sup>25</sup>. Une dystocie (difficulté à l'accouchement à cause d'une anomalie chez la mère ou le fœtus) pourrait expliquer le tiers des césariennes (33,5 %), alors qu'une mauvaise présentation du bébé lors de l'accouchement expliquerait 27,3 % des césariennes. Une césarienne antérieure (14,6 %), un tracé non rassurant au cours de l'accouchement (12,1 %) et un passage trop étroit (3,9 %) seraient les autres principales causes déclarées de césariennes.

<sup>25</sup> Entre le 1<sup>er</sup> avril 2000 et le 31 mars 2001, le taux de césariennes se chiffre à 18 % pour toutes les mères qui ont accouché au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (Guillemette et Badlissi, 2002b).

### 2.5.2 Type de naissance

Les naissances multiples demeurent relativement peu nombreuses, car elles concernent seulement 0,5 % des mères (10 mères sur 2 147) qui ont complété le questionnaire de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* (tableau 40). Sur l'ensemble des naissances dont l'enquête révèle le type (n = 2 157), il y a donc 20 naissances de jumeaux (0,9 %). Cette proportion est relativement éloignée de celle observée pour l'ensemble des naissances observées dans Lanaudière en 1994-1998 puisqu'elle s'élève à 2,3 % (Guillemette et Badlissi, 2002a).

**Tableau 40**  
**Type d'accouchement et type de naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Type d'accouchement</b>		
Vaginal	1 786	83,3
Par césarienne	359	16,7
Total	2 145	100,0
<b>Cause de la césarienne</b>		
Dystocie (difficulté de l'accouchement)	119	33,5
Mauvaise présentation du bébé (siège, etc.)	97	27,3
Césarienne antérieure	52	14,6
Tracé non rassurant	43	12,1
Passage trop étroit	14	3,9
Prééclampsie	5	1,4
Autres causes	25	7,0
Total	355	100,0
<b>Type de naissance</b>		
Simple	2 137	99,5
Double	10	0,5
Total	2 147	100,0

Notes : Le type d'accouchement est inconnu dans 14 cas sur 2 159 (0,6 %).

La cause de césarienne est inconnue dans 4 cas sur 359 (1,1 %).

Le type de naissance est inconnu dans 12 cas sur 2 159 (0,6 %).



## 2.6 Caractéristiques des nouveau-nés

### 2.6.1 Âge gestationnel

Parmi les 2 137 nouveau-nés dont l'âge gestationnel est connu, 125 (5,8 %) sont nés prématurément, soit avant 37 semaines de gestation (tableau 41). En limitant l'analyse aux seules naissances simples (exclusion des naissances gémellaires), l'enquête révèle que 113 (5,3 %) de ces nouveau-nés ont vu le jour avant terme<sup>26</sup>. Autour de 0,5 % des bébés sont nés avant 34 semaines de gestation.

**Tableau 41**  
**Âge gestationnel des nouveau-nés en semaines,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Âge gestationnel (ensemble des naissances)</b>		
26 à 29 semaines	1	0,0
30 à 33 semaines	10	0,5
34 à 36 semaines	114	5,3
37 à 41 semaines	1 990	93,1
42 semaines et plus	22	1,0
Total	2 137	100,0
Moins de 37 semaines de gestation	125	5,8
<b>Âge gestationnel (naissances simples seulement)</b>		
26 à 29 semaines	1	0,0
30 à 33 semaines	8	0,4
34 à 36 semaines	104	4,9
37 à 41 semaines	1 982	93,6
42 semaines et plus	22	1,0
Total	2 117	100,0
Moins de 37 semaines de gestation	113	5,3

Notes : L'âge gestationnel des nouveau-nés est inconnu dans 32 cas sur 2 169 (1,5 %).

L'âge gestationnel des nouveau-nés (naissances simples) est inconnu dans 20 cas sur 2 137 (0,9 %).

Le MSSS calcule généralement le taux de prématurité en prenant en considération l'ensemble des nouveau-nés.

<sup>26</sup> En 1994-1998, dans Lanaudière, cette proportion se situe à 7,3 % pour l'ensemble des naissances et à 6,4 % pour les naissances simples (Guillemette et Badlissi, 2002a).

## 2.6.2 Poids à la naissance

Moins élevée que celle de la prématurité, la proportion de bébés de petit poids (moins de 2 500 grammes à la naissance) est de 4 % pour l'ensemble des nouveau-nés (87 sur 2 150) (tableau 42). En ne considérant, encore une fois, que les naissances simples, ce pourcentage baisse à 3,5 % (75 sur 2 132)<sup>27</sup>. Autour de 1 % des nouveau-nés affichent un poids inférieur à 2 000 grammes au moment de leur naissance.

**Tableau 42**  
**Poids des nouveau-nés à la naissance en grammes,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Poids à la naissance en grammes (ensemble des naissances)</b>		
1 000 à 1 499 grammes	4	0,2
1 500 à 1 999 grammes	17	0,8
2 000 à 2 499 grammes	66	3,1
2 500 à 2 999 grammes	334	15,5
3 000 grammes et plus	1 729	80,4
Total	2 150	100,0
Moins de 2 500 grammes	87	4,0
<b>Poids à la naissance en grammes (naissances simples seulement)</b>		
1 000 à 1 499 grammes	4	0,2
1 500 à 1 999 grammes	14	0,7
2 000 à 2 499 grammes	57	2,7
2 500 à 2 999 grammes	330	15,5
3 000 grammes et plus	1 727	81,0
Total	2 132	100,0
Moins de 2 500 grammes	75	3,5

Notes : Le poids des nouveau-nés est inconnu dans 19 cas sur 2 169 (0,9 %).

Le poids des nouveau-nés (naissances simples) est inconnu dans 5 cas sur 2 137 (0,2 %).

Le MSSS calcule généralement le taux d'insuffisance pondérale à la naissance en considérant l'ensemble des nouveau-nés.

<sup>27</sup> Toujours dans Lanaudière en 1994-1998, ce pourcentage se chiffre à 6 % pour l'ensemble des nouveau-nés et à 4,9 % pour les naissances simples (Guillemette et Badlissi, 2002a).

### 2.6.3 Retard de croissance intra-utérine

Les nouveau-nés qui présentent un retard de croissance intra-utérine, c'est-à-dire ceux qui ont un poids inférieur au 10<sup>e</sup> centile par rapport aux naissances du même sexe, du même âge gestationnel et du même type (simples ou gémellaires), comptent pour 8,1 % des effectifs (tableau 43)<sup>28</sup>.

**Tableau 43**  
**Retard de croissance intra-utérine<sup>1</sup>,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
Oui	173	8,1
Non	1 958	91,9
Total <sup>2</sup>	2 131	100,0

1. Poids inférieur au 10<sup>e</sup> centile par rapport aux naissances du même sexe, du même âge gestationnel et du même type.

2. Les combinaisons improbables de poids et de durée de gestation n'ont pas été éliminées.

Notes : Ce tableau concerne seulement les naissances dont la durée de gestation se situe entre 22 et 42 semaines.

Les naissances dont le poids est inférieur à 500 grammes sont exclues.

Le sexe, le type de naissance (simple ou multiple), la durée de gestation et le poids à la naissance sont inconnus dans 38 cas sur 2 169 (1,8 %).

### 2.6.4 Problèmes de santé durant la période néonatale

Durant leur séjour au centre hospitalier, 14,3 % des nouveau-nés auraient présenté au moins un problème de santé (tableau 44). Parmi les principaux problèmes identifiés, les problèmes respiratoires et l'hypoglycémie viennent en tête de liste. Ils sont suivis par la jaunisse, les problèmes cardiaques, la fièvre, les problèmes infectieux et les anomalies congénitales.

<sup>28</sup> Pour la période 1994-1998, dans Lanaudière, la proportion de nouveau-nés qui présentent un retard de croissance intra-utérine se situe à 8,6 % (Guillemette et Badliissi, 2002a).

**Tableau 44**  
**Problèmes de santé chez les nouveau-nés,**  
**enquête Grossesse et habitudes de vie, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%	
<b>Problèmes de santé</b>			
Oui	307	14,3	
Non	1 838	85,7	
Total	2 145	100,0	
	Nb	% Nouveau-nés avec des problèmes de santé	% Ensemble des nouveau-nés
<b>Type de problèmes de santé</b>			
Problèmes respiratoires	123	40,1	5,7
Hypoglycémie	39	12,7	1,8
Jaunisse	20	6,5	0,9
Problèmes cardiaques	17	5,5	0,8
Fièvre	15	4,9	0,7
Problèmes infectieux	12	3,9	0,6
Anomalies congénitales	8	2,6	0,4
Autres problèmes	62	20,2	2,9
Ensemble des nouveau-nés ayant des problèmes de santé	307		

Notes : La présence ou non de problèmes de santé est inconnue dans 24 cas sur 2 169 (1,1 %).

Le type de problèmes de santé est inconnu dans 11 cas sur 307 (3,6 %).

Un même nouveau-né peut avoir plus d'un problème de santé.

### 3. ALLAITEMENT MATERNEL

---

Plusieurs études le confirment, l'allaitement maternel constitue la meilleure forme d'alimentation pour les nouveau-nés (MSSS, 1997 ; Santé Canada 1999b ; MSSS, 2001). Il favorise, en effet, un meilleur développement cognitif chez le nouveau-né. Il améliore également le développement global de l'enfant et il réduit les risques de mort subite du nourrisson, d'infection des voies respiratoires, d'otite, de diarrhée, de cystite, de carie dentaire, de malposition des dents, de diabète et de cancer (Kidder, Stein et Fraser, 2000 ; International Baby Food Action Network, 2000). Il a d'ailleurs été démontré que l'allaitement maternel peut contribuer à réduire les coûts en soins de santé donnés aux enfants au cours de leur première année de vie (Guillemette et Badlissi, 2001).

L'allaitement maternel est aussi profitable pour les mères puisqu'il contribue à réduire les saignements post-partum tout en favorisant une ovulation plus tardive, une meilleure reminéralisation osseuse et une diminution des risques de cancer du sein et des ovaires (Santé Canada, 1999b).

Pour toutes ces raisons, l'allaitement maternel est devenu un objet de promotion de la santé et du bien-être de la part du MSSS. Selon les lignes directrices en allaitement maternel (MSSS, 2001), un taux d'allaitement maternel de 85 % est visé à la sortie de l'hôpital. Il doit par la suite se situer à 70 % à deux mois, 60 % à quatre mois, 50 % à six mois et 20 % à un an.

L'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée auprès des mères ayant accouché au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 a donc voulu explorer le thème de l'allaitement maternel afin d'estimer la prévalence et la durée de l'allaitement ainsi que les principales caractéristiques des mères qui comptent allaiter trois mois et plus.

#### 3.1 Taux et durée de l'allaitement maternel

Selon les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie*, 64 % des mères allaitent leur nouveau-né au centre hospitalier et 64,7 % comptent le faire une fois de retour à la maison (tableau 45). Sur l'ensemble des mères, 55,6 % désirent allaiter pendant au moins un mois et 48,9 % pendant au moins trois mois. Le pourcentage de mères qui veulent allaiter leur enfant baisse par la suite rapidement pour atteindre 39,1 % pour celles qui espèrent allaiter au moins quatre mois et 26,5 % pour celles qui comptent le faire au moins six mois. Finalement, 4,4 % déclarent vouloir allaiter leur nouveau-né pendant au moins un an.

**Tableau 45**  
**Allaitement du nouveau-né, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Nb	%
<b>Allaitement du nouveau-né lors de l'enquête au centre hospitalier</b>		
Oui	1 369	64,0
Non	771	36,0
Total	2 140	100,0
<b>La mère compte allaiter son enfant à la sortie du centre hospitalier</b>		
Oui	1 378	64,7
Non	753	35,3
Total	2 131	100,0
<b>Durée prévue de l'allaitement (mères qui allaitent seulement)</b>		
Au moins 1 mois	1 185	98,3
Au moins 3 mois	1 041	86,3
Au moins 4 mois	834	69,2
Au moins 6 mois	564	46,8
Au moins 12 mois	94	7,8
Ensemble des mères qui désirent allaiter	1 206	--
<b>Durée prévue de l'allaitement (ensemble des mères)</b>		
Au moins 1 mois	1 185	55,6
Au moins 3 mois	1 041	48,9
Au moins 4 mois	834	39,1
Au moins 6 mois	564	26,5
Au moins 12 mois	94	4,4
Ensemble des mères	2 131	--

Notes : Le fait d'allaiter ou non au centre hospitalier est inconnu dans 19 cas sur 2 159 (0,9 %).

Le fait d'allaiter ou non à la sortie du centre hospitalier est inconnu dans 28 cas sur 2 159 (1,3 %).

La durée prévue de l'allaitement est inconnue dans 172 cas sur 1 378 (12,5 %).

### 3.2 Durée de l'allaitement et caractéristiques des mères

Parmi les mères qui déclarent vouloir allaiter à la maison, il ressort que celles qui désirent le faire pendant plus de trois mois sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses parmi les mères âgées de 25 ans et plus qu'elles ne le sont à moins de 25 ans (tableau 46). Ainsi, à moins de vingt ans, la proportion se chiffre à 63,9 % comparativement à 74,7 % à 25-29 ans, 77 % à 30-34 ans et 81,6 % à 35 ans et plus. Un écart tout aussi important est observé avec la scolarité. Les mères ayant fait des études universitaires désirent, en effet, allaiter trois mois et plus dans une proportion de 78,4 % contre 65,3 % pour celles qui sont les moins scolarisées. Parmi les mères qui occupent

un emploi rémunéré ou autonome, ce sont les employées de bureau (81,7 %) et les professionnelles (78,4 %) qui déclarent le plus souvent vouloir allaiter pendant trois mois et plus. À cet égard, les proportions les plus faibles se retrouvent chez les employées du secteur des services (69,1 %) et celles qui travaillent en milieu agricole (66,7 %).

**Tableau 46**  
Durée prévue de l'allaitement du nouveau-né selon certaines caractéristiques des mères,  
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001  
(mères qui désirent allaiter à la sortie du centre hospitalier)

Caractéristiques des mères	Durée prévue de l'allaitement				Total	
	3 mois et moins		Plus de 3 mois		Nb	%
	Nb	%	Nb	%		
<b>Groupe d'âge</b>						
Moins de 20 ans	13	36,1	23	63,9	36	100,0
20-24 ans	58	29,6	138	70,4	196	100,0
25-29 ans	122	25,3	360	74,7	482	100,0
30-34 ans	81	23,0	271	77,0	352	100,0
35 ans et plus	25	18,4	111	81,6	136	100,0
Total	299	24,9	903	75,1	1 202	100,0
<b>Scolarité</b>						
Moins de 11 ans	33	34,7	62	65,3	95	100,0
12-14 ans	145	26,1	410	73,9	555	100,0
15 ans et plus	117	21,6	424	78,4	541	100,0
Total	295	24,8	896	75,2	1 191	100,0
<b>Titre d'emploi</b>						
Cadre supérieure et intermédiaire	6	27,3	16	72,7	22	100,0
Professionnelle, médecin, infirmière, etc.	102	21,6	371	78,4	473	100,0
Employée de bureau	23	18,3	103	81,7	126	100,0
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	87	30,9	195	69,1	282	100,0
Agricultrice, éleveuse	3	33,3	6	66,7	9	100,0
Travailleuse manuelle	16	27,1	43	72,9	59	100,0
Total	237	24,4	734	75,6	971	100,0

Notes : La durée prévue de l'allaitement et l'âge de la mère sont inconnus dans 176 cas sur 1 378 (12,8 %).

La durée prévue de l'allaitement et la scolarité de la mère sont inconnus dans 187 cas sur 1 378 (13,6 %).

La durée prévue de l'allaitement et le titre d'emploi de la mère sont inconnus dans 199 cas sur 1 170 (17 %). Seules les mères qui déclarent avoir un emploi sont considérées.





#### 4. FACTEURS DE RISQUE ET ISSUES DE GROSSESSE

---

La prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine résultent, plus souvent qu'autrement, des effets néfastes de plus d'un facteur de risque. Les caractéristiques physiques, démographiques ou socioéconomiques des parents, leurs comportements et leurs habitudes de vie, le passé obstétrical des mères, l'environnement social et économique ou encore l'environnement physique sont autant d'éléments, parmi bien d'autres, qui peuvent avoir une influence sur l'issue d'une grossesse.

La connaissance de ces facteurs de risque ne facilite pas pour autant l'identification de la cause précise d'une naissance prématurée, de petit poids ou affichant un retard de croissance intra-utérine, car elle est presque toujours multifactorielle. C'est la raison pour laquelle ce document n'a pas pour objectif d'expliquer et de décrire toutes les causes de la prématurité, du petit poids des nouveau-nés ou du retard de croissance intra-utérine. Il tente plutôt d'identifier un certain nombre de facteurs de risque qui peuvent avoir une influence sur la prématurité, le faible poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine, et ce, dans le but de favoriser la création, le maintien ou la consolidation d'actions préventives et de promotion auprès des mères et des pères.

Des taux de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine sont calculés pour les mères exposées et non exposées aux différents facteurs de risque. Cette comparaison est aussi effectuée avec l'aide d'un rapport de cotes et de son intervalle de confiance (avec un seuil de signification statistique fixé à 5 %). Si les intervalles de confiance de deux rapports de cotes ne se chevauchent pas, il est alors loisible de déduire qu'un facteur de risque donné est étroitement lié, selon le cas, à la prématurité, au petit poids à la naissance ou au retard de croissance intra-utérine, et inversement, s'ils se chevauchent.

Dans le présent chapitre, 29 facteurs de risque sont successivement croisés à la durée de gestation, au poids et au retard de croissance intra-utérine des nouveau-nés. Ces facteurs de risque concernent les caractéristiques des mères (âge, état matrimonial, mode de vie, source de revenus, scolarité et emploi), leur histoire obstétricale (rang de naissance, fausse couche, interruption volontaire de grossesse), leur grossesse (gain de poids, problème de santé), leur accouchement (césarienne, type de naissance), leurs habitudes de vie (tabagisme, consommation de caféine, d'alcool ou de drogues) ainsi que les tâches ménagères et familiales.

Le lecteur peut noter que la plupart des résultats qui suivent sont présentés en ne prenant en considération que les naissances simples. Ce choix méthodologique est justifié par le fait que les naissances gémellaires (jumeaux, triplets, etc.) sont souvent prématurées et de petit poids. Ces naissances ont donc été exclues afin de mieux cerner

les autres facteurs de risque associés à la prématurité, au petit poids à la naissance et au retard de croissance intra-utérine.

#### **4.1 Âge des mères**

C'est à moins de vingt ans et à 35 ans et plus, que les femmes présentent les risques les plus élevés pour la prématurité et le petit poids à la naissance (Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988)<sup>29</sup>.

Ce constat ne manque pas d'être préoccupant, car la proportion de naissances vivantes dont la mère est âgée de moins de vingt ans est non négligeable depuis plusieurs années. En 1979-1983, dans Lanaudière, elle se chiffrait à 3,5 %, alors qu'elle culmine à 4,1 % en 1994-1998. Il en est de même pour le pourcentage de naissances vivantes issues d'une mère âgée de 35 ans et plus puisque, toujours dans Lanaudière, il est passé de 4,2 % en 1979-1983 à 9,5 % en 1994-1998 (Guillemette et Badlissi, 2002a).

Contrairement à ce dont on pourrait s'attendre, les taux de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine ne sont toutefois pas plus élevés chez les mères âgées de moins de vingt ans ou de 35 ans et plus par rapport aux autres mères qui accouchent au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (tableau 47). Bien au contraire, c'est à 20-24 ans qu'elles affichent les pourcentages les plus élevés de prématurité (5,8 %) et de retard de croissance intra-utérine (11,3 %) et c'est à 30-34 ans que la proportion de petit poids à la naissance est la plus élevée (4,3 %). Plus encore c'est à moins de vingt ans que la prévalence de la prématurité (4,1 %) et du petit poids à la naissance (1,3 %) est la plus faible. Quant au retard de croissance intra-utérine, il affecte 8,2 % des nouveau-nés dont la mère a moins de vingt ans.

Même en regroupant les mères au sein de deux groupes d'âge, il ne ressort aucune différence statistiquement significative entre celles qui sont âgées de moins de vingt ans et les autres mères. Chez les mères âgées de moins de vingt ans, la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine ont des rapports de cotes qui ne se distinguent pas, sur le plan de la statistique, de ceux des mères plus âgées.

Bref, les données de l'enquête menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur ne font pas ressortir un fait généralement reconnu : les risques de prématurité et de petit poids à la naissance sont plus élevés chez les mères âgées de moins de vingt ans et chez celles qui ont 35 ans et plus<sup>30</sup>. Il en est de même avec le retard de croissance intra-utérine.

---

<sup>29</sup> Comme il y a encore peu d'études qui se sont intéressées aux facteurs de risque associés au retard de croissance intra-utérine, il sera surtout fait mention des facteurs de risque liés à la prématurité et au petit poids à la naissance dans ce chapitre.

<sup>30</sup> Des données concernant l'ensemble de la région lanauchoises pour les périodes 1989-1993 et 1994-1998 confirment d'ailleurs cette observation (Guillemette, 1996 ; Guillemette et Badlissi, 2002a).

**Tableau 47**  
**Âge des mères et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et**  
**de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Groupe d'âge	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 20 ans	73	3	4,1	
20-24 ans	399	23	5,8	
25-29 ans	839	46	5,5	
30-34 ans	574	27	4,7	
35 ans et plus	222	12	5,4	
Total	2 107	111	5,3	
Moins de 20 ans	73	3	4,1	0,76 (0,19-2,57)
Autres groupes d'âge	2 034	108	5,3	1,00
Groupe d'âge	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 20 ans	76	1	1,3	
20-24 ans	402	14	3,5	
25-29 ans	843	26	3,1	
30-34 ans	575	25	4,3	
35 ans et plus	226	8	3,5	
Total	2 122	74	3,5	
Moins de 20 ans	76	1	1,3	0,36 (0,02-2,44)
Autres groupes d'âge	2 046	73	3,6	1,00
Groupe d'âge	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 20 ans	73	6	8,2	
20-24 ans	398	45	11,3	
25-29 ans	839	65	7,7	
30-34 ans	573	38	6,6	
35 ans et plus	222	18	8,1	
Total	2 105	172	8,2	
Moins de 20 ans	73	6	8,2	1,01 (0,39-2,45)
Autres groupes d'âge	2 032	166	8,2	1,00

Notes : L'âge de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 30 cas sur 2 137 (1,4 %).

L'âge de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 15 cas sur 2 137 (0,7 %).

L'âge de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 32 cas sur 2 137 (1,5 %).

## **4.2 État matrimonial des mères**

L'état matrimonial, ou encore, l'état civil des mères, est considéré par certains auteurs comme étant un facteur de risque associé plus particulièrement au petit poids à la naissance (Doucet, Baumgarten et Infante-Rivard, 1989). Le taux de bébés de petit poids pourrait ainsi varier du simple au double entre les mères mariées et celles qui sont célibataires.

Une étude menée sur 113 994 naissances survenues en Alberta entre 1994 et 1996 confirme également le lien pouvant exister entre, d'une part, l'état matrimonial et, d'autre part, la prématurité et le petit poids à la naissance. Les mères célibataires auraient, selon les résultats de cette étude, des proportions plus élevées de bébés prématurés et de petit poids que les mères mariées (Tough et autres, 2001).

Dans Lanaudière, en 1994-1998, plus de la moitié des naissances vivantes (59,7 %) sont issues d'une mère non mariée. Par rapport à la période 1979-1983 (11,8 %), cette proportion est maintenant presque cinq fois plus grande (Guillemette et Badlissi, 2002a).

Qu'importe l'issue de grossesse considérée, les mères célibataires qui accouchent au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur semblent toujours présenter des proportions supérieures de bébés prématurés (5,7 %), de petit poids (3,8 %) ou qui affichent un retard de croissance intra-utérine (11,1 %) comparativement aux autres catégories de mères (tableau 48).

En comparant les rapports de cotes des mères mariées ou conjointes de fait avec ceux des mères non mariées (célibataires, veuves, séparées et divorcées), les résultats de l'enquête montrent que la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine ne semblent pas affecter les unes plus que les autres.

**Tableau 48**  
**État matrimonial de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

État matrimonial	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Célibataire	314	18	5,7	
Mariée, conjointe de fait	1 762	92	5,2	
Séparée, divorcée, veuve	29	1	3,4	
Total	2 105	111	5,3	
Autres états matrimoniaux	343	19	5,5	1,06 (0,62-1,81)
Mariée, conjointe de fait	1 762	92	5,2	1,00
État matrimonial	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Célibataire	317	12	3,8	
Mariée, conjointe de fait	1 773	61	3,4	
Séparée, divorcée, veuve	30	1	3,3	
Total	2 120	74	3,5	
Autres états matrimoniaux	347	13	3,7	1,09 (0,57-2,07)
Mariée, conjointe de fait	1 773	61	3,4	1,00
État matrimonial	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Célibataire	314	35	11,1	
Mariée, conjointe de fait	1 760	135	7,7	
Séparée, divorcée, veuve	29	2	6,9	
Total	2 103	172	8,2	
Autres états matrimoniaux	343	37	10,8	1,46 (0,97-2,17)
Mariée, conjointe de fait	1 760	135	7,7	1,00

Notes : L'état matrimonial de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 32 cas sur 2 137 (1,5 %).

L'état matrimonial de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 17 cas sur 2 137 (0,8 %).

L'état matrimonial de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 34 cas sur 2 137 (1,6 %).

### 4.3 Mode de vie

Au même titre que l'état matrimonial, le mode de vie est également associé au petit poids à la naissance selon certains auteurs. Ainsi, les mères vivant seules pourraient avoir une proportion de naissances de petit poids près de deux fois supérieures à celle des mères vivant avec leur conjoint (Doucet, Baumgarten et Infante-Rivard, 1989). Ces écarts pourraient s'expliquer par le fait que les mères vivant avec un conjoint peuvent, plus souvent, profiter de meilleures conditions de vie (revenus conjoints, partage des frais de logement, d'électricité, etc.) et d'un meilleur soutien social (présence immédiate d'un confident).

Selon les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, ce sont les mères monoparentales qui présentent les proportions les plus élevées de prématurité (6,7 %), de bébés de petit poids (6,6 %) et de retard de croissance intra-utérine chez leur nouveau-né (15,7 %) (tableau 49).

La comparaison entre, d'une part, les rapports de cotes des mères vivant avec un conjoint et, d'autre part, ceux des mères monoparentales ou ne vivant pas avec un conjoint ne fait pas ressortir de différence statistiquement significative pour la prématurité et le petit poids à la naissance. Par contre, en considérant le retard de croissance intra-utérine, il ressort que les mères ne vivant pas avec un conjoint présentent un risque 2,21 fois plus élevé que celui des mères vivant avec un conjoint. Pour ces dernières, le taux de retard de croissance intra-utérine se situe à 7,7 %, alors qu'il grimpe à 15,6 % pour les autres mères.

**Tableau 49**  
**Mode de vie de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Mode de vie	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Avec conjoint	1 974	102	5,2	
Monoparentale	89	6	6,7	
Autres modes de vie	33	1	3,0	
Total	2 096	109	5,2	
Autres	122	7	5,7	1,12 (0,46-2,56)
Avec conjoint	1 974	102	5,2	1,00
Mode de vie	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Avec conjoint	1 985	65	3,3	
Monoparentale	91	6	6,6	
Autres modes de vie	34	1	2,9	
Total	2 110	72	3,4	
Autres	125	7	5,6	1,75 (0,72-4,07)
Avec conjoint	1 985	65	3,3	1,00
Mode de vie	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Avec conjoint	1 972	152	7,7	
Monoparentale	89	14	15,7	
Autres modes de vie	33	5	15,2	
Total	2 094	171	8,2	
Autres	122	19	15,6	2,21 (1,27-3,80)
Avec conjoint	1 972	152	7,7	1,00

Notes : Le mode de vie de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 41 cas sur 2 137 (1,9 %).

Le mode de vie de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 27 cas sur 2 137 (1,3 %).

Le mode de vie de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 43 cas sur 2 137 (2 %).

#### 4.4 Scolarité

La scolarité est un déterminant important de la prématurité, du petit poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine puisqu'elle est, plus souvent qu'autrement, intimement liée au niveau de revenus des individus. Les personnes les plus scolarisées ont en effet des revenus généralement plus élevés que ceux des personnes moins scolarisées et, par conséquent, de meilleures opportunités pour bien se nourrir, se loger, etc. (Millar et Chen, 1998).

Environ le dixième (9,7 %) des mères ayant moins de onze ans de scolarité (sans diplôme d'études secondaires) ont eu un bébé né à moins de 37 semaines de gestation comparativement à 4,6 % pour les mères qui possèdent de onze à quatorze ans de scolarité et à 4,3 % pour celles qui en ont quinze et plus (tableau 50).

Quant au petit poids à la naissance, l'enquête montre également que plus les mères sont faiblement scolarisées, plus elles risquent d'avoir un nouveau-né pesant moins de 2 500 grammes. Ainsi, seulement 2,2 % des nouveau-nés issus de mères ayant quinze ans et plus de scolarité ont un poids inférieur à 2 500 grammes comparativement à 7,2 % pour les bébés dont les mères ont moins de onze ans de scolarité et à 3,2 % pour ceux dont les mères ont de onze à quatorze ans de scolarité.

La tendance est similaire pour le retard de croissance intra-utérine puisque la proportion de nouveau-nés trop petits varie de 14,7 % pour les mères ayant moins de onze ans de scolarité à 8,5 % pour celles qui en ont de onze à quatorze et à 5,3 % pour celles qui déclarent avoir au moins quinze ans de scolarité.

Qu'importe l'issue de grossesse considérée, il existe des différences statistiquement significatives entre les mères plus scolarisées et celles qui le sont moins en ce qui concerne la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine. Ainsi, en classant les mères en deux catégories, soit celles qui ont moins de onze ans de scolarité et celles qui ont onze ans de scolarité et plus, le rapport de cotes est toujours statistiquement supérieur pour les mères faiblement scolarisées comparativement aux autres mères. Dans tous les cas, le rapport de cotes est plus de deux fois supérieur pour les mères moins scolarisées.

Les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 permettent donc de conclure qu'il existe un lien entre, d'une part, la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine et, d'autre part, une faible scolarité chez la mère.



**Tableau 50**  
**Scolarité de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Scolarité	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 11 ans	300	29	9,7	
11-14 ans	1 013	47	4,6	
15 ans et plus	774	33	4,3	
Total	2 087	109	5,2	
Moins de 11 ans	300	29	9,7	2,28 (1,43-3,63)
11 ans et plus	1 787	80	4,5	1,00
Scolarité	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 11 ans	306	22	7,2	
11-14 ans	1 017	33	3,2	
15 ans et plus	778	17	2,2	
Total	2 101	72	3,4	
Moins de 11 ans	306	22	7,2	2,70 (1,56-4,66)
11 ans et plus	1 795	50	2,8	1,00
Scolarité	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 11 ans	299	44	14,7	
11-14 ans	1 013	86	8,5	
15 ans et plus	773	41	5,3	
Total	2 085	171	8,2	
Moins de 11 ans	299	44	14,7	2,25 (1,53-3,30)
11 ans et plus	1 786	127	7,1	1,00

Notes : La scolarité de la mère et la durée de gestation sont inconnues dans 50 cas sur 2 137 (2,3 %).

La scolarité de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 36 cas sur 2 137 (1,7 %).

La scolarité de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 52 cas sur 2 137 (2,4 %).

#### **4.5 Principale source de revenus**

La principale source de revenus de la mère peut être un facteur déterminant sur l'incidence de la prématurité, du petit poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine. C'est le cas plus particulièrement des mères ayant un faible revenu (les prestataires de l'assistance-emploi, en particulier), puisque leurs enfants présentent des risques beaucoup plus élevés de naître prématurément ou avec un poids insuffisant (MSSS, 1993).

Selon le tableau 51, les mères qui touchent un revenu d'emploi ou de la CSST présentent des proportions moindres de bébés prématurés, de petit poids ou ayant un retard de croissance intra-utérine. Chez les mères prestataires de l'assistance-emploi, c'est tout le contraire qui est observé.

En regroupant les mères en deux catégories, soit celles qui ont les revenus généralement les plus bas (les prestataires de l'assistance-emploi) et les autres mères, des écarts importants ressortent pour le retard de croissance intra-utérine. Ainsi, les nouveau-nés issus de mères qui reçoivent des prestations de l'assistance-emploi ont, dans 16,4 % des cas, des bébés ayant un retard de croissance intra-utérine (RC de 2,35 avec un intervalle de 1,35 à 4,04), alors que c'est le cas de 7,7 % des autres bébés.

Les intervalles de confiance ne permettent pas d'établir de différences statistiquement significatives entre les rapports de cotes calculés pour la prématurité et le petit poids à la naissance. Toutefois, la tendance observée laisse supposer que les mères prestataires de l'assistance-emploi donnent plus souvent naissance à des nouveau-nés prématurés (6,9 %) ou de petit poids (5,9 %) que les autres mères (5,2 % et 3,4 %, respectivement).

Bref, il est loisible de conclure que les résultats de l'enquête permettent d'établir un lien entre le retard de croissance intra-utérine et le fait d'être prestataire de l'assistance-emploi.

**Tableau 51**  
**Source de revenus de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Source de revenus	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Aucune	258	13	5,0	
Travail, CSST et prestations de maternité	1 649	86	5,2	
Chômage	45	0	0,0	
Assistance-emploi	116	8	6,9	
Autres	35	4	11,4	
Total	2 103	111	5,3	
Assistance-emploi	116	8	6,9	1,35 (0,59-2,96)
Aucune et autres sources	1 987	103	5,2	1,00
Source de revenus	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Aucune	261	9	3,4	
Travail, CSST et prestations de maternité	1 658	54	3,3	
Chômage	45	1	2,2	
Assistance-emploi	119	7	5,9	
Autres	35	3	8,6	
Total	2 118	74	3,5	
Assistance-emploi	119	7	5,9	1,80 (0,74-4,19)
Aucune et autres sources	1 999	67	3,4	1,00
Source de revenus	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Aucune	258	21	8,1	
Travail, CSST et prestations de maternité	1 648	123	7,5	
Chômage	45	4	8,9	
Assistance-emploi	116	19	16,4	
Autres	34	5	14,7	
Total	2 101	172	8,2	
Assistance-emploi	116	19	16,4	2,35 (1,35-4,04)
Aucune et autres sources	1 985	153	7,7	1,00

Notes : La source de revenus de la mère et la durée de gestation sont inconnues dans 34 cas sur 2 137 (1,6 %).

La source de revenus de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 19 cas sur 2 137 (0,9 %).

La source de revenus de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 36 cas sur 2 137 (1,7 %).

#### 4.6 Caractéristiques de l'emploi

Que la mère occupe ou non un emploi, il ne semble pas exister de différence notable en ce qui concerne l'incidence de la prématurité, du petit poids à la naissance ou du retard de croissance intra-utérine (tableau 52). Ce constat n'entre d'ailleurs pas en contradiction avec les études traitant de ce sujet puisque les chercheurs ne s'entendent pas sur les impacts que peut avoir un emploi sur la prématurité et le petit poids à la naissance (Henriksen et autres, 1994 ; Marbury et autres, 1984 ; Alegre et autres, 1984).

Même si les différences ne sont pas significatives sur le plan de la statistique, les données de l'enquête révèlent néanmoins une tendance qui s'observe pour les trois problèmes périnataux. Les mères qui ne travaillent pas semblent en effet avoir des proportions plus élevées de nouveau-nés prématurés (5,7 % contre 5,3 %), de bébés de petit poids (4,5 % contre 3,3 %) et de bébés ayant un retard de croissance intra-utérine (10,6 % contre 7,5 %) comparativement aux mères qui occupent un emploi rémunéré ou autonome.

Par contre, en ne considérant que les mères qui ont un travail salarié ou autonome, l'enquête rend compte d'écarts importants entre certaines catégories d'emploi (tableau 53). Ainsi, les mères qui occupent un poste de cadre ou de professionnelle ont des proportions plus faibles de naissances présentant un retard de croissance intra-utérine que les autres mères (5,8 % contre 8,9 %). Ce constat n'est toutefois pas observé pour la prématurité et le petit poids à la naissance.

Toujours parmi les mères qui occupent un emploi, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le fait de travailler à temps plein, à temps partiel ou sur appel (tableau 54). La tendance observée semble toutefois vouloir démontrer l'existence de proportions un peu plus élevées de bébés de petit poids ou ayant un retard de croissance intra-utérine parmi les mères qui travaillent à temps plein.

Les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 permettent d'établir un lien entre le retard de croissance intra-utérine et le fait d'occuper un poste autre que celui de cadre ou de professionnelle.

**Tableau 52**  
**Emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Emploi occupé	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cote
Oui	1 672	88	5,3	0,91 (0,56-1,48)
Non	435	25	5,7	1,00
Total	2 107	113	5,4	
Emploi occupé	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cote
Oui	1 680	55	3,3	0,71 (0,41-1,25)
Non	442	20	4,5	1,00
Total	2 122	75	3,5	
Emploi occupé	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cote
Oui	1 670	126	7,5	0,69 (0,48-1,00)
Non	435	46	10,6	1,00
Total	2 105	172	8,2	

Notes : L'emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 30 cas sur 2 137 (1,4 %).  
L'emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 15 cas sur 2 137 (0,7 %).  
L'emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 32 cas sur 2 137 (1,5 %).

**Tableau 53**  
**Titre d'emploi de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
 (mères qui travaillent et naissances simples seulement)

Titre d'emploi	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Cadre, professionnelle	740	40	5,4	
Employée de bureau	234	9	3,8	
Vendeuse, serveuse, etc.	511	31	6,1	
Agricultrice, ouvrière, etc.	128	5	3,9	
Total	1 613	85	5,3	
Autres titres d'emploi	873	45	5,2	0,95 (0,60-1,51)
Cadre, professionnelle	740	40	5,4	1,00
Titre d'emploi	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Cadre, professionnelle	743	25	3,4	
Employée de bureau	237	7	3,0	
Vendeuse, coiffeuse, etc.	512	18	3,5	
Agricultrice, ouvrière, etc.	129	4	3,1	
Total	1 621	54	3,3	
Autres titres d'emploi	878	29	3,3	0,98 (0,55-1,75)
Cadre, professionnelle	743	25	3,4	1,00
Titre d'emploi	Nombre de Naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Cadre, professionnelle	739	43	5,8	
Employée de bureau	234	21	9,0	
Vendeuse, coiffeuse, etc.	510	44	8,6	
Agricultrice, ouvrière, etc.	128	13	10,2	
Total	1 611	121	7,5	
Autres titres d'emploi	872	78	8,9	1,59 (1,06-2,38)
Cadre, professionnelle	739	43	5,8	1,00

Notes : Le titre d'emploi de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 77 cas sur 1 690 (4,6 %).

Le titre d'emploi de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 69 cas sur 1 690 (4,1 %).

Le titre d'emploi de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 79 cas sur 1 690 (4,7 %).

**Tableau 54**  
**Type de travail occupé par la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères qui travaillent et naissances simples seulement)**

Type de travail	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Temps plein	1 346	70	5,2	
Temps partiel	274	14	5,1	
Sur appel	37	2	5,4	
Total	1 657	86	5,2	
Temps plein	1 346	70	5,2	1,01 (0,56-1,84)
Autres types	311	16	5,1	1,00
Type de travail	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Temps plein	1 355	49	3,6	
Temps partiel	273	3	1,1	
Sur appel	37	2	5,4	
Total	1 665	54	3,2	
Temps plein	1 355	49	3,6	2,29 (0,87-6,58)
Autres types	310	5	1,6	1,00
Type de travail	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Temps plein	1 346	105	7,8	
Temps partiel	272	16	5,9	
Sur appel	37	3	8,1	
Total	1 655	124	7,5	
Temps plein	1 346	105	7,8	1,29 (0,76-2,21)
Autres types	309	19	6,1	1,00

Notes : Le type de travail occupé par la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 33 cas sur 1 690 (2 %).

Le type de travail occupé par la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 25 cas sur 1 690 (1,5 %).

Le type de travail occupé par la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 35 cas sur 1 690 (2,1 %).

#### 4.7 Horaire et posture de travail

L'intérêt de croiser l'horaire de travail avec l'issue de grossesse vient du fait que les mères qui ont des conditions ou des exigences de travail pouvant être en conflit avec leurs responsabilités familiales et ménagères ont de plus fortes probabilités d'avoir un bébé prématuré, de petit poids à la naissance ou affichant un retard de croissance intra-utérine. Des enquêtes indiquent d'ailleurs que les mères qui travaillent plus de 40 heures par semaine sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à avoir des enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (Peoples-Sheps et autres, 1991 ; Ceron-Mireles et autres, 1996).

Cette hypothèse ne se vérifie toutefois pas avec les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur puisque les données relatives à l'horaire de travail des mères incitent à conclure qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative quant à l'issue de la grossesse entre les mères qui travaillent le jour et celles qui travaillent le soir, la nuit ou qui ont un horaire variable (tableau 55). La tendance observée aussi bien pour la prématurité (7 % contre 4,7 %), le petit poids à la naissance (4,7 % contre 2,8 %) et le retard de croissance intra-utérine (7,7 % contre 7,4 %) révèle néanmoins que les mères qui travaillent la nuit, le soir ou avec un horaire variable semblent être plus à risque que celles qui oeuvrent le jour.

Quant au nombre d'heures travaillées, les risques de prématurité (9 % contre 5,1 %) et de petit poids à la naissance (4,5 % contre 3,2 %) semblent être plus élevés pour les mères qui travaillent onze heures et plus par jour, alors que c'est la situation inverse qui semble être observée pour le retard de croissance intra-utérine (4,5 % contre 7,6 %) (tableau 56). La comparaison des rapports de cote ne fait cependant pas ressortir des écarts statistiquement significatifs entre eux.

La posture de travail pourrait, elle aussi, affecter l'issue de grossesse puisqu'il est logique de supposer que les femmes enceintes qui travaillent de nombreuses heures debout peuvent, la fatigue aidant, être plus à risque d'accoucher prématurément, d'un bébé de petit poids ou d'un bébé affichant un retard de croissance intra-utérine. Toutefois, les données de l'enquête ne confirment pas cette hypothèse, car les différences entre les pourcentages et les rapports de cote restent faibles.



**Tableau 55**  
**Horaire de travail de la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères qui travaillent et naissances simples seulement)**

Horaire de travail	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Jour	1 238	58	4,7	1,53 (0,95-2,47)
Soir	116	9	7,8	
Nuit	42	1	2,4	
Horaire variable	270	20	7,4	
Total	1 666	88	5,3	
Autres horaires	428	30	7,0	
Jour	1 238	58	4,7	
Horaire de travail	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Jour	1 244	35	2,8	1,69 (0,93-3,05)
Soir	116	6	5,2	
Nuit	42	2	4,8	
Horaire variable	272	12	4,4	
Total	1 674	55	3,3	
Autres horaires	430	20	4,7	
Jour	1 244	35	2,8	
Horaire de travail	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Jour	1 237	91	7,4	1,05 (0,68-1,63)
Soir	115	9	7,8	
Nuit	42	3	7,1	
Horaire variable	270	21	7,8	
Total	1 664	124	7,5	
Autres horaires	427	33	7,7	
Jour	1 237	91	7,4	

Notes : L'horaire de travail de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 24 cas sur 1 690 (1,4 %).

L'horaire de travail de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 16 cas sur 1 690 (0,9 %).

L'horaire de travail de la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 26 cas sur 1 690 (1,5 %).

**Tableau 56**  
**Nombre d'heures de travail par la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête Grossesse et habitudes de vie,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères qui travaillent et naissances simples seulement)**

Heures de travail par jour	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 8 heures par jour	747	35	4,7	
8 à 10 heures par jour	849	47	5,5	
11 à 12 heures par jour	45	4	8,9	
Plus de 12 heures par jour	22	2	9,1	
Total	1 663	88	5,3	
11 heures et plus par jour	67	6	9,0	1,82 (0,69-4,53)
Moins de 11 heures par jour	1 596	82	5,1	1,00
Heures de travail par jour	Nombre de Naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 8 heures par jour	750	25	3,3	
8 à 10 heures par jour	854	27	3,2	
11 à 12 heures par jour	45	2	4,4	
Plus de 12 heures par jour	22	1	4,5	
Total	1 671	55	3,3	
11 heures et plus par jour	67	3	4,5	1,44 (0,35-4,98)
Moins de 11 heures par jour	1 604	52	3,2	1,00
Heures de travail par jour	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Moins de 8 heures par jour	746	53	7,1	
8 à 10 heures par jour	848	68	8,0	
11 à 12 heures par jour	45	2	4,4	
Plus de 12 heures par jour	22	1	4,5	
Total	1 661	124	7,5	
11 heures et plus par jour	67	3	4,5	0,57 (0,14-1,92)
Moins de 11 heures par jour	1 594	121	7,6	1,00

Notes : Le nombre d'heures de travail par la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 27 cas sur 1 690 (1,6 %).

Le nombre d'heures de travail par la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 19 cas sur 1 690 (1,1 %).

Le nombre d'heures de travail par la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 29 cas sur 1 690 (1,7 %).

**Tableau 57**  
**Posture de travail par la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères qui travaillent et naissances simples seulement)**

Posture de travail	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Debout plus de 4 heures par jour	881	49	5,6	
Assise durant presque toute la durée de travail	656	35	5,3	
Autres positions	127	4	3,1	
Total	1 664	88	5,3	
Debout plus de 4 heures par jour	881	49	5,6	1,12 (0,71-1,77)
Autres	783	39	5,0	1,00
Posture de travail	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Debout plus de 4 heures par jour	887	31	3,5	
Assise durant presque toute la durée de travail	659	21	3,2	
Autres positions	126	3	2,4	
Total	1 672	55	3,3	
Debout plus de 4 heures par jour	887	31	3,5	1,15 (0,65-2,04)
Autres	785	24	3,1	1,00
Posture de travail	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Debout plus de 4 heures par jour	880	67	7,6	
Assise durant presque toute la durée de travail	656	48	7,3	
Autres positions	126	9	7,1	
Total	1 662	124	7,5	
Debout plus de 4 heures par jour	880	67	7,6	1,05 (0,71-1,54)
Autres	782	57	7,3	1,00

Notes : La posture de travail par la mère et la durée de gestation sont inconnues dans 26 cas sur 1 690 (1,5 %).

La posture de travail par la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 18 cas sur 1 690 (1,1 %).

La posture de travail par la mère et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 28 cas sur 1 690 (1,7 %).

#### **4.8 Temps requis pour aller au travail**

La durée et la longueur des déplacements pour aller au travail et en revenir peuvent également être des facteurs de risque associés aux issues de grossesse problématiques. L'inconfort dans un véhicule moteur (mauvaises conditions de la route, espace restreint, etc.) et le stress associé à la conduite automobile (risques d'accidents, circulation dense aux heures de pointe, etc.) sont, à titre d'exemples, deux éléments pouvant incommoder les femmes enceintes.

Cette hypothèse ne se vérifie toutefois pas avec les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001. La tendance observée ne confirme pas le fait que les futures mères soient moins à risque lorsqu'elles ont des déplacements inférieurs à 30 minutes comparativement à celles qui se déplacent plus longtemps. En fait, il semble plutôt que se soit la situation inverse.

**Tableau 58**  
**Temps requis par la mère pour se rendre au travail et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères qui travaillent et naissances simples seulement)**

Temps requis pour se rendre au travail	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Inférieur à 30 minutes	723	47	6,5	
De 30 à 60 minutes	592	25	4,2	
Plus d'une heure	317	15	4,7	
Total	1 632	87	5,3	
30 minutes et plus	909	40	4,4	0,66 (0,42-1,04)
Inférieur à 30 minutes	723	47	6,5	1,00
Temps requis pour se rendre au travail	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Inférieur à 30 minutes	725	30	4,1	
De 30 à 60 minutes	598	10	1,7	
Plus d'une heure	317	15	4,7	
Total	1 640	55	3,4	
30 minutes et plus	915	25	2,7	0,65 (0,37-1,15)
Inférieur à 30 minutes	725	30	4,1	1,00
Temps requis pour se rendre au travail	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Inférieur à 30 minutes	722	63	8,7	
De 30 à 60 minutes	591	32	5,4	
Plus d'une heure	317	29	9,1	
Total	1 630	124	7,6	
30 minutes et plus	908	61	6,7	0,75 (0,51-1,10)
Inférieur à 30 minutes	722	63	8,7	1,00

Notes : Le temps requis par la mère pour se rendre au travail et la durée de gestation sont inconnus dans 27 cas sur 1 659 (1,6 %).  
 Le temps requis par la mère pour se rendre au travail et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 19 cas sur 1 659 (1,1 %).  
 Le temps requis par la mère pour se rendre au travail et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 29 cas sur 1 659 (1,7 %).  
 Il y a 31 mères sur 1 690 qui déclarent travailler à la maison (1,8 %).

#### **4.9 Histoire obstétricale des mères**

Le nombre de grossesses, de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesses antérieures sont des éléments du passé obstétrical des mères qui peuvent avoir une influence sur les issues de grossesse (Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988). Il est ainsi reconnu que les risques de prématurité ou de petit poids à la naissance sont plus élevés lors d'une première grossesse, lorsque la parité (rang de naissance du nouveau-né) est élevée ou quand la mère a déjà subi un avortement (spontané ou provoqué).

Les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 montrent que les mères qui en sont à leur première naissance vivante sont, en proportion, plus nombreuses à donner naissance à un bébé prématuré ou ayant un retard de croissance intra-utérine (tableau 59). Ainsi, 6,8 % des mères qui en sont à leur première naissance vivante ont un enfant né prématurément comparativement à 4,3 % pour les autres mères (RC de 1,63 avec un intervalle de 1,09 à 2,42). L'écart est encore plus grand avec le retard de croissance intra-utérine, alors que c'est le cas de 10,5 % des mères primipares contre 6,4 % pour les autres mères (RC de 1,72 avec un intervalle de 1,24 à 2,38). Ces écarts désavantageux pour les mères qui en sont à leur première naissance vivante ne sont toutefois pas constatés pour le petit poids à la naissance. Il est également à noter que les mères qui ont une naissance vivante de rang élevé (quatre et plus) ne semblent pas être plus à risque que les autres mères. Au contraire, elles semblent présenter des risques plus faibles de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine.

Quant aux mères qui déclarent avoir déjà eu un avortement spontané ou une interruption volontaire de grossesse, il ne semble pas qu'elles soient plus sujettes que les autres mères à avoir des bébés prématurés, de petit poids à la naissance ou affichant un retard de croissance intra-utérine (tableaux 60 et 61).

**Tableau 59**  
**Rang de naissance vivante et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Rang de naissance vivante	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
1	933	63	6,8	
2	842	39	4,6	
3	244	11	4,5	
4 et plus	87	0	0,0	
Total	2 106	113	5,4	
1	933	63	6,8	1,63 (1,09-2,42)
2 et plus	1 173	50	4,3	1,00

  

Rang de naissance vivante	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
1	940	34	3,6	
2	848	24	2,8	
3	246	14	5,7	
4 et plus	87	3	3,4	
Total	2 121	75	3,5	
1	940	34	3,6	1,04 (0,64-1,70)
2 et plus	1 181	41	3,5	1,00

  

Rang de naissance vivante	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
1	933	98	10,5	
2	841	55	6,5	
3	243	16	6,6	
4 et plus	87	4	4,6	
Total	2 104	173	8,2	
1	933	98	10,5	1,72 (1,24-2,38)
2 et plus	1 171	75	6,4	1,00

Notes : Le rang de naissance vivante et la durée de gestation sont inconnus dans 31 cas sur 2 137 (1,5 %).

Le rang de naissance vivante et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 16 cas sur 2 137 (0,7 %).

Le rang de naissance vivante et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 33 cas sur 2 137 (1,5 %).

**Tableau 60**  
**Fausses couches antérieures chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Fausses couches	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	492	28	5,7	1,09 (0,68-1,72)
Non	1 616	85	5,3	
Total	2 108	113	5,4	
Fausses couches	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	494	18	3,6	1,04 (0,59-1,84)
Non	1 629	57	3,5	
Total	2 123	75	3,5	
Fausses couches	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	491	39	7,9	0,95 (0,65-1,40)
Non	1 615	134	8,3	
Total	2 106	173	8,2	

Notes : L'existence de fausses couches antérieures et la durée de gestation sont inconnues dans 29 cas sur 2 137 (1,4 %).

L'existence de fausses couches antérieures et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 14 cas sur 2 137 (0,7 %).

L'existence de fausses couches antérieures et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 31 cas sur 2 137 (1,5 %).



**Tableau 61**  
**Interruptions volontaires de grossesse (IVG) antérieures chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Interruptions volontaires de grossesse	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	365	15	4,1	0,72 (0,40-1,29)
Non	1 745	98	5,6	1,00
Total	2 110	113	5,4	
Interruptions volontaires de grossesse	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	369	15	4,1	1,20 (0,64-2,20)
Non	1 756	60	3,4	1,00
Total	2 125	75	3,5	
Interruptions volontaires de grossesse	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	365	31	8,5	1,04 (0,68-1,57)
Non	1 743	142	8,1	1,00
Total	2 108	173	8,2	

Notes : L'existence d'IVG antérieures et la durée de gestation sont inconnues dans 27 cas sur 2 137 (1,3 %).

L'existence d'IVG antérieures et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 12 cas sur 2 137 (0,6 %).

L'existence d'IVG antérieures et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 29 cas sur 2 137 (1,4 %).

#### 4.10 Tabagisme

Le tabagisme, de nombreuses études l'ont démontré, a une influence néfaste sur la santé des fumeurs et des non-fumeurs. Les troubles respiratoires et le cancer du poumon ou des voies respiratoires touchent en effet beaucoup plus les personnes qui sont exposées à la fumée du tabac. Il importe aussi de retenir que le tabagisme peut avoir des effets négatifs, non seulement sur les consommateurs, mais également sur l'issue de la grossesse (Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988). Ainsi, les femmes qui consomment du tabac durant leur grossesse auraient deux fois plus de risques de donner naissance à un bébé ayant un retard de croissance intra-utérine (Lieberman et autres, 1994).

À la lumière des résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, il faut constater que les mères qui ont fumé au cours de leur grossesse présentent des proportions beaucoup plus élevées de bébés de petit poids à la naissance et de nouveau-nés ayant un retard de croissance intra-utérine que les autres mères (tableau 62). Dans le cas du petit poids à la naissance, la proportion atteint 6,4 % pour les fumeuses comparativement à 2,3 % pour les mères non fumeuses (RC de 2,87 avec un intervalle de 1,76 à 4,67). C'est aussi 14 % des bébés issus de mères fumeuses qui affichent un retard de croissance intra-utérine contre 5,8 % pour les autres mères (RC de 2,65 avec un intervalle de 1,91 à 3,68). Ce constat n'est toutefois pas observé pour la prématurité.

En ne prenant en compte que les mères fumeuses, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre celles qui ont fumé durant toute leur grossesse et celles qui ont arrêté de fumer au cours de leur grossesse en ce qui concerne les proportions d'enfants prématurés ou de petit poids (tableau 63). Par contre, en considérant le retard de croissance intra-utérine, il ressort que les fumeuses qui ont pris du tabac durant toute leur grossesse (16 %) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des nouveau-nés dans cette catégorie que les fumeuses qui ont cessé leur consommation de tabac au cours de leur grossesse (6,2 %) (RC de 2,88 avec un intervalle de 1,30 à 6,65). Ce constat a aussi été observé dans l'étude de Lieberman et autres (1994) puisque les mères qui cessent de fumer avant le troisième trimestre de grossesse présentent moins de risques d'avoir un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérine.

Même si le tableau 64 semble montrer que les risques de prématurité (6,6 % contre 5,1 %) et de petit poids à la naissance (8,2 % contre 3,4 %) croissent avec la quantité de cigarettes fumées au cours d'une journée, il faut insister sur le fait que les écarts entre les rapports de cotes ne sont pas significatifs au plan de la statistique. Ils le sont toutefois lorsque le retard de croissance intra-utérine est pris en considération. Ainsi, 15,5 % des fumeuses qui déclarent consommer dix cigarettes et plus par jour ont un nouveau-né qui affiche un retard de croissance intra-utérine contre 7,4 % pour celles qui

en fument moins de dix par jour (RC de 2,30 avec un intervalle de 1,18 à 4,58). Une étude menée à Copenhague de 1990 à 1992 arrive à une conclusion similaire, alors que les bébés issus de mères fumeuses ont de deux à quatre fois plus de risques d'avoir un retard de croissance intra-utérine que les autres bébés (Nordentoft et autres, 1996).

**Tableau 62**  
**Tabagisme durant une partie ou toute la grossesse et risque de prématurité,**  
**de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	617	37	6,0	1,21 (0,79-1,84)
Non	1 492	75	5,0	1,00
Total	2 109	112	5,3	
Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	624	40	6,4	2,87 (1,76-4,67)
Non	1 500	35	2,3	1,00
Total	2 124	75	3,5	
Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	616	86	14,0	2,65 (1,91-3,68)
Non	1 491	86	5,8	1,00
Total	2 107	172	8,2	

Notes : Le tabagisme durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 28 cas sur 2 137 (1,3 %).

Le tabagisme durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 13 cas sur 2 137 (0,6 %).

Le tabagisme durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 30 cas sur 2 137 (1,4 %).

**Tableau 63**  
**Tabagisme durant toute la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance**  
**et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères fumeuses et naissances simples seulement)**

Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	488	29	5,9	0,96 (0,40-2,33)
Non	129	8	6,2	
Total	617	37	6,0	
Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	494	35	7,1	1,91 (0,69-5,66)
Non	130	5	3,8	
Total	624	40	6,4	
Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	487	78	16,0	2,88 (1,30-6,65)
Non	129	8	6,2	
Total	616	86	14,0	

Notes : Le tabagisme durant toute la grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 12 cas sur 629 (1,9 %).

Le tabagisme durant toute la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 5 cas sur 629 (0,8 %).

Le tabagisme durant toute la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 13 cas sur 629 (2,1 %).

**Tableau 64**  
**Quantité de cigarettes fumées par jour durant la grossesse et risque de prématurité,**  
**de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères fumeuses et naissances simples seulement)**

Nombre de cigarettes par jour	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
1-4 cigarettes par jour	68	3	4,4	
5-9 cigarettes par jour	108	6	5,6	
10-14 cigarettes par jour	165	10	6,1	
15-19 cigarettes par jour	94	6	6,4	
20 cigarettes et plus par jour	90	7	7,8	
Total	525	32	6,1	
10 cigarettes et plus par jour	349	23	6,6	1,31 (0,56-3,13)
1-9 cigarettes par jour	176	9	5,1	1,00
Nombre de cigarettes par jour	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
1-4 cigarettes par jour	68	0	0,0	
5-9 cigarettes par jour	110	6	5,5	
10-14 cigarettes par jour	167	12	7,2	
15-19 cigarettes par jour	96	9	9,4	
20 cigarettes et plus par jour	90	8	8,9	
Total	531	35	6,6	
10 cigarettes et plus par jour	353	29	8,2	2,57 (0,99-7,03)
1-9 cigarettes par jour	178	6	3,4	1,00
Nombre de cigarettes par jour	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
1-4 cigarettes par jour	68	3	4,4	
5-9 cigarettes par jour	108	10	9,3	
10-14 cigarettes par jour	164	26	15,9	
15-19 cigarettes par jour	94	15	16,0	
20 cigarettes et plus par jour	90	13	14,4	
Total	524	67	12,8	
10 cigarettes et plus par jour	348	54	15,5	2,30 (1,18-4,58)
1-9 cigarettes par jour	176	13	7,4	1,00

Notes : Le nombre de cigarettes fumées par jour et la durée de gestation sont inconnus dans 104 cas sur 629 (16,5 %).

Le nombre de cigarettes fumées par jour et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 98 cas sur 629 (15,6 %).

Le nombre de cigarettes fumées par jour et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 105 cas sur 629 (16,7 %).

Selon certains, le tabagisme n'est pas seulement néfaste pour la santé des personnes qui fument, il l'est aussi pour celles qui sont involontairement exposées à la fumée du tabac. Selon une étude menée en Suède en 1991 et 1992, les femmes enceintes exposées à la fumée du tabac à la maison ou au travail auraient 2,3 fois plus de risques d'avoir un nouveau-né présentant un retard de croissance intra-utérine (Dejin-Karlsson et autres, 1998). La même étude ne fait toutefois pas ressortir de lien statistiquement significatif entre l'exposition passive à la fumée du tabac et la prématurité ou le petit poids à la naissance.

Même si le tableau 65 révèle que les non-fumeuses qui sont exposées quotidiennement à la fumée de cigarette au domicile ou au travail semblent présenter des risques plus élevés d'avoir une naissance prématurée (5,8 % contre 4,7 %) ou ayant un retard de croissance intra-utérine (7,5 % contre 5,4 %) que les mères qui ne sont jamais exposées à la fumée du tabac, les écarts entre les rapports de cotes ne sont pas significatifs sur le plan de la statistique. Toujours parmi les non-fumeuses, la proportion de bébés de petit poids s'élève à 4,1 % pour celles qui sont quotidiennement exposées à la fumée du tabac au domicile ou au travail contre seulement 1,8 % pour celles qui ne le sont pas (RC de 2,27 avec un intervalle de 1,04 à 4,86).

Bref, les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 établissent un lien entre l'exposition passive à la fumée du tabac et le petit poids à la naissance. Ce lien n'est toutefois pas observé de manière significative pour la prématurité et le retard de croissance intra-utérine.

**Tableau 65**  
**Exposition à la fumée de cigarette durant la grossesse et risque de**  
**prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(mères non fumeuses et naissances simples seulement)**

Exposition à la fumée de cigarette	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	293	17	5,8	1,25 (0,68-2,24)
Non	1 188	56	4,7	1,00
Total	1 481	73	4,9	
Exposition à la fumée de cigarette	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	294	12	4,1	2,27 (1,04-4,86)
Non	1 195	22	1,8	1,00
Total	1 489	34	2,3	
Exposition à la fumée de cigarette	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	293	22	7,5	1,42 (0,84-2,41)
Non	1 187	64	5,4	1,00
Total	1 480	86	5,8	

Notes : L'exposition à la fumée de cigarette et la durée de gestation sont inconnues dans 27 cas sur 1 508 (1,8 %).

L'exposition à la fumée de cigarette et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 19 cas sur 1 508 (1,3 %).

L'exposition à la fumée de cigarette et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 28 cas sur 1 508 (1,9 %).

#### 4.11 Consommation de caféine

En accord avec ce que confirment certains chercheurs (Kurppa et autres, 1983 ; Pastore et Savitz, 1995), les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 montrent qu'il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la consommation de caféine, d'une part, et la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine, d'autre part (tableau 66).

**Tableau 66**  
**Consommation de caféine durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Consommation de caféine	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	2 033	107	5,3	0,77 (0,29-2,20)
Non	74	5	6,8	
Total	2 107	112	5,3	
Consommation de caféine	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	2 048	74	3,6	2,74 (0,40-53,73)
Non	74	1	1,4	
Total	2 122	75	3,5	
Consommation de caféine	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	2 031	169	8,3	2,15 (0,64-8,63)
Non	74	3	4,1	
Total	2 105	172	8,2	

Notes : La consommation de caféine durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 30 cas sur 2 137 (1,4 %).  
 La consommation de caféine durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 15 cas sur 2 137 (0,7 %).  
 La consommation de caféine durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 32 cas sur 2 137 (1,5 %).

#### 4.12 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool durant la grossesse est fréquemment associée au syndrome d'alcoolisation fœtale responsable de retards de croissance et de déficits intellectuels (Association médicale canadienne, 1993). Selon des chercheurs, le fait de prendre plus de une consommation d'alcool par jour durant la grossesse peut favoriser la prévalence



du petit poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine (Mills et autres 1984 ; Virji, 1991 ; Day et autres, 1993).

Au même titre que la consommation de caféine, les données de l'enquête révèlent que la consommation d'alcool durant la grossesse ne semble pas avoir une influence néfaste sur son issue, puisque les écarts entre les consommatrices et les non-consommatrices ne sont pas significatifs sur le plan de la statistique (tableau 67). Il faut malgré tout se rappeler que la consommation élevée d'alcool au cours de la grossesse est sans contredit néfaste pour le nouveau-né (Santé Canada, 1998).

**Tableau 67**  
**Consommation d'alcool durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Consommation d'alcool	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	681	37	5,4	1,04 (0,68-1,58)
Non	1 428	75	5,3	
Total	2 109	112	5,3	
Consommation d'alcool	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	683	27	4,0	1,19 (0,72-1,98)
Non	1 441	48	3,3	
Total	2 124	75	3,5	
Consommation d'alcool	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	680	54	7,9	0,95 (0,67-1,34)
Non	1 427	119	8,3	
Total	2 107	173	8,2	

Notes : La consommation d'alcool durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 28 cas sur 2 137 (1,3 %).  
 La consommation d'alcool durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 13 cas sur 2 137 (0,6 %).  
 La consommation d'alcool durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 30 cas sur 2 137 (1,4 %).

#### 4.13 Consommation de drogues

De nombreuses études mettent en relation la consommation de drogues chez les femmes enceintes avec la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de

croissance intra-utérine (Bateman et autres, 1993 ; Glantz et Woods, 1993). Les nouveau-nés issus de mères qui consomment beaucoup de drogues auraient ainsi 35 % plus de risques d'être prématurés et pèsent de 500 à 800 grammes de moins que les autres bébés (DiTommaso, 1999).

Selon le tableau 68, la consommation de drogues ne serait pas statistiquement associée à la prématurité et au petit poids à la naissance. Toutefois, 23,3 % des nouveau-nés issus de mères qui déclarent avoir consommé de la drogue au cours de leur grossesse présentent un retard de croissance intra-utérine contre 7,7 % pour les autres bébés (RC de 3,63 avec un intervalle de 1,86 à 6,99).

Selon les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, il existe donc un lien entre le retard de croissance intra-utérine des nouveau-nés et la consommation de drogues chez la mère.

**Tableau 68**  
**Consommation de drogues durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Consommation de drogues	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	60	3	5,0	0,93 (0,23-3,16)
Non	2 044	109	5,3	
Total	2 104	112	5,3	
Consommation de drogues	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	61	4	6,6	1,99 (0,60-5,93)
Non	2 059	70	3,4	
Total	2 120	74	3,5	
Consommation de drogues	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	60	14	23,3	3,63 (1,86-6,99)
Non	2 043	158	7,7	
Total	2 103	172	8,2	

Notes : La consommation de drogues durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 33 cas sur 2 137 (1,5 %).  
 La consommation de drogues durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 17 cas sur 2 137 (0,8 %).  
 La consommation de drogues durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 34 cas sur 2 137 (1,6 %).

#### 4.14 Gain de poids durant la grossesse

De nombreuses études le confirment, le gain de poids de la mère au cours de la gestation peut avoir une influence déterminante sur l'issue de la grossesse (Stein et Susser, 1975 ; Antonov, 1947). Le tableau 69 révèle ainsi que les mères déclarant une perte de poids ou un gain de poids de dix kilogrammes ou moins au cours de leur grossesse sont beaucoup plus souvent susceptibles d'avoir un bébé de petit poids à la naissance ou ayant un retard de croissance intra-utérine. C'est 6,5 % des mères qui déclarent un gain de poids de dix kilogrammes et moins qui ont un bébé pesant moins de 2 500 grammes à la naissance comparativement à 2,6 % pour les autres mères (RC de 2,57 avec un intervalle de 1,50 à 4,39). Dans le cas du retard de croissance intra-utérine, la proportion se situe à 11,1 % pour les premières contre 7,4 % pour les secondes (RC de 1,55 avec un intervalle de 1,05 à 2,28). La tendance observée pour le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine l'est également pour la prématurité, mais les écarts n'y sont pas statistiquement significatifs.

Selon les résultats de l'enquête, il ressort que plus les mères déclarent un gain de poids élevé, moins elles présentent de risques d'avoir un bébé prématuré, de petit poids à la naissance ou affichant un retard de croissance intra-utérine. Pour les mères qui ont un gain de poids de vingt kilogrammes et plus durant leur grossesse, le taux de prématurité atteint 4 %, alors que celui du petit poids à la naissance se chiffre à 2,5 % et celui du retard de croissance intra-utérine à 5,7 %.

**Tableau 69**  
**Gain de poids durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Gain de poids	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Aucun gain, perte de poids	30	0	0,0	
1-10 kg	341	27	7,9	
11-19 kg	1 305	66	5,1	
20 kg et plus	405	16	4,0	
Total	2 081	109	5,2	
10 kg et moins	371	27	7,3	1,56 (0,97-2,50)
Plus de 10 kg	1 710	82	4,8	1,00
Gain de poids	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Aucun gain, perte de poids	31	1	3,2	
1-10 kg	341	23	6,7	
11-19 kg	1 315	35	2,7	
20 kg et plus	408	10	2,5	
Total	2 095	69	3,3	
10 kg et moins	372	24	6,5	2,57 (1,50-4,39)
Plus de 10 kg	1 723	45	2,6	1,00
Gain de poids	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Aucun gain, perte de poids	30	4	13,3	
1-10 kg	340	37	10,9	
11-19 kg	1 305	104	8,0	
20 kg et plus	404	23	5,7	
Total	2 079	168	8,1	
10 kg et moins	370	41	11,1	1,55 (1,05-2,28)
Plus de 10 kg	1 709	127	7,4	1,00

Notes : Le gain de poids durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 56 cas sur 2 137 (2,6 %).

Le gain de poids durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 42 cas sur 2 137 (2 %).

Le gain de poids durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 58 cas sur 2 137 (2,7 %).

#### 4.15 Problèmes de santé des mères durant leur grossesse

Parmi l'ensemble des problèmes de santé qu'une mère peut connaître au cours de sa grossesse, seuls le diabète de grossesse ainsi que l'hypertension et la prééclampsie ont été retenus. Ce choix a été motivé par le fait qu'il est reconnu que le diabète de grossesse favorise la naissance de gros bébés (macrosomie foetale), alors que l'hypertension et la prééclampsie sont souvent associées à des issues de grossesse défavorables.

Les données du tableau 70 montrent cependant que les mères ayant souffert du diabète de grossesse ne semblent pas avoir moins souvent de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance que les autres mères (3,6 % comparativement à 3,4 %). Même si les écarts n'y sont pas statistiquement significatifs, il semble toutefois que les mères déclarant un diabète de grossesse présentent un risque moins élevé d'avoir un nouveau-né avec un retard de croissance intra-utérine comparativement aux autres mères (4,5 % contre 8,3 %).

Le peu de différences observées quant au petit poids à la naissance entre les mères qui déclarent avoir souffert du diabète de grossesse et les autres mères pourrait peut-être s'expliquer par le fait qu'une proportion élevée de mères diabétiques ont accouché prématurément. La proportion de naissances prématurées atteint en effet 9,1 % pour celles-ci contre 5,1 % pour les autres mères (les écarts entre les RC ne sont toutefois pas significatifs sur le plan de la statistique). Il n'est pas hasardeux de supposer que la date prévue de l'accouchement de certaines femmes ayant le diabète de grossesse pourrait avoir été devancée afin d'éviter des problèmes de santé plus graves chez la mère et son bébé.

Il ne fait aucun doute, à la lumière des résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, que l'hypertension et la prééclampsie sont en relation avec la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine<sup>31</sup> (tableau 71). Ainsi, 11,6 % des mères souffrant d'hypertension ou de prééclampsie ont eu un enfant prématuré comparativement à 4,9 % pour les autres mères (RC de 2,55 avec un intervalle de 1,31 à 4,87). La proportion de bébés de petit poids à la naissance grimpe à 12,4 % pour les mères ayant de l'hypertension ou de la prééclampsie contre seulement 2,8 % chez les autres mères (RC de 4,88 avec un intervalle de 2,49 à 9,44). Quoique avec un écart moins prononcé, le retard de croissance intra-utérine n'est pas en reste, car il affecte 15,2 % des bébés nés de mères souffrant d'hypertension ou de prééclampsie contre 7,7 % pour les autres nouveau-nés (RC de 2,15 avec un intervalle de 1,20 à 3,81).

---

<sup>31</sup> Les obstétriciens déclenchent parfois prématurément l'accouchement des mères souffrant d'hypertension ou de prééclampsie. Des raisons médicales associées à la santé de la mère et du fœtus expliquent ces décisions.

**Tableau 70**  
**Diabète de grossesse chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Diabète de grossesse	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	110	10	9,1	1,88 (0,89-3,85)
Non	1 839	93	5,1	1,00
Total	1 949	103	5,3	
Diabète de grossesse	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	111	4	3,6	1,08 (0,33-3,16)
Non	1 849	62	3,4	1,00
Total	1 960	66	3,4	
Diabète de grossesse	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	110	5	4,5	0,52 (0,19-1,36)
Non	1 837	153	8,3	1,00
Total	1 947	158	8,1	

Notes : La déclaration de diabète de grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 188 cas sur 2 137 (8,8 %).  
 La déclaration de diabète de grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 177 cas sur 2 137 (8,3 %).  
 La déclaration de diabète de grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 190 cas sur 2 137 (8,9 %).

**Tableau 71**  
**Hypertension ou prééclampsie chez la mère et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (naissances simples seulement)**

Hypertension ou prééclampsie	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	112	13	11,6	2,55 (1,31-4,87)
Non	1 837	90	4,9	
Total	1 949	103	5,3	
Hypertension ou prééclampsie	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	113	14	12,4	4,88 (2,49-9,44)
Non	1 847	52	2,8	
Total	1 960	66	3,4	
Hypertension ou prééclampsie	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	112	17	15,2	2,15 (1,20-3,81)
Non	1 835	141	7,7	
Total	1 947	158	8,1	

Notes : La déclaration de l'hypertension ou d'une prééclampsie et la durée de gestation sont inconnues dans 188 cas sur 2 137 (8,8 %).

La déclaration de l'hypertension ou d'une prééclampsie et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 177 cas sur 2 137 (8,3 %).

La déclaration de l'hypertension ou d'une prééclampsie et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 190 cas sur 2 137 (8,9 %).

#### **4.16 Réalisation des tâches ménagères et familiales**

L'idée de croiser, d'une part, la responsabilité de réaliser des tâches ménagères et familiales à, d'autre part, la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine repose sur l'hypothèse qu'une femme enceinte qui s'occupe seule de ces tâches a plus de risques d'avoir une issue de grossesse défavorable que les mères qui reçoivent de l'aide de leur conjoint ou d'un proche. Une surcharge de travail avec comme corollaire une plus grande fatigue physique et mentale est en effet peu favorable à une grossesse menée à terme.

Les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 ne confirment toutefois pas cette hypothèse, car les mères qui remplissent seules les tâches ménagères et familiales sont parmi celles qui ont les plus faibles proportions de bébés prématurés, de petit poids et ayant un retard de croissance intra-utérine (tableaux 72 et 73). En fait, les proportions les plus élevées sont observées lorsque c'est le conjoint qui réalise seul ces tâches.



**Tableau 72**  
**Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches ménagères durant la grossesse et**  
**risque de prématurité, de petit poids à la naissance et retard de croissance intra-utérine,**  
**enquête Grossesse et habitudes de vie, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Travaux ménagers	Nombre de Naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
La mère seulement	905	39	4,3	
Le conjoint seulement	111	14	12,6	
La mère et son conjoint à parts égales	985	53	5,4	
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	113	6	5,3	
Total	2 114	112	5,3	
La mère seulement	905	39	4,3	
Autres	1 209	73	6,0	1,00
Travaux ménagers	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
La mère seulement	911	29	3,2	
Le conjoint seulement	113	12	10,6	
La mère et son conjoint à parts égales	991	28	2,8	
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	114	6	5,3	
Total	2 129	75	3,5	
La mère seulement	911	29	3,2	
Autres	1 218	46	3,8	1,00
Travaux ménagers	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
La mère seulement	903	78	8,6	
Le conjoint seulement	111	13	11,7	
La mère et son conjoint à parts égales	985	73	7,4	
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	113	9	8,0	
Total	2 112	173	8,2	
La mère seulement	903	78	8,6	
Autres	1 209	95	7,9	1,00

Notes : Les personnes qui réalisent les travaux ménagères durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 23 cas sur 2 137 (1,1 %).

Les personnes qui réalisent les travaux ménagères durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 8 cas sur 2 137 (0,4 %).

Les personnes qui réalisent les travaux ménagères durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 25 cas sur 2 137 (1,2 %).

Tableau 73

Personnes qui s'occupent principalement de la réalisation des tâches familiales durant la grossesse et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001 (mères avec déjà au moins un enfant à la maison et naissances simples seulement)

Tâches familiales	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
La mère seulement	375	11	2,9	
Le conjoint seulement	19	2	10,5	
La mère et son conjoint à parts égales	749	35	4,7	
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	66	5	7,6	
Total	1 209	53	4,4	
La mère seulement	375	11	2,9	
Autres	834	42	5,0	1,00
Tâches familiales	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
La mère seulement	378	10	2,6	
Le conjoint seulement	20	1	5,0	
La mère et son conjoint à parts égales	752	25	3,3	
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	66	6	9,1	
Total	1 216	42	3,5	
La mère seulement	378	10	2,6	
Autres	838	32	3,8	1,00
Tâches familiales	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
La mère seulement	374	28	7,5	
Le conjoint seulement	19	3	15,8	
La mère et son conjoint à parts égales	748	49	6,6	
La mère ou son conjoint et au moins une autre personne	66	2	3,0	
Total	1 207	82	6,8	
La mère seulement	374	28	7,5	
Autres	833	54	6,5	1,00

Notes : Les personnes qui réalisent les tâches familiales durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 21 cas sur 1 230 (1,7 %).

Les personnes qui réalisent les tâches familiales durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 14 cas sur 1 230 (1,1 %).

Les personnes qui réalisent les tâches familiales durant la grossesse et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 23 cas sur 1 230 (1,9 %).

#### 4.17 Caractéristiques de l'accouchement

Toujours selon les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, il semble bien que le fait de procéder à une césarienne lors de l'accouchement soit associé à une issue de grossesse défavorable (tableau 74). Ainsi, 7,1 % des mères qui déclarent une césarienne ont eu un enfant prématuré contre 5 % pour les autres mères (l'écart entre les RC n'est toutefois pas significatif sur le plan de la statistique). C'est 5,9 % des mères ayant eu une césarienne qui ont donné naissance à un bébé pesant moins de 2 500 grammes, alors que c'est le cas de 3 % pour les autres mères (RC de 2,01 avec un intervalle de 1,16 à 3,47). Une tendance similaire est observée avec le retard de croissance intra-utérine puisqu'il concerne 11,2 % des mères qui déclarent une césarienne comparativement à 7,6 % chez les autres mères (RC de 1,54 avec un intervalle de 1,04 à 2,28).

Sans grande surprise, les jumeaux affichent des proportions nettement plus élevées de prématurité (RC de 26,60 avec un intervalle de 9,90 à 72,84) et de petit poids à la naissance (RC de 54,85 avec un intervalle de 18,50 à 169,18) (tableau 75)<sup>32</sup>. Parmi les jumeaux, 60 % d'entre eux sont prématurés comparativement à 5,3 % pour les autres nouveau-nés. Quant au petit poids à la naissance, la proportion grimpe à 66,7 % pour les jumeaux et elle chute à 3,5 % pour les autres bébés. Tout ceci confirme que les mères qui donnent naissance à plus d'un enfant à la fois ont des grossesses beaucoup plus à risque que celles qui n'ont qu'un seul enfant à la fois.

---

<sup>32</sup> Comme le retard de croissance intra-utérine est en partie déduit en fonction du type de naissance (simple ou multiple), il n'est donc pas pris en considération dans cette section.

**Tableau 74**  
**Césarienne à l'accouchement et risque de prématurité, de petit poids à la naissance et de retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,  
 Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**(naissances simples seulement)**

Césarienne	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	351	25	7,1	1,46 (0,90-2,36)
Non	1 766	88	5,0	1,00
Total	2 117	113	5,3	
Césarienne	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	354	21	5,9	2,01 (1,16-3,47)
Non	1 778	54	3,0	1,00
Total	2 132	75	3,5	
Césarienne	Nombre de naissances	Retard de croissance intra-utérine		
		Nb	%	Rapport de cotes
Oui	347	39	11,2	1,54 (1,04-2,28)
Non	1 764	134	7,6	1,00
Total	2 111	173	8,2	

Notes : La déclaration de césarienne à l'accouchement et la durée de gestation sont inconnues dans 20 cas sur 2 137 (0,9 %).  
 La déclaration de césarienne à l'accouchement et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 5 cas sur 2 137 (0,2 %).  
 La déclaration de césarienne à l'accouchement et le retard de croissance intra-utérine sont inconnus dans 26 cas sur 2 137 (1,2 %).

**Tableau 75**  
**Type de naissance et risque de prématurité et de petit poids à la naissance,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

Type de naissance	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Rapport de cotes
Multiple	20	12	60,0	26,60 (9,90-72,84)
Simple	2 117	113	5,3	1,00
Total	2 137	125	5,8	
Type de naissance	Nombre de naissances	Petit poids à la naissance		
		Nb	%	Rapport de cotes
Multiple	18	12	66,7	54,85 (18,50-169,18)
Simple	2 132	75	3,5	1,00
Total	2 150	87	4,0	

Notes : Le type de naissance et la durée de gestation sont inconnus dans 32 cas sur 2 169 (1,5 %).

Le type de naissance et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 19 cas sur 2 169 (0,9 %).

#### 4.18 Conclusion

Ce chapitre, où sont croisées certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques des mères, leurs habitudes de vie, etc. avec trois problématiques de périnatalité, démontre bien que la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine peuvent être causés par plusieurs facteurs de risque. Uniquement grâce aux données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001, l'influence de quatorze facteurs de risque a été statistiquement démontrée pour l'une ou l'autre des issues de grossesse problématiques.

**Tableau 76**  
**Facteurs de risque statistiquement associés à la prématurité, au petit poids à la naissance et au retard de croissance intra-utérine, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**

	Rapport de cotes
<b>Prématurité</b>	
Naissance gémellaire	26,60
Hypertension et prééclampsie	2,55
Mère ayant moins de onze ans de scolarité	2,28
Mère primipare	1,63
<b>Petit poids à la naissance</b>	
Naissance gémellaire	54,85
Hypertension et prééclampsie	4,88
Tabagisme durant une partie ou toute la grossesse	2,87
Mère ayant moins de onze ans de scolarité	2,70
Gain de poids de dix kilogrammes et moins durant la grossesse	2,57
Exposition à la fumée du tabac (mère non fumeuse)	2,27
Césarienne	2,01
<b>Retard de croissance intra-utérine</b>	
Consommation de drogues	3,63
Tabagisme durant toute la grossesse (mère fumeuse)	2,88
Tabagisme durant une partie ou toute la grossesse	2,65
Mère prestataire de l'assistance-emploi	2,35
Dix cigarettes et plus par jour (mère fumeuse)	2,30
Mère ayant moins de onze ans de scolarité	2,25
Mère vivant sans conjoint	2,21
Hypertension et prééclampsie	2,15
Mère primipare	1,72
Mère ayant un emploi moins rémunérateur	1,59
Gain de poids de dix kilogrammes et moins durant la grossesse	1,55
Césarienne	1,54

Ces résultats incitent d'ailleurs à conclure que la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine peuvent résulter plus souvent qu'autrement non pas d'un seul facteur de risque, mais de plusieurs en même temps. Il importe également de retenir que ces mêmes facteurs de risque n'agissent pas de la même façon auprès de toutes les mères, et ce, même si elles présentent des caractéristiques et des habitudes de vie semblables.

Même si la prématurité, le petit poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine peuvent être associés à plusieurs facteurs, les résultats de la présente enquête font ressortir un très net constat. Les enfants issus de mères socioéconomiquement défavorisées (plus pauvres, moins scolarisées, etc.) sont en effet, toutes proportions gardées, plus souvent prématurés, de petit poids ou avec un retard de croissance intra-utérine que les autres nouveau-nés. Ce sont d'ailleurs ces mères qui présentent le plus fréquemment des habitudes de vie ou des comportements moins favorables à une grossesse sans problème.





## 5. Des interventions de prévention et de promotion auprès des femmes enceintes

---

Ce chapitre a été réalisé afin de faire connaître, auprès des intervenants de la santé, les activités de prévention et de promotion qui ont pour but d'aider les mères et les futures mères à avoir des issues de grossesse favorables. Ce chapitre dresse donc un inventaire des principales interventions de prévention et de promotion qui existent dans le sud de Lanaudière pour accompagner les femmes enceintes.

Ces interventions sont de deux types. Il y a les interventions à caractère universel qui s'adressent à l'ensemble des femmes et qui sont accessibles pour toutes indépendamment des facteurs de vulnérabilité, et il y a les interventions sélectives qui ciblent les femmes à risque ou qui présentent une certaine vulnérabilité (les femmes enceintes âgées de moins de vingt ans ou celles qui sont socioéconomiquement défavorisées, par exemple).

### 5.1 Les interventions universelles

#### 5.1.1 *Le carnet de grossesse et la procédure de référence prénatale*

La distribution à la femme enceinte du *Carnet de grossesse* et la procédure de référence prénatale constituent les principaux moyens pour référer aux ressources adéquates, durant la période prénatale, les femmes dont la grossesse est à risque bio-psycho-social. Lors de la première visite médicale de la future mère auprès d'un professionnel de la santé, un questionnaire intitulé *Histoire de soins périnataux* lui est remis avec le *Carnet de grossesse*. Si le besoin s'en fait sentir, la femme enceinte peut être référée au CLSC pour un suivi complémentaire. Le médecin qui assure le suivi prénatal achemine alors un formulaire de référence où le personnel du CLSC inscrit les interventions faites auprès de la femme enceinte. Le tout est par la suite retourné au médecin.

Il est suggéré à la femme enceinte de toujours garder avec elle son *Carnet de grossesse* afin de pouvoir le présenter aux différents intervenants.

Vers la 30<sup>e</sup> semaine de grossesse, le médecin remet à la future mère les feuilles du dossier obstétrical afin qu'elles soient insérées dans la pochette.

Le *Carnet de grossesse* est disponible pour toutes les femmes qui accouchent au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. Il a été réalisé par le réseau Mère-Enfant-Famille qui regroupe des professionnelles et des intervenantes du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, du CLSC-CHSLD Meilleur, du CLSC Lamater, d'organismes communautaires et de la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière. Afin de rejoindre les femmes de son territoire qui accouchent à l'extérieur de la région de

Lanaudière, le CLSC Lamater a développé un outil pour dépister les femmes enceintes qui ont besoin de services spécifiques. À cette fin, un questionnaire est distribué à toutes les femmes qui se présentent au CLSC pour procéder à une prise de sang au début de leur grossesse.

### **5.1.2 L'allaitement maternel**

La pochette d'allaitement intitulée *Allaiter...pourquoi pas ! Des réponses à vos questions* est le moyen retenu pour faire la promotion et le soutien à l'allaitement maternel dans Lanaudière. Cette pochette est distribuée par tous les médecins accoucheurs qui œuvrent dans la région de Lanaudière. Pour les femmes qui accouchent à l'extérieur de la région, c'est aux CLSC qu'incombe cette responsabilité lors de la première rencontre prénatale ou lors de toute autre intervention. La pochette d'allaitement comporte les neuf feuillets suivants :

- Allaiter, essayer, découvrir.
- L'allaitement maternel. Les mythes.
- Les avantages de l'allaitement maternel pour le bébé, les parents, la mère et la société.
- L'allaitement maternel et le rôle du père.
- Nous avons pris la décision d'allaiter.
- Les habitudes de vie de la mère qui allaite.
- Nouveaux parents, c'est parti !
- Le lait des seins.
- Quand et comment allaiter ?
- La mise au sein.
- Comment savoir si bébé a assez bu ?
- Groupe d'entraide en allaitement maternel de Lanaudière.

Cette pochette a été réalisée par la Table de concertation en allaitement maternel de Lanaudière Nord (2002) qui regroupe des professionnelles et des intervenantes du Centre hospitalier régional De Lanaudière, du CLSC de Joliette, du CSSS de Matawinie, du CLSC-CHSLD Montcalm, du CLSC-CHSLD D'Autray, des groupes d'entraide en allaitement et de la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière.

Il existe, à l'échelle régionale, une table de concertation en allaitement depuis déjà trois ans. Cette table de concertation a déjà produit un plan d'action (2001) qui vise, à court terme, à augmenter le taux d'allaitement dans Lanaudière. Plusieurs moyens sont ciblés pour informer et aider les mères et les futures mères durant les périodes pré, per et postnatales. La formation des intervenantes, l'harmonisation de l'information distribuée

aux mères ainsi que le soutien à l'allaitement (explications, entraide, conseils, consultations, etc.) en sont quelques exemples.

### **5.1.3 Les rencontres prénatales**

Tous les CLSC de Lanaudière offrent des rencontres prénatales aux mères qui en expriment le besoin. Il existe aussi sur certains territoires de CLSC des cliniques privées qui offrent des rencontres du même genre. À l'aube de l'année 2003, les deux centres hospitaliers de Lanaudière et les six CLSC s'affairent, en collaboration avec la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière, à harmoniser les informations transmises aux mères et aux pères lors des rencontres prénatales.

Les rencontres prénatales sont offertes sans frais pour la clientèle du CLSC de Joliette, du CSSS de Matawinie, du CLSC-CHSLD Montcalm et du CLSC-CHSLD D'Autray. Les rencontres prénatales offertes en cliniques privées sur le territoire du CLSC de Joliette sont également gratuites.

Dans le sud du territoire lanauois, les cours sont donnés gratuitement à la clientèle du CLSC-CHSLD Meilleur, elle doit cependant assumer les frais de photocopies. Il existe aussi des cliniques privées sur le territoire du CLSC-CHSLD Meilleur où il faut payer pour profiter des cours prénataux qu'elles dispensent. Le CLSC Lamater offre pour sa part les deux premières rencontres prénatales gratuitement. C'est le Carrefour familial des Moulins qui offre, aux frais des parents, les autres rencontres prénatales. Moyennant un déboursé monétaire, des cliniques privées proposent aussi des cours prénataux à la population résidant sur le territoire du CLSC Lamater. Il faut retenir que les rencontres prénatales destinées à la clientèle vulnérable sont données par le CLSC Lamater sans frais.

## **5.2 Les interventions sélectives**

### **5.2.1 Le Programme Naître égaux - Grandir en santé, le Programme de soutien aux jeunes parents et le Programme OLO (œufs-lait-oranges)**

Ces programmes s'adressent aux femmes vulnérables, soit en raison de leur faible statut socioéconomique, soit à cause de leur jeune âge.

Le Programme Naître égaux - Grandir en santé (NEGS) et le Programme de soutien aux jeunes parents sont des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention comprenant du soutien alimentaire pendant la grossesse (œufs-lait-oranges), des conseils nutritionnels, des visites pré et postnatales à domicile et des références vers les ressources du milieu, le cas échéant. Les visites à domicile sont fréquentes et elles

débutent avec un suivi prénatal dès la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse à raison d'une visite à toutes les deux semaines (d'une durée de 60 à 90 minutes). Les visites se font presque toujours par la même intervenante qui offre un soutien aux familles selon leurs besoins et qui établit avec elles une relation de confiance. Comme l'intervenante est soutenue par une équipe multidisciplinaire, les familles ont accès à l'expertise de plusieurs professionnels de la santé sans être obligées de faire appel à plus d'une personne. Le suivi de santé est complémentaire au suivi médical et comporte des informations sur la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. À tout ceci, s'ajoute un soutien économique, juridique et psychosocial.

Les six CLSC de Lanaudière offrent le Programme OLO aux mères défavorisées qui ne répondent pas aux critères de sélection du programme NEGS (extrême pauvreté et sous scolarité), ni aux critères du Programme de soutien aux jeunes parents (moins de vingt ans).

Tous les CLSC de Lanaudière développent, depuis janvier 2003, des stratégies spécifiques pour mieux rejoindre les jeunes femmes enceintes. Un dépliant a été diffusé par la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière afin que les médecins et les autres intervenants fassent connaître le Programme de soutien aux jeunes parents.

Les six CLSC lanaudois ont également réalisé des ententes avec les centres locaux d'emploi afin de référer les femmes enceintes éligibles à l'assistance-emploi.

### *5.2.2 Nutrition et grossesse*

L'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse et le gain de poids approprié durant la grossesse sont deux facteurs de risque importants liés au retard de croissance intra-utérine et au petit poids à la naissance. Le risque d'avoir un enfant avec un petit poids à la naissance est ainsi deux fois plus élevé pour les femmes qui ont un poids insuffisant au début de leur grossesse et pour les femmes qui n'ont pas eu un gain de poids approprié durant la grossesse (Centers for Disease Control and Prevention, 1998).

Si son IMC est inférieur à 20 ou supérieur à 27 au début de la grossesse, il est recommandé de référer la femme enceinte vers le CLSC pour consultation diététique.

Quant au gain de poids approprié durant la grossesse, Santé Canada (1999a) a publié des lignes directrices nationales à cet égard. Ainsi, pour les femmes enceintes dont l'IMC est inférieur à vingt, il est proposé d'avoir un gain de poids de 12,5 à 18 kilogrammes durant la grossesse. Pour celles qui ont un IMC variant de 20 à 27, le gain de poids peut varier de 11,5 à 16 kilogrammes, alors qu'il oscille entre 7 et 11,5 kilogrammes pour les femmes enceintes ayant un IMC supérieur à 27.

Le maintien d'un poids santé et sécuritaire pour la mère et le fœtus au cours de la grossesse peut être assuré en gardant constamment informées les femmes enceintes sur la nécessité d'avoir une alimentation saine et complète. Pour ce faire, Santé Canada (1999a) propose d'encourager les femmes enceintes à suivre les recommandations indiquées dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (Santé Canada, 1992), à être actives physiquement et à manger à la mesure de leur appétit.

Les femmes enceintes dont les conditions socioéconomiques font en sorte qu'elles risquent d'avoir une alimentation déficiente pouvant entraîner un gain de poids insuffisant peuvent être orientées vers les CLSC offrant les programmes OLO (œufs-lait-oranges) ou Naître égaux - Grandir en santé. Quant aux femmes présentant un surplus de poids, il est suggéré de discuter avec elles quant à la pertinence de suivre un régime alimentaire plus équilibré. Elles pourraient, au besoin, être aussi référées à une diététiste du CLSC ou de tout autre établissement public ou privé.

### 5.2.3 Tabagisme et grossesse

Le tabagisme actif et passif est dommageable autant pour la mère que pour le fœtus et l'enfant. Les efforts de prévention visant à contrer le tabagisme doivent être concentrés auprès des jeunes et des adolescents afin d'empêcher l'initiation au tabagisme qui se produit le plus souvent lors du passage entre les niveaux scolaires primaire et secondaire. La Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière a produit un outil pouvant aider les médecins à intervenir auprès de leur clientèle. Cet outil intitulé *7 secondes pour la vie* distribué dans les cabinets médicaux propose un modèle d'intervention destiné à tous les fumeurs et il contient de l'information spécifique pour les femmes enceintes (Direction de la santé publique, 2001).

Pour tout professionnel de la santé, il est approprié de déterminer à quelle étape se trouve la femme enceinte vis-à-vis de son tabagisme : en préréflexion, en réflexion, en préparation, en action ou en maintien. Il s'agit, par la suite, d'adopter l'intervention correspondant à l'étape. Afin de soutenir cette intervention, les livrets pour arrêter de fumer intitulés *Une grossesse sans tabac* (Unité de recherche en santé communautaire, 1995) disponibles à la DSPÉ s'avèrent des outils efficaces et utiles auprès des femmes enceintes.

Parmi les stratégies gagnantes, proposer diverses méthodes pour cesser de fumer paraît intéressant, car certaines personnes préfèrent arrêter à leur propre rythme, alors que d'autres ont besoin d'une aide plus soutenue. De plus, les femmes enceintes auront accès dès avril 2003 aux services offerts par le Centre d'abandon du tabagisme présent dans les CLSC, au programme de groupe *Oui, j'arrête* offert par les centres d'action bénévole et aux thérapies de remplacement de la nicotine si elles sont suivies par un médecin.

Actuellement, il n'y a pas d'étude qui indique un seuil à partir duquel le tabagisme est néfaste pour le fœtus, il est donc suggéré de recommander à la femme enceinte de cesser complètement de fumer. Si la mère n'a pas arrêté de fumer pendant les deux premiers trimestres, il faut l'encourager à arrêter au troisième trimestre, car les effets négatifs du tabagisme sur le poids du bébé se font surtout sentir au cours de ce dernier trimestre, période de croissance maximale du bébé. Cependant, si l'abstinence totale est impossible, une réduction de la consommation quotidienne de tabac est également encouragée, puisque le risque d'avoir un bébé de petit poids augmente avec le nombre de cigarettes fumées par jour.

#### *5.2.4 Consommation d'alcool et grossesse*

L'alcool est le tératogène (qui peut provoquer des malformations chez le fœtus) le plus courant en périnatalité, de 10 à 20 % de toutes les déficiences intellectuelles sont attribuables à la consommation d'alcool durant la grossesse. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est reconnu comme étant l'une des principales causes évitables de malformations congénitales et de retard de développement infantile (Lecompte et autres, 2002). Le syndrome d'alcoolisation fœtale et les effets néfastes de l'alcool sur le fœtus peuvent être totalement prévenus.

Comme l'alcool traverse le placenta, le taux d'alcoolémie du fœtus est équivalent à celui de la mère. L'effet de l'alcool sur le fœtus continue tout au long de la grossesse puisqu'une consommation limitée (non spécifiée au niveau de la quantité) au troisième trimestre peut affecter le développement intellectuel et comportemental. La consommation occasionnelle peut, elle aussi, causer des effets neuro-comportementaux néfastes.

Puisqu'il n'existe aucune information concernant un seuil sécuritaire quant à la quantité d'alcool pouvant être consommée au cours de la grossesse, il est recommandé aux femmes enceintes ou à celles qui voudraient le devenir, de choisir l'abstinence à titre préventif. Dans le cas où la femme enceinte continue à consommer de l'alcool, il faut l'encourager à diminuer sa consommation (le moins est le mieux). Il importe de souligner que le message à véhiculer par les professionnels de la santé à cet égard devrait, idéalement, être uniforme. En ce sens, l'abstinence devrait être le comportement à privilégier par les professionnels de la santé, car il est le plus sûr.

Les CLSC de Lanaudière, en collaboration avec les organismes communautaires Le CLIP, le Réseau et Uniatox des Moulins, ont développé une certaine expertise pour le suivi des femmes enceintes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool. Il est donc recommandé de référer les femmes enceintes concernées par cette problématique à l'un ou l'autre de ces organismes. Tous ces efforts sont faits afin d'assurer aux femmes

et à leur famille une prise en charge multidisciplinaire et un suivi par la même équipe pendant et après la grossesse.

Il importe de souligner, en terminant, qu'une formation a été donnée aux intervenants en périnatalité des CLSC de Lanaudière afin de les aider à mieux accompagner les femmes enceintes confrontées à un problème de consommation d'alcool ou de drogues.

### 5.2.5 Consommation de drogues et grossesse

Les femmes enceintes et les nouveau-nés exposés aux drogues ont besoin d'un suivi particulier. Il est important d'offrir à ces familles les soins médicaux requis dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire de la famille et un suivi par la même équipe en pré, per et postnatal en collaborant avec un centre spécialisé auprès des toxicomanes. Le suivi psychosocial et l'enseignement sur la nutrition durant la grossesse auprès de ces femmes sont importants et il en est de même pour l'éducation relative aux besoins de l'enfant.

Le dépistage et la référence de cette clientèle le plus tôt possible en cours de grossesse s'avèrent importants pour la prise en charge multidisciplinaire. Il faut finalement noter que le programme de substitution à la méthadone est disponible dans la région pour la femme enceinte toxicomane (service offert par le centre Le Tremplin).

La DSPÉ a mis à la disposition du personnel des CLSC un outil pour les supporter lors des interventions auprès des personnes affectées par des problèmes de toxicomanie. Le document en question s'intitule *Toxicomanie et périnatalité* (Peterson et Lafrenière, 2001).

### 5.2.6 Conclusion

Les pages précédentes présentent les principales interventions privilégiées dans Lanaudière pour informer et supporter toutes les mères et toutes les futures mères, les aider et les inciter à avoir une grossesse sécuritaire et adéquate pour leur santé et celle de leurs nouveau-nés.

Ces interventions ne sont évidemment pas les seules et elles ne permettront certainement pas la disparition de tous les facteurs de risque associés aux issues de grossesse problématiques. Leur nature et leur pertinence font toutefois en sorte qu'elles ne peuvent que contribuer à la réduction de la prématurité, du petit poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine.





## CONCLUSION

---

Les résultats de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001 ont contribué à mieux connaître les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des mères qui y accouchent tout en cernant leurs comportements et leurs habitudes de vie. Les données de l'enquête ont aussi permis d'identifier un nombre non négligeable de facteurs de risque associés à la prématurité, au petit poids à la naissance et au retard de croissance intra-utérine. Il a aussi été possible de constater que plusieurs de ces facteurs de risque peuvent être évitables. La scolarisation, la pauvreté, le faible gain de poids par la mère durant la grossesse, le tabagisme et la consommation de drogues en sont des exemples.

Ce document présente aussi les principales interventions implantées dans Lanaudière pour informer et supporter les mères et les futures mères. Ces interventions visent à agir efficacement sur les facteurs de risque associés à la prématurité, au petit poids à la naissance et au retard de croissance intra-utérine.

La réalisation de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* et la diffusion de ses résultats s'inscrit dans la volonté de la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière d'insister sur l'importance de la réduction des facteurs de risque associés à la prématurité, au petit poids à la naissance et au retard de croissance intra-utérine.

Certaines habitudes de vie telles que le tabagisme et la consommation d'alcool sont encore assez répandues durant la grossesse. Les femmes devraient, par conséquent, être mieux informées de leurs effets néfastes sur la santé du fœtus et elles devraient être suffisamment soutenues pour les aider à modifier leurs comportements.

L'organisation des services en périnatalité est un autre facteur étroitement associé à la santé des nouveau-nés. La région de Lanaudière a, au cours des dernières années, investi beaucoup d'énergie afin d'avoir un réseau Mère-Enfant-Famille efficace. Plusieurs protocoles de collaboration et des ententes ont été signés pour favoriser l'offre de meilleurs services aux femmes enceintes. De même, de nombreux outils de promotion ont été créés par la Direction de santé publique et d'évaluation et ses partenaires (centres hospitaliers, CLSC et organismes communautaires). Tout ceci a contribué à assurer une évaluation plus précise et systématique des besoins des mères et des nouveau-nés. La réalisation de cette enquête est un autre exemple du partenariat existant en périnatalité dans Lanaudière. Les résultats de l'enquête devraient fournir aux intervenants en périnatalité de Lanaudière des informations qui les aideront à améliorer la santé des nouveau-nés et des mères et à prendre des décisions éclairées quant aux services à offrir à la population.

Ceci a déjà été souligné lors de la première enquête *Grossesse et habitudes de vie*, mais il importe d'insister à nouveau sur le point suivant. La diminution de l'incidence de la prématurité, du petit poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine passe par une réduction de la pauvreté et une meilleure éducation (Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec, 1992). Au-delà des interventions que mènent les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, il faut donc que les autres organismes gouvernementaux et les acteurs socioéconomiques soient également engagés dans cette difficile, mais combien nécessaire, tâche qui consiste à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. À cet égard, la Direction de santé publique et d'évaluation de la RRSSS de Lanaudière poursuit ses efforts pour susciter la concertation et la prise de décision.

## BIBLIOGRAPHIE

---

ALEGRE, A., F.J. RODRIGUEZ-ESCUADERO, E. CRUZ et M. PRADA. « Influence of work during pregnancy on fetal weight », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 29, n° 5, mai 1984, p. 334-336.

ANTONOV, A.N. « Children born during the siege of Leningrad in 1942 », *Journal of Pediatrics*, vol. 30, n° 3, mars 1947, p. 250-259.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Le syndrome d'alcoolisme foetal », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 148, n° 4, 15 février 1993, p. 640B.

BATEMAN, D.A., S.K. NG, C.A. HANSEN et M.C. HEAGARTY. « The effects of intrauterine cocaine exposure in newborns », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 2, février 1993, p. 190-193.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Pregnancy nutrition surveillance. 1996 full report*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1998, 31 p.

CERON-MIRELES, P., S.D. HARLOW et C.I. SACHEZ-CARRILLO. « The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City : The effects of working conditions and antenatal leave », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 6, juin 1996, p. 825-831.

CHOMITZ, Virginia, Ellice LIEBERMAN et Lilian CHEUNG. *Healthy mothers - Healthy beginnings. A white paper*, Boston, Harvard School of Public Health, 1992.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ PÉRINATALES. *Santé et qualité de vie des enfants et des parents. Étude sur la mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988, 395 p.

COMITÉ PROVINCIAL FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC. *Naissance et pauvreté : des interventions...à partager. Les actes du colloque*, Montréal, Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec, 1992, 204 p.

DAY, N.L., C.M. COTTREAU et G.A. RICHARDSON. « The epidemiology of alcohol, marijuana, and cocaine use among women of childbearing age and pregnant women », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 36, n° 2, juin 1993, p. 232-245.

DEJIN-KARLSSON, Elisabeth, Bertil S. HANSON, Per-Olof ÖSTERGREN, Nils-Otto SJÖBERG et Karel MARSAL. « Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants ? », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 10, octobre 1998, p. 1523-1527.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Programme de santé publique de Lanaudière*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 1998, pages multiples.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *7 secondes pour la vie ou « Le plus grand voyage ne commence que par un petit pas »*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 2001, 11 p.

DITOMMASO, Stephen. « Les soins au féminin. Regard sur la santé des femmes. Votre patiente enceinte se drogue-t-elle ? », *Le clinicien*, novembre 1999, p. 91-101.

DOUCET, Huguette, Mona BAUMGARTEN et Claire INFANTE-RIVARD. « Low birth weight and household structure », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 10, n° 5, octobre 1989, p. 249-252.

GLANTZ, J.C., et J.R. WOODS. « Cocaine, heroin, and phenylidine : Obstetric perspectives », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 36, n° 2, juin 1993, p. 279-301.

GUILLEMETTE, A. *Des mères et des enfants. La fécondité et la périnatalité dans Lanaudière de 1979 à 1993*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 1996, 175 p.

GUILLEMETTE, André, et Dalal BADLISSI. « L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé », *Regard sur la santé publique lanaudoise*, vol. 8, n° 1, février 2001, 8 p.

GUILLEMETTE, André, et Dalal BADLISSI. *Bilan de la fécondité et de la périnatalité dans Lanaudière, 1994-1998*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2002a, 188 p.

GUILLEMETTE, André, et Dalal BADLISSI. *Quelques indicateurs de la périnatalité dans les centres hospitaliers de Lanaudière, 1994-2001*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2002b, 22 p.

GUILLEMETTE, André, Dalal BADLISSI et Anne FADIN. *Prématurité et petit poids à la naissance. Les résultats de l'enquête Grossesse et habitudes de vie menée au Centre hospitalier régional De Lanaudière en 1997-1998*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 1999, 142 p.

GUILLEMETTE, André, Joëlle BRASSARD, Geneviève MARQUIS, Élisabeth CADIEUX, Louise LEMIRE, Marc GONEAU, Bernard-Simon LECLERC, Jacinthe BÉLISLE (coll.) et Karine CHARBONNEAU (coll.). *Où en est la santé dans Lanaudière ? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, 2001, 271 p.

GUYON, Louise, Maria DE KONINCK, Pauline MORISSETTE et Lyne CHAYER. *Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1998, 113 p.

HENRIKSEN, T.B., D.A. SAVITZ, M. HEDEGAARD et N.J. SECHER. « Employment during pregnancy in relation to risk factors and pregnancy outcome », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 101, n° 10, octobre 1994, p. 858-865.

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK. *Allaitement maternel. Les avantages pour la santé de l'enfant*, Genève, International Baby Food Action Network, 2000, 3 p. (page internet consultée en février 2001 : <http://web.net/apastras/pages/apa06.html>).

KIDDER, Karen, Jonathan STEIN et Jeannine FRASER. *La santé des enfants au Canada*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 2000, 326 p.

KURPPA, K., P.C. HOLMBERG, E. KUOSMA et L. SAXEN. « Coffee consumption during pregnancy and selected congenital malformations : A national wide case-control study », *American Journal of Public Health*, vol. 73, n° 12, décembre 1983, p. 1397-1399.

LECOMPTE, Jocelyne, Éleine PERREAULT, Marielle VENNE et Karine-Alexandra LEVANDIER. *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002.

LEPAGE, Marie-Claude, Lise CYR et Romaine MALENFANT. *Problématique de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité*, Québec, Département de santé communautaire du CHUL, 1986, 128 p.

LEPAGE, Marie-Claude, Madeleine LEVASSEUR, Christine COLIN, Louise BEAULAC-BAILLARGEON et Lise GOULET. *Mortalité et morbidité périnatales et infantiles. La périnatalité au Québec, volume 4*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1989, 251 p.

LIEBERMAN, Ellice, Isabelle GREMY, Janet M. LANG et Amy P. COHEN. « Low birthweight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 7, juillet 1994, p. 1127-1131.

MARBURY, M.C., S. LINN, R.R. MONSON, D.H. WEGMAN, S.C. SCHOENBAUM, P.G. STUBBLEFIELD et K.J. RYAN. « Work and pregnancy », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 26, n° 6, juin 1984, p. 415-421.

MILLAR, Wayne J., et Jiajian CHEN. « Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, automne 1998, p. 47-56.

MILLS, J.L., B.I. GRAUBARD, E.E. HARLEY, G.G. RHOADS et H.W. BERENDES. « Maternal alcohol consumption and birth weight. How much drinking during pregnancy is safe ? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 252, n° 14, octobre 1984, p. 1875-1879.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif. Politique de périnatalité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des naissances vivantes*, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'Allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2002, 119 p. et annexes.

NORDENTOFT, Merete, Hans C. LOU, Dorthe HANSEN, Jette NIM, Ole PRYDS, Pia RUBIN et Ralf HEMMINGSEN. « Intrauterine growth retardation and premature delivery : The influence of maternal smoking and psychological factors », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 3, mars 1996, p. 347-354.

PAGEAU, Michel, Robert CHOINIÈRE, Marc FERLAND et Yves SAUVAGEAU. *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions. Édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

PASTORE, Lisa M., et David A. SAVITZ. « Case-control study of caffeinated beverages and preterm delivery », *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, n° 1, 1995, p. 61-69.

PEOPLES-SHEPS, M.D., E. SIEGEL, C.M. SUCHINDRAN, H. ORIGASA, A. WARE et A. BARAKAT. « Characteristics of maternal employment during pregnancy : Effects on low birthweight », *American Journal of Public Health*, vol. 81, n° 8, août 1991, p. 1007-1012.

PETERSON, Robert, et Renée LAFRENIÈRE. *Toxicomanies et périnatalité. Document de référence pour les intervenants*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 2001, pag. variée.

SANTÉ CANADA. *Le guide alimentaire canadien pour manger sainement*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1992, non paginé.

SANTÉ CANADA. *Système canadien de surveillance périnatale. L'alcool et la grossesse*, Ottawa, Santé Canada, novembre 1998, 4 p.

SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 1999a, 133 p.

SANTÉ CANADA. *Système canadien de surveillance périnatale. Allaitement maternel*, Ottawa, Santé Canada, 1999b, 6 p. (page internet consultée en février 2001 : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/factshts/brsfd\\_html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/factshts/brsfd_html)).

SANTÉ CANADA. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000, 91 p.

SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à juin 2002*, Ottawa, Santé Canada, 2003. (page internet consultée en janvier 2003 : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/2002/06.html>)

STEIN, Z., et M. SUSSER. « The Dutch famine, 1944-1945, and the reproductive process. 1. Effects of six indices at birth », *Pediatric Research*, vol. 9, n° 2, février 1975, p. 70-76.

TABLE RÉGIONALE DE CONCERTATION EN ALLAITEMENT MATERNEL DE LANAUDIÈRE NORD. *Plan d'action 2000-2003. Allaitement maternel, Document de travail*, Saint-Charles-Borromée, Table de concertation en allaitement maternel de Lanaudière Nord, 2001, 16 p.

TABLE RÉGIONALE DE CONCERTATION EN ALLAITEMENT MATERNEL DE LANAUDIÈRE NORD. *Allaiter...pourquoi pas! Des réponses à vos questions*, Saint-Charles-Borromée, Table de concertation en allaitement maternel de Lanaudière Nord, 2002, pag. variée.

TOUGH, Suzanne C., Lawrence W. SVENSON, David W. JONHSON et Don SCHOPFLOCHER. « Characteristics of preterm delivery and low birthweight among 113,994 infants in Alberta : 1994-1996 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 4, juillet-août 2001, p. 276-280.

UNITÉ DE RECHERCHE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Une grossesse sans tabac*, Ottawa, Unité de recherche en santé communautaire, 1995.

VIRJI, S.K. « The relationship between alcohol consumption during pregnancy and infant birthweight. An epidemiologic study », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 70, n° 4-5, 1991, p. 303-308.



**ANNEXE 1**

**Lettre de présentation**



Madame,

Le Centre hospitalier Le Gardeur, en collaboration avec le Comité opérationnel du Réseau Mère-Enfant, fait actuellement une étude sur la grossesse et les habitudes de vie des mères. Cette étude a pour but de mieux cerner les facteurs associés à la prématurité et au retard de croissance chez les nouveau-nés. Votre collaboration nous est très précieuse puisque les résultats de cette enquête devraient permettre la mise sur pied d'interventions favorables au mieux-être des mamans et de leurs petits poupons.

Nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire, de l'insérer dans l'enveloppe préadressée ci-jointe, de la cacheter et de la poster au Service d'obstétrique du Centre hospitalier Le Gardeur. Ceci devrait prendre tout au plus une vingtaine de minutes de votre temps. Il va de soi que toutes les informations recueillies lors de cette enquête seront traitées et analysées en toute confidentialité.

Soulignons enfin que les résultats de cette étude seront ultérieurement communiqués à la presse locale. Plus de 2 500 mères ayant accouché en 2000 et en 2001 devraient participer à l'enquête.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration et veuillez agréer, Madame, nos salutations les plus distinguées.

*Dr Jean Bergeron*

Chef du département de  
Gynéco-obstétrique  
p.j. : Questionnaire

*Lorraine Thowin*

Chef de service  
Secteur natalité / pédiatrie



**ANNEXE 2**

**Questionnaire**



# ***GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE***

***Questionnaire à l'intention des femmes  
qui viennent d'accoucher***

***Centre hospitalier Le Gardeur***

***En collaboration avec le***

***Comité opérationnel du Réseau Mère-Enfant***

***2000***

---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

**Note importante : Remplir un questionnaire par nouveau-né**

**PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA MÈRE**

1. Quel est votre âge? (en années) \_\_\_\_\_
  2. Quelle est votre municipalité de résidence? \_\_\_\_\_
  3. Quel est votre lieu de naissance? \_\_\_\_\_  
*province canadienne ou pays étranger*
  4. Quel est votre statut matrimonial actuel?
    - célibataire (jamais mariée)
    - mariée ou conjoint de fait
    - séparée
    - divorcée
    - veuve
  5. Quel est votre mode de vie?
    - avec conjoint (avec ou sans enfant)
    - avec conjoint et autres adultes (avec ou sans enfant)
    - avec adultes (avec ou sans enfant)
    - seule avec enfants (monoparentale)
  6. Combien d'années de scolarité avez-vous complétées? \_\_\_\_\_
  7. Quelle était votre principale source de revenus au cours des douze derniers mois?
    - aucun revenu
    - travail rémunéré
    - chômage
    - sécurité sociale
    - prêt ou bourse d'études
    - prestation de maternité (de l'employeur ou de la CSST)
    - autre(s) (*spécifiez*) \_\_\_\_\_
  8. Aviez-vous un travail rémunéré au début de votre grossesse?
    - Oui
    - Non (*si NON, passez à la question 9*)
    - a) Si oui, quel était votre titre d'emploi : \_\_\_\_\_
    - b) Quel était votre statut d'emploi?
      - travail à temps plein
      - travail à temps partiel
      - sur appel
-



---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

c) Quel horaire de travail aviez-vous généralement?

- jour
- soir
- nuit
- horaire variable (équipe volante, etc.)
- autre(s) (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

d) Combien d'heures par jour travailliez-vous généralement?

- moins de 8 heures par jour
- 8 à 10 heures par jour
- 11 à 12 heures par jour
- plus de 12 heures par jour

e) Lequel des énoncés suivants qualifie le mieux votre position de travail?

- debout plus de 4 heures par jour
- assise durant presque toute la durée de travail
- autre(s) (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

f) Quel était votre principal moyen de transport pour aller au travail?

- à pied
- à bicyclette
- en véhicule à moteur (automobile, camion, moto, etc.)
- en transport en commun (autobus, métro)
- autre(s) (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

g) Combien de temps preniez-vous pour vous rendre au travail et pour revenir à la maison (aller/retour) :

- inférieur à 30 minutes
- de 30 à 60 minutes
- plus d'une heure

**PARTIE 2 : IDENTIFICATION DU PÈRE DU NOUVEAU-NÉ**

9. Le père du nouveau-né habite-t-il avec vous?

- Oui
- Non (*si NON, passez à la question 14*)

10. Quel est l'âge du père? (en années) \_\_\_\_\_

---

---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

11. Quelle était la principale source de revenus du père au cours des douze derniers mois?

- aucun revenu
- travail rémunéré
- chômage
- sécurité sociale
- prêt ou bourse d'études
- autre(s) (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

12. Durant les 3 mois précédant votre grossesse, quel était le titre d'emploi du père?

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

13. Quel est le nombre d'années de scolarité complétées par le père? \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 : HISTOIRE PRÉNATALE**

14. Quelle est votre taille? \_\_\_\_\_ pieds et pouces **OU**  
\_\_\_\_\_ centimètres

15. Quel était votre poids avant la grossesse? \_\_\_\_\_ livres **OU**  
\_\_\_\_\_ kilogrammes

16. Quel était votre poids juste avant d'accoucher? \_\_\_\_\_ livres **OU**  
\_\_\_\_\_ kilogrammes

17. Avez-vous consommé des vitamines (fer, acide folique, etc.) durant votre grossesse?

- Oui
- Non (*si NON, passez à la question 18*)

Si oui, quel type de vitamines?

Nom du(des) produit(s) : \_\_\_\_\_

18. Avez-vous pris des médicaments durant votre grossesse?

- Médicaments prescrits
  - Médicaments non prescrits (*si NON PRESCRITS, passez à la question 20*)
  - Médicaments prescrits et non prescrits
  - Aucun médicament (*si AUCUN, passez à la question 21*)
-

---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

19. S'il s'agit de médicaments prescrits, quel est leur nom?

---

---

20. Quel est le type de médicaments non prescrits?

- aspirine       tylénoï       atasol
- antiacide
- contre le rhume
- laxatif
- autre(s) (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

21. Avez-vous fumé du tabac durant les 12 mois précédant votre grossesse?

- Oui
- Non

22. Avez-vous fumé du tabac durant votre grossesse?

- Oui
- Non (*si NON, passez à la question 25*)

Si oui, combien de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_

23. Avez-vous fumé du tabac durant toute votre grossesse?

- Oui (*si OUI, passez à la question 25*)
- Non

24. Vers quelle semaine de grossesse avez-vous cessé de fumer? \_\_\_\_\_

25. Durant votre grossesse, avez-vous été exposée tous les jours à la fumée de cigarette à votre lieu de travail?

- Oui
- Non
- Ne travaillait pas

26. Durant votre grossesse, avez-vous été exposée tous les jours à la fumée de cigarette à votre domicile?

- Oui
  - Non
-

---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

27. Avez-vous consommé de la caféine (café, thé, chocolat, cola) durant votre grossesse?

- tous les jours
- presque tous les jours
- rarement
- jamais

28. Avez-vous consommé de l'alcool durant votre grossesse?  
(La bière 0,5% n'est pas considérée comme de l'alcool)

- Oui
- Non (**si NON, passez à la question 29**)

Si oui, en quelle quantité?

bière : \_\_\_\_\_ consommations/semaine  
vin : \_\_\_\_\_ consommations/semaine  
boisson forte : \_\_\_\_\_ consommations/semaine

**1 consommation =**  
1 bouteille de bière (sauf 0,5%)  
1 verre de vin  
1 verre de liqueur forte ou de spiritueux

29. Avez-vous consommé de la drogue durant votre grossesse?

- Oui
- Non (**si NON, passez à la question 30**)

Si oui, quel type de drogue?

- haschich, marijuana
- psychédélique (LSD, mescaline, acide, etc.)
- cocaïne, crack
- héroïne
- autre(s) (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

Si oui, combien de fois avez-vous consommé de la drogue durant votre grossesse? \_\_\_\_\_

---

30. Avez-vous eu des problèmes de santé durant la grossesse?

- aucun problème
- saignement avant 20 semaines de grossesse
- saignement après 20 semaines de grossesse
- anémie (manque de fer)
- hypertension
- diabète de grossesse
- prééclampsie
- infection urinaire
- MTS (maladie transmissible sexuellement)
- rubéole
- placenta praevia (placenta situé devant le col)
- hydramnios (trop de liquide amniotique)
- sida/séropositivité
- incompatibilité Rh (incompatibilité sanguine)
- asthme
- traumatisme physique, accident
- autre(s) (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

31. Avez-vous consulté un professionnel de la santé durant votre grossesse (médecin, gynécologue, obstétricien, sage-femme, etc.)?

- Oui
- Non (*si NON, passez à la question 34*)

32. À quel trimestre de votre grossesse avez-vous eu votre première visite chez un professionnel de la santé?

- 1<sup>er</sup> trimestre (0-13 semaines)
- 2<sup>e</sup> trimestre (14-26 semaines)
- 3<sup>e</sup> trimestre (27-42 semaines)

33. Combien de visites avez-vous faites chez un professionnel de la santé durant votre grossesse?

- 1-2 visites
- 3-4 visites
- 5 visites et plus

34. Au cours de cette grossesse, avez-vous suivi des cours prénataux offerts en CLSC ou ailleurs?

- Oui
  - Non
-

---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

35. Avez-vous participé au programme OLO (œufs-lait-oranges) de votre CLSC durant cette grossesse?

- Oui
- Non

36. Avez-vous eu des consultations auprès d'une diététiste durant cette grossesse?

- Oui    Nombre de consultations : \_\_\_\_\_
- Non

37. Pendant cette grossesse, qui s'occupait principalement des travaux ménagers (lavage, cuisine, épicerie, etc.)?

- moi-même
- mon conjoint
- mon conjoint et moi-même à parts égales
- autre(s) (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

38. Pendant cette grossesse, qui s'occupait principalement de votre ou de vos enfants?

- il n'y avait pas d'enfant à la maison
- moi-même
- mon conjoint
- mon conjoint et moi-même à parts égales
- autre(s) (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 : HISTOIRE OBSTÉTRICALE**

39. Nombre de grossesses? (*incluant la grossesse actuelle*) : \_\_\_\_\_

40. Nombre d'enfants nés vivants? (*incluant le dernier-né*) : \_\_\_\_\_

41. Nombre de fausses couches (avortements spontanés)? : \_\_\_\_\_

42. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse ou d'avortements thérapeutiques? \_\_\_\_\_

---



---

**GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE**

---

50. Le bébé a-t-il présenté des problèmes de santé à la naissance?

- Oui
- Non **(si NON, passez à la question 54).**

Si oui, quel type de problème?

- anomalies congénitales (malformations)
- problèmes respiratoires
- problèmes infectieux
- hypoglycémie (niveau de sucre bas)
- autre(s) (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

51. Les problèmes vécus par le bébé ont-ils nécessité les soins urgents d'un(e) pédiatre?

- Oui **(si OUI, passez à la question 52)**
- Non **(si NON, passez à la question 54)**

52. L'état de santé du bébé a-t-il nécessité son transfert à un autre centre hospitalier?

- Oui **(si OUI, passez à la question 53)**
- Non **(si NON, passez à la question 54)**

53. À quel centre hospitalier le bébé a-t-il reçu les soins spécialisés en pédiatrie?

- Hôpital Ste-Justine
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hôpital de Montréal pour enfants
- autre (*spécifiez*) : \_\_\_\_\_

**PARTIE 7 : ALLAITEMENT**

54. Allaitiez-vous votre nouveau-né actuellement?

- Oui
- Non

55. Comptez-vous allaiter votre nouveau-né après votre sortie de l'hôpital?

- Oui
- Non **(si NON, le questionnaire se termine ici. Merci de votre collaboration !)**

56. Pendant combien de temps pensez-vous allaiter votre nouveau-né?

\_\_\_\_\_ semaine(s)

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION!**

---



**ANNEXE 3**

**Caractéristiques des mères et des nouveau-nés de l'enquête  
*Grossesse et habitudes de vie* menée au  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2000-2001  
et du *Fichier des naissances vivantes* de l'année 1999 produit  
par le MSSS**



**Tableau A1**  
**Caractéristiques des mères selon la source de données, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,**  
**Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**et Fichier des naissances vivantes du MSSS, 1999**

	Enquête 2000-2001		MSSS 1999 <sup>1</sup>	
	Nb	%	Nb	%
<b>MRC de résidence</b>				
D'Autray	141	6,7	100	6,7
Joliette	26	1,2	9	0,6
L'Assomption	1 038	49,0	730	49,0
Les Moulins	390	18,4	274	18,4
Matawinie	15	0,7	5	0,3
Montcalm	62	2,9	46	3,1
MRC hors de Lanaudière	448	21,1	327	21,9
<i>Total</i>	<i>2 120</i>	<i>100,0</i>	<i>1 491</i>	<i>100</i>
<b>Groupe d'âge</b>				
10-19 ans	76	3,6	61	4,1
20-24 ans	405	19,0	303	20,3
25-29 ans	853	40,0	547	36,7
30-34 ans	575	26,9	411	27,6
35-39 ans	201	9,4	154	10,3
40 ans et plus	25	1,2	15	1,0
<i>Total</i>	<i>2 135</i>	<i>100,0</i>	<i>1 491</i>	<i>100,0</i>
<b>Scolarité</b>				
Moins de 11 ans	310	14,7	165	11,5
11 ans	295	13,9	128	8,9
12 ans	228	10,8	334	23,3
13 ans	239	11,3	97	6,8
14 ans	262	12,4	129	9,0
15 ans et plus	782	37,0	583	40,6
<i>Total</i>	<i>2 116</i>	<i>100,0</i>	<i>1 436</i>	<i>100,0</i>

<sup>1</sup> Naissances vivantes survenues au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur seulement.

**Tableau A2**  
**Caractéristiques des nouveau-nés selon la source de données,**  
**enquête *Grossesse et habitudes de vie*, Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, 2000-2001**  
**et Fichier des naissances vivantes du MSSS, 1999**

	Enquête 2000-2001		MSSS 1999 <sup>1</sup>	
	Nb	%	Nb	%
<b>Âge gestationnel</b>				
26 à 29 semaines	1	0,0	1	0,1
30 à 33 semaines	6	0,3	2	0,1
34 à 36 semaines	108	5,1	84	5,6
37 à 41 semaines	1 990	93,6	1 400	93,9
42 semaines et plus	22	1,0	4	0,3
<i>Total</i>	2 127	100,0	1 491	100,0
<b>Poids du nouveau-né</b>				
Moins de 1 000 grammes	0	0,0	1	0,1
1 000 à 1 499 grammes	4	0,2	0	0,0
1 500 à 1 999 grammes	13	0,6	2	0,1
2 000 à 2 499 grammes	62	2,9	41	2,7
2 500 à 2 999 grammes	332	15,5	260	17,4
3 000 grammes et plus	1 728	80,8	1 187	79,6
<i>Total</i>	2 139	100,0	1 491	100,0

<sup>1</sup> Naissances vivantes survenues au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur seulement.