

*Étude des déterminants des
issues de grossesse défavorables
en Montérégie*

*Manon Noiseux, MSc
Claude Tremblay, MSc, PhD
Philippe De Wals, MD, PhD*

Janvier 2000

Auteurs

Manon Noisieux
Claude Tremblay
Philippe De Wals

Secrétariat

Carol-Ann Oldbury
France Salois

Conception et réalisation de la page couverture

Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion

Nathalie Hudon

***La copie tue le livre!** Cette phrase est devenue une maxime dans le domaine de la protection des droits d'auteur. Si ce document vous plaît, c'est peut-être parce que tant sa présentation que son contenu ont été soigneusement traités et ce, avec un souci de qualité digne de ses lecteurs. Copier c'est reproduire, acheter c'est produire!*

Merci!

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :

Madame Ginette Charbonneau

Direction de la santé publique

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

1255, rue Beauregard

Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (<http://www.santecom.qc.ca>) : H 14,142

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

1^{er} trimestre 2000

ISBN 2-89342-160-1

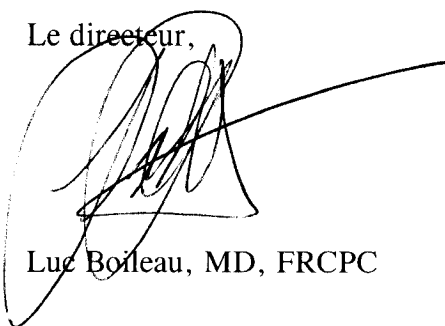
MOT DU DIRECTEUR

Certains problèmes « de développement de l'enfant » commencent dès le début de la grossesse de la mère. La prématurité et le retard de croissance intra-utérin représentent un fardeau économique important pour la société. On y associe un séjour hospitalier plus long, des traitements spécialisés, sans compter qu'un certain nombre de ces bébés sont malheureusement affligés de séquelles physiques ou mentales.

Depuis les dix dernières années, les taux de bébés de faible poids et de bébés prématurés n'ont pas diminué en Montérégie en dépit de la mise sur pied de programmes d'intervention auprès des femmes enceintes. Devant ce constat, la Direction de la santé publique doit s'assurer de l'efficacité des programmes de prévention en proposant des nouvelles pistes d'action.

Actuellement, près de 6 % des naissances en Montérégie sont des bébés de faible poids alors que près de 7 % sont des bébés prématurés. Si on veut atteindre l'objectif inscrit à l'agenda de La Politique de la santé et du bien-être, la Montérégie devra voir ses taux passer à 4 % et 5 % respectivement. Pour y arriver, on se doit d'en connaître davantage sur les facteurs de risque. Une étude des déterminants des issues de grossesse défavorables en Montérégie établit des liens entre les différents facteurs de risque et permet surtout d'orienter davantage nos efforts vers les actions des plus prometteuses. Ainsi, le tabagisme, une alimentation inadéquate pour la mère, le manque d'estime de soi et la pauvreté semblent être des facteurs de risque importants pour l'orientation future de nos investissements dans la prévention des bébés de petit poids.

Le directeur,

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'Luc Boileau', written over a horizontal line.

Luc Boileau, MD, FRCPC

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une subvention du Programme de subventions en santé publique.

Nous tenons à remercier Éveline Savoie et Manon Blackburn de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ainsi que tous les membres des équipes de radiologie des centres hospitaliers participants qui ont collaboré de près ou de loin à cette étude. Merci également à Esther Létourneau de l'Institut de la statistique du Québec.

Souignons également la précieuse collaboration de Carol-Ann Oldbury et de France Salois pour la révision et la mise en page de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
1. MÉTHODES	17
1.1. Population à l'étude	17
1.1.1. Méthode de recrutement	17
1.2. Collecte de données.....	17
1.2.1. Jumelage du questionnaire et du bulletin de naissance.....	18
1.3. Participation à l'étude	18
1.4. Variables	19
1.5. Analyses	19
2. RÉSULTATS	21
2.1. Participation	21
2.1.1. Caractéristiques des femmes de l'échantillon	21
2.2. Facteurs déterminant le poids du bébé	21
2.3. Facteurs déterminant la durée de gestation	23
2.4. Caractéristiques des femmes enceintes participant à un programme de soutien alimentaire	24
2.5. Calcul du risque attribuable.....	24
2.6. Caractéristiques des femmes enceintes souffrant de diabète pendant la grossesse	25
3. DISCUSSION	27
CONCLUSION	31
ANNEXE 1.....	33
ANNEXE 2.....	37
ANNEXE 3.....	41
ANNEXE 4.....	47
ANNEXE 5.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	77

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

IMC : Indice de masse corporelle

ISQ : Institut de la statistique du Québec

N : Nombre

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSBE : Politique Santé Bien-Être

RC : Rapport de cotes

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	LISTE DES FACTEURS ASSOCIÉS AU POIDS DU BÉBÉ ET À LA PRÉMATURITÉ SELON LA LITTÉRATURE	33
	Facteurs associés au poids du bébé et à la prématurité	35
ANNEXE 2 :	LISTE DES CENTRES HOSPITALIERS PARTICIPANTS ET TAUX DE PARTICIPATION	37
	Taux de participation selon le centre hospitalier	39
ANNEXE 3 :	QUESTIONNAIRE BULLETIN DE NAISSANCE VIVANTE (SP-1)	41
	Questionnaire « Étude sur la santé des femmes enceintes »	43
	Bulletin de naissance vivante (SP-1)	45
ANNEXE 4 :	FIGURES	47
Figure 1	Évolution de la proportion de bébés de faible poids, Montréal et Québec 1990-1998.....	49
Figure 2	Évolution de la proportion de bébés prématurés, Montréal et Québec 1990-1998.....	50
Figure 3	Taux de bébés de faible poids dans les pays industrialisés : Source : OMS 1990	51
Figure 4	Participation à l'étude	52
Figure 5	Répartition des bébés selon le poids et la durée de gestation.....	53
Figure 6	Probabilité de donner naissance à un bébé de faible poids selon les caractéristiques psychosociales et économiques.....	54
Figure 7	Probabilité de donner naissance à un bébé de faible poids : variables confondantes	55

Figure 8	Probabilité de donner naissance à un bébé prématuré selon les caractéristiques psychosociales et économiques.....	56
Figure 9	Probabilité de donner naissance à un bébé prématuré : variables confondantes	57
Figure 10	Modèle représentant les chemins directs et indirects entre les agents stressants et l'issue de grossesse.....	58
ANNEXE 5 :	TABLEAUX	59
Tableau 1	Comparaison entre participantes et non-participantes Source : Fichier des naissances.....	61
Tableau 2	Caractéristiques des femmes enceintes participant à l'étude, Montérégie 1998 (n=1602) Source : Questionnaire et fichier des naissances	62
Tableau 3	Facteurs de risque possiblement associés au poids du bébé Source : Questionnaire et fichier des naissances	63
Tableau 3 (suite)	Facteurs de risque possiblement associés au poids du bébé Source : Questionnaire et fichier des naissances	64
Tableau 4	Régression logistique : poids du bébé	65
Tableau 5	Facteurs de risque possiblement associés à la durée de gestation Source : Questionnaire et fichier des naissances	66
Tableau 5 (suite)	Facteurs de risque possiblement associés à la durée de gestation Source : Questionnaire et fichier des naissances	67
Tableau 6	Régression logistique : durée de gestation.....	68
Tableau 7	Caractéristiques des femmes enceintes participant à un programme de soutien alimentaire comparativement aux non-participantes Source : Questionnaire et fichier des naissance.....	69
Tableau 7 (suite)	Caractéristiques des femmes enceintes participant à un programme de soutien alimentaire comparativement aux non-participantes Source : Questionnaire et fichier des naissance.....	70
Tableau 8	Régression logistique : poids du bébé vs participation à un programme de soutien alimentaire	71

Tableau 9	Régression logistique : durée de gestation vs participation à un programme de soutien alimentaire.....	72
Tableau 10	Calcul du risque attribuable.....	73
Tableau 11	Caractéristiques des femmes enceintes souffrant de diabète pendant la grossesse comparativement aux femmes enceintes ne souffrant pas de diabète Source : Questionnaire et fichier des naissances.....	74
Tableau 11 (suite)	Caractéristiques des femmes enceintes souffrant de diabète pendant la grossesse comparativement aux femmes enceintes ne souffrant pas de diabète Source : Questionnaire et fichier des naissances.....	75

INTRODUCTION

La prématurité et le retard de croissance intra-utérin représentent un fardeau économique important pour la société. Ils allongent la durée et le nombre de séjours hospitaliers tandis qu'environ 3 à 16 % des survivants sont affligés d'une séquelle physique ou mentale^(1,2). En 1993, lors d'un symposium canadien sur les naissances de bébés de faible poids, un groupe d'experts a estimé que la prise en charge d'un nouveau-né de moins de 2 500 g pouvait coûter jusqu'à 200 000 \$ pendant les deux premières années de sa vie⁽²⁾. La prévention de ces problèmes périnataux est donc de première importance et le ministère de la Santé et des Services sociaux en a fait une de ses priorités d'action en matière de santé et bien-être⁽³⁾. Nous savons que plusieurs facteurs influencent la croissance foetale⁽⁴⁻¹⁸⁾. Parmi ceux dont l'influence est bien connue, on compte la consommation de tabac et d'alcool, le sexe de l'enfant, la gémellité, la parité, l'histoire obstétricale antérieure, la taille et le poids de naissance des parents ainsi que l'origine raciale. De plus, l'âge maternel et le statut socio-économique sont aussi des indicateurs de risque. D'autre part, des éléments médicaux comme les anomalies placentaires, les infections, certaines maladies maternelles et la présence de malformations congénitales ou d'anomalies génétiques chez le fœtus influencent le déroulement de la grossesse et la croissance foetale. Enfin, une alimentation déficiente, un gain de poids insuffisant durant la grossesse, des antécédents d'avortements spontanés fréquents et des saignements vaginaux placent aussi le fœtus à risque de retard de croissance (annexe 1). Si beaucoup de facteurs de risque ont été identifiés, il persiste encore beaucoup d'incertitude quant à l'implication possible de certains autres déterminants de la durée de gestation et de la croissance foetale. Kramer⁽⁴⁾ estime que dans les pays industrialisés, la majeure partie des facteurs de risque ayant un impact direct sur la prématurité est encore inconnue⁽⁴⁾. Il recommande d'ailleurs d'effectuer d'autres études pour mieux connaître l'épidémiologie des facteurs de risque reliés à la prématurité et au retard de croissance intra-utérin. À cet égard, il serait pertinent d'évaluer le rôle des facteurs psychosociaux, tel le stress maternel sur la durée de gestation et la croissance foetale.

En décembre 1995, la Direction de la santé publique de la Montérégie présentait un portrait de santé des habitants de la région⁽¹⁹⁾. On y remarque une forte hétérogénéité dans la distribution des problèmes de santé à travers les sous-régions administratives de la Montérégie. La prévalence de la prématurité (< 37 semaines de gestation) et des bébés de faible poids à la naissance (< 2 500 g) sont des problèmes particuliers en Montérégie alors qu'on enregistre des taux qui sont largement supérieurs à ceux proposés dans la Politique Santé Bien-Être (PSBE)⁽³⁾ (figures 1 et 2). La sous-région de Sorel est particulièrement marquée par ce

problème alors que depuis 1980, on observe les plus hauts taux en Montérégie, taux qui sont généralement supérieurs de 33 % à ceux observés au Québec. Comme le démontre l'analyse des données des bulletins de naissance de 1988 à 1993 (source : *Fichier des naissances de l'ISQ*), cette différence dans les proportions de bébés de faible poids et prématurés pour la région de Sorel par rapport au reste de la Montérégie et du Québec, ne peut être expliquée par des facteurs de risque connus comme l'âge et le niveau d'éducation de la mère, la gémellité, le sexe et le rang du bébé, l'espace intergénéral et la durée de gestation (dans le cas des faibles poids). De plus, les analyses démontrent que les femmes qui accouchent dans la sous-région de Sorel, comparativement à ailleurs en Montérégie, ont une probabilité de 30 % plus élevée de donner naissance à un bébé de faible poids et de 40 % plus élevée de donner naissance à un bébé prématuré.

Les objectifs de la PSBE sont d'abaisser les taux de bébés de faible poids à 4 % et les taux de bébés prématurés à 5 %⁽³⁾. Certains pays de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tels la Finlande, les Pays-Bas et la Norvège ont depuis plus de 10 ans, des taux de bébés de faible poids d'environ 4 % (figure 3). Afin de mieux identifier les pistes d'intervention réalisables auprès des femmes enceintes, il apparaît impératif de bien décrire les facteurs associés à ces phénomènes. En disposant de ces renseignements, il sera plus facile de diriger les ressources disponibles vers des programmes efficaces et mieux adaptés à la problématique particulière de la Montérégie et possiblement aux autres régions qui vivent des situations semblables.

Les principaux objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence et le degré d'association de certains facteurs de risque socio-économiques et psychosociaux à l'égard des bébés de faible poids et de la prématurité, dans un échantillon de femmes enceintes habitant en Montérégie et deuxièmement, d'évaluer l'effet des programmes de soutien alimentaire sur le poids du bébé à la naissance et la durée de gestation.

1. MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique de type transversal analytique.

1.1. Population à l'étude

Cette étude s'adresse aux femmes enceintes de 16 semaines ou plus, qui habitent en Montérégie et qui maîtrisent suffisamment le français pour pouvoir répondre adéquatement au questionnaire (12 % des Montérégiens parlent une autre langue que le français à la maison, source : *Recensement canadien* de 1996).

1.1.1. Méthode de recrutement

La cueillette de données s'est effectuée dans neuf des dix hôpitaux de la Montérégie (annexe 2). Ces hôpitaux effectuent 96 % des échographies obstétricales réalisées en Montérégie, le reste étant effectué en clinique privée. L'approbation des directeurs des Services professionnels des hôpitaux avait été obtenue, au préalable, pour la réalisation de ce projet.

Les questionnaires ont été distribués au prorata du nombre d'échographies réalisées par année par hôpital (source : *Ordre des radiologistes du Québec*, 1995-1996). Cependant, un nombre minimal de 150 questionnaires étaient distribués par hôpital.

La technique de recrutement consistait à distribuer ou à rendre accessible un questionnaire, ainsi qu'une lettre d'invitation indiquant les critères d'admissibilité à chaque femme enceinte lors de la période d'attente pour son échographie obstétricale de routine au sein du service de radiologie de son centre hospitalier.

1.2. Collecte de données

Chaque participante a complété un questionnaire auto-administré pendant la période d'attente pour une échographie et/ou au retour de l'échographie si elle manquait de temps. De plus, 13 % des participantes ont complété le questionnaire à la maison et l'ont retourné par le courrier. La collecte de données s'est effectuée sur une période maximale de 6 mois, soit de novembre 1997 à mai 1998.

Le questionnaire a d'abord été prétesté auprès d'une vingtaine de femmes enceintes. Le questionnaire comportait neuf sections concernant la présente grossesse, les grossesses antérieures, l'histoire médicale, les facteurs psychosociaux (stress, support social et estime de soi) ainsi que d'autres sections portant sur les principaux facteurs de risque et de protection de la prématurité et de la croissance foetale. Le questionnaire comportait 61 questions et prenait en moyenne 15 minutes à compléter (annexe 3). Le questionnaire était anonyme et confidentiel. En effet, chaque questionnaire complété était remis dans une enveloppe scellée à la personne responsable du projet dans chaque centre hospitalier. Les enveloppes scellées étaient retournées à la Direction de la santé publique de la Montérégie par le courrier à fréquence régulière. Un suivi téléphonique était fait de façon hebdomadaire auprès des personnes responsables dans chacun des centres hospitaliers afin d'optimiser le déroulement des opérations et le taux de participation.

1.2.1. Jumelage du questionnaire et du bulletin de naissance

Afin d'identifier l'issue de grossesse de chaque participante, nous avons obtenu, par le biais de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), une copie provisoire du fichier des naissances vivantes pour toutes les naissances survenues entre décembre 1997 et octobre 1998 provenant de femmes habitant en Montérégie. Le jumelage des deux fichiers, « femmes enceintes » et « naissances », s'est fait avec un maximum de huit variables : la date de naissance de la mère, la municipalité, le code postal (trois premières positions), le code d'établissement, le nombre d'enfants nés de grossesses antérieures, la date de la dernière naissance vivante, la situation de couple et le niveau d'éducation. De plus, une vérification de la concordance entre la date de naissance supposée du bébé selon les dernières menstruations (d'après le questionnaire) et la date réelle de naissance du bébé avec la durée de gestation (d'après le bulletin de naissance) a été faite pour chaque questionnaire jumelé.

1.3. Participation à l'étude

En Montérégie, 2 685 questionnaires ont été distribués dans les neuf centres hospitaliers participants. Les questionnaires provenant de femmes enceintes de moins de 16 semaines ou de 37 semaines et plus (n=63) et de femmes habitant à l'extérieur de la Montérégie (n=39) ont été exclus. De plus, 131 questionnaires ont dû être éliminés faute de ne pouvoir les jumeler avec un bulletin de naissance (raison : déménagement, fausse couche tardive, erreur de saisie, formulaire sp-1 manquant, etc.) alors que quatre autres questionnaires ont été éliminés pour diverses raisons (doublons, femmes n'étant pas enceintes). Les questionnaires provenant de femmes ayant une grossesse multiple ont également été éliminés (n=21). Les questionnaires provenant de 1 602 femmes enceintes répondant aux

critères d'éligibilité et jumelés avec un bulletin de naissance, ont été analysés (figure 4). Le taux de participation moyen était près de 60 % et variait entre 28 % et 75 % selon le centre hospitalier (annexe 2).

1.4. Variables

Dans l'analyse, le poids du bébé correspond au poids en gramme, tel qu'indiqué dans le bulletin de naissance vivante par le médecin accoucheur. Cette variable a été dichotomisée : $< 2\,500\text{ g}$ ou $\geq 2\,500\text{ g}$.

La mesure de la durée de gestation correspond à la durée de la grossesse en semaine complète et est principalement basée sur les résultats de l'échographie. Lorsque la donnée était absente dans le fichier des naissances (sp-1), une valeur lui était imputée selon la correspondance entre la date prévue de l'accouchement (d'après le questionnaire) et la date réelle de la naissance (d'après le bulletin de naissance). Cette variable a été traitée de façon dichotomique : < 37 semaines ou ≥ 37 semaines.

Le niveau socio-économique a été déterminé selon le revenu familial brut. Le revenu a été divisé en quatre niveaux : moins de 30 000 \$, 30 000 \$ à 59 999 \$, 60 000 \$ et plus (référence) et revenu inconnu.

L'indice psychosocial a été mesuré selon trois composantes, soit le stress (source : *Prenatal psychosocial profile*)⁽²⁰⁾, le support du conjoint (source : *Enquête nationale de santé*)⁽²¹⁾ et de son entourage (source : *Indice de soutien social perçu, Santé Québec*)⁽²²⁾ et la perception de soi (source : *Échelle d'estime de soi de Rosenberg, Enquête nationale de santé*)⁽²¹⁾. Un indice psychosocial a été généré en calculant la moyenne des scores moyens de chacune des trois composantes (Σ scores moyens (stress + support social + perception de soi)/3). Pour chacune des trois composantes et de l'indice psychosocial, les populations à risque (stress élevé, support social bas, faible estime de soi, faible indice psychosocial) ont été définies comme faisant parti du 5^e quintile (environ 20 % de la population à l'étude fait partie de ce groupe). De plus, le nombre de valeurs manquantes a été pris en considération lors de la création des indices. Les groupes de femmes à faible risque ont été choisis comme groupes de référence.

1.5. Analyses

Une analyse descriptive a d'abord été effectuée afin d'évaluer le degré d'association entre les variables. Des tests du chi-carré, des tests *t* de Student et des rapports de cotes ont été calculés selon la nature des variables. Les variables associées de façon significative aux variables dépendantes (poids du bébé, durée de gestation) et/ou

aux variables indépendantes principales (revenu familial brut, indice psychosocial) ont été introduites dans un modèle de régression logistique multiple afin d'ajuster pour les facteurs de confusion.

2. RÉSULTATS

2.1. Participation

Les participantes (n=1602) ont été comparées aux non-participantes (n=10 345) sur plusieurs caractéristiques sociodémographiques issues du bulletin de naissance (tableau 1). Les participantes étaient en moyenne un peu plus scolarisées (14,0 ans versus 13,8 ans de scolarité) et un peu plus jeunes (27,9 ans versus 28,4 ans), tandis qu'une plus grande proportion vivait en situation de couple (93,7 % versus 92,2 %) et en était à sa première grossesse (47,1 % versus 43,1 %). Les caractéristiques du bébé, telles le sexe, le poids et la durée de gestation étaient semblables chez les participantes et les non-participantes.

2.1.1. Caractéristiques des femmes de l'échantillon

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude (d'après le questionnaire) sont présentées au tableau 2. Près du quart des participantes ont rapporté un revenu familial brut inférieur à 30 000 \$, et plus de la moitié avait complété des études secondaires/professionnelles ou moins. La majorité des participantes (75,6 %) occupait un emploi depuis le début de leur grossesse. La grande majorité (94,9 %) vivait en situation de couple et l'âge moyen des participantes était de 27,9 ans. Plus de la moitié des participantes provenait d'une agglomération et en était à leur 2^e grossesse ou plus. La prévalence des bébés de faible poids était de 5,2 % (n=83), tandis que celle des bébés prématurés s'élevait à 6,6 % (n=105). Sur les 130 bébés nés de faible poids ou prématurés, 43,1 % partageaient les deux conditions (figure 5).

2.2. Facteurs déterminant le poids du bébé

Six grandes catégories de facteurs ont été examinées quant à leur association possible avec le poids du bébé et la prématurité. Il s'agit des facteurs sociodémographiques, des facteurs biologiques/obstétriques, des habitudes de vie, des facteurs pathologiques, des facteurs psychosociaux et des autres facteurs (annexe 1). Le tableau 3 montre que parmi les facteurs sociodémographiques, seul le revenu familial brut est associé au poids du bébé. En effet, on remarque que chez les femmes ayant rapporté un revenu familial de moins de 30 000 \$, la probabilité de donner naissance à un bébé de faible poids est le double (RC=2,13; IC 95 %=1,09-

4,16), comparativement aux femmes rapportant un revenu de 60 000 \$ et plus. Parmi les 13 facteurs biologiques/obstétriques étudiés, seul l'indice de masse corporelle (IMC) et le poids moyen de la mère à la naissance étaient significativement associés au poids du bébé. En effet, les femmes ayant un IMC insuffisant avant la grossesse ($< 20 \text{ kg/m}^2$) présentaient une probabilité 153 % plus élevée ($\text{RC}=2,53$; $\text{IC } 95 \% = 1,60-4,00$) de donner naissance à un bébé de faible poids, comparativement aux femmes avec un IMC normal ou excédentaire ($\geq 20 \text{ kg/m}^2$). De plus, 42,0 % des femmes qui ont donné naissance à un bébé de faible poids avaient un IMC insuffisant avant la grossesse, alors que seulement 22,2 % des femmes donnant naissance à un bébé de poids normal faisaient partie de cette catégorie d'IMC. Les femmes ayant donné naissance à un bébé de faible poids avaient un poids moyen à la naissance de 353 g plus bas ($p < 0,001$) que les femmes ayant donné naissance à un bébé de poids normal (2 823 g versus 3 176 g).

Parmi les habitudes de vie, seul le tabagisme était associé au poids du bébé. En effet, les femmes qui fumaient pendant leur grossesse, avaient une probabilité près de deux fois plus élevée de donner naissance à un bébé de faible poids ($\text{RC}=1,95$; $\text{IC } 95 \% = 1,23-3,11$). Deux des facteurs pathologiques étudiés étaient fortement associés au poids du bébé. En effet, parmi les femmes qui ont donné naissance à un bébé de faible poids, 7,3 % souffraient de diabète ($\text{RC}=4,58$; $\text{IC } 95 \% = 1,82-11,54$) et 9,8 % d'anémie ($\text{RC}=2,36$; $\text{IC } 95 \% = 1,09-5,11$) pendant la grossesse, alors que les proportions étaient de 1,7 % et 4,4 % respectivement chez les femmes donnant naissance à des bébés de poids normaux. Près du tiers des femmes (31,7 %) donnant naissance à un bébé de faible poids avaient un indice psychosocial faible ($\text{RC}=1,86$; $\text{IC } 95 \% = 1,15-3,01$), alors qu'on en retrouve que 20,0 % chez les femmes avec un bébé de poids normal. Finalement, aucun des autres facteurs étudiés, si ce n'est évidemment la durée de gestation ($\text{RC}=61,56$; $\text{IC } 95 \% = 35,75-106,01$), n'étaient associés au poids du bébé. Le bilan des résultats, non ajustés pour les facteurs confondants, se retrouve aux figures 6 et 7.

Le tableau 4 présente les rapports de cotes ajustés et les intervalles de confiance à 95 % pour les variables significatives incluses dans le modèle de régression. On remarque que lorsqu'on ajuste pour les variables confondantes, les femmes à faible revenu ($< 30\,000 \$$) ont toujours une probabilité accrue mais non statistiquement significative ($\text{RC}=1,47$; $\text{IC } 95 \% = 0,71-3,04$) de donner naissance à un bébé de faible poids. Il en va de même pour l'indice psychosocial ($\text{RC}=1,55$; $\text{IC } 95 \% = 0,92-2,64$). Ce sont chez les diabétiques de grossesse que l'on retrouve la probabilité la plus élevée de donner naissance à un bébé de faible poids ($\text{RC}=4,48$; $\text{IC } 95 \% = 1,61-12,45$). L'insuffisance de masse corporelle avant la grossesse représente également un facteur de risque important pour donner naissance à un bébé de faible poids ($\text{RC}=2,24$; $\text{IC } 95 \% = 1,39-3,63$). L'anémie ($\text{RC}=2,18$; $\text{IC } 95 \% = 0,99-4,83$) et la consommation de tabac pendant la grossesse ($\text{RC}=1,61$; $\text{IC } 95 \% = 0,98-2,67$) sont aussi des déterminants d'un bébé de faible poids.

2.3. Facteurs déterminant la durée de gestation

Le tableau 5 montre que parmi les facteurs sociodémographiques, seul le revenu familial brut est associé à la durée de gestation. En effet, on remarque que chez les femmes ayant rapporté un revenu familial de moins de 30 000 \$, la probabilité de donner naissance à un bébé prématuré est 73 % (RC=1,73; IC 95 %=1,00-3,00) plus élevée que chez les femmes rapportant un revenu de 60 000 \$ et plus. Parmi les facteurs biologiques/obstétriques, on remarque que les femmes qui donnent naissance à des bébés prématurés sont en moyenne 188 g moins lourdes à la naissance ($p=0,011$). De plus, les femmes qui en sont à leur première grossesse ont une probabilité de 54 % plus élevée (RC=1,54; IC 95 %=1,03-2,30) de donner naissance à un bébé prématuré, comparativement aux multipares. Aucune des habitudes de vie étudiées n'étaient associées de façon significative à la durée de gestation. Parmi les facteurs pathologiques étudiés, l'hypertension et le diabète pendant la grossesse étaient associés de façon significative à la durée de gestation. Les femmes souffrant d'hypertension pendant la grossesse avaient une probabilité de 155 % plus élevée (RC=2,55; IC 95 %=1,11-5,85) de donner naissance à un bébé prématuré, alors que les femmes souffrant de diabète pendant la grossesse avaient un rapport de cotes de 5,41 (IC 95 %=2,35-12,48) pour avoir un bébé prématuré comparativement aux femmes ne présentant pas cette pathologie. L'indice psychosocial ne semble pas être associé à la prématurité. Parmi les autres facteurs, seul le sexe de l'enfant est associé à la prématurité. En effet, les bébés de sexe masculin ont une probabilité de 52 % plus élevée (RC=1,52; IC 95 %=1,02-2,28) de naître prématurément. Le bilan des résultats, non ajustés pour les facteurs confondants, se retrouve aux figures 8 et 9.

Le tableau 6 présente les rapports de cotes ajustés et les intervalles de confiance à 95 % pour les variables statistiquement significatives incluses dans le modèle de régression. Lorsqu'on ajuste pour les variables confondantes, les femmes à faible revenu (< 30 000 \$) ont toujours une probabilité accrue mais non statistiquement significative (RC=1,63; IC 95 %=0,91-2,92) de donner naissance à un bébé prématuré. Les femmes avec un faible indice psychosocial ont également une probabilité accrue mais non statistiquement significative de donner naissance à un bébé prématuré (RC=1,11; IC 95 %=0,67-1,84). Ce sont chez les diabétiques de grossesse que l'on retrouve la probabilité la plus élevée de donner naissance à un bébé prématuré (RC=5,76; IC 95 %=2,46-13,54). Les bébés de sexe masculin (RC=1,62; IC 95 %=1,07-2,48) et la primiparité (RC=1,60; IC 95 %=1,06-2,43) sont également des déterminants significatifs de la prématurité.

2.4. Caractéristiques des femmes enceintes participant à un programme de soutien alimentaire

Les participantes à un programme de soutien alimentaire ont un profil très distinct et différent de façon significative des non-participantes à l'égard de plusieurs caractéristiques (tableau 7). Au point de vue sociodémographique, les femmes participant à un programme de soutien alimentaire ont, en général, un faible revenu (60,0 % rapportent un revenu inférieur à 30 000 \$), sont peu scolarisées (52,4 % ont un primaire ou moins), ne travaillent pas (68,6 %) et plus du quart (26,7 %) ne vivent pas en situation de couple. Plus de 10 % sont des femmes de 18 ans et moins, et plus du tiers souffraient d'une insuffisance de masse corporelle avant la grossesse (33,7 %). La majorité (57,7 %) fument et plus de 10 % ont rapporté consommer de la drogue pendant la grossesse. Parmi les facteurs pathologiques, le diabète est sur-représenté dans le groupe de participantes à un programme de soutien alimentaire, alors qu'on retrouve 6,1 % de diabétiques, comparativement à 1,6 % chez les non-participantes. Plus de la moitié (50,5 %) des femmes participant à un programme de soutien alimentaire rapportent un indice psychosocial faible. Près des trois quarts (71,4 %) des participantes proviennent des agglomérations. Parmi les participantes, la proportion de bébés nés de faible poids est presque deux fois plus élevée (9,6 % versus 5,0 %) que chez les non-participantes ($p=0,046$). La proportion de participantes donnant naissance à des bébés prématurés est également plus élevée (9,5 % versus 6,4 %), cette différence n'est cependant pas statistiquement significative. Les tableaux 8 et 9 démontrent que même après avoir ajusté pour différents facteurs de confusion, tels le diabète et l'anémie pendant la grossesse, l'IMC avant la grossesse, la consommation de tabac, l'indice psychosocial et le revenu, rien n'indique que le programme ait un effet protecteur sur le poids du bébé ($R\ C=1,14$; $IC\ 95\ \%=0,50-2,57$) ou sur la durée de gestation ($RC=1,25$; $IC\ 95\ \%=0,60-2,61$).

2.5. Calcul du risque attribuable

Afin d'estimer la contribution de chacun des facteurs de risque dans le développement d'une issue défavorable de grossesse, des risques attribuables ont été calculés. Le risque attribuable est déterminé par la différence de risque entre les exposés et les non-exposés. Le tableau 10 nous indique que près de 15 % du risque d'avoir un bébé de faible poids est attribuable au diabète alors que l'IMC, le tabagisme et l'indice psychosocial ne représentent qu'entre 3,6 et 5,7 % du risque ($p<0,05$). Plus de 20 % du risque d'avoir un bébé prématuré est attribuable au diabète tandis que le sexe du bébé et la parité représente chacun 2,6 % du risque.

2.6. Caractéristiques des femmes enceintes souffrant de diabète pendant la grossesse

Étant donné l'importance de la relation entre le diabète et la présence d'une issue de grossesse défavorable, une description plus complète de ce groupe de femmes a été effectuée. Les femmes souffrant de diabète pendant la grossesse diffèrent des non-diabétiques à l'égard de plusieurs caractéristiques. En effet, ces dernières sont en général moins éduquées, alors que 76,7 % ont un secondaire ou moins (tableau 11). Près de la moitié souffrent d'un excédent de poids (46,4 %), alors que le poids moyen de la mère à la naissance était significativement plus bas (plus de 300 g) que chez les non-diabétiques. Parmi les 30 femmes souffrant de diabète pendant leur grossesse, deux (multipares) en avaient déjà souffert auparavant ($p < 0,001$). Aucune autre comorbidité n'était significativement excédentaire chez ce groupe de femmes. Parmi les femmes diabétiques, 20,7 % participaient à un programme de soutien alimentaire comparativement à 6,2 % chez les non-diabétiques. Finalement, parmi les femmes souffrant de diabète pendant leur grossesse, 20,0 % ont donné naissance à un bébé de faible poids, alors que 26,7 % ont accouché prématurément comparativement à 5,2 % et 6,3 % respectivement chez les non-diabétiques. Il est à noter que six des sept bébés nés prématurément étaient légèrement prématurés (34 à 36 semaines), alors qu'un seul était très prématuré (29 semaines). Il est également à noter qu'aucune des femmes diabétiques ne prenait d'insuline et que le questionnaire ne permettait pas de distinguer les femmes souffrant de diabète gestationnel, des femmes souffrant d'un autre type de diabète, bien qu'une seule d'entre elles (une multipare) ait rapporté avoir souffert de diabète avant la grossesse. Cependant, 40 % des femmes rapportant souffrir de diabète n'avaient, en principe, pas encore subi le test de dépistage du diabète gestationnel effectué entre la 24^e et 28^e semaine de grossesse. De plus, près de 83 % des femmes participant à l'étude étaient enceintes de moins de 24 semaines lorsqu'elles ont rempli le questionnaire et n'avaient donc pas encore subi le test de dépistage.

3. DISCUSSION

Les résultats de cette étude démontrent que les femmes avec un faible indice psychosocial, c'est-à-dire qui ont un niveau de stress élevé, une faible estime de soi et peu de support social, ont un risque significativement accru de donner naissance à un bébé de faible poids. De plus, l'estime de soi serait le facteur le plus déterminant de l'indice psychosocial pour avoir un bébé de faible poids. Cependant, lorsqu'on tient compte des autres facteurs de risque, tels le diabète, l'IMC avant la grossesse, l'anémie et le tabagisme, le risque demeure accru mais perd sa signification. Nos résultats démontrent également que le revenu est associé au faible poids et à la prématurité. Cependant, le risque accru de donner naissance à un bébé de faible poids ou prématuré chez les femmes rapportant un faible revenu familial devient non significatif lorsqu'on ajuste pour d'autres facteurs de risque.

Plusieurs études ont été réalisées mettant en relation les facteurs psychosociaux avec le poids du bébé ou la prématurité. Cependant, très peu d'entre elles ont adopté une approche multidimensionnelle à l'égard de l'évaluation du profil psychosocial. De plus, les études réalisées sur ce sujet ont donné des résultats mitigés ce qui rend difficile de conclure sur l'association possible entre les facteurs psychosociaux et l'issue de grossesse. Les différences dans la méthodologie utilisée, la définition, la mesure et l'opérationnalisation du profil psychosocial, le contrôle inadéquat des variables confondantes ainsi que la taille de l'échantillon sont autant de facteurs responsables de l'inconsistance dans les résultats. Les résultats de notre étude sont consistants avec ceux de l'étude prospective de Cliver⁽²³⁾ réalisée auprès de 1545 femmes enceintes de 24-26 semaines et mesurant, entre autres, l'anxiété, l'estime de soi, le contrôle et la dépression. Ces résultats démontrent qu'un IMC adéquat ou excédentaire protège contre les méfaits d'un profil psychosocial défavorable alors qu'un IMC insuffisant, le tabagisme et un pauvre profil psychosocial sont associés avec une croissance foetale diminuée. Aarts⁽²⁴⁾ a également utilisé une approche plus globale où le stress chronique, la qualité de la relation avec le partenaire et le support social ont été considérés pour leur association possible avec le poids du bébé. Il n'a trouvé aucune association entre les stressseurs et le poids du bébé. Cependant, le tabagisme et le poids maternel étaient les meilleurs déterminants du poids du bébé. Reeb⁽²⁵⁾ a réalisé une étude prospective auprès de 140 femmes enceintes et a conclu qu'un faible niveau de fonctionnement familial, un événement stressant, un faible IMC et le tabagisme étaient prédictifs d'un bébé de faible poids.

Rutter et Quine⁽²⁶⁾ ont proposé un modèle théorique décrivant les chemins possibles par lesquels les agents stressants pourraient exercer leur effet sur le résultat de la

grossesse. En effet, les facteurs psychosociaux, tels le stress, l'anxiété, la dépression et l'estime de soi pourraient agir indirectement en influençant les comportements de santé, tels le tabagisme, l'alcoolisme, la nutrition ou en affectant la fréquence à laquelle la femme reçoit ses soins périnataux ou encore la diligence avec laquelle elle suit les recommandations médicales (figure 10). Le faible niveau socio-économique, déterminé par un faible revenu, pourrait, tout comme le statut psychosocial, agir de façon indirecte sur le poids du bébé et la prématurité. En effet, les femmes ayant un faible statut économique sont plus enclines à avoir une combinaison de facteurs de risque, tels le tabagisme, de plus courts intervalles entre les naissances, l'utilisation restreinte des services prénataux ainsi qu'une plus forte incidence d'infections génitales⁽⁴⁾.

Cette étude comporte certaines limitations. En premier lieu, la comparaison entre les participantes et les non-participantes nous indique que les participantes sont un peu plus jeunes, plus éduquées, vivent plus en situation de couple et qu'il y a plus de primipares que chez les non-participantes. Ce biais de sélection en faveur de participantes plus motivées et un peu plus avantagées au point de vue sociodémographique pourrait entraver la généralisation des résultats à d'autres populations. En second lieu, un biais d'information lié au statut socio-économique de la femme a également pu s'introduire dans cette étude, rendant difficile la comparaison entre les femmes plus ou moins bien pourvues. De plus, la nature du questionnaire autoadministré laisse supposer qu'un biais de désirabilité se soit introduit nuisant ainsi à la validité des questions ayant trait à la consommation (tabac, alcool et drogue), aux relations avec le conjoint et à certaines mesures anthropométriques entrant dans le calcul de l'IMC. Il se peut également qu'il y ait eu une mauvaise classification des femmes enceintes à l'égard de leur participation à un programme de soutien alimentaire. En effet, certaines femmes ont pu souscrire à un tel programme plus tard dans leur grossesse alors que d'autres ont pu participer mais de façon très succincte. Finalement, il aurait été préférable de mesurer le stress pendant la totalité de la grossesse puisque des événements stressants peuvent survenir plus tard dans la grossesse et en affecter le résultat.

Une des principales forces de cette étude vient de la taille de l'échantillon qui lui a procuré une excellente puissance statistique et a permis de réaliser des analyses rigoureuses tenant compte de plusieurs variables confondantes. De plus, la nature prospective du devis garantit la temporalité des événements, élément essentiel à l'établissement d'un lien causal. Le caractère multidimensionnel de l'indice psychosocial a permis de réaliser une mesure plus complète du stress car les mécanismes de défense contre le stress que sont le support social et l'estime de soi ont également été pris en considération. Le questionnaire qui a servi à la collecte de données avait, au préalable, fait l'objet d'une validation minutieuse dans le cadre d'un projet de maîtrise⁽²⁷⁾. Finalement, le jumelage du questionnaire avec le fichier de naissances a permis de valider le fichier final dans les moindres détails, sur au moins huit variables et d'augmenter ainsi la qualité des données.

Les résultats de cette étude nous indiquent que la prévention des issues défavorables de grossesse devrait être axée sur une approche multidimensionnelle, touchant principalement le tabagisme et l'alimentation ainsi que l'estime de soi et la pauvreté. Les programmes visant les clientèles à risque devraient s'attaquer au tabagisme qui demeure l'un des plus importants facteurs de risque modifiables pour avoir un bébé de faible poids. De plus, les interventions auprès des femmes enceintes devraient renforcer l'importance d'une alimentation adéquate chez les femmes souffrant d'une insuffisance de masse corporelle avant la grossesse ou démontrant une pathologie gestationnelle, telle le diabète, l'hypertension et l'anémie. Bien que l'on rencontre plusieurs de ces caractéristiques chez la clientèle de femmes défavorisées au point de vue socio-économique, le revenu ne devrait pas être le seul critère de sélection à un programme de soutien auprès des femmes enceintes. Le tabagisme, une insuffisance de masse corporelle et une pathologie gestationnelle sont autant de facteurs qui devraient faire partie des critères de sélection.

Cette étude a démontré la faisabilité et l'importance de recueillir des informations auprès des femmes enceintes afin d'identifier les femmes ayant un risque élevé de donner naissance à des bébés de faible poids ou prématurés. Certains facteurs associés à l'issue de grossesse, tels la consommation de tabac, une carence alimentaire et le stress sont modifiables mais peu souvent détectés dans le bureau du médecin et pris en main par un intervenant du domaine de la santé. Dans cette perspective, il serait intéressant d'examiner la possibilité de mettre en place un système informatisé de collecte de données auprès des femmes enceintes dans les centres hospitaliers de la région. Cependant, la salle d'attente pour l'échographie, bien qu'endroit privilégié pour l'obtention d'une population captive de femmes enceintes, est loin d'être un lieu idéal pour la collecte de données. En effet, les conditions entourant la femme enceinte lors de l'échographie (vessie pleine, présence du conjoint et des enfants, stress possible occasionné par l'échographie, etc.) rendent difficile la concentration nécessaire pour donner des informations fiables. De plus, selon le centre hospitalier, la période d'attente pour l'échographie peut être très courte et nuire à la complétion du questionnaire voire même à la participation. Néanmoins, un système informatisé implanté dans un endroit propice, pourrait permettre, par le biais des facteurs de risque rapportés par la femme enceinte, l'identification précoce des femmes qui sont à risque de donner naissance à un bébé de faible poids ou prématuré. Les femmes présentant un risque élevé pourraient ainsi être dirigées vers une ressource appropriée pouvant intervenir au niveau du ou des facteurs identifiés.

Finalement, les résultats de cette étude indiquent que les programmes de soutien alimentaire ne parviennent pas à protéger les femmes enceintes d'une issue défavorable de grossesse. Cependant, plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats : 1) le devis était loin d'être idéal pour tester cette hypothèse; 2) il y a un manque de puissance statistique; 3) l'évaluation de l'implantation des programmes

de soutien alimentaire dans les 19 CLSC de la région n'a pas été réalisée et 4) certaines variables confondantes n'ont pas été mesurées ou n'ont pas été mesurées de façon précise. La démonstration de l'implantation et de l'efficacité des programmes de soutien alimentaire en Montérégie reste donc à faire.

CONCLUSION

Depuis les dix dernières années, les taux de bébés de faible poids et de bébés prématurés n'ont pas diminué en Montérégie en dépit de la mise sur pied de programmes d'intervention auprès des femmes enceintes. Cette étude a permis d'identifier certains facteurs de risque, tels un faible revenu familial, un indice de masse corporel insuffisant avant la grossesse, le tabagisme, le diabète et l'anémie pendant la grossesse, un faible indice psychosocial, l'hypertension pendant la grossesse, la primiparité et le sexe du bébé, qui pourraient engendrer une issue défavorable de grossesse chez les femmes de la région. Il est donc primordial que ces facteurs soient pris en considération lors d'une éventuelle révision des interventions actuelles auprès des femmes enceintes. De plus, il est indispensable de procéder, dans les plus brefs délais, à une évaluation rigoureuse de l'impact des interventions existantes sur l'issue de grossesse des femmes y participant.

Annexe 1

Liste des facteurs associés au poids du bébé
et à la prématurité selon la littérature

Facteurs associés au poids du bébé et à la prématurité

	<i>Poids du bébé</i>	<i>Prématurité</i>
♦ <i>Facteurs socio-économiques</i>		
<i>revenu</i>	✓	✓
<i>éducation</i>	✓	✓
<i>occupation</i>	✓	✓
<i>origine raciale</i>	✓	✓
♦ <i>Facteurs biologiques/obstétriques</i>		
<i>âge</i>	✓	✓
<i>taille</i>	✓	
<i>poids avant la grossesse</i>	✓	✓
<i>poids à la naissance</i>	✓	
<i>grossesses multiples</i>	✓	✓
<i>antécédents</i>	✓	✓
<i>saignements</i>	✓	✓
<i>parité</i>	✓	✓
♦ <i>Habitudes de vie</i>		
<i>tabagisme</i>	✓	✓
<i>toxicomanie</i>	✓	
<i>alcoolisme</i>	✓	
<i>etc.</i>		
♦ <i>Facteurs pathologiques</i>		
<i>maladie chronique</i>	✓	✓
<i>maladie pendant la grossesse</i>	✓	✓
<i>anomalie congénitale</i>	✓	
♦ <i>Facteurs psychosociaux</i>		
<i>isolement social</i>	✓	
<i>stress</i>		✓
<i>anxiété</i>		✓
♦ <i>Autres facteurs</i>		
<i>sexe du bébé</i>	✓	✓

Annexe 2

Liste des centres hospitaliers participants
et taux de participation

TAUX DE PARTICIPATION SELON LE CENTRE HOSPITALIER														
Hôpital accoucheur	Nombre total de questionnaires			Raisons d'élimination des questionnaires										Taux de participation n %
	Distribués n	Utilisés n	Retournés n %	< 16 semaines ou ≥ 37 semaines n	%	Habite hors Montérégie n	%	Perte au jumelage n	%	Autre raison n	%	TOTAL n	%	
Centre hospitalier Anna-Laberge	150	150	126 84,0	3	2,4	5	4,0	10	6,7	2	1,6	20	15,9	106 70,7
Centre hospitalier Pierre-Boucher	650	650	559 86,0	8	1,4	9	1,6	48	7,4	6	1,1	71	12,7	488 75,1
Hôpital Charles LeMoine	540	540	293 54,3	11	3,8	8	2,7	17	3,1	5	1,7	41	14,0	252 46,7
Hôpital du Haut Richelieu	520	271	174 33,5	11	6,3	0	0,0	14	2,7	3	1,7	28	16,1	146 28,1
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	280	280	151 53,9	7	4,6	5	3,3	5	1,8	0	0,0	17	11,3	134 47,9
Centre hospitalier Régional du Suroît	300	300	213 71,0	6	2,8	3	1,4	10	3,3	1	0,5	20	9,4	193 64,3
Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins	150	94	68 45,3	4	5,9	1	1,5	5	3,3	1	1,5	11	16,2	57 38,0
Hôtel-Dieu de Sorel	150	150	95 63,3	8	8,4	2	2,1	9	6,0	1	1,1	20	21,1	75 50,0
Centre hospitalier de Granby	250	250	156 62,4	4	2,6	2	1,3	8	3,2	3	1,9	17	10,9	139 55,6
Hors Montérégie			22	1	4,5	4	18,2	5	22,7	0	0,0	10	45,5	12 -
Inconnu			3							3		3		0 -
TOTAL	2990	2685	1860 69,3	63	3,4	39	2,1	131	8,2	25	1,3	258	13,9	1602 59,7

Annexe 3

Questionnaire
Bulletin de naissance vivante (SP-1)



Gestion confiée au
Bureau de la statistique du Québec

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer fortement. Ne pas écrire dans les espaces ombrés.

LIEU DE LA NAISSANCE

1. Nom de l'établissement où a eu lieu la naissance	2. Code d'établissement
3. Adresse de l'endroit où a eu lieu la naissance (n°, rue, municipalité, province ou pays)	Code postal

IDENTIFICATION DES PARENTS (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

PÈRE	4. Nom de famille du père	5. Prénom usuel		
	6. Date de naissance du père Année Mois Jour : : : 7. Âge	8. Lieu de naissance du père (province ou pays) 9. Langue maternelle du père 01 ☐ Français 02 ☐ Anglais Autre		
MÈRE	10. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)	11. Prénom usuel	12. N° de tél. où la mère peut être rejointe Indicatif régional	
	13. Date de naissance de la mère Année Mois Jour : : : 14. Âge	15. Lieu de naissance de la mère (province ou pays)	16. Langue maternelle de la mère 01 ☐ Français 02 ☐ Anglais Autre	
	17. Adresse du domicile de la mère (n°, rue, municipalité, province ou pays) Code postal			
	18. Langue d'usage à la maison 01 ☐ Français 02 ☐ Anglais Autre	19. État matrimonial de la mère 1 ☐ Célibataire (jamais mariée) 4 ☐ Divorcée 2 ☐ Mariée et vivant avec son conjoint 5 ☐ Séparée légalement 3 ☐ Veuve 6 ☐ Séparée sans séparation légale	20. Situation de couple 1 ☐ Vivant en situation de couple 2 ☐ Ne vivant pas en situation de couple	21. Nombre d'années de scolarité de la mère
	22. Nombre d'enfants nés de grossesses antérieures (exclure la présente grossesse) Nés vivants : Mort-nés (500 grammes et plus) :		23. Date de la dernière naissance vivante Année Mois Jour : : : 24. Date du dernier mariage (s'il y a lieu) Année Mois Jour : : :	

IDENTIFICATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

25. Nom de famille de l'enfant	26. Prénom(s)
--------------------------------	---------------

SIGNATURE DE LA MÈRE OU DU PÈRE

Je confirme l'exactitude des renseignements ci-dessus et j'autorise leur envoi au Bureau de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Direction régionale de la santé publique et au Centre local de services communautaires.

27. Date de la signature Année Mois Jour : : : 28. Signature d'au moins un des deux parents X

CERTIFICATION MÉDICALE DE LA NAISSANCE

29. Date et heure de naissance de l'enfant Année Mois Jour Heure(s) Minute(s) : : : : : 30. Type de naissance 01 ☐ Simple 02 ☐ Double Autre (préciser)	31. En cas de naissance multiple (donner l'ordre) 1 ^{er} ☐ 2 ^e ☐ 3 ^e ☐ Autre (préciser)
32. Sexe de l'enfant 1 ☐ Masculin 2 ☐ Féminin 9 ☐ Indéterminé	33. Poids à la naissance en grammes 34. Durée de la grossesse (semaines complètes)
35. Accoucheur (nom de famille et prénom usuel)	36. N° de permis (Corp. des médecins) 37. N° de téléphone au travail Indicatif régional
38. Adresse de l'accoucheur (n°, rue, municipalité, province) Code postal	
39. Qualité de l'accoucheur 1 ☐ Médecin 2 ☐ Infirmière Autre (préciser)	40. Signature de l'accoucheur X 41. Date de la signature Année Mois Jour : : :

Les renseignements transmis sont sujets aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Les conditions sont énumérées au verso de la présente copie.

En cas de naissance multiple, veuillez remplir un bulletin de naissance vivante (SP-1) pour chaque enfant né vivant et un bulletin de mortinaissance (SP-4) pour chaque enfant mort-né.

Si un enfant décède immédiatement après sa naissance ou dans les jours qui suivent, on doit quand même remplir un bulletin de naissance vivante (SP-1) et un bulletin de décès (SP-3).

Annexe 4

Figures

Figure 1
ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE BÉBÉS DE FAIBLE POIDS
MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC
1990-1998

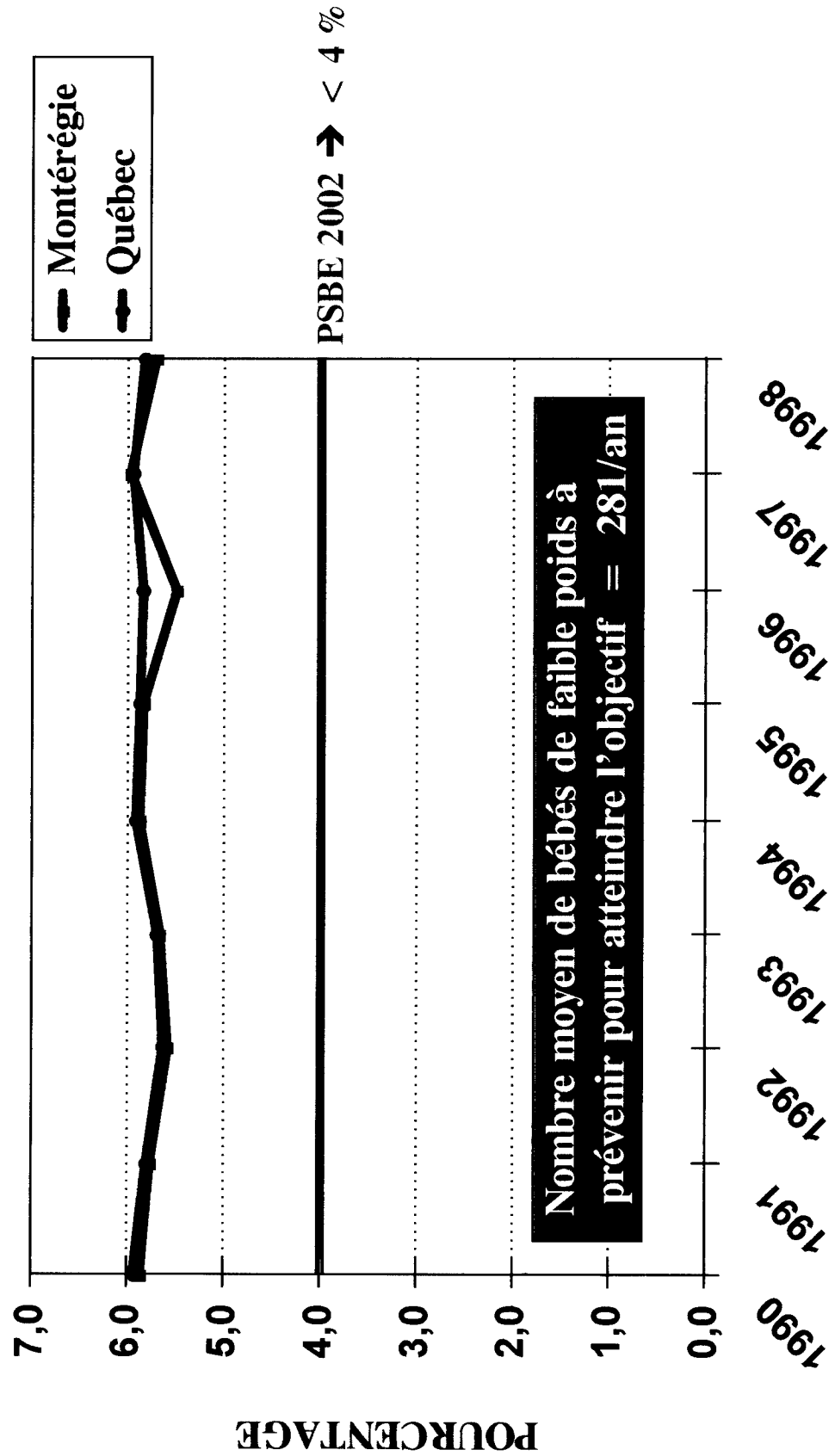


Figure 2
ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE BÉBÉS PRÉMATURÉS
MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC
1990-1998

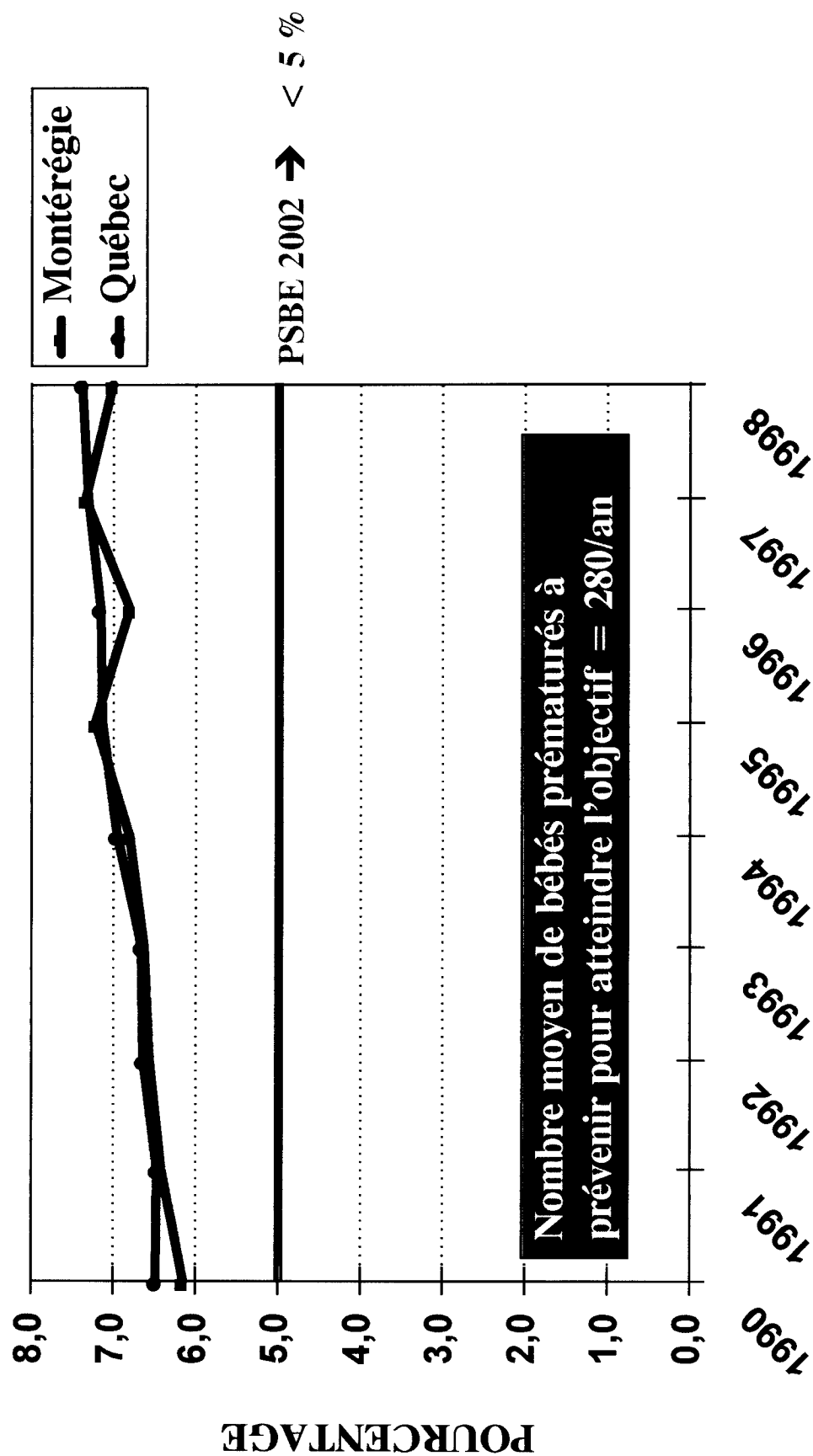


Figure 3
TAUX DE BÉBÉS DE FAIBLE POIDS DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS
Source: OMS 1990

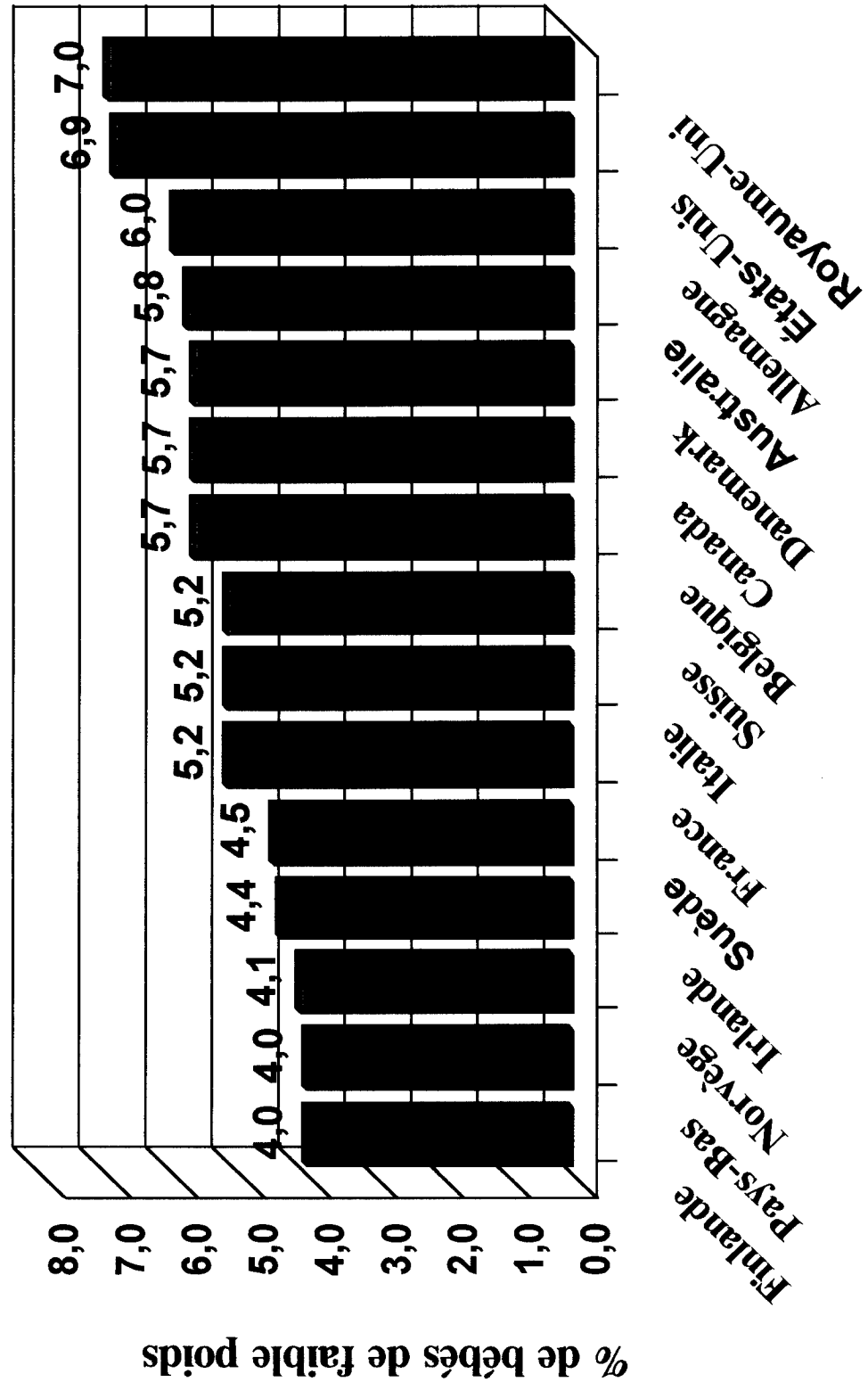


Figure 4
PARTICIPATION À L'ÉTUDE

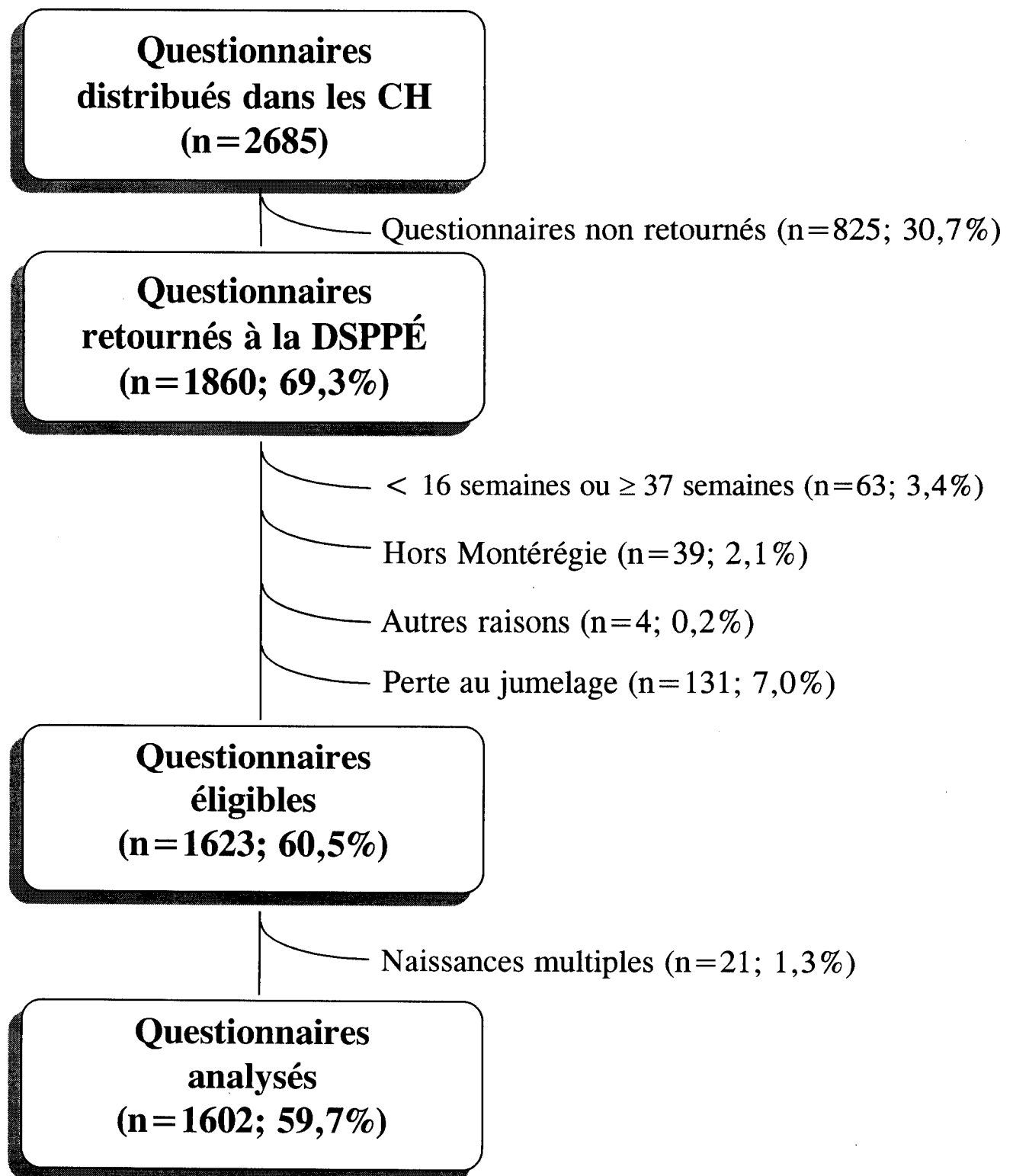


Figure 5
RÉPARTITION DES BÉBÉS SELON LE POIDS
ET LA DURÉE DE GESTATION

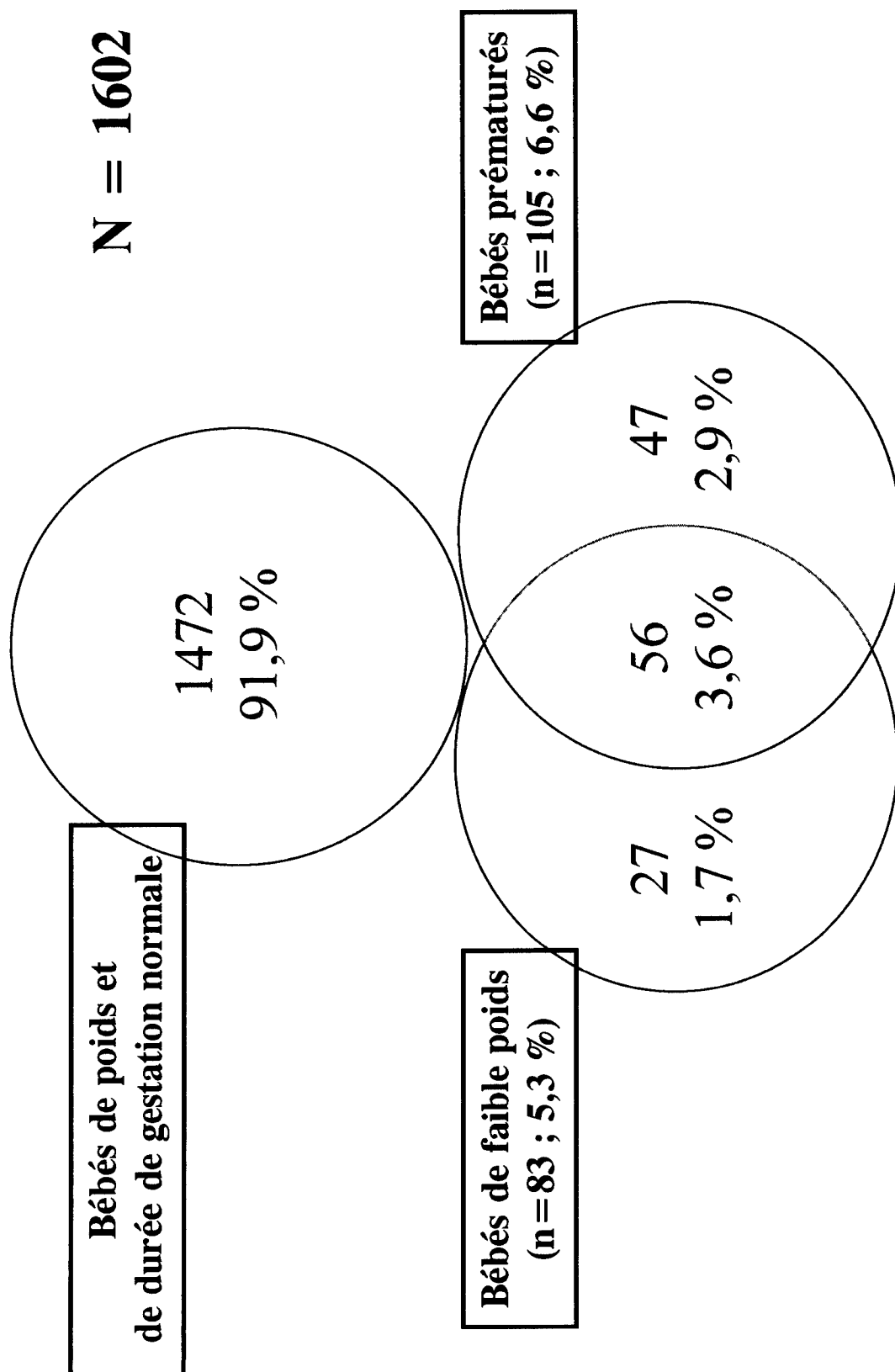


Figure 6
PROBABILITÉ DE DONNER NAISSANCE À UN BÉBÉ
DE FAIBLE POIDS SELON LES CARACTÉRISTIQUES
PSYCHOSOCIALES ET ÉCONOMIQUES

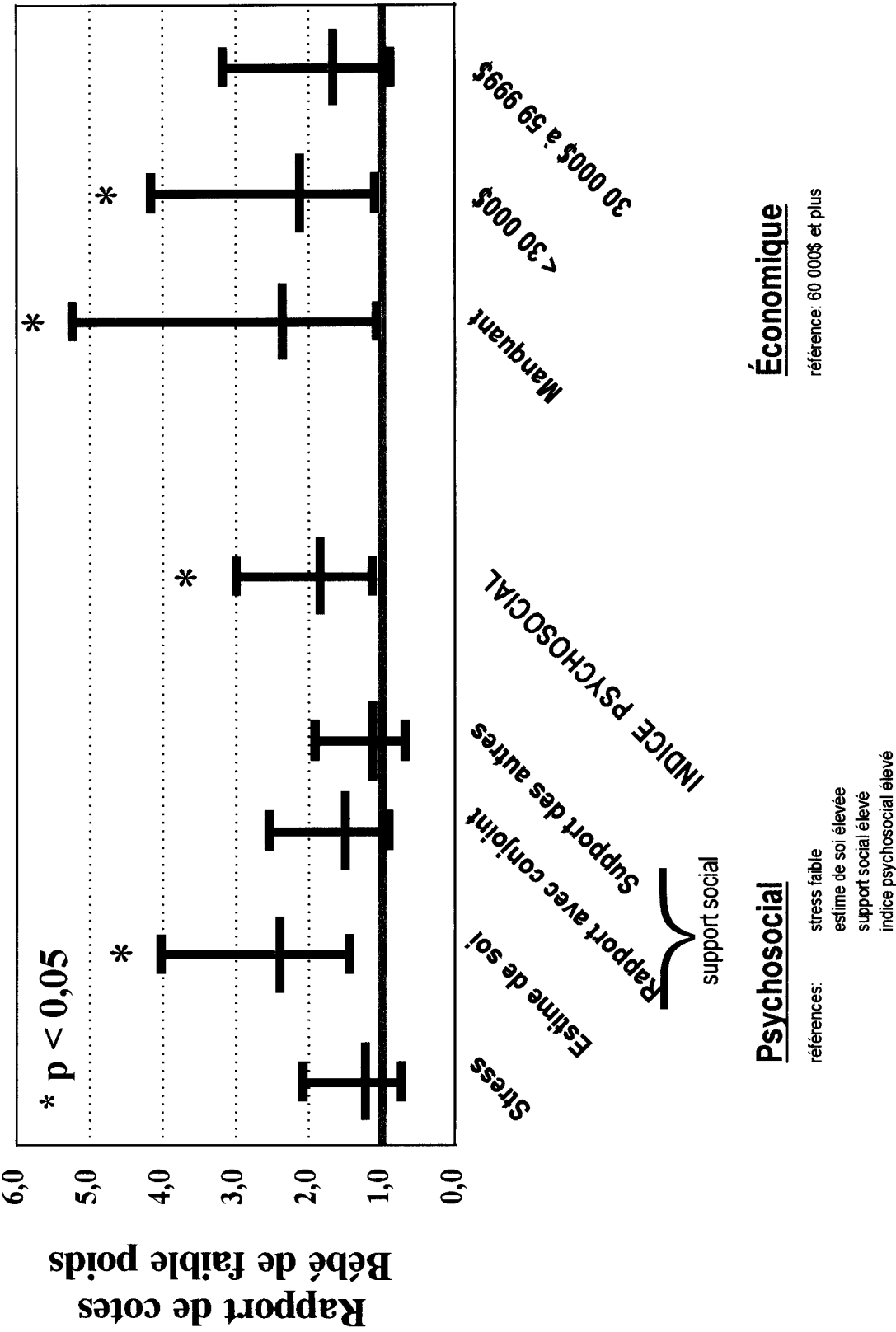


Figure 7
PROBABILITÉ DE DONNER NAISSANCE À UN BÉBÉ DE FAIBLE POIDS :
VARIABLES CONFONDANTES

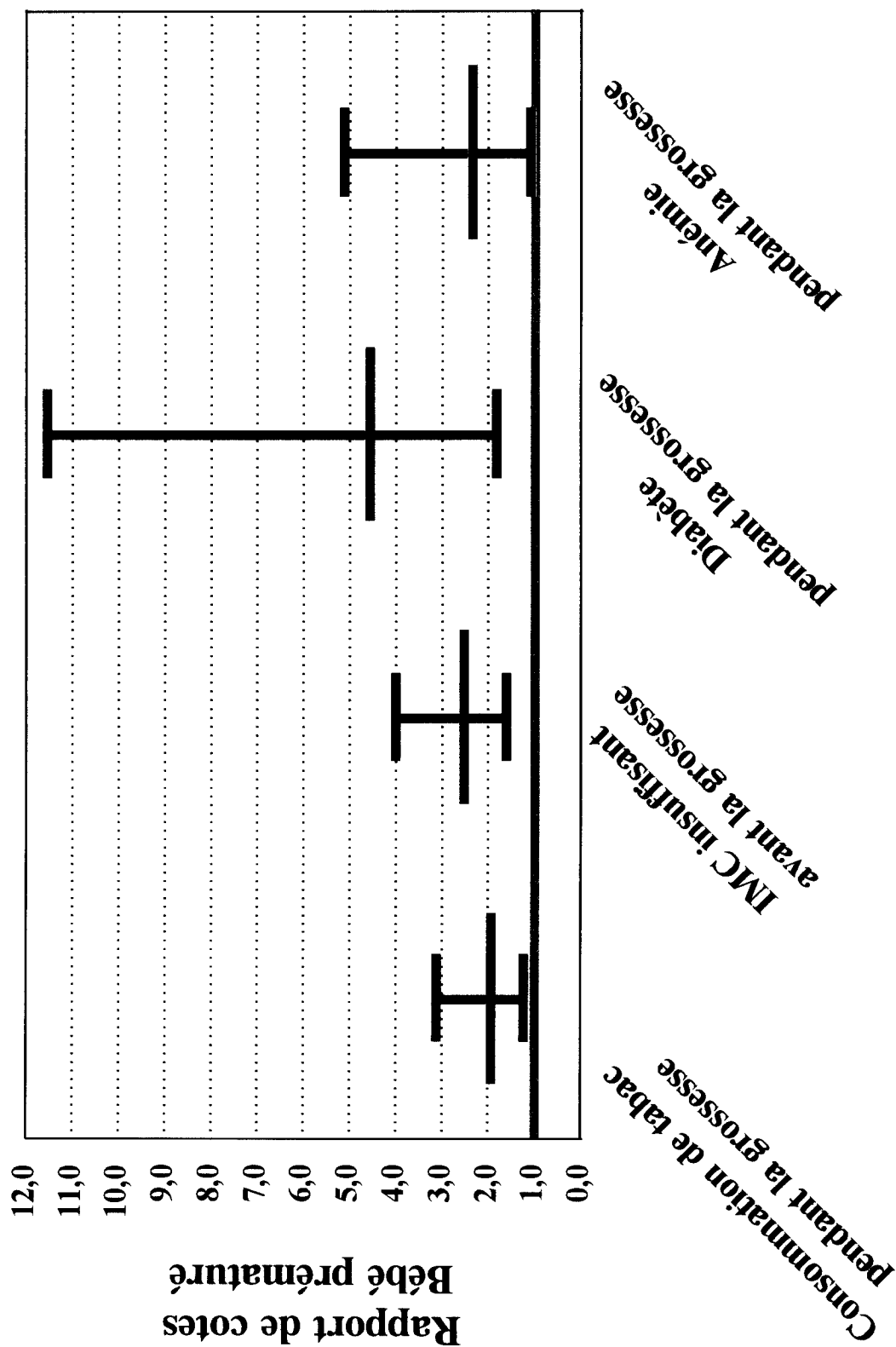


Figure 8
PROBABILITÉ DE DONNER NAISSANCE À UN BÉBÉ PRÉMATURÉ
SELON LES CARACTÉRISTIQUES PSYCHOSOCIALES ET ÉCONOMIQUES

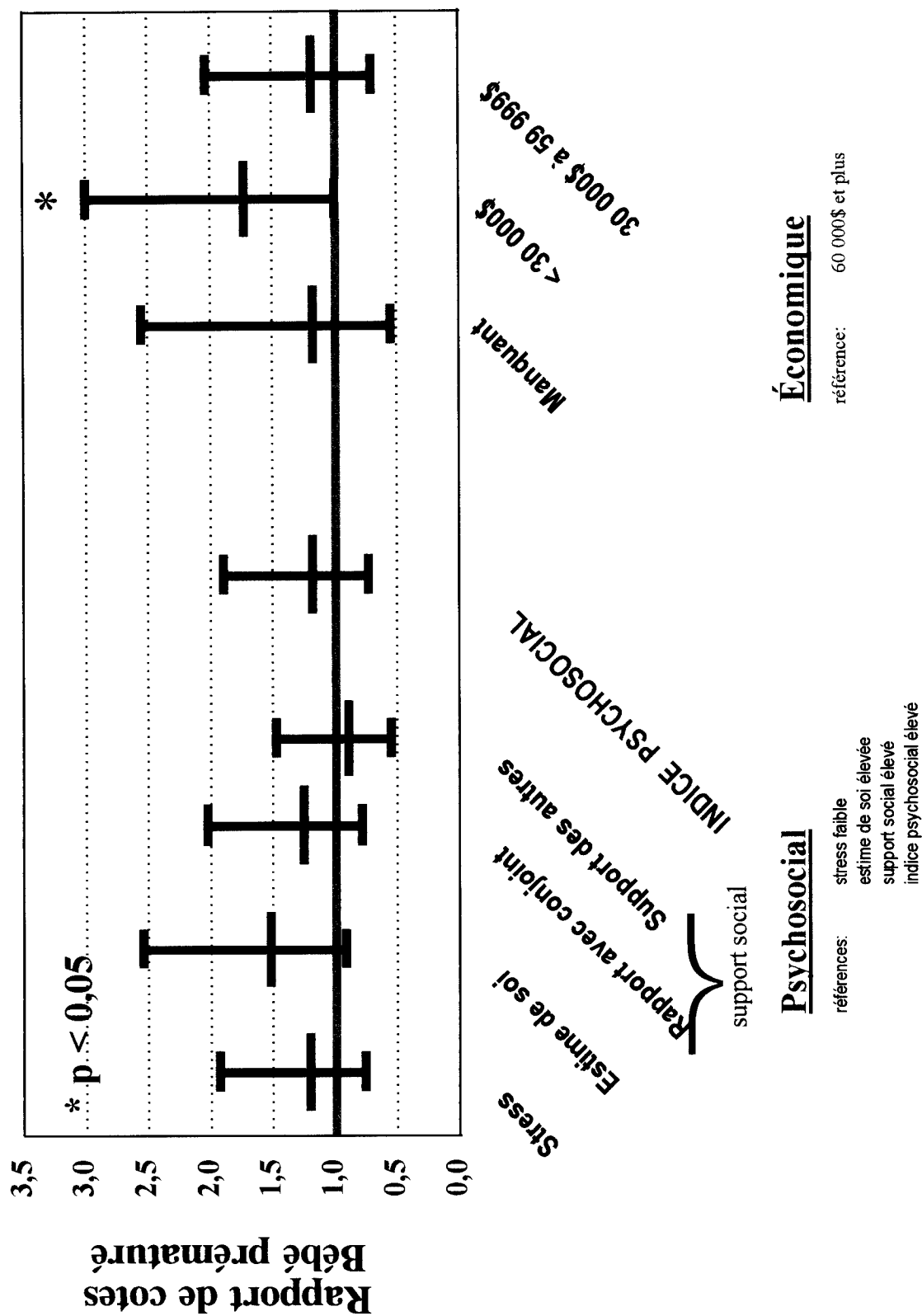


Figure 9
PROBABILITÉ DE DONNER NAISSANCE À UN BÉBÉ PRÉMATURÉ :
VARIABLES CONFONDANTES

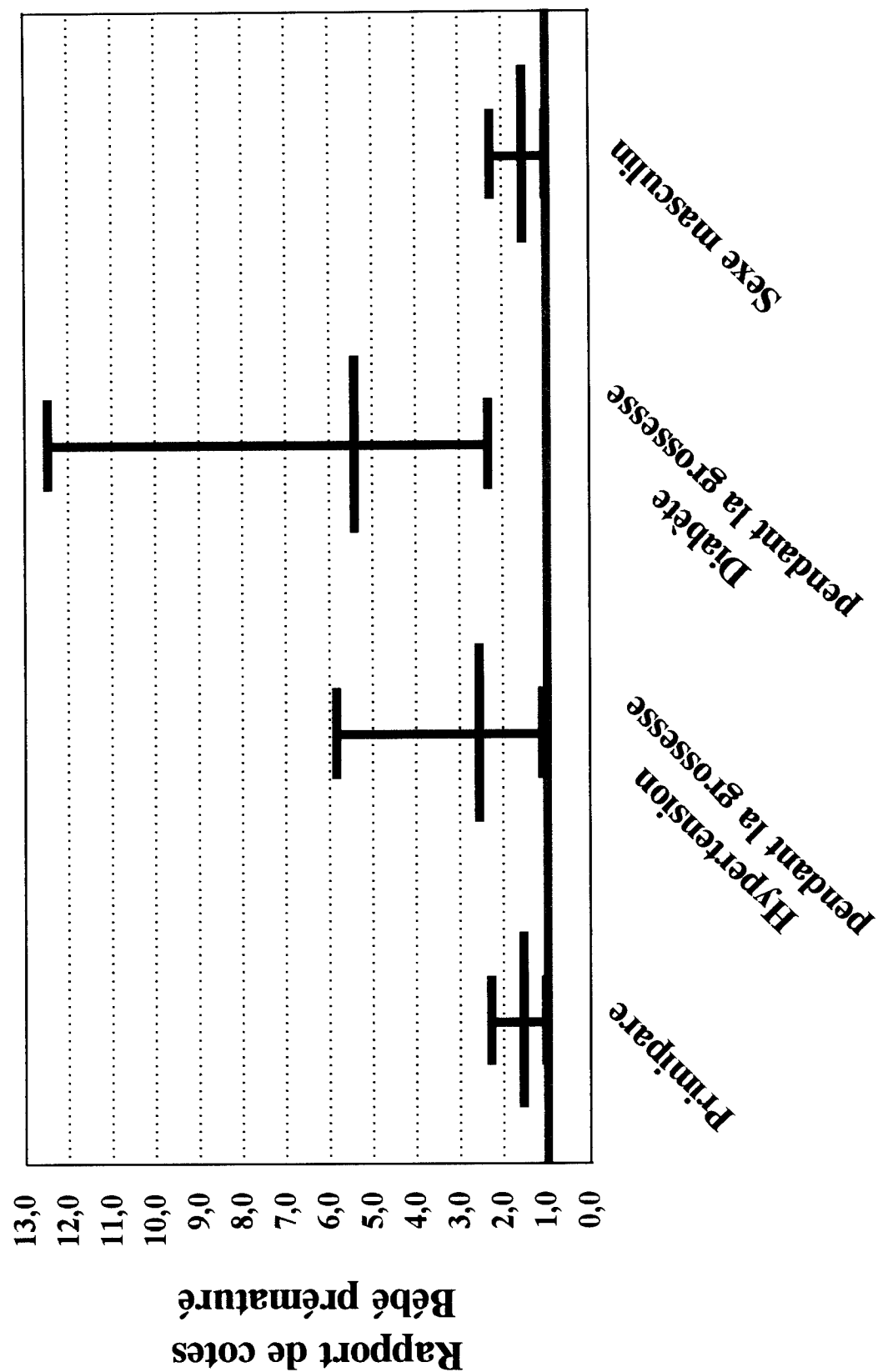
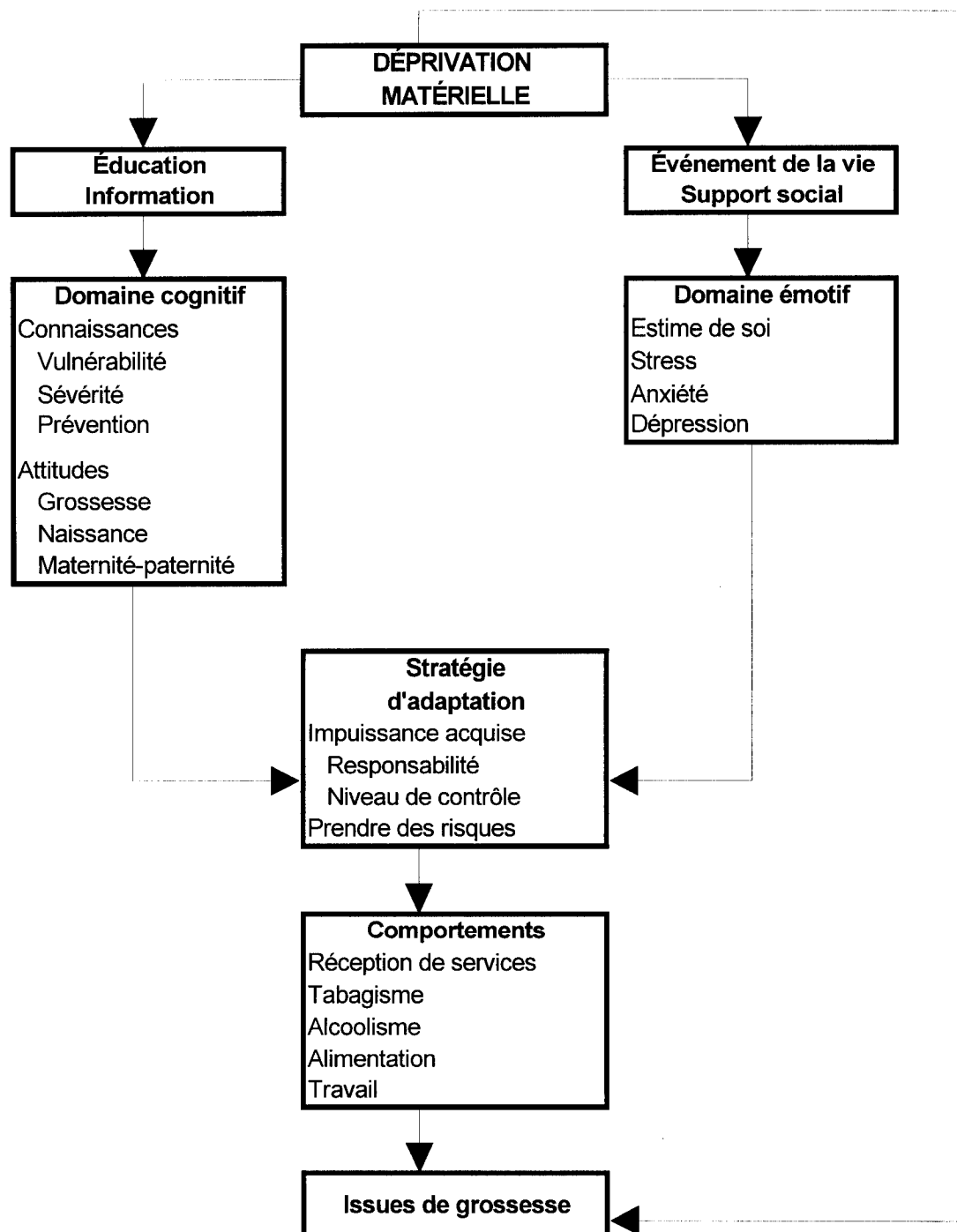


Figure 10 Modèle représentant les chemins directs et indirects entre les agents stressants et l'issue de grossesse

(adapté de Rutter et Quine)



Annexe 5

Tableaux

Tableau 1
COMPARAISON ENTRE PARTICIPANTES ET NON-PARTICIPANTES

Source: Fichier des naissances

Caractéristiques	Participantés jumelées au sp-1 ^a (n=1602)		Reste de la population ^b (n=10 345)		valeur-p
	n	%	n	%	
Nb d'années de scolarité moyen ^c (é.t.)	14,0 (2,9)		13,8 (3,1)		0,002
Situation de couple ^c					
Vivant en situation de couple	1 369	93,7	8 547	92,2	0,040
Ne vivant pas en situation de couple	92	6,3	726	7,8	
Âge moyen de la mère	27,9 (4,6)		28,4 (5,2)		<0,001
Parité					
Primipare	755	47,1	4 458	43,1	0,002
Multipare	847	52,9	5 887	56,9	
Région ^d					
Rurale	253	15,8	1 670	16,1	0,812
Agglomération	883	55,1	5 743	55,5	
Urbaine	466	29,1	2 932	28,3	
Sexe de l'enfant ^c					
Garçon	821	51,4	5 309	51,4	0,995
Fille	777	48,6	5 026	48,6	
Poids du bébé à la naissance ^c					
<2500 g	83	5,3	485	4,9	0,418
≥2500 g	1 475	94,7	9 514	95,1	
Durée de gestation ^c					
< 37 semaines	105	6,6	610	6,0	0,280
≥ 37 semaines	1 494	93,4	9 531	94,0	

^a Participantés : Toutes les femmes montréalaises enceintes de 16 à 36 semaines inclusivement qui ont rempli un questionnaire entre novembre 1997 et mai 1998 et qui ont été jumelées avec un bulletin de naissance

^b Non-participantés : Toutes les femmes montréalaises qui ont accouché entre le 1er décembre 1997 et le 31 octobre 1998 selon le fichier de données provisoires de l'ISQ.

^c Ces variables comportent entre 0,1% et 10,4% de données manquantes.

^d Selon le découpage de Statistique Canada (1992) (cat. 92-301F).

Tableau 2
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANT À L'ÉTUDE ^a
MONTÉRÉGIE, 1998 (n=1602)

Source: Questionnaire et fichier des naissances

	n ^{cd}	%
Revenu familial brut		
Moins de 30 000\$	387	24,2
Entre 30 000\$ et 59 999\$	613	38,3
Plus de 60 000\$	439	27,4
Ne sais pas/pas de réponse	163	10,1
Plus haut niveau de scolarité complété		
Primaire et moins	242	15,1
Secondaire/professionnel	571	35,7
Collégiale	384	24,0
Universitaire	405	25,3
Emploi depuis le début de la grossesse ^b		
Oui	1 211	75,6
Non	390	24,4
Situation de couple		
Vivant en situation de couple	1 520	94,9
Ne vivant pas en situation de couple	82	5,1
Âge de la mère		
18 ans et moins	24	1,5
19-34 ans	1 458	91,0
35 ans et plus	120	7,5
Âge moyen (é.t.)	27,9 (4,6)	
Région ^e		
Rurale	240	15,0
Agglomération	875	54,6
Urbain	487	30,4
Parité ^b		
Primipare	736	46,4
Multipare	850	53,6
Parité moyenne (é.t.)	1,7 (0,9)	
Sexe de l'enfant ^b		
Garçon	821	51,4
Fille	777	48,6
Poids du bébé ^b		
<2500 g	83	5,2
≥2500 g	1 475	92,1
Poids moyen du bébé (g) (é.t.)	3383 (533)	
Durée de gestation ^b		
< 37 semaines	105	6,6
≥ 37 semaines	1 494	93,4
Durée moyenne de gestation (é.t.)	39,1 (1,7)	

^a Participantes : Toutes les femmes montréalaises enceintes de 16 à 36 semaines inclusivement qui ont rempli un questionnaire entre novembre 1997 et mai 1998 et qui ont été jumelées avec un bulletin de naissance

^b Ces variables comportent entre 0,1% et 2,7% de données manquantes.

^c Toutes les données relatives à la femme enceinte proviennent du questionnaire.

^d Toutes les données sur le bébé proviennent du fichier provisoire de naissances vivantes de l'ISQ.

^e Selon le découpage de Statistique Canada (1992) (cat. 92-301F).

Tableau 3 FACTEURS DE RISQUE POSSIBLEMENT ASSOCIÉS AU POIDS DU BÉBÉ Source: Questionnaire et fichier des naissances						
Variables possiblement confondantes	Poids du bébé				RC ^a (IC 95%)	valeur-p
	<2500 g (n=83)		≥2500 g (n=1475)			
	n	%	n	%		
Facteurs sociodémographiques						
Revenu familial brut						
Moins de 30 000\$	25	30,1	347	23,5	2,13 (1,09-4,16)	0,093
Entre 30 000\$ et 59 999\$	32	38,6	564	38,2	1,68 (0,88-3,18)	
60 000\$ et plus	14	16,9	414	28,1	1,00 (référence)	
Ne sais pas/pas de réponse	12	14,5	150	10,2	2,37 (1,07-5,23)	
Plus haut niveau de scolarité complété						
Primaire et moins	17	20,5	219	14,9	1,52 (0,78-2,99)	0,515
Secondaire/professionnel	30	36,2	526	35,6	1,12 (0,62-2,02)	
Collégial	17	20,5	357	24,2	0,93 (0,48-1,83)	
Universitaire	19	22,9	373	25,3	1,00 (référence)	
Emploi depuis le début de la grossesse						
Oui	61	73,5	1111	75,4	0,91 (0,55-1,50)	0,699
Non	22	26,5	363	24,6	1,00 (référence)	
Origine raciale						
Blanche	81	100,0	1422	98,3	1,00 (référence)	0,639
Autre	0	0,0	25	1,7	-	
Situation de couple						
Vivant en situation de couple	78	94,0	1401	95,0	1,00 (référence)	0,607
Ne vivant pas en situation de couple	5	6,0	74	5,0	1,21 (0,48-3,09)	
Facteurs biologiques/obstétriques						
Âge de la mère						
≤ 18 ans	1	1,2	23	1,6	0,76 (0,10-5,67)	0,828
19-34 ans	77	92,8	1339	90,8	1,00 (référence)	
≥ 35 ans	5	6,0	113	7,7	0,77 (0,31-1,94)	
Grandeur moyenne de la mère (é.t.)	1,63 (0,01)		1,64 (0,01)			0,398
Poids moyen avant la grossesse (é.t.)	60,53 (16,34)		62,82 (13,32)			0,218
IMC avant la grossesse						
Insuffisant (< 20 kg/m ²)	34	42,0	315	22,2	2,53 (1,60-4,00)	<0,001
Normal, excédentaire (≥ 20 kg/m ²)	47	58,0	1101	77,8	1,00 (référence)	
Gain de poids moyen (é.t.)	5,37 (4,00)		5,15 (4,22)			0,645
Poids moyen de la mère à la naissance (é.t.)	2823 (613)		3176 (603)			<0,001
Antécédents de mortalité foetale						
Oui	1	1,3	10	0,7	1,84 (0,23-14,52)	0,445
Non	77	98,7	1414	99,3	1,00 (référence)	
Antécédent de bébé de petit poids						
Oui	4	5,1	46	3,2	1,62 (0,57-4,61)	0,326
Non	74	94,9	1376	96,8	1,00 (référence)	
Antécédents de bébé prématuré						
Oui	3	3,9	71	5,0	0,77 (0,24-2,51)	1,000
Non	74	96,1	1352	95,0	1,00 (référence)	
Antécédents d'avortement volontaire ou non						
Oui	22	28,2	459	32,2	0,83 (0,50-1,37)	0,458
Non	56	71,8	965	67,8	1,00 (référence)	
Saignement placental dans les 3 premiers mois						
Oui	19	22,0	357	24,5	0,94 (0,55-1,60)	0,793
Non	63	78,0	1103	75,5	1,00 (référence)	
Espace intergénérisque						
< 4 mois	1	1,2	15	1,0	1,20 (0,16-9,18)	0,582
≥ 4 mois	80	98,8	1437	99,0	1,00 (référence)	
Parité						
Primipare	46	56,1	670	45,9	1,51 (0,96-2,36)	0,071
Multipare	36	43,9	790	54,1	1,00 (référence)	

Tableau 3 ...						
FACTEURS DE RISQUE POSSIBLEMENT ASSOCIÉS AU POIDS DU BÉBÉ						
Source: Questionnaire et fichier des naissances						
Variables possiblement confondantes	Poids du bébé				RC ^a (IC 95%)	valeur-p
	<2500 g (n=83)		≥2500 g (n=1475)			
	n	%	n	%		
Habitudes de vie						
Consommation de tabac						
Oui	31	38,3	354	24,1	1,95 (1,23-3,11)	0,004
Non	50	61,7	1115	75,9	1,00 (référence)	
Consommation de drogues						
Oui	2	2,4	44	3,0	0,80 (0,19-3,35)	1,000
Non	80	97,6	1404	97,0	1,00 (référence)	
Consommation d'alcool						
Aucune ou presque	70	87,5	1323	91,2	1,00 (référence)	0,263
Occasionnelle ou régulière	10	12,5	128	8,8	1,48 (0,74-2,94)	
Prise de vitamines pendant la grossesse						
Oui	68	82,9	1174	79,9	1,00 (référence)	0,500
Non	14	17,1	296	20,1	0,82 (0,45-1,47)	
Facteurs pathologiques						
Statut immunologique						
Mauvais (> 1 infection)	12	15,4	214	15,1	1,03 (0,55-1,93)	0,940
Bon	66	84,6	1206	84,9	1,00 (référence)	
Hypertension pendant la grossesse						
Oui	3	3,7	42	3,0	1,24 (0,38-4,08)	0,733
Non	79	79,0	1380	97,0	1,00 (référence)	
Diabète pendant la grossesse						
Oui	6	7,3	24	1,7	4,58 (1,82-11,54)	0,005
Non	76	92,7	1393	98,3	1,00 (référence)	
Anémie pendant la grossesse						
Oui	8	9,8	62	4,4	2,36 (1,09-5,11)	0,051
Non	74	90,2	1352	95,6	1,00 (référence)	
Facteurs psychosociaux						
Indice psychosocial						
Faible	26	31,7	294	20,0	1,86 1,15-3,01	0,011
Élevé	56	68,3	1175	80,0	1,00 (référence)	
Autres facteurs						
Soulèvement de charges (au travail)						
< 20 livres	46	78,0	878	82,7	1,00 (référence)	0,355
≥ 20 livres	13	22,0	184	17,3	1,35 (0,71-2,55)	
Station debout (au travail)						
< 3 heures	22	37,3	466	44,2	1,00 (référence)	0,248
3 à 5 heures	10	16,9	219	20,8	0,97 (0,45-2,08)	
> 5 heures	27	45,8	370	35,1	1,55 (0,87-2,76)	
Région						
Rurale	14	16,9	213	14,4	1,45 (0,72-2,90)	0,491
Agglomération	48	57,8	800	54,2	1,00 (référence)	
Urbaine	21	25,3	462	31,3	1,32 (0,78-2,23)	
Sexe de l'enfant						
Garçon	43	51,8	751	51,0	1,03 (0,66-1,61)	0,884
Fille	40	48,2	722	49,0	1,00 (référence)	
Durée de gestation						
<37 semaines	56	67,5	47	3,2	61,56 (35,75-106,01)	<0,001
≥37 semaines	27	32,5	1426	96,8	1,00 (référence)	
^a RC = Probabilité d'avoir un bébé de petit poids si on compare le groupe avec les conditions les moins favorables à celui avec les conditions les plus favorables.						

Tableau 4
RÉGRESSION LOGISTIQUE: POIDS DU BÉBÉ

Facteurs déterminants	Poids du bébé (< 2500g vs ≥ 2500g) RC ajusté (IC 95%)
Revenu	
Manquant	1,42 (0,58-3,48)
Moins de 30 000\$	1,47 (0,71-3,04)
Entre 30 000\$ et 59 999\$	1,57 (0,82-3,02)
60 000\$ et plus	1,00 (référence)
Indice psychosocial	
Faible	1,55 (0,92-2,64)
Élevé	1,00 (référence)
Diabète pendant la grossesse	
Oui	4,48 (1,61-12,45)
Non	1,00 (référence)
IMC avant la grossesse	
Insuffisant (< 20 kg/m ²)	2,24 (1,39-3,63)
Normal, excédentaire (≥ 20 kg/m ²)	1,00 (référence)
Anémie pendant la grossesse	
Oui	2,18 (0,99-4,83)
Non	1,00 (référence)
Consommation de tabac	
Oui	1,61 (0,98-2,67)
Non	1,00 (référence)
Goodness-of-fit test	(p=0,8209)

Tableau 5
FACTEURS DE RISQUE POSSIBLEMENT ASSOCIÉS À LA DURÉE DE GESTATION
Source: Questionnaire et fichier des naissances

Variables possiblement confondantes	Semaine de gestation				RC ^a (IC 95%)	valeur-p
	<37 semaines (n=105)		≥37 semaines (n=1494)			
	n	%	n	%		
Facteurs sociodémographiques						
Revenu familial brut						
Moins de 30 000\$	34	32,4	353	23,6	1,73 (1,00-3,00)	0,213
Entre 30 000\$ et 59 999\$	38	36,2	575	38,5	1,19 (0,70-2,03)	
60 000\$ et plus	23	21,9	414	27,7	1,00 (référence)	
Ne sais pas/pas de réponse	10	9,5	152	10,2	1,18 (0,55-2,55)	
Plus haut niveau de scolarité complété						
Primaire et moins	17	16,2	224	15,0	0,91 (0,49-1,69)	0,565
Secondaire/professionnel	37	35,2	534	35,7	0,83 (0,51-1,37)	
Collégial	20	19,0	363	24,3	0,66 (0,37-1,18)	
Universitaire	31	29,5	373	25,0	1,00 (référence)	
Emploi depuis le début de la grossesse						
Oui	79	75,2	1130	75,7	0,98 (0,62-1,54)	0,918
Non	26	24,8	363	24,3	1,00 (référence)	
Origine raciale						
Blanche	102	98,1	1441	98,4	1,00 (référence)	0,689
Autre	2	1,9	24	1,6	1,17 (0,27-5,05)	
Situation de couple						
Vivant en situation de couple	101	96,2	1417	94,8	1,00 (référence)	0,544
Ne vivant pas en situation de couple	4	3,8	77	5,2	0,74 (0,26-2,03)	
Facteurs biologiques/obstétriques						
Âge de la mère						
≤ 18 ans	2	1,9	21	1,4	1,43 (0,33-6,19)	0,258
19-34 ans	91	86,7	1365	91,4	1,00 (référence)	
≥ 35 ans	12	11,4	108	7,2	1,67 (0,89-3,14)	
Grandeur moyenne de la mère (é.t.)	1,64 (0,01)		1,64 (0,01)			0,920
Grandeur moyenne de la mère (é.t.)	62,29 (15,06)		62,67 (13,35)			0,786
IMC avant la grossesse						
Insuffisant (< 20 kg/m ²)	29	29,3	336	23,3	1,36 (0,87-2,13)	0,179
Normal, excédentaire (≥ 20 kg/m ²)	70	70,7	1103	76,7	1,00 (référence)	
Gain de poids moyen (é.t.)	5,11 (4,30)		5,18 (4,19)			0,888
Poids moyen de la mère à la naissance (é.t.)	2980 (614)		3168 (606)			0,011
Antécédents de mortalité foetale						
Oui	1	1,0	10	0,7	1,45 (0,18-11,42)	0,523
Non	99	99,0	1433	65,5	1,00 (référence)	
Antécédent de bébé de petit poids						
Oui	4	4,0	47	3,3	1,24 (0,44-3,50)	0,569
Non	96	96,0	1394	96,7	1,00 (référence)	
Antécédents de bébé prématuré						
Oui	7	7,1	72	5,0	1,45 (0,65-3,24)	0,365
Non	92	92,9	1370	95,0	1,00 (référence)	
Antécédents d'avortement volontaire ou non						
Oui	30	30,0	461	31,9	0,91 (0,59-1,42)	0,686
Non	70	70,0	982	68,1	1,00 (référence)	
Saignement placental dans les 3 premiers mois						
Oui	29	27,9	358	24,2	1,21 (0,78-1,89)	0,401
Non	75	72,1	1120	75,8	1,00 (référence)	
Espace intergénésiq						
< 4 mois	1	1,0	15	1,0	0,96 (0,13-7,35)	1,000
≥ 4 mois	101	99,0	1457	99,0	1,00 (référence)	
Parité						
Primipare	58	56,3	625	45,6	1,54 (1,03-2,30)	0,035
Multipare	45	43,7	805	54,4	1,00 (référence)	

Tableau 5 ...						
FACTEURS DE RISQUE POSSIBLEMENT ASSOCIÉS À LA DURÉE DE GESTATION						
Source: Questionnaire et fichier des naissances						
Variables possiblement confondantes	Semaine de gestation				RC ^a (IC 95%)	valeur-p
	<37 semaines (n=105)		≥37 semaines (n=1494)			
	n	%	n	%		
Habitudes de vie						
Consommation de tabac						
Oui	32	30,8	365	24,5	1,37 (0,89-2,11)	0,156
Non	72	69,2	1122	75,5	1,00 (référence)	
Consommation de drogues						
Oui	1	1,0	46	3,2	0,30 (0,04-2,20)	0,209
Non	103	99,0	1421	96,8	1,00 (référence)	
Consommation d'alcool						
Aucune ou presque	94	90,4	1336	91,0	1,00 (référence)	0,830
Occasionnelle ou régulière	10	9,6	132	9,0	1,08 (0,55-2,12)	
Prise de vitamines pendant la grossesse						
Oui	87	82,9	1186	79,7	1,00 (référence)	0,436
Non	18	17,1	302	20,3	0,81 (0,48-1,37)	
Facteurs pathologiques						
Statut immunologique						
Mauvais	15	14,9	216	15,1	0,98 (0,56-1,74)	0,956
Bon	86	85,1	1219	84,9	1,00 (référence)	
Hypertension pendant la grossesse						
Oui	7	6,8	40	2,8	2,55 (1,11-5,85)	0,033
Non	96	93,2	1401	97,2	1,00 (référence)	
Diabète pendant la grossesse						
Oui	8	7,8	22	1,5	5,41 (2,35-12,48)	0,001
Non	95	92,2	1414	98,5	1,00 (référence)	
Anémie pendant la grossesse						
Oui	8	7,8	66	4,6	1,76 (0,82-3,78)	0,148
Non	94	92,2	1368	95,4	1,00 (référence)	
Facteurs psychosociaux						
Indice psychosocial						
Faible	24	23,1	301	20,2	1,18 (0,74-1,90)	0,486
Élevé	80	76,9	1187	79,8	1,00 (référence)	
Autres facteurs						
Soulèvement de charges (au travail)						
< 20 livres	63	82,9	891	82,3	1,00 (référence)	0,904
≥ 20 livres	13	17,1	191	17,7	0,96 (0,52-1,78)	
Station debout (au travail)						
< 3 heures	27	35,1	475	44,0	1,00 (référence)	0,232
3 à 5 heures	16	20,8	219	20,6	1,29 (0,68-2,43)	
> 5 heures	34	44,2	380	35,3	1,57 (0,93-2,65)	
Région						
Rurale	17	16,2	223	14,9	1,16 (0,63-2,15)	0,889
Agglomération	58	6,6	815	54,6	1,00 (référence)	
Urbaine	30	6,2	456	30,5	1,08 (0,69-1,71)	
Sexe de l'enfant						
Garçon	64	61,0	754	50,6	1,52 (1,02-2,28)	0,040
Fille	41	39,0	736	49,4	1,00 (référence)	
^a RC = Probabilité d'avoir un bébé prématuré si on compare le groupe avec les conditions les moins favorables à celui avec les conditions les plus favorables.						

Tableau 6
RÉGRESSION LOGISTIQUE: DURÉE DE GESTATION

Facteurs déterminants	Durée de gestation (<37 sem. vs ≥37 sem.) RC ajusté (IC 95%)
Revenu	
Manquant	1,13 (0,50-2,54)
Moins de 30 000\$	1,63 (0,91-2,92)
Entre 30 000\$ et 59 999\$	1,17 (0,68-2,03)
60 000\$ et plus	1,00 (référence)
Indice psychosocial	
Faible	1,11 (0,67-1,84)
Élevé	1,00 (référence)
Diabète pendant la grossesse	
Oui	5,76 (2,46-13,54)
Non	1,00 (référence)
Sexe de l'enfant	
Garçon	1,62 (1,07-2,48)
Fille	1,00 (référence)
Parité	
Primipare	1,60 (1,06-2,43)
Multipare	1,00 (référence)
Goodness-of-fit test	(p=2267)

Tableau 7					
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANT À UN PROGRAMME DE SOUTIEN ALIMENTAIRE COMPARATIVEMENT AUX NON-PARTICIPANTES					
Source: Questionnaire et fichier des naissances					
Caractéristiques	Participant ^{es} (n=105)		Non-participant ^{es} (n=1489)		valeur p
	n ^{bc}	%	n ^{bc}	%	
Facteurs sociodémographiques					
Revenu familial brut					
Moins de 30 000\$	63	60,0	321	21,6	<0,001
Entre 30 000\$ et 59 999\$	8	7,6	602	40,4	
Plus de 60 000\$	4	3,8	435	29,2	
Ne sais pas/pas de réponse	30	28,6	131	8,8	
Plus haut niveau de scolarité complété					
Primaire et moins	55	52,4	182	12,2	<0,001
Secondaire/professionnel	37	35,2	532	35,7	
Collégial	9	8,6	374	25,1	
Universitaire	4	3,8	401	26,9	
Emploi depuis le début de la grossesse ^a					
Oui	33	31,4	1 176	79,0	<0,001
Non	72	68,6	312	21,0	
Situation de couple					
Vivant en situation de couple	77	73,3	1 439	96,6	<0,001
Ne vivant pas en situation de couple	28	26,7	50	3,4	
Facteurs biologiques/obstétriques					
Âge de la mère					
18 ans et moins	12	11,4	11	0,7	<0,001
19-34 ans	88	83,8	1 364	91,6	
35 ans et plus	5	4,8	114	7,7	
IMC avant la grossesse					
Insuffisant (< 20 kg/m ²)	34	33,7	331	23,1	0,016
Normal, excédentaire (≥ 20 kg/m ²)	67	66,3	1101	76,9	
Parité ^a					
Primipare	52	50,0	682	46,3	0,461
Multipare	52	50,0	792	53,7	
Habitudes de vie					
Consommation de tabac					
Oui	60	57,7	334	22,5	<0,001
Non	44	42,3	1 148	77,5	
Consommation de drogue					
Oui	11	10,8	35	2,4	<0,001
Non	91	89,2	1 430	97,6	
Consommation d'alcool					
Oui	5	5,0	138	9,4	0,132
Non	96	95,0	1 328	90,6	

Tableau 7 ...					
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANT À UN PROGRAMME DE SOUTIEN ALIMENTAIRE COMPARATIVEMENT AUX NON-PARTICIPANTES					
Source: Questionnaire et fichier des naissances					
Caractéristiques	Participant (n=105)		Non-participant (n=1489)		valeur p
	n ^{bc}	%	n ^{bc}	%	
Facteurs pathologiques					
Hypertension pendant la grossesse					
Oui	3	3,0	44	3,1	0,990
Non	96	97,0	1397	96,9	
Diabète pendant la grossesse					
Oui	6	6,1	23	1,6	0,002
Non	93	93,9	1412	98,4	
Anémie pendant la grossesse					
Oui	3	3,0	69	4,8	0,416
Non	96	97,0	1363	95,2	
Prise de vitamines pendant la grossesse					
Oui	87	82,9	1186	79,9	0,458
Non	18	17,1	299	20,1	
Facteurs psychosociaux					
Indice psychosocial					
Faible	53	50,5	269	18,2	<0,001
Élevé	52	49,5	1 213	81,8	
Autres facteurs					
Région					
Rurale	9	8,6	231	15,5	0,001
Agglomération	75	71,4	794	53,3	
Urbaine	21	20,0	464	31,2	
Sexe de l'enfant ^a					
Garçon	48	45,7	770	51,9	0,224
Fille	57	54,3	715	48,1	
Poids du bébé à la naissance ^a					
<2500 g	10	9,6	73	5,0	0,046
≥2500 g	94	90,4	1 373	95,0	
Durée de la grossesse ^a					
< 37 semaines	10	9,5	95	6,4	0,212
≥ 37 semaines	95	90,5	1 391	93,6	
^a Ces variables comportent entre 0,1% et 2,7% de données manquantes					
^b Toutes les données relatives à la femme enceinte proviennent du questionnaire.					
^c Toutes les données sur le bébé proviennent du fichier provisoire de naissances vivantes de l'ISQ					

Tableau 8 RÉGRESSION LOGISTIQUE : POIDS DU BÉBÉ VS PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE SOUTIEN ALIMENTAIRE	
Facteurs déterminants	Poids du bébé (< 2500g vs ≥ 2500g) RC ajusté (IC 95%)
<i>Participation à un programme de soutien alimentaire</i>	
Oui	1,14 (0,50-2,57)
Non	1,00 (référence)
<i>Diabète pendant la grossesse</i>	
Oui	4,57 (1,62-12,91)
Non	1,00 (référence)
<i>Anémie pendant la grossesse</i>	
Oui	2,34 (1,05-5,19)
Non	1,00 (référence)
<i>IMC avant la grossesse</i>	
Insuffisant (< 20 kg/m ²)	2,23 (1,38-3,60)
Normal, excédentaire (≥ 20 kg/m ²)	1,00 (référence)
<i>Consommation de tabac</i>	
Oui	1,60 (0,97-2,68)
Non	1,00 (référence)
<i>Indice psychosocial</i>	
Faible	1,58 (0,93-2,69)
Élevé	1,00 (référence)
<i>Revenu</i>	
Manquant	1,41 (0,57-3,51)
Moins de 30 000\$	1,46 (0,70-3,05)
Entre 30 000\$ et 59 999\$	1,58 (0,82-3,03)
60 000\$ et plus	1,00 (référence)
Goodness-of-fit test	(p=9293)

Tableau 9
RÉGRESSION LOGISTIQUE :
DURÉE DE GESTATION VS
PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE SOUTIEN ALIMENTAIRE

Facteurs déterminants	Durée de gestation (<37 sem. vs ≥37 sem.) RC ajusté (IC 95%)
<i>Participation à un programme de soutien alimentaire</i>	
Oui	1,25 (0,60-2,61)
Non	1,00 (référence)
<i>Diabète pendant la grossesse</i>	
Oui	5,55 (2,36-13,06)
Non	1,00 (référence)
<i>Parité</i>	
Primipare	1,56 (1,03-2,35)
Multipare	1,00 (référence)
<i>Revenu</i>	
Manquant	1,18 (0,54-2,60)
Moins de 30 000\$	1,56 (0,88-2,78)
Entre 30 000\$ et 59 999\$	1,16 (0,67-1,99)
60 000\$ et plus	1,00 (référence)
Goodness-of-fit test	(p=6823)

Tableau 10
CALCUL DU RISQUE ATTRIBUABLE

Bébé de faible poids	Risque	IC 95%	
	attribuable	limite inf.	limite sup.
Diabète pendant la grossesse	0,148	0,005	0,292
IMC insuffisant avant la grossesse	0,056	0,023	0,090
Anémie pendant la grossesse	0,062	-0,013	0,138
Tabagisme pendant la grossesse	0,038	0,008	0,067
Faible revenu	0,018	-0,010	0,047
Faible indice psychosocial	0,036	0,004	0,068
Bébé prématuré	Risque	IC 95%	
	attribuable	limite inf.	limite sup.
Diabète pendant la grossesse	0,204	0,045	0,362
Bébé de sexe masculin	0,025	0,001	0,050
Primiparité	0,026	0,002	0,051
Faible revenu	0,029	-0,002	0,060
Faible indice psychosocial	0,011	-0,021	0,042

Tableau 11					
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENCEINTES SOUFFRANT DE DIABÈTE PENDANT LA GROSSESSE COMPARATIVEMENT AUX FEMMES ENCEINTES NE SOUFFRANT PAS DE DIABÈTE					
Source: Questionnaire et fichier des naissances					
Caractéristiques	Diabétiques ^a (n=30)		Non-diabétiques (n=1512)		valeur p
	n ^{cd}	%	n ^{cd}	%	
Facteurs socio-économiques					
Revenu familial brut					
Moins de 30 000\$	11	36,7	361	23,9	0,145
Entre 30 000\$ et 59 999\$	7	23,3	588	38,9	
Plus de 60 000\$	7	23,3	420	27,8	
Ne sais pas/pas de réponse	5	16,7	143	9,5	
Plus haut niveau de scolarité complété					
Primaire et moins	5	16,7	220	14,6	0,020
Secondaire/professionnel	18	60,0	532	35,2	
Collégial	4	13,3	371	24,5	
Universitaire	3	10,0	389	25,7	
Emploi depuis le début de la grossesse ^b					
Oui	19	63,3	1 154	76,3	0,099
Non	11	36,7	358	23,7	
Situation de couple					
Vivant en situation de couple	27	90,0	1 439	95,2	0,384
Ne vivant pas en situation de couple	3	10,0	73	4,8	
Facteurs biologiques/obstétriques					
Âge de la mère					
18 ans et moins	0	0,0	22	1,5	0,122
19-34 ans	25	83,3	1 381	91,3	
35 ans et plus	5	16,7	109	7,2	
IMC avant la grossesse					
Insuffisant (< 20 kg/m ²)	5	17,9	350	24,0	0,059
Normal (entre 20 et 25 kg/m ²)	10	35,7	725	49,7	
Excédentaire (> 25 kg/m ²)	13	46,4	385	26,4	
IMC moyen avant la grossesse (é.t.)	26,04 (6,08)		23,38 (4,85)		0,004
Poids moyen de la mère à la naissance (é.t.)	2847 (912)		3161 (590)		0,023
Parité ^b					
Primipare	12	40,0	698	46,6	0,473
Multipare	18	60,0	800	53,4	
Habitudes de vie					
Consommation de tabac					
Oui	8	26,7	373	24,8	0,813
Non	22	73,3	1 132	75,2	
Consommation de drogue					
Oui	1	3,3	42	2,8	1,000
Non	29	96,7	1 448	97,2	
Consommation d'alcool					
Oui	2	6,9	136	9,1	0,931
Non	27	93,1	1 355	90,9	

Tableau 11...
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENCEINTES SOUFFRANT DE DIABÈTE PENDANT LA GROSSESSE
COMPARATIVEMENT AUX FEMMES ENCEINTES NE SOUFFRANT PAS DE DIABÈTE

Source: Questionnaire et fichier des naissances

Caractéristiques	Diabétiques ^a (n=30)		Non-diabétiques (n=1512)		valeur p
	n ^{cd}	%	n ^{cd}	%	
Facteurs pathologiques					
Diabète avant la grossesse					
Oui	2	6,9	4	0,3	<0,001
Non	27	93,1	1508	99,7	
Hypertension pendant la grossesse					
Oui	2	6,9	45	3,0	0,503
Non	27	93,1	1466	97,0	
Anémie pendant la grossesse					
Oui	3	10,0	71	4,7	0,366
Non	27	90,0	1432	95,3	
Prise de vitamines pendant la grossesse					
Oui	25	86,2	1199	79,6	0,378
Non	4	13,8	308	20,4	
Facteurs psychosociaux					
Indice psychosocial					
Faible	5	16,7	306	20,3	0,622
Élevé	25	83,3	1 200	79,7	
Autres facteurs					
Participation à un programme de soutien alimentaire					
Oui	6	20,7	93	6,2	0,006
Non	23	79,3	1 412	93,8	
Poids du bébé à la naissance ^b					
<2500 g	6	20,0	76	5,2	0,002
≥2500 g	24	80,0	1 393	94,8	
Durée de la grossesse ^b					
< 37 semaines	8	26,7	95	6,3	<0,001
≥ 37 semaines	22	73,3	1 414	93,7	
^a Aucune des femmes diabétiques n'a rapporté prendre de l'insuline ^b Ces variables comportent entre 0,1% et 2,7% de données manquantes ^c Toutes les données relatives à la femme enceinte proviennent du questionnaire. ^d Toutes les données sur le bébé proviennent du fichier provisoire de naissances vivantes du BSQ					

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBERMAN, E. *Low birthweight and prematurity. The epidemiology of childhood disorders*, Oxford University Press, 1994.
2. LEVITT, C., N. WALTERS, G. CHANCE, R. WALKER, D. « AVARD. Low birthweight symposium : Summary of proceedings », *Can Med Assoc J*, 1993, 5 : 767-771.
3. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité*, Bibliothèque Nationale du Québec, 1993, s.p.
4. KRAMER, M.S. « Determinants of low birthweight : methodological assessment and meta-analysis », *Bull WHO*, 1987, 65 (5) : 663-737.
5. POLLACK, R.N., M.Y. DIVON. « Intra-uterine growth retardation : Definition, classification and etiology », *Clin Obstet Gynecol*, 1992, 35 (1) : 99-107.
6. GABBE, S.G. *Intra-uterine growth retardation. Obstetrics : Normal and problem pregnancies*, Second Edition, Churchill-Livingstone, 1991, s.p.
7. MAIN, D.M., E.K. MAIN. *Preterm birth. Obstetrics : Normal and problem pregnancies*, Second Edition, Churchill-Livingstone, 1991, s.p.
8. KLIEGMAN, R.M. *Fetal and neonatal medicine, Nelson's essentials of pediatrics*, Second Edition, WB Saunders Company, 1994, s.p.
9. BERKOWITZ, G.S., E. « PAPIERNIK. Epidemiology of preterm birth. Epidemiologic reviews », 1993, 15 (2) : 414-443.
10. BRYCE, R.L. « Support in pregnancy », *Int J Tech Assess in Health Care*, 1991, 7 (4) : 478-484.
11. HOLZMAN, C., N. PANETH. Maternal cocaine use in pregnancy and perinatal outcomes, *Epidemiologic reviews*, 1994, 16 (2) : 315-334.
12. NEERHOF, M.G. « Causes of intra-uterine growth restriction », *Clin Perinatol*, 1995, 22 (2) : 375-385.
13. HILLERS et al. « Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low birthweight infant », *N Engl J Med*, 1995, 333 (26) : 1737-1742.

14. SCHIEVE, L.A. et al. « Urinary tract infection during pregnancy : its association with maternal morbidity and perinatal outcome », *Am J Public Health*, 1994, 84 : 405-410.
15. HAUTH, J.C., R.L. GOLDENBERG, W.W. ANDREWS, M.B. DUBARD, R.L. COPPER. « Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromicine in women with bacterial vaginosis », *N Engl J Med*, 1995, 333 : 1732-1736.
16. MANDELL, G.L., J.E. BENNETT , R. DOLIN. *Mandell, Douglas, Bennett's Principles and Practices of infectious diseases*, Fourth Edition, Churchill Livingstone, 1995, s.p.
17. WORTHINGTON-ROBERTS, B. *Nutrition and pregnancy. Complication of pregnancy : medical, surgical, gynecological, psychological and perinatal*, Fourth Edition, Williams & Wilkins, 1991, s.p.
18. LUKE B. « Maternal-fetal nutrition », *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1994, 37 (1) : 93-109.
19. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ÉQUIPE DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT (CONNAISSANCE-SURVEILLANCE). *La santé des Montérégiens, portrait sommaire*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Saint-Hubert, 1995, s.p.
20. CURRY, M.A., D. BURTON, J. FIELDS. « The prenatal psychosocial profile : A research and clinical tool », *Res. Nurs. Health*, 1998, 21 : 3, 211-219.
21. STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, 1994, s.p.
22. SANTÉ QUÉBEC. *Enquête sociale de santé 1992-1993*, Québec, 1993, s.p.
23. CLIVER, S.P. et al. « The relationship among psychosocial profile, maternal size, and smoking in predicting fetal growth retardation », *Obstet. Gynecol.*, 1992, 80 : 262-267.
24. AARTS, M.C.G., A.J.J.M. VINGERHOETS. « Psychosocial factors and intra-uterine fetal growth : a prospective study », *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 1993, 14 : 249-258.
25. REEB, K.G., A.V. GRAHAM, S.J. ZYZANSKY, G.C. KITSON. « Predicting low birth weight and complicated labor in urban black women : a biopsychological perspective », *Soc. Sci. Med.*, 1987, 25 : 1321-1327.

26. RUTTER, D.R., L. QUINE. « Inequalities in pregnancy outcome : A review of psychosocial and behavioural mediators », *Social Science in Medicine*, 1990, 30 : 553-568.
27. BLACKBURN, M. *Création et administration d'un questionnaire autoadministré conçu pour l'enregistrement des facteurs de risque reliés au retard de croissance intra-utérin, à la prématurité et aux malformations congénitales*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 1998, 94 pages.

Des nouveau-nés en pleine forme! Voici une préoccupation qui, en Montérégie comme ailleurs au Québec, a amené la santé publique à mettre sur pied des programmes de soutien alimentaire visant à aider les femmes enceintes à prévenir les naissances de bébés de faible poids ou prématuré.

Toutefois, en dépit des efforts déployés pour les prévenir, la prématurité et le faible poids chez les nouveau-nés n'ont pas diminué en Montérégie.

Cette étude dresse un portrait de ces problématiques dans la région, en considérant différents facteurs socio-économiques et psychosociaux possiblement associés à la santé de nos bébés. Cette étude propose également aux lecteurs des pistes de réflexion en vue de contribuer à l'élaboration des recommandations lors d'une éventuelle révision des programmes de soutien alimentaire actuel.

Ceci est un document de référence fort intéressant qui actualise l'information disponible sur un problème qui frappe plus durement certaines régions montérégiennes que d'autres.

Bonne Lecture!

Manon Noiseux

Claude Tremblay

Philippe De Wals

ÉTUDE SUR LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES

Bonjour,

Si vous êtes enceinte de 16 semaines et plus et que vous êtes ici pour votre échographie de routine, nous vous invitons à participer à une importante étude sur la santé des femmes enceintes et de leur futur bébé. En effet, environ 2500 femmes enceintes habitant en Montérégie participeront à cette étude menée par la Direction de la santé publique en collaboration avec les centres hospitaliers de la région.

Pour participer à l'étude, vous n'avez qu'à remplir un questionnaire portant sur les sujets suivants : votre présente grossesse, vos grossesses précédentes, votre état de santé, vos habitudes de vie, etc. Vous êtes donc invitée à prendre une quinzaine de minutes pour remplir le questionnaire sur la santé des femmes.

Merci de votre précieuse collaboration,

Manon Noisieux, *M.Sc.*

Épidémiologiste

Régie Régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Direction de la santé publique

Étude sur la santé des femmes enceintes



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

Direction de la santé publique

ÉTUDE SUR LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES

PARTICIPATION / RÉSULTATS

La **participation** se fait sur une base **volontaire** et consiste à remplir un questionnaire qui prend environ une quinzaine de minutes.

Les résultats de cette étude serviront à adapter les interventions de prévention et les stratégies d'action dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

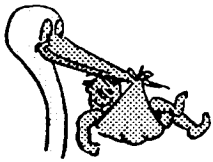
CONSIGNES POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire doit être rempli **pendant votre période d'attente pour l'échographie**. Si vous manquez de temps, continuez après l'échographie ou chez-vous (utilisez l'adresse de retour sur l'enveloppe, en haut à gauche). Il est important que vous répondiez à **toutes** les questions. **Le personnel hospitalier ne peut pas vous aider à répondre à ce questionnaire** puisqu'il n'en connaît pas le contenu.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes vos réponses demeureront confidentielles. Vous n'avez pas à écrire votre nom sur le questionnaire.

La Direction de la santé publique de la Montérégie vous remercie de votre précieuse collaboration dans cet important projet de recherche.



Section A : La grossesse actuelle

1. Connaissez-vous la date du début de vos dernières menstruations ?

- ⁰¹ ☐ Oui  Quelle est la date du début de vos dernières menstruations ?
____/____/____
jour mois année
- ⁰² ☐ Non

2. Connaissez-vous la date prévue de votre accouchement ?

- ⁰¹ ☐ Oui  Quelle est la date prévue de votre accouchement ?
____/____/____
jour mois année
- ⁰² ☐ Non

3. À quelle semaine de grossesse êtes-vous présentement ?

- ⁰¹ ☐ _____^e semaine de grossesse
- ⁰² ☐ Je ne sais pas

4. À quel hôpital prévoyez-vous accoucher ?

- | | |
|---|---|
| ⁰¹ ☐ Charles LeMoine (GPK) | ⁰⁶ ☐ Centre hospitalier de Granby (Granby) |
| ⁰² ☐ Pierre-Boucher (Longueuil) | ⁰⁷ ☐ Centre hospitalier du Suroît (Valleyfield) |
| ⁰³ ☐ Anna-Laberge (Châteauguay) | ⁰⁸ ☐ Réseau de santé Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe) |
| ⁰⁴ ☐ du Haut-Richelieu (St-Jean) | ⁰⁹ ☐ Hôtel-Dieu de Sorel (Sorel) |
| ⁰⁵ ☐ Brome-Missisquoi-Perkins (Cowansville) | ¹⁰ ☐ Autre <i>spécifiez</i> : _____ |
-



Section A : La grossesse actuelle...

5. Avez-vous eu une ou plusieurs infections durant la présente grossesse ?
(exemples : grippe, bronchite, pneumonie, infection urinaire, vaginite, varicelle...)

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non



PASSEZ À LA QUESTION 7

6. Précisez le(s) type(s) d'infection(s) ainsi que le nombre de fois que vous avez eu cette (ces) infection(s) pendant la grossesse (exemple : infection urinaire, 2 fois).

TYPE D'INFECTION

NOMBRE DE FOIS

a. _____
b. _____
c. _____

7. Pendant la présente grossesse, avez-vous eu des pertes de sang par le vagin :

OUI

NON

a. Durant les 3 premiers mois
(entre la 1^{re} et la 14^e semaine)

⁰¹ ☐

⁰² ☐

b. À partir du 4^e mois
(à partir de la 15^e semaine)

⁰¹ ☐

⁰² ☐

8. Indiquez, par un oui ou par un non, si vous avez pris l'une des catégories de médicament qui suit PENDANT LA PRÉSENTE GROSSESSE ?

OUI

NON

- a. Antibiotiques (contre les infections)
b. Antinauséeux (contre le mal de cœur)
c. Antifongiques
(contre les infections vaginales)
d. Analgésiques
(ex: Tylenol, Aspirine, Ibuprophène...)
e. Autres

⁰¹ ☐

⁰² ☐

⁰¹ ☐

⁰² ☐

⁰¹ ☐

⁰² ☐

⁰¹ ☐

⁰² ☐

spécifiez :



Section B : L'alimentation

9. D'après vous, quel rôle joue le folate (acide folique) dans l'alimentation de la femme enceinte ?

Cocher une seule case

- ☐⁰¹ Je ne sais pas.
- ☐⁰² Le folate favorise l'allaitement.
- ☐⁰³ Le folate prévient l'anémie chez la femme enceinte.
- ☐⁰⁴ Le folate favorise la croissance du bébé.
- ☐⁰⁵ Le folate réduit le risque de certaines anomalies congénitales comme le spina bifida.

10. JUSTE AVANT LE DÉBUT de votre grossesse, preniez-vous des vitamines ou des minéraux ?

☐⁰¹ Oui

☐⁰² Non



PASSEZ À LA QUESTION 13

11. De quelle(s) marque(s) s'agissait-il ?

Vous pouvez cocher plus d'une case

- | | |
|--|--|
| ☐ ⁰¹ Materna | ☐ ⁰⁶ Centrum |
| ☐ ⁰² Prenavite | ☐ ⁰⁷ Phytobec |
| ☐ ⁰³ Prenatal | ☐ ⁰⁸ Produit naturel |
| ☐ ⁰⁴ Nutrifer | ☐ ⁰⁹ Acide folique seul |
| ☐ ⁰⁵ Nutrifer Plus | ☐ ¹⁰ Autre spécifiez : _____ |

12. À quelle fréquence preniez-vous ces vitamines/minéraux ?

Si vous preniez plus d'une vitamine/minéraux, indiquez le nom à côté de votre réponse

- | | | |
|---|-------|-------|
| ☐ ⁰¹ Moins d'une fois par semaine | _____ | _____ |
| ☐ ⁰² 1 à 3 fois par semaine | _____ | _____ |
| ☐ ⁰³ 4 à 6 fois par semaine | _____ | _____ |
| ☐ ⁰⁴ À tous les jours | _____ | _____ |



Section B : L'alimentation

13. Depuis le DÉBUT de la présente grossesse, avez-vous CONTINUÉ ou COMMENCÉ à prendre des vitamines/minéraux ?

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non



PASSEZ À LA QUESTION 16

14. À quel mois de grossesse avez-vous commencé à prendre ces vitamines ?
_____ ^e mois de la grossesse

15. Prenez-vous encore ces vitamines ?

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non



À quel mois de grossesse avez-vous cessé de prendre ces vitamines ?
_____ ^e mois de la grossesse

16. Participez-vous ou avez-vous participé à un PROGRAMME DE SOUTIEN ALIMENTAIRE (ex.: OLO, nourri-bébé, naître en santé...) offert par votre CLSC pendant votre présente grossesse ?

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non



PASSEZ À LA QUESTION 18

17. Pendant combien de semaine(s) avez-vous participé au programme ?
_____ semaine(s)



Section C : Les grossesses précédantes

18. En comptant les avortements thérapeutiques (volontaires) et les fausses couches (involontaires), EST-CE VOTRE PREMIÈRE GROSSESSE ?

⁰¹ ☐ Oui



PASSEZ À LA QUESTION 22

⁰² ☐ Non

19. Détaillez vos grossesses antérieures (ne comptez pas la grossesse actuelle) ?

NOMBRE

a. ENFANT(S) NÉ(S) VIVANT(S) : _____



Date de la dernière
naissance vivante

____/____/____
jour mois année

b. ENFANT(S) MORT-NÉ(S) : _____
(1 livre ou 500 g et plus)

c. FAUSSE(S) COUCHE(S) / : _____
GROSSESSE(S) ECTOPIQUE(S)

d. AVORTEMENT(S) : _____

20. Avez-vous déjà eu un enfant vivant à la naissance qui pesait moins de 5½ lb (2,5kg) ?

⁰¹ ☐ Oui



Combien d'enfant(s) de moins de 5½ lb (2,5 kg) avez-vous eus?

⁰² ☐ Non

_____ ENFANT(S) DE MOINS DE 5½ lb

21. Avez-vous déjà eu un enfant vivant à la naissance et prématuré (né avant la fin de la 37^e semaine de grossesse) ?

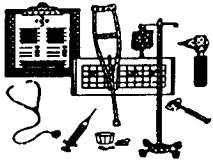
⁰¹ ☐ Oui



Combien d'enfant(s) prématuré(s) avez-vous eus ?

⁰² ☐ Non

_____ ENFANT(S) PRÉMATURÉ(S)



Section D : L'état de santé

22. Combien mesurez-vous ?

_____ pieds et _____ pouces ou _____ mètre et _____ cm

23. Combien pesiez-vous AVANT LA GROSSESSE ?

_____ livres ou _____ kilos

24. Combien pesez-vous MAINTENANT ?

_____ livres ou _____ kilos

25. Savez-vous combien vous pesiez À VOTRE NAISSANCE ? (1 livre = 16 onces)

Combien pesiez-vous à la naissance ?

⁰¹ ☐ Oui



_____ livres et _____ onces ou _____ kilos et _____ grammes

⁰² ☐ Non

26. À quel moment de votre grossesse avez-vous vu le médecin POUR LA PREMIÈRE FOIS ?

⁰¹ ☐ 1^{er} mois de grossesse

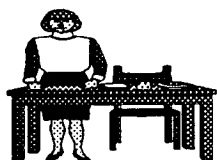
⁰² ☐ 2^e mois de grossesse

⁰³ ☐ 3^e mois de grossesse

⁰⁴ ☐ 4^e mois de grossesse et plus

27. Indiquez, par un oui ou par un non, si vous avez eu l'une des maladies suivantes AVANT LA PRÉSENTE GROSSESSE et PENDANT LA PRÉSENTE GROSSESSE ?

MALADIES	AVANT la grossesse		PENDANT la grossesse	
	OUI	NON	OUI	NON
a. Maladie cardiaque	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐
b. Maladie des poumons (ex. : asthme, tuberculose...)	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐
c. Haute pression (hypertension)	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐
d. Diabète	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐
e. Maladie des reins	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐
f. Problème de la glande thyroïde	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐
g. Anémie	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰¹ ☐	⁰² ☐



Section E : L'emploi

28. Depuis le début de votre grossesse avez-vous occupé un emploi pour lequel vous étiez payée ?

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non



PASSEZ À LA QUESTION 38

29. Quelle est ou était votre occupation PRINCIPALE ?

Cocher une seule case

⁰¹ ☐ Professionnelle, administratrice, cadre supérieure, enseignante...

⁰² ☐ Commerçante, gérante, cadre moyen, infirmière...

⁰³ ☐ Technicienne, employée de bureau, vendeuse, infirmière auxiliaire, cuisinière, coiffeuse...

⁰⁴ ☐ Ouvrière spécialisée, couturière...

⁰⁵ ☐ Ouvrière non spécialisée, chauffeuse d'autobus, habilleuse...

⁰⁶ ☐ Autre *spécifiez :* _____

30. Avez-vous eu PLUS D'UN EMPLOI durant votre grossesse ?

⁰¹ ☐ Oui



Répondez aux prochaines questions en tenant compte de TOUS vos emplois.

⁰² ☐ Non

31. Occupez-vous encore cet (ces) emploi(s) ?

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non

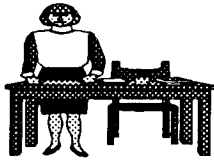


Depuis quelle semaine de grossesse avez-vous quitté cet (ces) emploi(s) ?

_____ semaine de grossesse

32. Depuis le début de votre grossesse, combien d'heures par semaine avez-vous travaillé en moyenne ?

_____ heures/semaine



Section E : L'emploi...

33. Avez-vous bénéficié ou bénéficierez-vous d'un retrait préventif accordé par la CSST?

⁰¹ ☐ Oui



À quelle semaine de grossesse avez-vous été (serez-vous) réaffectée ou avez-vous cessé (cesserez-vous) de travailler ?

_____ semaine de grossesse

⁰² ☐ Non

⁰³ ☐ Je ne sais pas encore mais la demande a été (sera) faite

34. Quel est ou était votre horaire de travail ?

⁰¹ ☐ Toujours de jour

⁰⁴ ☐ Variable mais jamais de nuit

⁰² ☐ Toujours de soir

⁰⁵ ☐ Variable, incluant la nuit

⁰³ ☐ Toujours de nuit

⁰⁶ ☐ Autre spécifiez : _____

35. Combien d'heures par jour travaillez-vous ou avez-vous travaillé en position debout ?

⁰¹ ☐ Moins de 3 heures par jour

⁰² ☐ De 3 à 5 heures par jour

⁰³ ☐ 6 heures ou plus par jour

36. Quel genre d'effort physique votre travail requiert-il ou requerrait-il?

⁰¹ ☐ Très important (ex. : fermière, serveuse, danseuse)

⁰² ☐ Modéré (ex. : travail d'usine)

⁰³ ☐ Faible (ex. : secrétariat, service à la clientèle, livraison ...)

⁰⁴ ☐ Aucun effort physique (ex. : agente de sécurité ...)

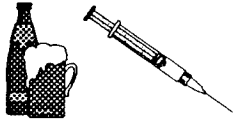
37. Au travail, soulevez-vous ou avez-vous soulevé des charges de façon régulière (10 fois et plus par jour) ?

⁰¹ ☐ Non

⁰² ☐ Oui, des charges de moins de 20 livres

⁰³ ☐ Oui, des charges de 20 livres et plus

⁰⁴ ☐ Oui, des charges de poids inconnu



Section F : La consommation (Tabac, drogue, alcool)

38. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre consommation de cigarettes ?

- ⁰¹ ☐ Je ne fume pas.  **PASSEZ À LA QUESTION 40**
- ⁰² ☐ J'ai CESSÉ de fumer complètement depuis que je sais que je suis enceinte.  **PASSEZ À LA QUESTION 40**
- ⁰³ ☐ Je fume de temps à autre, OCCASIONNELLEMENT.
- ⁰⁴ ☐ Je fume RÉGULIÈREMENT mais j'ai diminué ma consommation de cigarettes depuis que je sais que je suis enceinte.
- ⁰⁵ ☐ Je fume régulièrement, environ la même quantité qu'avant ma grossesse.

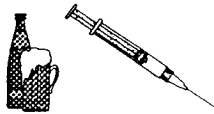
39. En moyenne, à peu près combien de cigarettes par jour fumez-vous à ce moment-ci de votre grossesse ? (1 paquet=20 ou 25 cigarettes)

- ⁰¹ ☐ Nombre de cigarettes par jour _____
- ⁰² ☐ Je fume moins d'une cigarette par jour.

40. DURANT VOTRE GROSSESSE, vous est-il arrivé de prendre l'une ou l'autre de ces drogues sans prescription ou sans ordonnance :

- | | OUI | NON |
|--------------------------------------|--|--|
| a. Marijuana, haschich, pot, «grass» | ⁰¹ ☐ | ⁰² ☐ |
| b. Cocaïne ou Crack, Free Base | ⁰¹ ☐ | ⁰² ☐ |
| c. Héroïne | ⁰¹ ☐ | ⁰² ☐ |
| d. Autres <i>spécifiez :</i> | ⁰¹ ☐ | ⁰² ☐ |

(Ex: amphétamines, barbituriques, psychédéliques)



Section F : La consommation (Tabac, drogue, alcool)

41. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre consommation d'alcool ?

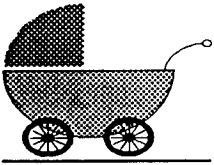
- ⁰¹ ☐ Je ne bois JAMAIS OU PRESQUE JAMAIS d'alcool.  **PASSEZ À LA QUESTION 43**
- ⁰² ☐ J'ai CESSÉ de boire de l'alcool complètement depuis que je sais que je suis enceinte.  **PASSEZ À LA QUESTION 43**
- ⁰³ ☐ Je bois de l'alcool de temps à autre, OCCASIONNELLEMENT.
- ⁰⁴ ☐ Je bois de l'alcool RÉGULIÈREMENT, mais J'AI DIMINUÉ ma consommation depuis que je sais que je suis enceinte.
- ⁰⁵ ☐ Je bois de l'alcool RÉGULIÈREMENT, environ la MÊME QUANTITÉ qu'avant ma grossesse.

42. Quelle est votre consommation moyenne d'alcool PAR SEMAINE à ce moment-ci de votre grossesse ?

Aide-mémoire:

1 consommation = une petite bouteille de bière (sauf .5) ou un petit verre de vin ou un petit verre de liqueur forte ou de spiritueux (ex.: Amaretto, Rhum, Gin, Vodka, Martini, "drink", etc.)

- ⁰¹ ☐ Nombre de consommations par semaine _____
- ⁰² ☐ Je prends moins d'une consommation par semaine.



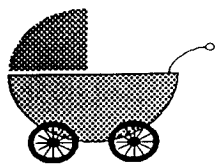
Section G : La période précédant le début de la grossesse

43. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord :

Énoncés	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord
a. Cette grossesse est une surprise pour moi.	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰³ ☐	⁰⁴ ☐
b. Cette grossesse fut décidée avec mon conjoint.	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰³ ☐	⁰⁴ ☐
c. Il y a de la place dans ma (notre) vie pour l'enfant qui viendra.	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰³ ☐	⁰⁴ ☐
d. Je me sentais prête à devenir enceinte.	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰³ ☐	⁰⁴ ☐
e. J'ai choisi cette période de ma vie pour devenir enceinte.	⁰¹ ☐	⁰² ☐	⁰³ ☐	⁰⁴ ☐

44. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation lorsque vous êtes devenue enceinte :

- ⁰¹☐ Je VENAIS tout juste d'arrêter la contraception (pilule, condom, stérilet...) et nous laissions la nature faire le reste.
- ⁰²☐ Je VENAIS tout juste d'arrêter la contraception (pilule, condom, stérilet...) et nous avions davantage de relations sexuelles durant ma période d'ovulation.
- ⁰³☐ Je n'utilisais plus de moyen de contraception DEPUIS QUELQUE TEMPS et nous laissions la nature faire le reste.
- ⁰⁴☐ Je n'utilisais plus de moyen de contraception DEPUIS QUELQUE TEMPS et nous avions davantage de relations sexuelles durant ma période d'ovulation.
- ⁰⁵☐ J'utilisais notre méthode de contraception habituelle avec moins de rigueur en sachant que si cela arrivait maintenant ce serait correct pour nous.
- ⁰⁶☐ Je n'utilisais pas de moyen de contraception mais je ne souhaitais pas devenir enceinte.  **Passez à la question 47**
- ⁰⁷☐ J'utilisais un moyen de contraception, cette grossesse n'était pas prévue.  **Passez à la question 47**
- ⁰⁸☐ Autre: spécifiez _____



Section G : La période précédant le début de la grossesse...

45. En vue de la présente grossesse, avez-vous modifié vos habitudes alimentaires ?

- 01 ☐ Aucunement
 02 ☐ Un peu
 03 ☐ Modérément
 04 ☐ Beaucoup
 05 ☐ Ne s'applique pas

46. Les facteurs suivants vous ont-ils influencée pour le choix du moment de cette grossesse ?

Facteurs	Ne s'applique pas	Aucunement	Un peu	Modérément	Beaucoup
a. Votre âge		01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
b. L'âge de vos enfants	05 ☐	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
c. La fin d'un contrat de travail ou de vos études	05 ☐	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
d. Un emploi stable pour vous		01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
e. Un emploi stable pour votre conjoint	05 ☐	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
f. La saison de l'année		01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
g. Une relation de couple bien établie et harmonieuse	05 ☐	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
h. Votre logement (grandeur, localisation)		01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
i. Votre santé physique et mentale		01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
j. Le désir d'avoir un enfant		01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐



Section H : Stress/support social/ perception de soi

47. Indiquez pour chacun des facteurs suivants le niveau de stress qu'il occasionne dans votre vie de tous les jours :

*Si vous n'êtes pas exposée aux facteurs suivants (ex.: un déménagement)
répondez «aucun stress».*

Facteurs	Aucun stress	Peu de stress	Stress modéré	Beaucoup de stress
a. Soucis financiers (épicerie, loyer, transport...)	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
b. Autres préoccupations monétaires (dettes, faillite...)	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
c. Problèmes reliés à la famille (conjoint, enfants, parents ...)	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
d. Déménagement récent ou futur	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
e. Perte récente d'un être cher (parent, ami...)	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
f. Grossesse actuelle	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
g. Abus sexuel, psychologique ou physique	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
h. Problèmes reliés à l'alcool ou aux drogues	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
i. Problèmes reliés au travail	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
j. Problèmes reliés aux amis	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
k. Impression d'être continuellement débordée	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐



Section H : Stress/support social/ perception de soi...

48. Vivez-vous avec un conjoint ?

⁰¹ ☐ Oui

⁰² ☐ Non



PASSEZ À LA QUESTION 50

49. Si vous vivez avec un conjoint, nous aimerions savoir si certaines situations qui surviennent parfois dans la vie d'un couple s'applique à vous ACTUELLEMENT.

a. Votre conjoint ne vous comprend pas.

VRAI

⁰¹ ☐

FAUX

⁰² ☐

b. Votre conjoint ne vous témoigne pas assez d'affection.

⁰¹ ☐

⁰² ☐

c. Votre conjoint n'est pas assez impliqué dans votre relation.

⁰¹ ☐

⁰² ☐

50. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ?

⁰¹ ☐ Oui



S'il en est ainsi, combien de personnes ? _____

⁰² ☐ Non

51. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal prise ?

⁰¹ ☐ Oui



S'il en est ainsi, combien de personnes ? _____

⁰² ☐ Non

52. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection ?

⁰¹ ☐ Oui



S'il en est ainsi, combien de personnes ? _____

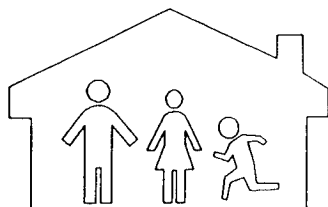
⁰² ☐ Non



Section H : Stress/support social/ perception de soi...

53. Chaque personne a une opinion d'elle même. Et nous sommes très intéressé à connaître la votre. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord sur la façon dont chacun des énoncés vous décrit :

Énoncés	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord
a. Vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
b. Vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres.	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
c. Vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes.	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
d. Vous avez une attitude positive face à vous-même.	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
e. Dans l'ensemble, vous êtes satisfaite de vous-même.	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐
f. Tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme une ratée.	01 ☐	02 ☐	03 ☐	04 ☐



Section I : Renseignements sociodémographiques

54. Dans quelle ville habitez-vous ?

55. Quel est votre code postal ?

56. Quelle est votre date de naissance ?

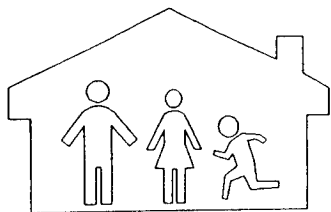
____/____/____
jour mois année

57. Quel est votre état matrimonial légal actuellement ?

- ☐⁰¹ Légalement mariée et non séparée
☐⁰² Partenaire en union libre («accotée»)
☐⁰³ Légalement mariée et séparée
☐⁰⁴ Divorcée
☐⁰⁵ Veuve
☐⁰⁶ Célibataire (qui vie sans conjoint)

58. Quel est votre revenu familial total de L'AN DERNIER avant déduction d'impôts ?

- | | |
|---|--|
| ☐ ⁰¹ inférieur à 10 000\$ | ☐ ⁰⁶ 50 000\$ - 59 999\$ |
| ☐ ⁰² 10 000\$ - 19 999\$ | ☐ ⁰⁷ 60 000\$ - 69 999\$ |
| ☐ ⁰³ 20 000\$ - 29 999\$ | ☐ ⁰⁸ 70 000\$ et plus |
| ☐ ⁰⁴ 30 000\$ - 39 999\$ | ☐ ⁰⁹ JE NE SAIS PAS |
| ☐ ⁰⁵ 40 000\$ - 49 999\$ | |



Section I : Renseignements sociodémographiques...

59. Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé ?

- ☐ 01 Études primaires
- ☐ 02 Études secondaires (D.E.S.)
- ☐ 03 Études professionnelles (D.E.P.)
- ☐ 04 Études collégiales (D.E.C.)
- ☐ 05 Études universitaires (B.A.C., maîtrise, doctorat)

60. Avez-vous obtenu le diplôme relié à ce niveau de scolarité ?

- ☐ 01 Oui
- ☐ 02 Non

61. Quelle est votre origine raciale ou ethnique ?

- ☐ 01 Race blanche
- ☐ 02 Race noire (pure ou métis)
- ☐ 03 Amérindienne (pure ou métis)
- ☐ 04 Asiatique (pure ou métis)
- ☐ 05 Autre spécifiez : _____

S.V.P. Veuillez inscrire la date à laquelle vous avez rempli ce questionnaire :

____/____/____
jour mois année

Voir instructions au verso



Si vous avez des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous :

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !

Instructions

- ☐ **Veuillez plier le questionnaire et le mettre dans l'enveloppe ci-jointe.**
 - ☐ **Assurez-vous de la sceller pour en conserver la confidentialité.**
 - ☐ **Remettez-la ensuite à la personne responsable (réceptionniste, secrétaire, technicienne en radiologie, etc.)**
- OU**
- ☐ **Retournez-la par la poste à l'adresse figurant en haut à gauche.**