

PRÉMATURITÉ ET PETIT POIDS À LA NAISSANCE

Les résultats de l'enquête Grossesse et habitudes
de vie menée au Centre hospitalier régional
De Lanaudière en 1997-1998

Par

André Guillemette
Dalal Badlissi
Anne Fadin

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LANAUDIÈRE

Octobre 1999

Notes : La réalisation de ce document a été rendue possible en partie grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique.

Le genre masculin est employé indifféremment dans le texte pour identifier les femmes et les hommes.

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

GUILLEMETTE, A., BADLISSI, D. et A. FADIN (1999). *Prématurité et petit poids à la naissance. Les résultats de l'enquête Grossesse et habitudes de vie menée au Centre hospitalier régional De Lanaudière en 1997-1998*, St-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, RRSSL, octobre, 142 p.

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

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière
1000, boul. Ste-Anne, aile 5-C
St-Charles-Borromée Québec J6E 6J2
☎ (450) 759-1157 poste 4416

Dépôt légal :

ISBN : 2-89475-033-1

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Quatrième trimestre 1999

FAITS SAILLANTS

Les aspects méthodologiques

- ◇ De 1997 à 1998, 2 020 mères ayant accouché au CHRDL ont complété les questionnaires qui leur avaient été distribués dans le cadre de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie*.
- ◇ Sur l'ensemble des 2 313 naissances ciblées au cours de cette période, 2 034 font partie de l'échantillon pour un taux de couverture de 87,9 %.
- ◇ Pour la plupart des questions posées, le taux de non-réponse est inférieur à 5 %.

Les caractéristiques des mères et des pères

- ◇ L'âge moyen des mères est de 27,4 ans et celui des pères s'établit à 30,4 ans. On compte 6,8 % de mères âgées de moins de 20 ans comparativement à seulement 1,7 % de pères.
- ◇ Parmi toutes les mères, 35 ont moins de 18 ans (1,7 %).
- ◇ Une forte majorité de mères sont mariées ou vivent avec un conjoint de fait (81,9 %), alors que 16,1 % sont célibataires.
- ◇ Quant au mode de vie, 91 % des mères déclarent vivre avec un conjoint et 6,9 % se disent chefs de famille monoparentale.
- ◇ Les mères sont, dans l'ensemble, plus scolarisées que les pères. Un peu moins du quart des mères (23,6 %) et 28 % des pères n'ont pas de diplôme d'études secondaires. En contrepartie, près du tiers des mères (32 %) ont 15 ans et plus de scolarité comparativement à 23 % pour les pères.
- ◇ Un peu plus de la moitié des mères (51,5 %) avaient un travail rémunéré (salarie ou autonome) au cours de l'année précédant leur accouchement, alors que c'était le cas de 84,3 % des pères.
- ◇ Les mères comptaient 4,6 % de chômeuses et 18,6 % de prestataires de la sécurité du revenu comparativement à 2,5 % et 10 %, respectivement, pour les pères.
- ◇ Six mères sur dix (60,7 %) présentent un indice de masse corporelle adéquat, alors que 21,4 % ont un poids corporel insuffisant pour leur taille et que 18 % ont un surplus de poids.

L'histoire obstétricale des mères

- ◇ Le tiers des mères (32,1 %) en sont à leur première grossesse et 17,7 % déclarent au moins une quatrième grossesse.

- ◇ Près du quart des mères (23,7 %) disent avoir eu au moins une fausse couche avant leur dernière grossesse et 13,5 % ont eu au moins une interruption volontaire de grossesse.

Les habitudes de vie des mères

- ◇ Plus de quatre mères sur dix (41,3 %) ont fait usage du tabac au cours de l'année ayant précédé leur grossesse et 37,3 % ont fumé du tabac durant leur grossesse.
- ◇ Parmi les mères qui fumaient, 84,7 % n'ont jamais arrêté de consommer du tabac durant leur grossesse.
- ◇ La proportion de mères exposées régulièrement à la fumée de cigarettes (fumeuses et non-fumeuses) atteint 54 %. Plus du tiers des mères non fumeuses (35,3 %) ont été exposées à la fumée de cigarettes au cours de leur grossesse.
- ◇ Une forte majorité de mères (85,6 %) ont consommé de la caféine durant leur grossesse.
- ◇ Un peu moins du quart des mères (22,3 %) ont consommé de l'alcool au cours de leur grossesse.
- ◇ Ce sont 3,3 % des mères ayant accouché au CHRDL qui ont consommé de la drogue.

La période prénatale

- ◇ Un peu plus du cinquième des mères (22,8 %) ont déclaré un gain pondéral de 10 kilogrammes et moins durant leur grossesse.
- ◇ Les quatre cinquièmes des mères (81,3 %) ont consommé des vitamines et des minéraux, les *Materna* étant les plus souvent citées.
- ◇ Près de quatre mères sur dix (38,3 %) ont pris des médicaments non prescrits au cours de leur grossesse (du *Tylénol*, principalement) et 33,5 % ont pris des médicaments prescrits (des antibiotiques pour le tiers des cas).
- ◇ Les problèmes de santé sont fréquents chez les femmes enceintes, car 44,5 % d'entre elles en ont déclaré au moins un. Le diabète de grossesse et l'anémie sont les problèmes les plus fréquemment cités.
- ◇ La presque totalité des mères (99 %) ont consulté un professionnel de la santé durant leur grossesse et 68,1 % des mères primipares ont suivi des cours prénataux.

L'accouchement

- ◇ Environ une mère sur dix (11,4 %) a eu une césarienne.
- ◇ Seulement 0,7 % des mères ont accouché de jumeaux.

Les caractéristiques des nouveau-nés

- ◇ La proportion de bébés nés prématurément (moins de 37 semaines de gestation) est de 7,1 % pour l'ensemble des naissances et de 6,5 % pour les naissances simples (exclusion des naissances multiples).
- ◇ La proportion de nouveau-nés de petit poids se situe à 6,4 % pour l'ensemble des naissances et à 5,6 % pour les naissances simples.
- ◇ Un bébé sur dix (11,5 %) a eu des problèmes de santé dans les heures qui ont suivi sa naissance (problèmes respiratoires et hypoglycémie, principalement).

Les facteurs de risque prédominants

- ◇ Une naissance gémellaire (jumeaux, triplets, etc.) augmente le risque de prématurité de 7,72 fois par rapport aux autres naissances. Le même risque est 11,39 fois plus élevé pour les naissances de petit poids.
- ◇ Toujours comparativement aux mères qui ne sont pas touchées par ce facteur de risque, l'hypertension et la prééclampsie chez la mère enceinte font grimper le risque de prématurité et de petit poids à la naissance de 2,34 fois et de 3,44 fois, respectivement.
- ◇ Un faible gain de poids durant la grossesse (10 kg et moins) est associé à un risque de prématurité 2,05 fois supérieur par rapport aux mères qui ont pris 11 kg et plus. Quant au petit poids à la naissance, le risque augmente de 2,03 fois.
- ◇ Un emploi généralement moins rémunérateur (autre que cadre et professionnel) est associé à un risque de prématurité de 1,79 fois supérieur et à une incidence de naissances de petit poids 2,08 fois supérieure.
- ◇ Le risque de prématurité et le risque de petit poids à la naissance augmentent respectivement de 1,54 fois et de 2,21 fois lorsque la mère fume du tabac durant sa grossesse.
- ◇ La consommation de drogues durant la grossesse augmente le risque de petit poids de 2,30 fois par rapport aux mères qui n'en consomment pas.
- ◇ Comparativement aux mères plus scolarisées, le risque de petit poids à la naissance est 2,09 fois plus grand parmi les mères ayant moins de 11 ans de scolarité.
- ◇ Les mères prestataires de la sécurité du revenu ont 1,63 fois plus de risques d'avoir un bébé de petit poids que les autres mères.

L'état de la situation dans la MRC de Joliette

- ◇ Selon l'échantillon de mères ayant accouché au CHRDL, le taux de prématurité est de 8,9 % parmi les mères de la MRC de Joliette, alors qu'il est de 6,1 % chez les mères qui habitent dans les autres MRC de la partie nord de Lanaudière (D'Autray, Matawinie et Montcalm).

- ◇ Quant à la proportion de naissances de petit poids, elle se situe à 7 % pour la MRC de Joliette comparativement à 6,3 % pour les trois autres MRC du nord.
- ◇ Les mères de la MRC de Joliette ne présentent pas des caractéristiques démographiques et socioéconomiques ainsi que des habitudes de vie qui expliquent l'incidence plus forte de la prématurité parmi celles-ci.
- ◇ C'est au niveau de l'emploi et de ses caractéristiques que se retrouvent les différences les plus grandes entre la MRC de Joliette et les autres MRC lanauchoises.

Des interventions à privilégier

- ◇ Privilégier les programmes *Naître égaux*, *Grandir en santé* et *OLO* pour rejoindre les femmes enceintes défavorisées socioéconomiquement.
- ◇ Agir auprès des jeunes de moins de 18 ans en privilégiant l'adoption de moyens contraceptifs et un développement sexuel sécuritaire.
- ◇ Promouvoir l'éducation sexuelle et l'implantation de services cliniques en milieu scolaire.
- ◇ Sensibiliser les médecins sur la nécessité d'informer les jeunes sur les moyens contraceptifs et les maladies transmissibles sexuellement.
- ◇ Favoriser, chez la femme enceinte, un gain de poids suffisant mais non excessif durant la grossesse.
- ◇ Sensibiliser les professionnels de la santé travaillant auprès des femmes enceintes sur la nécessité de les informer sur les dangers du tabagisme passif.
- ◇ Supporter adéquatement les femmes enceintes qui désirent cesser de fumer.
- ◇ Rejoindre les jeunes femmes avant même que le cycle de dépendance envers le tabac ne s'installe (dans les écoles primaires).
- ◇ Sensibiliser les professionnels de la santé sur l'importance d'informer les mères enceintes sur les effets néfastes que peut générer la consommation d'alcool et de drogues.
- ◇ À défaut d'éliminer la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse, favoriser la réduction des quantités consommées.
- ◇ Référer les femmes ayant des problèmes de toxicomanie vers les ressources spécialisées dans le domaine.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document n'aurait pas été possible sans la participation de plusieurs personnes. Quelle que soit l'importance de leur contribution, celle-ci a été grandement appréciée par les auteurs.

Nous désirons avant tout remercier les mères ayant accouché au Centre hospitalier régional De Lanaudière (CHRD), en 1997 et en 1998, qui ont bien voulu participer à cette enquête. Sans leur participation, cette enquête n'aurait jamais été menée à terme. Nous ne pouvons également passer sous silence l'excellente collaboration offerte par la direction et le personnel des services d'obstétrique, de la maternité et des archives du CHRD. Nous adressons plus particulièrement nos remerciements aux docteurs Jacinthe Allard, Lyne Desjardins, Chantal Gascon et Hélène Laporte, ainsi qu'à Margot Dumais, commis intermédiaire au Service d'obstétrique.

Nos remerciements s'adressent aussi à Huguette Doucet, agente de recherche à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, et à Suzie Désilets, bibliothécaire à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière (RRSSL).

Finalement, il nous importe de souligner l'excellente contribution de nos collègues du Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation et du Service de prévention et de promotion de la Direction de la santé publique (DSP) de la RRSSL. Nos remerciements concernent Guylaine Arbour, Jacinthe Bélisle, Karine Breault, Élisabeth Cadieux, Karine Charbonneau, Marie-Josée Charbonneau, Josée Charron, Colette Dupuis, Christine Garand, Marc Goneau, Bernard-Simon Leclerc, Louise Lemire, Geneviève Marquis, Mario Paquet, Robert Peterson, Céline Poissant, Caroline Richard et Lise St-Cyr.

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS III

ERREUR! SIGNET NON DÉFINI.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de participantes, nombre de naissances et taux de couverture, enquête <i>Grossesse et habitudes de vie</i> , CHRDL, 1997-1998.....	29
-----------	--	----

Erreur! Signet non défini.

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CHRD	Centre hospitalier régional De Lanaudière
CLSC	Centre local de services communautaires
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSC	Département de santé communautaire
DSP	Direction de la santé publique
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KG	Kilogramme
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladies transmissibles sexuellement
OLO	Programme oeuf-lait-orange (suivi auprès des femmes enceintes issues de milieux défavorisés socioéconomiquement)
RR	Risque relatif
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RRSSSL	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière

INTRODUCTION

La prématurité (moins de 37 semaines de gestation) et le petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) sont des problématiques qui préoccupent depuis déjà plusieurs années le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les directions régionales de la santé publique. La Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), la Politique de la périnatalité (MSSS, 1993), les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997) et le Programme de santé publique de Lanaudière (DSP-RRSSSL, 1998) rendent explicitement compte de cette préoccupation en voulant réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de petit poids. Ces objectifs ne sont cependant pas encore atteints, car la proportion de naissances prématurées s'est accrue de 5,5 % à 7,2 % entre 1979 et 1996 au Québec. Même si on observe une diminution du pourcentage de naissances de petit poids depuis 1979, celui-ci étant passé de 7 % à 5,9 % en 1996, il y a loin de la coupe aux lèvres (Duchesne, 1998).

Pourquoi s'intéresser à la diminution de la prématurité et du petit poids à la naissance ? À cause, principalement, des conséquences néfastes, et trop souvent irréversibles, qu'ils engendrent chez les nouveau-nés. Comparativement aux nouveau-nés ayant un poids adéquat, les risques de mortalité sont 40 fois plus élevés en période périnatale pour les enfants de petit poids et ils sont cinq fois supérieurs durant leur première année de vie. Pour les bébés nés prématurément, le taux de mortalité postnéonatale est, pour sa part, 20 fois plus élevé que celui des enfants nés à terme (Lepage et al., 1989). Les bébés de petit poids ont aussi une durée de séjour hospitalier postnatal trois fois plus longue et une durée de réhospitalisation 50 % plus longue que les enfants pesant 2 500 grammes et plus. On observe une situation semblable chez les enfants nés avant 37 semaines de grossesse (Lepage et al., 1989). Les problèmes respiratoires, les troubles neurologiques, une exposition plus grande aux infections et la présence de maladies ainsi que des handicaps physiques et mentaux sont plus fréquemment observés chez ces enfants. On constate, entre autres choses, que les bébés de petit poids ont plus souvent des problèmes de développement neurologique, qu'ils ont une plus faible organisation motrice, qu'ils répondent moins aux stimuli extérieurs, qu'ils souffrent plus souvent de problèmes de développement social, d'hyperactivité et de problèmes cognitifs et auditifs (Lepage et al., 1986).

Les impacts économiques sur le réseau de la santé sont aussi importants. Comparativement à la quantité moyenne de ressources médicales consacrées à l'ensemble des nouveau-nés, les bébés de moins de 1 500 grammes consomment de 13 à 18 fois plus de ressources (Bourdages et Drapeau, 1995). Selon Levitt et al. (1993), un nouveau-né pesant moins de 1 500 grammes peut coûter jusqu'à 60 000 \$ en soins médicaux dans les jours qui suivent sa naissance. De même, il en coûterait en moyenne de 500 \$ à 1 000 \$ par jour pour soigner un bébé pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (Institut canadien de la santé infantile, 1993).

En plus des impacts négatifs sur la santé et le bien-être des enfants et des impacts économiques qui résultent de la prématurité et du faible poids à la naissance, on observe aussi des conséquences sociales. On constate ainsi une plus forte prévalence de la surprotection et des abus

physiques dans les relations entre les parents et les enfants nés prématurément ou de faible poids. La dynamique familiale s'en trouve également affectée, puisqu'on observe plus d'instabilité maritale, une diminution des contacts sociaux et des loisirs ainsi qu'une augmentation de la charge de travail des mères (Lepage et al., 1986).

Soucieuse de mieux connaître ces deux problématiques et d'en diminuer l'incidence, la Direction de la santé publique (DSP) de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière (RRSSSL) a publié quelques documents traitant du sujet (Cadieux, 1988 ; Cadieux et Racine, 1990 ; Ouellet et Cadieux, 1994 ; Guillemette, 1996). D'une manière surprenante, les résultats les plus récents de ces études ont montré que la municipalité régionale de comté (MRC) de Joliette comptait, toutes proportions gardées, un nombre important de naissances prématurées et de nouveau-nés de poids insuffisant. Pour la période 1989-1993, cette MRC affichait en effet un taux de prématurité de 9,6 % comparativement à 6,7 % pour Lanaudière. Quant au petit poids à la naissance, le taux y était de 7,2 % alors qu'il se situait à 5,7 % dans Lanaudière. Dans les deux cas, les taux de la MRC de Joliette dépassaient d'ailleurs largement ceux des cinq autres MRC lanaudoises (Guillemette, 1996). En 1994-1996, le constat était le même puisque les taux de naissances prématurées et de petit poids étaient respectivement de 8,9 % et de 8,1 % dans la MRC de Joliette contre 7 % et 6 % pour Lanaudière. Ce constat désavantageux pour la MRC de Joliette demeurait alors étonnant, car les facteurs de risque¹ associés à la prématurité et au petit poids à la naissance ne semblaient pas prépondérants dans cette MRC par rapport aux autres MRC lanaudoises.

Afin de chercher une explication à cette situation, la Direction de la santé publique, de concert avec les départements d'obstétrique et de médecine préventive du CHRDL, a mis sur pied, en janvier 1997, une enquête portant sur les habitudes de vie et les caractéristiques des mères qui accouchaient au CHRDL. La collecte de données, s'étendant sur deux années, a pris fin le 31 décembre 1998. Cette enquête, appelée *Grossesse et habitudes de vie*, avait comme objectif principal d'identifier les facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance dans la MRC de Joliette et dans Lanaudière. Pour supporter cet objectif principal, quatre objectifs plus spécifiques ont aussi été élaborés. Le premier consistait à faire une revue de la littérature portant sur les facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance. Les second et troisième objectifs spécifiques visaient, quant à eux, à analyser les données recueillies par l'enquête et à identifier les principaux facteurs de risque responsables de la prématurité et du petit poids à la naissance dans la MRC de Joliette et dans Lanaudière. Enfin, un dernier objectif consistait à proposer des interventions efficaces et pertinentes visant à réduire les risques associés à la prématurité et au petit poids à la naissance.

Le présent document rend compte de la réalisation de ces objectifs à l'intérieur de trois chapitres distincts et complémentaires. Le premier de ceux-ci dresse une revue de la littérature où sont présentés les principaux facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance identifiés dans les études les plus récentes. Le second chapitre rend compte des résultats de l'enquête menée au CHRDL en mettant en lien les facteurs de risque (caractéristiques

¹ Les facteurs de risque examinés étaient alors ceux qui sont disponibles par l'intermédiaire du Fichier des naissances produit annuellement par le MSSS. Il s'agit de l'âge de la mère à l'accouchement, de la scolarité de la mère, de son état matrimonial, du rang de naissance, de l'intervalle intergénéral et de la gémellité.

des mères, habitudes de vie, histoire obstétricale, etc.) avec la prématurité et le petit poids à la naissance. Le troisième et dernier chapitre s'inspire, pour sa part, des résultats du second chapitre pour proposer des actions pouvant être favorables à une diminution de l'incidence de la prématurité et du petit poids à la naissance dans Lanaudière.

CHAPITRE 1

LA PRÉMATURITÉ ET LE PETIT POIDS À LA NAISSANCE : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 Introduction

Depuis vingt-cinq ans, de grands progrès ont été réalisés en obstétrique : que l'on pense, par exemple, au développement des connaissances dans le cas du diabète de grossesse ou d'allo-immunisation avec le succès des interventions médicales dans ces domaines. Il reste cependant des sujets sur lesquels le milieu médical a encore beaucoup à apprendre afin de réaliser des interventions plus efficaces. Il s'agit de la prématurité et du petit poids à la naissance. En effet, l'incidence du petit poids à la naissance a peu diminué et celle de la prématurité a augmenté au cours des deux dernières décennies au Québec et ce, malgré le développement des technologies médicales et l'acquisition de nouvelles connaissances en matière de soins et de prévention (Creasy, 1989).

La prématurité et le petit poids à la naissance sont deux phénomènes intimement liés. Ainsi, dans les pays développés, la prématurité est la première cause du faible poids à la naissance. Il s'agit de problèmes dont l'étiologie est multifactorielle. Dans le cas du petit poids à la naissance, les facteurs de risque peuvent être biologiques (âge maternel, poids de la mère, grossesse multiple, etc.), pathologiques (maladie chronique maternelle, anomalie congénitale, etc.) ou socioéconomiques (isolement social, tabagisme, faible scolarité, toxicomanie, sous-alimentation, etc.). Quant à la prématurité, elle reste souvent inexplicée et imprévisible bien que des antécédents de prématurité, certaines toxicomanies et la gémellité demeurent des facteurs de risque connus. On constate toutefois que les interventions médicales expliquent, en partie, la prématurité. L'augmentation du nombre de césariennes pour causes foetales ou obstétricales, comme dans les cas de retard de croissance intra-utérine sévère ou de placenta praevia en est un exemple. Messer (1994) estime d'ailleurs que près du tiers des naissances prématurées pourraient résulter d'accouchements provoqués avant terme pour des raisons médicales.

L'objectif de ce chapitre consiste à faire état des connaissances les plus récentes relatives aux facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance. Il s'agira donc de cerner les étiologies connues ou suspectées à ce jour, autres que les grossesses multiples, les anomalies foetales et les maladies obstétricales telles la prééclampsie et les anomalies du placenta.

1.2 Les facteurs socioéconomiques

1.2.1 L'âge maternel à l'accouchement

Ce sont les deux extrêmes de la période reproductive de la femme (moins de 20 ans et 35 ans et plus) qui présentent le plus de risques pour le travail prématuré et le petit poids à la naissance (Bakketeig, 1981). De nombreux chercheurs confirment ce fait, tels Aldous et Edmonson (1993) qui, dans une étude rétrospective ayant porté sur 117 138 naissances simples chez des femmes de race blanche entre 1984 et 1988, montrent que le risque de prématurité et de petit poids à la naissance augmente avec l'âge de la mère primipare. Utilisant comme population de référence les femmes âgées de 20 à 24 ans, les chercheurs notent que le risque relatif (RR) pour les deux

complications périnatales concernées est de 1,7 (intervalle de 1,4 à 2,2 avec un niveau de confiance de 95 %) chez les femmes âgées de 35 ans et plus. Ce risque augmente progressivement avec l'âge et ce, surtout après 30 ans. Quant aux femmes âgées de 25 à 29 ans à la naissance de leur premier enfant, ce risque relatif n'est que de 1,1 (0,89-1,4).

Celui-ci est encore plus élevé chez les mères âgées de moins de vingt ans à l'accouchement, tel que démontré dans une étude longitudinale ayant porté sur plus de 16 500 naissances survenues entre 1988 et 1991 à Dallas, aux États-Unis (Satin et al., 1994). Les patientes étudiées étaient des adolescentes âgées entre 11 et 19 ans ainsi que des femmes âgées de 20 à 22 ans (groupe contrôle). Le risque de prématurité et de petit poids à la naissance était deux fois supérieur chez les patientes âgées de 11 à 15 ans comparativement aux jeunes femmes âgées de 16 à 19 ans.

Ces résultats confirment ceux d'une étude réalisée entre 1980 et 1987 à partir du *Birth Cohort Data* de Californie (Duplessis et al., 1997). Les dossiers étudiés étaient classés selon l'âge de la mère de façon à stratifier en années la période de l'adolescence. Cette étude démontrait que la prématurité touche plus de 20 % des grossesses chez les adolescentes âgées de moins de 15 ans avec une proportion maximale de 28 % chez les jeunes filles âgées de 10 à 13 ans. Le petit poids à la naissance concerne environ 10 % des enfants nés de mères âgées de moins de 15 ans.

Dans une autre étude s'intéressant aux mères primipares âgées de 13 à 23 ans réalisée entre 1970 et 1990, les facteurs de risque ont été analysés de façon à évaluer leur impact sur la prématurité et le petit poids à la naissance (Fraser et al., 1995). Encore une fois, plus la mère était jeune, plus le risque de donner naissance à un enfant prématuré ou de petit poids à la naissance était élevé. Entre 13 et 17 ans, le risque relatif se situait à 1,7 (intervalle de 1,5 à 2,0 avec un niveau de confiance de 95 %) pour le faible poids à la naissance alors qu'il s'élevait à 1,9 (intervalle de 1,7 à 2,1 avec un niveau de confiance de 95 %) pour la prématurité.

La grossesse à l'adolescence ou à un âge avancé comporte donc des risques élevés de complications pour l'enfant à naître. Il s'agit d'un phénomène assez fréquent au Québec¹ qui implique des facteurs de risque dont il faut tenir compte dans le suivi de la grossesse.

1.2.2 L'origine ethnique et le statut migratoire

Aux États-Unis, on rapporte que la population noire présente un taux de prématurité deux fois supérieur à celui de la population caucasienne (18 % contre 8 %). Toutefois, l'appartenance à un groupe ethnique n'explique pas tout, le statut socioéconomique, souvent faible, de la population afro-américaine représente probablement une partie importante du véritable facteur de risque de prématurité puisque l'accessibilité aux soins de santé dans ce pays n'est pas gratuit (Anderson, 1976 ; Papiernik et al., 1985). Mais le *US Department of Health and Human Services* (1984) rapporte que les femmes noires ont malgré tout, à scolarisation égale, un pourcentage de naissances prématurées pratiquement deux fois supérieur à celui de la population féminine

¹ Au Québec, entre 1980 et 1995, le taux de grossesse à moins de 18 ans a progressé de 12,6 à 18,5 pour 1 000 adolescentes (Rochon, 1997). Toujours au Québec, la part relative des naissances dont la mère est âgée de 35 ans et plus est passée de 5,1 % en 1979-1983 à 8,2 % en 1989-1993 (Guillemette, 1996).

blanche. Grâce à une étude portant sur divers facteurs sociodémographiques associés à la prématurité et au petit poids à la naissance, Ketterlinus et al. (1990) confirment la tendance chez les Afro-Américaines à présenter ces deux types de complications lors de leur grossesse. Mettant à profit les données de la *National Longitudinal Survey of the Work Experience of Youth*, réalisée à travers les États-Unis, ils ont consulté les dossiers de jeunes femmes âgées de 14 à 21 ans lors de leur recrutement en 1979. Celles-ci ont été interrogées annuellement avec un taux de suivi de 93 % en 1986. Cette même année, 2 918 de ces femmes étaient devenues mères. La proportion de naissances prématurées était de 5 % plus élevée chez les femmes de race noire par rapport à celle des femmes de race blanche. Quant au pourcentage de nouveau-nés de petit poids, il était 10 % plus élevé chez les femmes noires et ce, en tenant compte des autres données socioéconomiques que sont le revenu, le niveau d'éducation et l'âge maternel. Également aux États-Unis, Duplessis et al. (1997) notent que les taux les plus élevés de naissances prématurées et de petit poids se retrouvent chez le groupe d'étudiantes de race noire (14 % contre 7 % pour les naissances avant terme).

Plus près de nous, dans une recherche réalisée à Montréal, Doucet et al. (1992) ont étudié l'impact du statut d'immigrant sur la prématurité et le petit poids à la naissance. Elles ont recueilli des données sur 2 913 naissances vivantes simples. Elles ne relèvent pas, pour leur part, de différence statistiquement significative entre le taux de prématurité des immigrantes et celui de la population québécoise dite de souche. Selon les auteures, ces résultats sont attribuables à l'existence, dans les grandes villes, de communautés culturelles apportant un soutien aux nouvelles arrivées¹. Ceci pourrait aussi s'expliquer par le fait que les immigrantes sont proportionnellement moins nombreuses à consommer du tabac.

Rasmussen et al. (1995), dans une enquête portant sur 1 270 407 naissances simples ayant eu lieu en Suède entre 1978 et 1990, ont analysé les différences entre les taux de naissances prématurées et de petit poids pour la population de souche suédoise et celle d'immigration récente. Les auteurs ont utilisé le registre des naissances pour leur analyse, recueillant ainsi des données sur 99 % des naissances ayant eu lieu pendant la période citée. Les différences trouvées entre les populations suédoise et immigrante montrent un risque plus élevé de prématurité et de faible poids à la naissance dans la population nouvellement arrivée. Cette différence est toutefois moindre que celle envisagée au départ. En effet, pour le groupe où cette différence est la plus marquée, soit celui des immigrantes d'origine asiatique, le risque relatif de naissance prématurée atteint 1,15 (intervalle de 1,08 à 1,23 avec un niveau de confiance de 95 %) alors que celui de naissance de petit poids se chiffre à 1,13 (intervalle de 1,04 à 1,29 avec un niveau de confiance de 95 %). Ce résultat est attribué en grande partie à l'accessibilité universelle des soins de santé dans ce pays.

¹ Le faible taux de réponse obtenu dans cette enquête (60 %) pourrait aussi expliquer l'absence de différences entre les groupes ethniques ; les personnes isolées socialement étant plus difficiles à rejoindre.

1.2.3 L'état civil et le mode de vie

L'état civil et le mode de vie des mères (le fait de vivre seule, en couple, etc.) sont des caractéristiques sociales associées à des facteurs de risque, tels l'isolement social et le niveau du revenu, qui influencent la prématurité et le petit poids à la naissance. Doucet et al. (1989) notent ainsi un pourcentage de faible poids à la naissance de 4,9 % chez les bébés nés de femmes mariées comparativement à 8,5 % dans le cas des femmes célibataires. Cependant, les auteures pensent que le véritable facteur de risque pourrait plutôt résider dans le fait de vivre en couple ou non. En effet, celles-ci ont examiné la structure de la maisonnée, plutôt que le statut civil des femmes enceintes, en la mettant en relation avec le poids du nouveau-né. Elles notent ainsi que chez les mères vivant seules, le pourcentage de bébés de petit poids à la naissance est de 11,1 % alors que chez les femmes ne vivant pas en couple, mais n'étant pas seules à la maison (présence de parents, d'amis, etc.), il est de 9,9 %. Pour les femmes habitant avec un conjoint, la proportion de nouveau-nés de faible poids à la naissance n'est que de 6 %.

Bien que le fait de vivre en couple s'accompagne souvent de meilleures conditions de vie en général (augmentation des revenus ou partage des frais), il semble que le bien-être affectif de la future mère soit aussi associé au bon déroulement de la grossesse.

1.2.4 Le revenu

Le faible revenu est associé à une accessibilité réduite aux soins anténatals. Par exemple, même au Canada où l'accessibilité aux soins médicaux gratuits est universelle, les femmes issues des couches sociales les moins favorisées consultent moins souvent et plus tardivement les professionnels de la santé lors de leurs grossesses. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1986, certains quartiers très défavorisés de Montréal présentaient un pourcentage de bébés de petit poids à la naissance de 10 %, soit un pourcentage semblable à ceux retrouvés dans certains pays en voie de développement. Pour certains auteurs, le fait de naître dans une famille à faible revenu augmente même de 50 % les risques de peser moins de 2 500 grammes à la naissance (Wilkins, 1990). À titre d'exemple, au cours des années 80 au Canada, le taux de prématurité était de 7,4 % dans les quartiers les plus démunis socioéconomiquement des grandes villes et de 5,7 % dans les plus aisés. Le petit poids à la naissance représentait pour sa part jusqu'à 12,1 % des naissances chez les plus pauvres contre 8 % dans les milieux les mieux nantis (Wilkins et al., 1991).

Au Royaume-Uni, Meis et al. (1995), utilisant le *Cardiff Birth Survey* entre 1970 et 1979, ont étudié 53 858 dossiers obstétricaux. Ils observent une augmentation du pourcentage de naissances prématurées dans les classes sociales les plus pauvres, car ils estiment le risque relatif de prématurité entre 1,02 et 1,69 pour les classes sociales les plus défavorisées. De plus, ils considèrent que le revenu est également lié à des habitudes de vie comme le tabagisme, le stress, la faible scolarisation et la sous-alimentation.

1.2.5 La scolarité

Le niveau de scolarité est une caractéristique socioéconomique étroitement associée aux habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.). Il permet de plus l'accès à de meilleurs revenus et à des soins de meilleure qualité, surtout lorsque ceux-ci ne sont pas gratuits et universels (Ketterlinus et al., 1990).

Un faible niveau de scolarité est aussi associé à la prématurité et au petit poids à la naissance comme en font foi plusieurs études. Selon la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1998), l'incidence des nouveau-nés de faible poids est près de deux fois plus élevée chez les femmes montréalaises faiblement scolarisées (moins de 11 ans) comparativement à celles qui ont 13 ans et plus de scolarité. Dans une autre recherche menée au Québec, on rapporte que les femmes peu scolarisées ont deux fois plus de risques de donner naissance à un enfant de faible poids par rapport aux mères ayant fréquenté l'université (Colin et Desrosiers, 1989). De même, dans une étude réalisée sur 2 432 grossesses danoises, Nordentoft et al. (1996) constatent que le risque relatif de prématurité est de 2,6 pour les femmes ayant entre sept et neuf ans de scolarité contre 1,9 pour celles qui en ont dix ou plus.

Les bébés de petit poids représentent 11,9 % des nouveau-nés issus de femmes ayant moins de 12 ans de scolarité selon Starfield et al. (1991) qui ont examiné 3 840 dossiers obstétricaux à partir des données du *National Longitudinal Survey of Labor Market* entre 1979 et 1989. À titre comparatif, ce pourcentage n'est que de 7,7 % pour les femmes ayant étudié plus de 13 ans. Selon l'*US Department of Health and Human Services* (1984), le nombre d'années d'études est inversement lié à l'incidence de la prématurité.

1.2.6 L'emploi

L'emploi ou l'occupation de la mère est un des facteurs de risque parmi les plus difficiles à associer directement à la prématurité et au petit poids à la naissance, car il n'existe pas de consensus permettant la comparaison d'un type d'emploi avec un autre. De plus, la plupart des études ne tiennent compte que du travail rémunéré. Pourtant, le travail à la maison peut être aussi, sinon plus, exigeant qu'un emploi à l'extérieur (Hanvey et al., 1994). Il existe également une autre controverse sur l'impact du travail de la femme sur sa grossesse : il serait aléatoire de quantifier les effets de l'effort physique et du stress psychologique sur la gestation, car on considère qu'il s'agit de données subjectives donc difficilement mesurables et comparables (Simpson, 1993).

Pour Henriksen et al. (1994), le fait de travailler ne serait pas un facteur de risque pour la prématurité. Les auteurs ont questionné rétrospectivement les patientes rencontrées lors de leur première visite anténatale dans un hôpital danois sur leur occupation au cours de leur premier trimestre de grossesse (jusqu'à la 16^e semaine) et sur leurs conditions d'emploi jusque vers la 30^e semaine de gestation. Étonnamment, le risque relatif de prématurité semblait être plus élevé chez les femmes sans emploi que chez celles qui étaient rémunérées à l'extérieur de la maison (1,6 avec une variation de 0,9 à 3,0) et il en était de même pour la proportion de bébés de petit poids

(1,3 avec une variation de 0,8 à 1,9). Ces résultats doivent néanmoins être considérés avec prudence, car ils ne tiennent pas compte du contexte social dans lequel les femmes qui ne travaillent pas vivent. Sont-elles plus pauvres, moins scolarisées et plus isolées socialement ? Par exemple, Rabkin et al. (1990) ont publié les données portant sur 1 508 grossesses survenues en Grande-Bretagne entre 1982 et 1984, où les écarts de poids entre les bébés issus de mères ayant et n'ayant pas un emploi rémunéré sont faibles. Ils observent que le poids moyen à la naissance des bébés est de 50 grammes moins élevé dans le groupe des femmes qui travaillaient jusqu'à l'accouchement, mais lorsque les facteurs confondants sont éliminés, cette différence n'est que de 12 grammes entre les nouveau-nés issus des deux catégories de mères. Marbury et al. (1984) montrent qu'en moyenne, le poids des bébés des mères ayant travaillé jusqu'à l'accouchement n'est que de 43 grammes inférieur à celui des mères qui avaient droit à un temps de repos de quelques semaines avant la naissance. Mais depuis longtemps déjà, on rapporte, comme le font Tarafi et al. (1980), que dans un contexte où les autres facteurs sont contrôlés (alimentation, état de santé, etc.), le travail physique exigeant a un impact négatif sur le poids du fœtus à la naissance.

Cependant, si de multiples études démontrent que le travail n'est pas un facteur de risque pour le retard de croissance, il en existe d'autres qui tendent à montrer l'association entre l'effort physique, d'une part, et la prématurité et le petit poids à la naissance, d'autre part. Alegre et al. (1984) rapportent ainsi que les bébés nés de mères travaillant jusqu'à l'accouchement pèsent en moyenne 200 grammes de moins que ceux dont les mères ont arrêté préventivement un mois avant l'accouchement (en l'absence de pathologie obstétricale). Leur recherche, reposant sur une analyse des questionnaires remplis par 1 450 femmes entre 1979 et 1980 en Espagne, cernait les caractéristiques des conditions de travail de 730 de ces femmes et de 720 femmes ayant fait partie du groupe contrôle. Les autres facteurs de risque comme l'âge maternel, la prise de poids durant la grossesse et le tabagisme étaient aussi analysés.

Clapp et Capeless (1990) ont, quant à eux, examiné les données morphométriques des nouveau-nés de femmes pratiquant des activités sportives durant leur grossesse. Le groupe de patientes considérées comprenait 77 femmes joggant ou pratiquant de la danse aérobique avant et pendant la grossesse alors que le groupe contrôle était constitué de 55 femmes ne faisant pas d'activités physiques. Le poids moyen des nouveau-nés issus du premier groupe de femmes était de 310 grammes plus petit que celui des bébés du groupe témoin. Cette différence de poids résulterait surtout d'une diminution de la masse adipeuse du nouveau-né.

Ce sont ces constats qui ont amené certains auteurs à rechercher quelles caractéristiques du travail étaient plus particulièrement responsables de la prématurité et du retard de croissance : on évoquait alors la station debout prolongée, les longues heures de travail et le déplacement de matériel lourd. Par exemple, Peoples-Sheps et al. (1991) ont questionné 2 711 femmes après leur accouchement sur leurs conditions de travail afin de déterminer si elles pouvaient être associées aux naissances de petit poids. Le nombre d'heures travaillées semblait ainsi avoir un impact sur le poids du nouveau-né, car le pourcentage de petit poids à la naissance était deux fois plus élevé dans le groupe de femmes qui travaillaient plus de 40 heures par semaine comparativement aux femmes travaillant entre 1 et 20 heures par semaine.

Citons aussi une étude mexicaine réalisée dans un pays où les conditions de travail sont souvent difficiles en raison de l'absence de réglementation. On a identifié les facteurs suivants comme étant associés à un plus grand risque de retard de croissance chez des nouveau-nés issus de 2 767 grossesses : horaire de plus de 50 heures par semaine (RR de 1,59) et station debout plus de sept heures par jour (RR de 1,40) (Ceron-Mireles et al., 1996).

Les données de l'*United States Collaborative Perinatal Project Data* permettent de conclure que les nouveau-nés issus de femmes travaillant à l'extérieur de la maison durant le troisième trimestre de la grossesse pèsent entre 150 et 400 grammes de moins que ceux nés de mères étant restées à la maison (toujours pour des bébés nés au troisième trimestre de la grossesse). Cette enquête, portant sur 7 722 grossesses, a tenu compte des variables confondantes que sont l'âge maternel, la scolarité, le revenu, le poids de la mère avant la grossesse, le tabagisme et la pression artérielle (Naeye et Peters, 1982). Donc, de plus en plus de chercheurs pensent que le travail exigeant physiquement constitue un facteur de risque associé au petit poids à la naissance. De telles conclusions sont toutefois difficiles à démontrer irréfutablement en raison des multiples facteurs confondants, tel le syndrome du travailleur en santé, qui montrent que ce sont surtout les femmes enceintes en bonne santé qui sont actives, alors que les mères ayant des problèmes de santé sont exclues du marché du travail.

1.3 Les facteurs obstétricaux et médicaux

1.3.1 Les antécédents de prématurité

L'incidence de travail prématuré étant fortement reliée à l'histoire obstétricale antérieure, une femme ayant déjà eu un accouchement prématuré présente un risque de récurrence de 17 % lors d'une grossesse subséquente. Ce risque augmente encore plus après deux naissances avant terme, car on l'estime à 28 % (Bakketeig et al., 1979 et Bakketeig, 1981).

Le fait d'avoir eu un accouchement mené à terme antérieurement protégerait en quelque sorte pour les grossesses suivantes. En effet, Bakketeig et ses collègues (1979) ont calculé que le taux de prématurité chute à 4 % pour une grossesse suivant un bébé né à terme et qu'il passe à 2,6 % après deux naissances survenues après 37 semaines de gestation.

1.3.2 Les antécédents de retard de croissance

Le risque de récurrence après la naissance d'un bébé de petit poids est noté par plusieurs auteurs. Par exemple, Macquart-Moulin et al. (1992), dans une étude portant de façon prospective sur 435 grossesses, rapportent un risque relatif trois fois plus élevé chez les femmes ayant déjà eu un bébé de petit poids par rapport à la population obstétricale générale. Cette notion d'antécédents se retrouve aussi au niveau familial, car on a remarqué que les mères d'enfants de petit poids avaient elles-mêmes été des bébés de petit poids à la naissance (Ounsted et al., 1981).

Ce constat se retrouve aussi dans une étude danoise publiée en 1997 où les auteurs ont considéré les femmes nées entre 1959 et 1961 et ayant accouché de 1987 à 1989. L'étude, comprenant 1 288 femmes ayant donné naissance 2 103 fois, révèle que pour une femme née avec un petit poids à la naissance, le risque de donner elle-même naissance à un bébé de petit poids est deux fois plus élevé (RR de 2,0 avec un intervalle de 1,4 à 3,0 et un niveau de confiance de 95 %) (Klebanoff et al., 1997).

Johnstone et Inglis (1974) parlent aussi d'une tendance familiale transmise par les femmes, car ils observent que les soeurs ont souvent, dans une même génération, des bébés de petits poids. Dans une étude où ils comparent le poids à la naissance des bébés nés dans une même famille (soeurs versus belles-soeurs), ils notent que la prématurité et le petit poids à la naissance se retrouvent chez les bébés des femmes d'une même famille, surtout lorsque celles-ci sont liées par le sang plutôt que par le mariage.

Cette transmission du faible poids à la naissance par les femmes a été étudiée par Emanuel et al. (1992) à partir du *British National Child Development Study* avec un échantillon de 1 638 naissances. Ils en arrivent à la conclusion que le poids à la naissance de la grand-mère et de la mère peuvent être en liens avec la naissance d'un bébé de petit poids.

1.3.3 Le gain pondéral maternel

La période critique pour le gain de poids foetal se situe durant la deuxième moitié de la gestation lorsque le développement se fait par hypertrophie cellulaire. Les premiers mois de vie intra-utérine et l'alimentation de la mère seraient, quant à eux, plus impliqués dans l'incidence de la prématurité. Les connaissances sur le sujet ont malheureusement profité des conditions pénibles auxquelles ont été soumises les populations néerlandaises lors de la Deuxième guerre mondiale. Stein et Susser (1975) rapportent ainsi une diminution du poids du nouveau-né d'environ 300 grammes lorsque la mère est enceinte dans un contexte de privation alimentaire. Dans le cas des populations russes, telles celles de Leningrad en 1942, on parle d'un manque à gagner pouvant aller jusqu'à 600 grammes (Antonov, 1947).

Le gain de poids maternel durant la grossesse, s'il est insuffisant, est un facteur de risque connu pour le fœtus. Le gain de poids maternel idéal à atteindre reste par contre, encore aujourd'hui, un sujet à controverse. Selon l'*Institute of Medicine*, ce gain de poids idéal serait de l'ordre de 12,5 à 18 kg pour une grossesse à terme en fonction du poids maternel avant la grossesse et du nombre de fœtus (Johnson et Yancey, 1996). Quant aux femmes obèses, soit celles ayant un indice de masse corporelle¹ supérieur à 29, le gain de poids recommandé serait autour de 7 kg avec un maximum de 11,5 kg. Les femmes les plus à risque seraient celles qui ne prennent que 10 kg et moins pendant leur grossesse, la proportion de naissances de petit poids étant alors trois fois supérieure à celle de la population générale (Chomitz et al., 1992). Chaque auteur rapporte une valeur différente au poids qu'il faut idéalement gagner pendant la grossesse, mais la plupart s'entendent pour un gain à l'accouchement d'environ 10 kg.

¹ Poids en kg divisé par la taille en mètre au carré.

Dans une revue de la littérature sur le sujet, Carmichael et Abrams (1997) ont revu 13 études ayant porté sur le gain de poids maternel au cours de la grossesse et la prématurité. Les auteurs concluent que le risque de donner naissance à un enfant avant terme augmente d'au moins 50 % si le gain de poids de la mère est insuffisant, surtout vers la fin de la grossesse.

Le Dispensaire diététique de Montréal et son projet appelé *OLO* (oeuf-lait-orange) a permis d'étudier l'efficacité des programmes de prévention du faible poids chez les nouveau-nés parmi la population défavorisée socioéconomiquement. Ils consistent en une distribution gratuite d'aliments aux futures mères parmi une population ciblée où l'incidence du petit poids à la naissance y est élevée. Grâce à ce genre de programme, le taux de faible poids à la naissance peut être réduit à moins de 5 % (ce qui est sous la moyenne québécoise de 6 %) pour une baisse de 50 % dans la population ciblée et rejointe (Dispensaire diététique de Montréal, 1990).

1.3.4 Les antécédents médicaux de la mère

La pathologie classiquement associée au retard de croissance intra-utérine est l'hypertension artérielle. On estime qu'une femme hypertendue a 20 % plus de risques d'avoir un bébé pesant moins de 2 500 grammes qu'une femme qui n'en souffre pas. En fait, toute anomalie du réseau vasculaire pouvant amener une diminution du flot utéro-placentaire peut causer une insuffisance pondérale chez le nouveau-né. Les maladies pulmonaires chroniques, les problèmes cardiaques et les maladies de l'hémoglobine, en réduisant l'oxygénation du sang maternel, diminuent aussi l'apport de ce nutriment au fœtus de façon variable selon la gravité de la maladie.

En ce qui concerne la prématurité, on évoque les anomalies utérines comme la cavité endométriale en forme de T qui augmenterait la prématurité à plus de 20 % (Herbst et al., 1980), alors que la présence d'un septum l'élèverait à 15 % (Heinonen et al., 1982). La présence de fibromes déformant de façon notable l'utérus serait aussi impliquée dans certains cas d'accouchement prématuré. L'incompétence cervico-isthmique reste une cause classique, bien que peu fréquente, de naissances prématurées quelle qu'en soit son étiologie propre (congénitale ou traumatique). Après un cerclage, on estime que le taux de naissances prématurées se situe autour de 30 % dans de pareils cas (Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1988).

1.3.5 Les infections maternelles

La vaginose bactérienne, surtout lorsque les bactéries de souches bactéroïdes sont en cause, serait directement impliquée dans le travail prématuré pour une proportion allant jusqu'à 30 % des cas (Gibbs et al., 1992). Certaines études parlent d'une augmentation du risque de prématurité de l'ordre de deux à trois fois lorsqu'une vaginose est diagnostiquée (MacDermott, 1995).

Newton et al. (1997) ont analysé les facteurs de risque associés à la chorioamniotite dans une étude prospective auprès de 936 patientes entre 1993 et 1994. Ils ont vérifié la présence de vaginose bactérienne au niveau vaginal et son association avec l'infection des membranes par la

suite. Ils constatent que la vaginose augmente le risque de chorioamniotite de façon significative (RR de 1,7). Pour d'autres auteurs, le fait d'avoir une vaginose bactérienne avant terme augmente le risque de chorioamniotite de plus de sept fois (Eschenbach, 1996). La difficulté diagnostique réside dans le faible taux de patientes symptomatiques, car environ 50 % des femmes atteintes ressentent des signes cliniquement décelables. Des chercheurs évaluent la prévalence de la vaginose bactérienne à environ 10 % chez les femmes enceintes (Hay et al., 1992).

Des bactéries, d'habitude peu virulentes, comme le *mycoplasma hominis* et l'*ureaplasma urealyticum*, seraient aussi impliquées dans certains cas de travail prématuré. Plusieurs auteurs ont étudié l'impact du traitement des patientes porteuses d'une de ces souches lors de la grossesse, mais les résultats sont contradictoires, tant en ce qui concerne le travail prématuré qu'en ce qui touche le petit poids à la naissance (Lewis et Mercer, 1995).

Le second type d'infection impliquée dans le travail prématuré et le petit poids à la naissance est celui de la filière urologique. Les pyélonéphrites sont associées à un risque de prématurité et de petit poids à la naissance deux fois supérieur à celui de la population obstétricale normale. Cette augmentation du risque se retrouve aussi chez les femmes ayant une infection urinaire (RR de 1,5 pour le petit poids à la naissance et de 1,6 pour le travail prématuré) (Schieve et al., 1994).

Dans la revue des dossiers obstétricaux faite à Cardiff, dans le comté de Wales, Meis et al. (1995) constatent une augmentation de 50 % des naissances prématurées parmi les femmes avec bactériurie asymptomatique n'ayant pas été traitées par des antibiotiques. Dans le cas des patientes atteintes de bactériurie asymptomatique, le danger pour la grossesse réside dans le taux élevé de progression en pyélonéphrite, car Elder et al. (1971) l'estiment à 16 %. Dans cette étude, les auteurs observent un taux de prématurité de l'ordre de 15 % chez les patientes avec bactériurie asymptomatique non traitée, alors que le taux est de 5 % chez les femmes ayant été traitées.

1.4 Les habitudes de vie

1.4.1 Le suivi prénatal

Dans une étude réalisée en France, Macquart-Moulin et al. (1992) notent que les femmes ayant accouché prématurément ou ayant eu un bébé de petit poids ont été deux fois moins suivies par l'équipe obstétricale lors de leur grossesse comparativement aux autres mères.

Dans leur étude sur les grossesses à l'adolescence, Ketterlinus et al. (1990) constatent que les futures mères âgées de moins de 15 ans sont celles qui consultent le plus tard pour leur suivi obstétrical, qui gagnent le moins de poids au cours de leur grossesse et qui présentent les plus hauts pourcentages de prématurité et de faible poids à la naissance. De même, Rodgers et al. (1996) ont revu l'impact des programmes d'aide prénatale offerts aux adolescentes enceintes en utilisant les informations contenues sur les certificats de naissance de l'État de la Caroline du Sud et celles que lui a fournies le *Resource Mothers Program*. Les facteurs confondants tels l'appartenance à un groupe ethnique, l'âge, le statut marital, le nombre et les grossesses

antérieures ont été pris en considération. Selon cette étude, les jeunes filles participant à un groupe d'aide (soutien social par l'entremise de membres de la communauté adéquatement formés en ce qui concerne la nutrition, les soins de l'enfant, les ressources communautaires, la communication) ont un taux de naissances prématurées moindre que celui des adolescentes n'ayant pas eu accès à cette ressource. De plus, elles ont consulté plus tôt lors de la grossesse et de façon plus régulière.

Hulsey et al. (1991), dans une étude portant sur 6 176 grossesses, associent l'absence de soins prénataux à la prématurité et au petit poids à la naissance. Les femmes ayant profité d'un suivi jugé inadéquat présentent ainsi un risque relatif de 1,91 d'accoucher avant 37 semaines de grossesse et un risque relatif de 1,46 que leur nouveau-né pèse moins de 2 500 grammes.

Il existe un consensus sur l'importance d'un suivi assidu et précoce au cours de la grossesse. L'intervention de professionnels auprès des femmes enceintes permet de détecter et de suivre, à défaut de corriger complètement, les problèmes pouvant se produire durant la gestation. Ce suivi permet de réduire l'impact de certains facteurs de risque sur lesquels une intervention est possible (nutrition, tabagisme, hypertension, consommation de drogues et d'alcool, etc.).

1.4.2 Le tabagisme

Le tabagisme maternel serait la cause la plus fréquemment associée au faible poids chez les nouveau-nés. Certaines études réalisées aux États-Unis identifient même le tabagisme comme étant la principale cause dans 20 % des naissances de petit poids. De multiples interventions visant à réduire le tabagisme chez la femme montrent que le fait de devenir enceinte amène jusqu'à 25 % des fumeuses à cesser de fumer, mais le succès du sevrage est dépendant de la quantité fumée avant la grossesse, de l'âge, de la scolarité et du revenu de la mère (Stewart et al., 1995).

Les impacts du tabagisme sur la grossesse sont multiples. On observe ainsi une augmentation des avortements spontanés au cours du premier trimestre, des naissances de petit poids, des décollements placentaires, des naissances prématurées, etc. Les mécanismes invoqués sont multifactoriels, car la nicotine est une substance vasoconstrictrice : par son effet sur la vasculature placentaire, elle réduit le flot utéro-placentaire. De plus, le monoxyde de carbone, en se liant à l'hémoglobine, réduit la quantité d'oxygène véhiculée par le sang.

On estime que les bébés nés de mères faisant usage du tabac peuvent peser jusqu'à 250 grammes de moins que les nouveau-nés issus de mères non fumeuses (Jacobson et al., 1994). Comme le risque de petit poids à la naissance est dépendant de la dose de nicotine consommée, on évalue la perte de poids à 11 grammes par cigarette fumée par jour durant la grossesse. Dans une publication, on affirme que le risque d'avoir un enfant de petit poids à la naissance augmente de 1,5 pour chaque dix cigarettes fumées par jour au cours de la grossesse (Armstrong et al., 1992). De plus, l'effet du tabagisme est plus dommageable si l'exposition à la fumée du tabac a surtout lieu pendant le troisième trimestre de grossesse. Par rapport à la normale, la perte de poids pour un nouveau-né dont la mère est fumeuse est en effet de 200 grammes au dernier tiers de la

grossesse contre 130 grammes pour le premier tiers (Lieberman et al., 1994). Les effets du tabagisme durant le dernier trimestre de la grossesse sont plus visibles, car il s'agit de la période de croissance maximale pour le fœtus.

Wen et al. (1990), dans une étude portant sur 15 539 naissances survenues entre 1983 et 1988 à Birmingham, observent que les bébés de mères consommatrices de tabac pèsent à terme 200 grammes de moins en moyenne que ceux des mères non fumeuses. Ils notent aussi que le manque à gagner dans le poids à la naissance est plus important lorsque la mère est plus âgée. En effet, chez les fumeuses de plus de 35 ans, cette différence de poids est de l'ordre de 300 grammes comparativement à une différence de 190 grammes chez les femmes âgées de 20 à 25 ans.

Le tabagisme passif est également responsable du retard de croissance chez les nouveau-nés mais, bien qu'une diminution du poids des bébés des mères soumises à la fumée secondaire soit observée, leur exposition est plus difficile à quantifier (Mathai et al., 1992). Il faut de plus retenir que le tabagisme serait lié à la prématurité de par son association avec l'anomalie de placentation qu'est le placenta praevia. En effet, Handler et al. (1994) mesurent un taux de placenta praevia deux fois plus élevé chez les fumeuses que celui de la population obstétricale générale. De plus, il existe un risque de décollement placentaire 1,9 plus élevé chez les mères fumeuses comparativement aux non-fumeuses, ce qui augmente aussi le risque de petit poids à la naissance et de prématurité.

Soulignons en terminant que le tabagisme est un des facteurs de risque les mieux connus dans la pathogénèse du faible poids à la naissance. De plus, il reste parmi les rares facteurs de risque sur lesquels il est possible d'intervenir de façon peu coûteuse.

1.4.3 La consommation de caféine

Certains auteurs ne rapportent aucune association entre le faible poids à la naissance et la consommation de caféine (Kurppa et al., 1983), le sujet restant encore au centre d'une controverse.

Selon Hinds et al. (1996), une forte consommation de caféine (300 mg et plus de caféine par jour) peut être responsable d'une diminution du poids du nouveau-né à l'accouchement et à un retard de croissance intra-utérine. La même étude révèle toutefois qu'une plus faible consommation de caféine (moins de 300 mg par jour) n'a pas d'effets concluants sur le poids du bébé et sa croissance. Le *United States Food and Drug Administration* recommande, pour sa part, de limiter la consommation quotidienne de caféine durant la grossesse à 300 mg (soit environ trois tasses de café par jour).

Dans une étude prospective de 3 891 dossiers obstétricaux entre 1980 et 1982, à Yale-New-Haven aux États-Unis, on révèle que 76,7 % des femmes consommaient de la caféine (thé, café, etc.). Par rapport aux femmes qui n'en font pas usage, les consommatrices de caféine ont un risque relatif d'avoir un nouveau-né de faible poids de 1,4 (intervalle de 0,7 et 3,0 avec un niveau

de confiance de 95 %) si elles ingèrent moins de 150 mg de caféine par jour. Ce risque passe à 2,3 (intervalle de 1,1 à 5,2 avec un niveau de confiance de 95 %) pour celles qui exposent leur bébé à des doses comprises entre 151 et 300 mg par jour. Quant à celles qui boivent plus de 300 mg de caféine quotidiennement, le risque de petit poids à la naissance grimpe à 4,6 (intervalle de 2,0 à 10,5 avec un niveau de confiance de 95 %). La diminution moyenne du poids des nouveau-nés est de 105 grammes dans ce dernier groupe (Martin et Bracken, 1987).

Vlajinac et al. (1997) ont interrogé 1 011 parturientes sur leur consommation de caféine durant la grossesse. Les auteurs notent que le poids moyen des bébés à la naissance a diminué de 100 grammes chez les femmes buvant plus de 70 mg de caféine par jour. Cette étude tenait compte de l'effet du tabagisme sur la diminution de poids des nouveau-nés.

Mills et al. (1993), dans une revue de 431 dossiers de patientes, ont évalué l'impact de la consommation de caféine durant les 21 premiers jours suivant la conception. Ils en concluent que la consommation modérée de caféine, dès les premiers jours de la vie embryonnaire, ne représente pas un facteur de risque pour le retard de croissance lorsque l'on tient compte des facteurs confondants comme le tabagisme.

1.4.4 La consommation d'alcool

Les résultats d'une enquête menée aux États-Unis montrent que 25 % des femmes enceintes continuent à consommer de l'alcool au cours de leur grossesse et que 3 % d'entre elles boivent plus de cinq consommations par jour (Day et al., 1993). De plus, celles qui continuent à boire ne diminuent pas leur consommation même si elles savent qu'elles sont enceintes (Chomitz et al., 1992).

On s'inquiète de la consommation d'alcool durant la grossesse parce qu'elle est associée au syndrome d'alcoolisme foetal. Celui-ci, responsable de retards de croissance et de déficits intellectuels, est parmi les problèmes de santé des nouveau-nés les plus souvent identifiés en Amérique du Nord (Association médicale canadienne, 1993). Il s'agit d'un syndrome qui peut être associé au retard de croissance prénatale et postnatale, à la déficience intellectuelle, aux troubles de comportement et au dysmorphisme facial. Aux États-Unis, son incidence est estimée entre 0,43 et 3,1 par 1 000 naissances vivantes (Osborn et al., 1993). C'est la toxicité de l'éthanol et de ses dérivés, dont l'acétaldéhyde, sur le fœtus qui en serait la cause. De plus, de multiples malformations résultent de la consommation d'alcool durant la période périconceptionnelle et durant l'embryogenèse : cardiaques, neurologiques, génito-urinaires, hépatiques et crânio-faciales (Ernhart et al., 1987). Stromland et Hellstrom (1996) se sont pour leur part penchés sur les complications ophtalmiques reliées au syndrome d'alcoolisme foetal. Ils rapportent des anomalies de la chambre antérieure ainsi que des glaucomes, des cataractes, des anomalies du nerf optique et de la rétine. Ces anomalies peuvent être persistantes bien que stables avec les années.

On s'est beaucoup interrogé sur la dose minimale nécessaire pour avoir une atteinte foetale. Certains auteurs ont rapporté des doses très élevées. C'est le cas notamment de Marbury et al.

(1983) qui ont interviewé 12 440 femmes sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse, le poids de leur bébé à la naissance et l'âge gestationnel à l'accouchement. En combinant ces informations, ils constatent qu'il n'y a pas de complication pour le fœtus si la future mère ingurgite moins de 15 consommations d'alcool par semaine, sauf en ce qui concerne le risque accru de décollement placentaire. Pour d'autres, le seuil le plus souvent cité serait de l'ordre de trois onces d'alcool absolu par jour au cours de la grossesse (une once d'alcool absolu correspond à une once d'alcool à 100 %). Malgré cela, il est recommandé de ne pas consommer d'alcool durant la période de gestation puisque toute dose amène un certain risque pour le fœtus (United States Food and Drugs Administration, 1981).

Divers auteurs ont démontré un lien entre le retard de croissance et l'exposition à l'éthanol. On évalue ainsi la diminution de poids à la naissance entre 160 et 200 grammes selon les études (Mills et al., 1984). Parmi les buveuses de plus de deux verres par jour, l'incidence des bébés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance serait de 33 % (Virji, 1991). Le risque d'avoir un bébé de petit poids à la naissance est 13 % plus élevé chez les buveuses de plus de six verres d'alcool par jour (Day et al., 1993).

Mills et al. (1984) rapportent que les bébés nés de femmes consommant plus de trois verres d'alcool par jour pèsent en moyenne 165 grammes de moins à la naissance que les autres bébés. Avec la consommation d'un seul verre d'alcool par jour, le risque d'une naissance de faible poids est par contre nul. Cette étude, comprenant 34 660 dossiers obstétricaux ouverts entre 1974 et 1977, repose sur les données du *National Health Institute*.

L'exposition du fœtus à l'alcool a des effets à long terme puisque l'on retrouve un périmètre crânien diminué et ce, de façon persistante avec les années, chez les enfants de mères buveuses. Des troubles du comportement seraient également causés par l'exposition in-utéro à l'éthanol (Coles, 1993). Ce genre d'études demeure toutefois difficile à réaliser, car l'impact du milieu de vie sur le développement de l'enfant est certainement responsable des déficits qu'il peut présenter.

Bref, même s'ils présentent parfois des données très différentes, les chercheurs s'entendent sur les effets néfastes que peut provoquer l'alcool consommé durant la grossesse. Toutefois, l'alcool tout comme le tabac, fait partie des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir de façon efficace afin d'obtenir des résultats tangibles.

1.4.5 L'usage de drogues

L'usage de drogues est associé à certaines habitudes de vie tels le tabagisme, la mauvaise alimentation, un faible revenu et l'absence de soins prénataux. Il est difficile d'obtenir des chiffres de consommation réelle, les femmes enceintes avouant encore moins que les autres leur consommation. De plus, les mères peuvent consommer plusieurs substances (drogues, médicaments, alcool), ce qui rend l'étude de leur impact sur la grossesse et le fœtus encore plus difficile (Dattel, 1990). On estime que jusqu'à 5 % des malformations fœtales seraient dues à la consommation de substances illicites.

♦ La marijuana

On estime qu'environ 10 % des femmes en âge de procréer ont consommé de la marijuana au cours de l'année précédant le début d'une grossesse. En 1990, lors d'une enquête épidémiologique couvrant surtout les grands centres urbains américains, jusqu'à 17 % des femmes enceintes avouaient consommer de la marijuana durant la grossesse (National Institute on Drug Abuse, 1991).

Les effets de la marijuana sur la grossesse restent encore mal connus, mais certains auteurs rapportent une différence de poids de l'ordre de 100 grammes chez les bébés nés à terme de consommatrices (Hingson et al., 1982 ; Zuckerman et al., 1989). La preuve d'un lien étroit reste toutefois encore à faire, car la présence de facteurs confondants a été mal évaluée. C'est le cas notamment de la consommation concomitante d'alcool et de tabac, de la sous-alimentation et des caractéristiques sociodémographiques de la femme enceinte consommatrice.

♦ La cocaïne

Le *National Institute on Drug Abuse* (1991) évalue que de 1 % à 2 % des femmes enceintes aux États-Unis consomment de la cocaïne. Cette substance a un effet vasoconstricteur puissant et modifie la fonction placentaire. Celle-ci serait directement impliquée dans les retards de croissance intra-utérine. En effet, on note une diminution du poids foetal à la naissance de l'ordre de la centaine de grammes chez les bébés nés de mères qui consommaient de la cocaïne durant leur grossesse. Glantz et Woods (1993), dans une revue de la littérature, notent une perte de poids de l'ordre de 250 grammes chez les bébés nés à terme de femmes consommatrices de cocaïne. On explique cette diminution du poids par la modification du flot sanguin utéro-placentaire amenant à un certain degré d'hypoxie foetale et ce, de façon chronique. Par ailleurs, la cocaïne est une substance anorexigène, qui réduit l'ingestion d'aliments nécessaires au développement du fœtus durant la grossesse (Glantz et Woods, 1993). On signale que jusqu'ici 30 % des enfants nés de toxicomanes ont, par le fait même, des retards de croissance (Bateman et al., 1993).

Il existe aussi une forte association entre la consommation de cocaïne et la prématurité. Gillogley et al. (1990), dans une étude réalisée auprès de 139 cocaïnomanes, calculent un taux de prématurité de l'ordre de 25 %. Bateman et ses collègues (1993) observent, pour leur part, un taux de prématurité de 32 % chez les bébés de mères cocaïnomanes.

Les femmes consommant de la cocaïne durant leur grossesse sont cinq fois plus à risque de décollement placentaire que la population non toxicomane et ce, probablement à cause de l'hypertension artérielle que la cocaïne provoque (Acker et al., 1983). Les conséquences d'un décollement chronique sont le décollement massif pouvant mener à la mort foetale, au retard de croissance et à la souffrance foetale. La cocaïne a un effet vasoconstricteur sur les vaisseaux sanguins du fœtus amenant, entre autres choses, une diminution du flot sanguin au niveau cérébral.

Pour sa part, Singer et al. (1994) se sont interrogés sur les complications neurologiques à la naissance des enfants nés de mères cocaïnomanes. Les auteurs notent que les bébés de petit poids nés de consommatrices de cocaïne ont plus d'hémorragies intra-ventriculaires que les nouveau-nés de petit poids dont la mère ne consommait pas de cocaïne. Certains auteurs constatent également une diminution du périmètre crânien chez les nouveau-nés (de l'ordre de 0,7 cm) avec une fréquence plus élevée de signes radiologiques d'atteinte des structures internes (Bateman et al., 1993). La cocaïne serait aussi impliquée dans des troubles du développement chez l'enfant et ce, même si la consommation a été limitée aux trois premiers mois de la grossesse (Dattel, 1990). Par ailleurs, la cocaïne consommée durant le premier trimestre de la grossesse serait responsable d'une augmentation du taux d'avortements spontanés.

◆ Les opiacés

Des substances tels l'héroïne, la morphine, la méthadone, la mépéridine et le fentanyl font partie de la famille des opiacés. Le risque de petit poids à la naissance est connu de longue date chez les bébés de consommatrices d'une de ces substances, car le poids moyen de leurs bébés est de 2 550 grammes contre 3 240 grammes dans le groupe contrôle (Glantz et Woods, 1993). De plus, on a déjà relevé la présence d'un plus haut taux de naissances prématurées chez les mères toxicomanes. On évoque ainsi le plus souvent une incidence deux fois plus forte que celle observée pour l'ensemble de la population.

La littérature fait également état du syndrome de sevrage observé chez les nouveau-nés dont la mère a consommé de l'héroïne durant le troisième trimestre de sa grossesse (Robins et Mills, 1993). Les symptômes associés à ce syndrome sont les larmoiements, les suées, le nez congestionné, la fièvre, l'irritabilité et, finalement, les tremblements pouvant même se transformer en convulsions. Ces symptômes apparaissent au cours des dix premiers jours suivant la naissance et sont transitoires.

De plus, rappelons que la consommation d'opiacés par voie intraveineuse ouvre la porte à diverses infections tels le VIH et les hépatites. Celles-ci provoquent une dégradation de l'état général de santé de la mère, ce qui n'est pas sans effet sur le fœtus (risque de transmission virale).

1.4.6 Le stress psychologique

Le stress psychologique est un facteur de risque qui a été étudié par Hedegaard et al. (1993) sur 5 872 grossesses. Ils observent une augmentation des naissances prématurées chez les femmes soumises à des stress psychologiques dans le dernier tiers de la grossesse. Bien que ce facteur soit difficile à évaluer, d'autres auteurs confirment cette tendance (Peacock et al., 1995). Nordentoft et al. (1996) ont aussi évalué l'impact des stressseurs psychologiques sur 2 432 grossesses et ils constatent que le travail prématuré est associé à une augmentation de près du double (RR de 1,9) chez les patientes soumises à divers stress.

Le niveau de stress social subi par les femmes enceintes a été analysé par Mutale et al. (1991). Ils constatent que la prématurité antérieure et les difficultés dans la vie personnelle des femmes enceintes sont les deux marqueurs principaux de la prématurité. Quant au petit poids, il se retrouve surtout dans le groupe de femmes ayant déjà eu un enfant de petit poids à la naissance et chez celles présentant des troubles de nature psychiatrique et une absence de soutien social.

Oakley et al. (1990) ont recruté, entre 1986 et 1987, 509 femmes ayant déjà eu une naissance de petit poids. Un soutien social, avec écoute téléphonique 24 heures sur 24 et des visites à domicile de sages-femmes formées pour faire un suivi en cas de problème social, a été offert dès la sixième semaine de grossesse. Les bébés de mères ayant reçu du soutien social pesaient en moyenne 40 grammes de plus que ceux des autres femmes. L'expérience de la grossesse et de l'accouchement a mieux été vécue par les femmes profitant d'un soutien social que par celles du groupe contrôle.

1.5 Conclusion

Même si la revue de la littérature précédente ne se voulait pas exhaustive, les lecteurs ont été à même de constater qu'il existe de nombreux facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance. Dans certains cas, les interventions préventives peuvent réduire l'incidence de la prématurité et du petit poids à la naissance sans pour autant éliminer ces facteurs de risque (ex. : antécédents de prématurité, problèmes de santé, etc.), alors que pour d'autres, les interventions peuvent éliminer ou diminuer l'impact des facteurs de risque. Le tabagisme, la mauvaise alimentation ainsi que la consommation de drogues et d'alcool en sont quelques exemples.

En continuité avec les informations présentées précédemment, le chapitre suivant rend compte des résultats de l'enquête menée au CHRDL en 1997-1998. Il permettra aux lecteurs de vérifier si les principaux facteurs de risque identifiés influencent l'incidence de la prématurité et du petit poids à la naissance dans Lanaudière.

CHAPITRE 2

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

2.1 Introduction

Outre une section réservée aux aspects méthodologiques inhérents à la tenue de l'enquête, ce chapitre comporte deux autres sections d'importance. La première de celles-ci, essentiellement descriptive, regroupe les sous-chapitres 2.3 à 2.7 où sont abordés les éléments suivants : les caractéristiques des répondantes ainsi que des pères, les habitudes de vie des mères, leur période prénatale, leur accouchement et les caractéristiques de leurs nouveau-nés. La dernière section (sous-chapitres 2.8 à 2.10) se veut plus analytique alors qu'elle établit les liens entre les facteurs de risque couverts par l'enquête, d'une part, et la prématurité et le petit poids à la naissance, d'autre part.

2.2 Les aspects méthodologiques

Comme les données généralement accessibles dans le Fichier des naissances envoyé par le MSSS ne comprennent pas une grande quantité de variables relatives aux facteurs de risque (il n'y a pas de données sur les habitudes de vie, par exemple), il a été convenu de procéder à une collecte de données par le biais d'une enquête. Afin d'avoir un corpus de données le plus précis possible et suffisamment grand, il a été décidé de rejoindre une majorité des mères de la MRC de Joliette et une partie des mères des MRC avoisinantes ayant accouché au cours d'une période de deux ans. Il s'agissait en fait de recueillir des informations auprès d'un échantillon d'au moins 2 000 mères.

2.2.1 La collecte de données

Puisque la plupart des femmes de la MRC de Joliette accouchent au CHRDL (92 % en 1989-1993), ce centre hospitalier constituait le lieu idéal de collecte d'informations (Guillemette, 1996). Comme le CHRDL dessert aussi la population de la MRC de Matawinie (80 % des mères y accouchent), de la MRC D'Autray (57,9 %) et d'une partie de la MRC de Montcalm (35,7 %), le choix de ce lieu de collecte de données avait également l'avantage de permettre la comparaison entre territoires (les questionnaires complétés par les femmes de la MRC de Joliette pouvaient ainsi être comparés à ceux des mères des autres MRC Lanaudoises).

Pour ce faire, un questionnaire a été distribué à toutes les femmes qui ont accouché au CHRDL du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 1998 inclusivement¹. Celui-ci était remis aux mères en même temps que les autres documents administratifs (formulaire de déclaration de naissance SP-1, etc.) par une secrétaire du Service d'obstétrique lors de leur séjour au centre hospitalier². Une fois

¹ Il était initialement prévu d'étendre la collecte de données sur une période de trois ans (1997-1999), mais il a été jugé préférable de réduire celle-ci à deux ans afin de pouvoir rendre compte des résultats de la recherche plus rapidement. Les responsables du projet considéraient également que le nombre de mères participantes (plus de 2 000) était déjà suffisant pour permettre la réalisation des objectifs cités en introduction. Il n'est toutefois pas exclu de reprendre l'enquête en 2002-2003 afin de vérifier si la prématurité, le petit poids à la naissance et les facteurs de risque qui y sont associés sont toujours aussi présents dans Lanaudière.

² Un exemplaire de la lettre de présentation du projet de collecte de données distribuée aux mères ciblées par l'enquête est présenté à l'annexe 1.

remplis par les mères, les questionnaires, cachetés dans une enveloppe, étaient déposés dans une boîte réservée à cet effet. La confidentialité des informations recueillies était assurée en tout temps.

Un questionnaire a aussi été envoyé par la poste aux mères qui devaient accoucher au CHRDL mais qui ont été transférées vers un autre centre hospitalier, Ste-Justine, en particulier¹, pour des raisons médicales (ex. : prématurité sévère du nouveau-né). Les questionnaires complétés devaient ensuite être renvoyés dans une enveloppe-réponse au Service d'obstétrique du CHRDL. Une quinzaine de questionnaires ont ainsi été postés à des mères.

Le questionnaire développé pour les fins de l'enquête² s'inspire d'un questionnaire similaire déjà utilisé par le Département de santé communautaire (DSC) de l'hôpital Ste-Justine. Il a évidemment été adapté à la réalité de Lanaudière et aux besoins non moins spécifiques du projet de recherche. Le questionnaire a fait l'objet d'une évaluation auprès de professionnels de la collecte de données et il a subi un prétest concluant auprès d'une vingtaine de mères.

2.2.2 Les taux de couverture et de non-réponse partielle

De 1997 à 1998, 2 020 femmes ont rempli les questionnaires qui leur avaient été distribués (tableau 1). Puisqu'un certain nombre d'entre elles ont donné naissance à des jumeaux ($n = 14$), un total de 2 034 questionnaires ont été retournés par les mères (celles-ci devaient en effet compléter un questionnaire par enfant). En 1997, 1 032 mères ont participé à l'enquête (1 038 naissances) comparativement à 988 en 1998 (996 naissances). Parmi ces 2 020 mères, neuf ont été rejointes par le courrier (10 naissances).

Sur l'ensemble des naissances ciblées ($n = 2\,313$), 2 034 font partie de l'échantillon pour un taux de couverture très acceptable de 87,9 % pour une enquête de ce genre. En 1998, le taux de couverture atteignait un sommet à 93 % alors qu'en 1997, il s'est abaissé à 83,2 %³. Parmi les 15 questionnaires envoyés par le courrier, dix ont été renvoyés pour un taux de couverture de 66,7 %.

¹ Pour assurer la confidentialité relative aux coordonnées des mères, le Service des archives du CHRDL a envoyé les questionnaires aux mères. Donc, en aucun moment, les auteurs du présent document n'ont été en contact avec les mères.

² Un exemplaire du questionnaire utilisé pour l'enquête au CHRDL est présenté à l'annexe 2.

³ La raison ou les raisons de cette diminution du taux de couverture entre 1997 et 1998 ne sont pas connues avec précision. Le déménagement du Service d'obstétrique au cours de l'année 1998, avec toute la réorganisation que cela exige, pourrait en être la principale raison. Il semble également que le taux de réponse des mères ait été plus faible durant les fins de semaine et durant les périodes de vacances en raison des changements du personnel.

Tableau 1
Nombre de participantes, nombre de naissances et taux de couverture,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	1997	1998	1997-1998
Mères participantes (N)	1 032	988	2 020
Naissances dans l'échantillon (N)	1 038	996	2 034
Naissances compilées au CHRDL (N)	1 110	1 188	2 298
Naissances hors-CHRDL (N)	6	9	15
Naissances ciblées (N)	1 116	1 197	2 313
Taux de couverture (%)	93,0	83,2	87,9

Note : En 1997, trois des six questionnaires envoyés par la poste ont été retournés (taux de couverture de 50 %), alors que sept sur neuf l'étaient en 1998 (77,8 %).

Les questionnaires remis par les participantes ont, pour la plupart, été entièrement remplis, car le taux de non-réponse partielle est resté généralement très faible (tableau 2). En fait, seule la question relative au périmètre crânien des nouveau-nés semble avoir fait hésiter plusieurs mères avec un taux de non-réponse de 35,1 %. Cette question a donc tout simplement été abandonnée lors de l'analyse des données¹. Pour la majorité des autres questions, le taux de non-réponse partielle demeure en deçà de 5 %. En fait, seules les questions portant sur le type de médicaments consommés (6,8 % pour les médicaments prescrits et 5,3 % pour les médicaments non prescrits) et la nature des problèmes de santé avant la grossesse (7,3 %) ont des taux de non-réponse partielle qui dépassent cette limite.

¹ D'autres questions, présentes dans le questionnaire, ne sont également pas abordées dans ce rapport. L'imprécision des informations recueillies explique cette décision.

Tableau 2
Taux de non-réponse partielle par question,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

Question	Taux de non-réponse %
Partie 1 : Identification de la mère	
Q1 : Âge de la mère	0,4
Q2 : Municipalité de résidence de la mère	1,4
Q3 : Lieu de naissance de la mère	1,0
Q4 : Statut matrimonial actuel de la mère	0,6
Q5 : Mode de vie de la mère	1,1
Q6 : Principale source de revenus de la mère	0,8
Q7a : Travail rémunéré au début de la grossesse	0,5
Q7b : Titre d'emploi de la mère	2,0
Q7c : Type de travail occupé par la mère	1,0
Q7d : Horaire de travail de la mère	1,1
Q7e : Demande de retrait préventif	1,2
Q7f : Réaffectation à une autre tâche	1,5
Q7g : Nombre de semaines de grossesse à l'arrêt de travail	3,6
Q8 : Scolarité de la mère	3,3
Partie 2 : Identification du père du nouveau-né	
Q9 : Père vit avec la mère	0,9
Q10 : Âge du père	0,8
Q11 : Lieu de naissance du père	1,8
Q12 : Principale source de revenus du père	1,3
Q13 : Titre d'emploi du père	3,9
Q14 : Scolarité du père	4,8

Tableau 2 (suite)
Taux de non-réponse partielle par question,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

Question	Taux de non-réponse %
Partie 3 : Histoire prénatale	
Q15 : Taille de la mère	3,4
Q16 : Poids de la mère avant la grossesse	1,7
Q17 : Poids de la mère juste avant d'accoucher	2,0
Q18a : Consommation de vitamines	0,6
Q18b : Type de vitamines consommées	4,3
Q19 : Médicaments consommés durant la grossesse	3,9
Q20 : Type de médicaments prescrits	6,8
Q21 : Type de médicaments non prescrits	5,3
Q22 : Tabagisme durant les 12 mois avant la grossesse	0,9
Q23a : Tabagisme durant la grossesse	0,5
Q23b : Nombre de cigarettes fumées par jour	4,6
Q24 : Tabagisme durant toute la grossesse	0,8
Q25 : Moment de l'arrêt du tabagisme durant la grossesse	1,4
Q26 : Exposition à la fumée de cigarette au travail	2,1
Q27 : Exposition à la fumée de cigarette au domicile	0,6
Q28a : Consommation de caféine	0,4
Q28b : Quantité de café régulier consommé	2,0
Q28c : Quantité de café décaféiné consommé	1,8
Q28d : Quantité de thé consommé	1,8
Q28e : Quantité de chocolat consommé	2,7
Q28f : Quantité de cola consommé	2,8
Q29a : Consommation d'alcool	0,7
Q29b : Quantité de bière consommée	2,7
Q29c : Quantité de vin consommé	2,6
Q29d : Quantité de boisson forte consommée	2,5
Q30a : Consommation de drogues	0,6
Q30b : Type de drogues consommées	0,9
Q31 : Problèmes de santé durant l'année avant la grossesse	7,3
Q32 : Problèmes de santé durant la grossesse	4,5
Q33 : Consultation d'un professionnel de la santé	0,4
Q34 : Moment de la première visite auprès d'un professionnel	1,3

Tableau 2 (suite)
Taux de non-réponse partielle par question,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

Question	Taux de non-réponse %
Partie 3 : Histoire prénatale (suite)	
Q35 : Endroit des visites médicales	1,2
Q36 : Cours prénataux	0,5
Q37 : Suppléments alimentaires	1,4
Q38a : Consultation auprès d'une diététiste	0,6
Q38b : Nombre de consultations auprès d'une diététiste	2,2
Partie 4 : Histoire obstétricale	
Q39 : Nombre de grossesses	1,7
Q40 : Nombre d'enfants nés vivants	1,7
Q41 : Nombre de fausses couches	2,0
Q42 : Nombre d'interruptions volontaires de grossesse	1,8
Partie 5 : Accouchement	
Q43 : Durée de la grossesse	2,1
Q44 : Type d'accouchement	0,9
Q45 : Cause de la césarienne	1,3
Q46 : Type de naissance	0,6
Partie 6 : Identification du bébé	
Q47 : Date de naissance du bébé	0,0
Q48 : Sexe du bébé	0,4
Q49 : Périmètre crânien du bébé	35,1
Q50 : Poids du bébé	0,6
Q51 : Taille du bébé	2,9
Q52a : Problème de santé chez le bébé	0,4
Q52b : Type de problèmes chez le bébé	1,4
Q53 : Soins urgents d'un pédiatre	0,9
Q54 : Transfert du bébé vers un autre centre hospitalier	0,9
Q55 : Centre hospitalier où le bébé a été transféré	0,9

2.2.3 La qualité des informations recueillies

♦ La représentativité de l'échantillon

En raison du taux de couverture élevé (87,9 %), il est permis de supposer que l'échantillon retenu pour les fins de l'analyse est représentatif de l'ensemble des mères qui ont accouché au CHRDL en 1997-1998. Rien ne laisse entrevoir, en effet, que c'est seulement une catégorie spécifique de mères qui ont refusé de participer à l'enquête. L'analyse des caractéristiques démographiques, sociales et économiques des mères participantes montre d'ailleurs qu'elles sont issues de toutes les couches de la population. Il faut malheureusement se limiter à cette seule constatation, car la non-disponibilité de données comparables provenant d'autres sources empêche de toute façon un examen plus approfondi de la représentativité de l'échantillon¹.

♦ La précision des informations

La qualité des informations recueillies a été vérifiée systématiquement à l'aide du logiciel SPSS. Le croisement des variables a ainsi contribué à repérer et à corriger, le cas échéant, toutes les réponses incohérentes résultant d'erreurs de codification ou de saisie et de mauvaises réponses². Pour les cas où une correction s'avérait impossible, un code de non-réponse a tout simplement été substitué à la réponse incohérente. La validation des réponses s'est limitée à ce genre d'intervention, car il n'y a pas eu de retour effectué auprès des répondantes (la confidentialité des données empêchait une validation de ce genre).

Cette validation a démontré que les données recueillies étaient, dans l'ensemble, d'une grande qualité. Il ressort toutefois de cet exercice qu'un certain nombre de questions n'ont pas toujours eu les réponses attendues. Voici d'ailleurs un relevé exhaustif des questions où des incohérences ont été retracées :

- ◇ Il n'y a pas toujours cohérence entre le mode de vie déclaré (mère vit seule, avec un conjoint, etc.) et la présence ou non du père du nouveau-né auprès de la mère. Malgré l'apparente incohérence des informations, aucune modification n'a été apportée aux données, car il est possible que pour certains de ces cas, le père du nouveau-né ne vive effectivement pas avec la mère même si elle déclare vivre avec son conjoint. Les cas de ce genre sont de toute façon statistiquement négligeables, car ils sont rares dans la banque de données.
- ◇ Quelques mères ont fort probablement confondu leur principale source de revenus avec celle du père du nouveau-né (elles considéraient plutôt la principale source de revenus de la famille). De plus, certaines mères n'ont pas toujours déclaré leur principale source de

¹ Au moment de la rédaction de ce rapport, le Fichier des naissances de l'année 1997 produit par le MSSS n'était pas encore disponible. En raison de sa couverture exhaustive des événements, ce fichier aurait assuré une comparaison des caractéristiques des mères de l'échantillon avec celles de l'ensemble des mères ayant accouché au CHRDL en 1997.

² Ce genre de test n'a évidemment pas assuré le repérage des réponses erronées mais cohérentes. Puisque les erreurs de codification ou de saisie étaient plutôt rares et que les questions posées aux mères étaient relativement simples, on peut supposer que le fichier de données comporte un nombre relativement restreint et statistiquement peu significatif de données imprécises.

revenus en privilégiant plutôt leur dernière source de revenus (ex. : revenus provenant de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et non de l'employeur).

- ◇ La question relative au secteur d'activité dans lequel travaillaient les mères et les pères a donné lieu à des réponses généralement fort imprécises. Cette question a tout simplement été abandonnée.
- ◇ À la question relative à la demande de retrait préventif, un certain nombre de mères ont considéré indifféremment la demande de retrait avec le retrait effectif. Ainsi, des mères ont, selon toute vraisemblance, répondu négativement à la question même si elles avaient fait une demande de retrait préventif. En raison de cette imprécision, la question n'est pas considérée dans ce rapport.
- ◇ Le niveau de scolarité des mères et des pères n'est pas nécessairement précis à l'année près, car certaines personnes ont probablement eu de la difficulté à convertir avec justesse leur diplôme en années de scolarité. Il faut ainsi supposer qu'un certain nombre de répondantes risquent d'avoir associé un diplôme d'études secondaires avec 12 ans de scolarité alors que pour les personnes âgées de moins de 40 ans, il faut plutôt parler de 11 ans de scolarité.
- ◇ Quelques mères ont été incapables de spécifier le nom des médicaments prescrits qu'elles ont consommés durant leur grossesse. D'autres ont confondu les médicaments prescrits avec les médicaments non prescrits et les vitamines. Lorsque la situation le permettait, des corrections ont été apportées aux réponses, alors que pour les autres cas, un code de non-réponse a été appliqué.
- ◇ Les réponses relatives à la consommation de caféine et d'alcool durant la grossesse n'ont pas toujours été données avec précision (quelques fois, occasionnellement, moins de cinq par semaine, de un à trois par jour, de temps en temps, etc.). En fait, il semblait difficile aux mères de se rappeler les quantités consommées au cours des neuf mois de leur grossesse. C'est pour cette raison que les quantités de caféine et d'alcool consommés par les mères ne sont abordées que très superficiellement dans le présent document.
- ◇ À la question portant sur les problèmes de santé ressentis par les mères au cours de l'année précédant leur grossesse, certaines mères pourraient avoir répondu par l'affirmative alors qu'elles faisaient plutôt référence à des problèmes ressentis au cours de la grossesse. Cette question n'a pas été retenue pour les fins de la présente analyse compte tenu des imprécisions qui pourraient en résulter.
- ◇ Quant aux problèmes de santé déclarés durant la grossesse, il semble que les mères ne leur ont pas toutes donné la même définition. Pour certaines mères, les nausées en début de grossesse, les maux de tête et les varices ont été considérés comme étant des problèmes de santé (ce qui peut effectivement être le cas), alors que d'autres ne l'ont pas fait. Il faut donc considérer que la prévalence des problèmes de santé ressentis par les mères durant la grossesse, si on leur accorde un sens large, a été sous-estimée.
- ◇ Les données laissent également supposer qu'il y a une surestimation du nombre de mères qui ont suivi des cours prénataux au cours de leur dernière grossesse, car un certain nombre d'entre elles pourraient avoir répondu en considérant l'ensemble de leurs grossesses (il faut reconnaître que la question ne faisait pas explicitement référence à la dernière grossesse).

L'imprécision des réponses recueillies a toutefois été contournée en ne considérant que les mères primipares.

- ◇ La question relative aux suppléments alimentaires reçus durant la grossesse (programme *OLO*, par exemple), n'a pas été comprise par toutes les femmes. Il ressort en effet que certaines d'entre elles aient répondu par l'affirmative, alors qu'elles n'ont peut-être pris que des vitamines ou suivi une diète spécifique. Cette question a donc été abandonnée au moment de l'analyse des résultats.
- ◇ La validation des données a aussi révélé que le nombre de grossesses déclarées par les mères n'était pas toujours égal à la sommation des naissances vivantes, des fausses couches et des interruptions volontaires de grossesse. Ce manque de correspondance s'explique en partie par les cas de naissances multiples (deux naissances pour une seule grossesse), mais il semble aussi s'expliquer par le fait que des mères n'ont pas fait la différence entre une naissance vivante et une grossesse. Puisque le nombre de réponses incohérentes était relativement faible et parce qu'il était impossible de différencier les erreurs des bonnes réponses (dans les cas de grossesses multiples antérieures), les données n'ont pas été modifiées.
- ◇ Enfin, la question portant sur le périmètre crânien des nouveau-nés a tout simplement été abandonnée en raison d'un taux de non-réponse beaucoup trop élevé (35,1 %).

2.2.4 La présentation des résultats

La plupart des résultats présentés dans ce document le sont sous forme de pourcentages. Dans certains cas toutefois, un risque relatif a été calculé afin de mieux rendre compte de l'impact que peuvent avoir certains facteurs de risque sur la prématurité et le faible poids à la naissance. Le risque relatif est calculé comme suit (Bernard et Lapointe, 1987) :

$RR = \frac{P_1}{P_0}$		RR= Risque relatif P_0 = Pourcentage, sans exposition au facteur de risque P_1 = Pourcentage, exposition au facteur de risque
------------------------	---	--

Si le RR est égal à 1,00, on peut déduire qu'il n'y a pas de lien entre le facteur de risque et la prématurité ou le petit poids à la naissance. Si le RR est inférieur à 1,00, cela signifie que le facteur de risque est plutôt un facteur de protection contre l'un ou l'autre de ces problèmes périnataux, alors que s'il est supérieur à 1,00, la situation est inverse. À titre d'exemple, un risque relatif de 2,00 pour un facteur de risque donné signifie que le nouveau-né a deux fois plus de probabilités d'être prématuré ou de petit poids qu'un bébé non exposé au même facteur de risque.

Afin de s'assurer de la présence ou non d'un risque relatif significativement plus élevé, un intervalle de confiance (IC) a été calculé pour tous les risques relatifs ($p \leq 0,05$). L'équation suivante a permis le calcul de l'intervalle de confiance (Bernard et Lapointe, 1987) :

$IC = RR e^{\pm 1,96 \sqrt{\frac{c}{aN_1} + \frac{d}{bN_0}}}$	IC = Intervalle de confiance
	RR = Risque relatif
	a = Nombre de personnes atteintes dans la population exposée au facteur de risque
	b = Nombre de personnes atteintes dans la population non exposée au facteur de risque
	c = Nombre de personnes saines dans la population exposée au facteur de risque
	d = Nombre de personnes saines dans la population non exposée au facteur de risque
	N_0 = Effectif de la population non exposée au facteur de risque
	N_1 = Effectif de la population exposée au facteur de risque

Si l'intervalle de confiance englobe la valeur 1,00 (ex. : RR de 0,95 avec un intervalle de 0,80 à 1,20 ou RR de 1,05 avec un intervalle de 0,90 à 1,25), il faut déduire que les données utilisées ne permettent pas d'établir une relation statistiquement significative entre un facteur de risque donné et la prématurité ou le petit poids à la naissance.

2.3 Les caractéristiques des mères et des pères

2.3.1 Les caractéristiques démographiques

L'âge moyen des 2 020 mères de l'échantillon se situe à 27,4 ans tandis que celui des pères, un peu plus élevé, s'établit à 30,4 ans. L'âge plus avancé des pères se traduit par des différences parfois importantes en fonction des groupes d'âge. Ainsi, parmi les mères, 6,8 % sont âgées de moins de 20 ans, alors que c'est le cas pour seulement 1,7 % des pères (tableaux 3 et 4)¹. À l'autre extrémité des tranches d'âge, 26 mères sont âgées de 40 ans et plus (1,3 %) alors que c'est le cas de 117 pères (6,2 %). Les effectifs les plus nombreux chez les mères sont observés à 25-29 ans (34 %). Dans le cas des pères, c'est à 25-29 ans (30,3 %) et à 30-34 ans (30,9 %) que les effectifs sont les plus nombreux.

À l'image de l'ensemble de la population lanaudoise, le lieu de naissance des mères et des pères de l'échantillon est, pour une très grande majorité des cas, le Québec. En fait, seulement 29 mères (1,5 %) et 27 pères (1,5 %) sont nés hors du Canada. De même, une faible proportion des mères et des pères sont nés dans une autre province canadienne (moins de 3 %).

¹ Parmi ces femmes, 35 (1,7 %) ont moins de 18 ans alors que le nombre de pères âgés de moins de 18 ans n'est que de sept (0,4 %).

Tableau 3
Caractéristiques démographiques des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Groupe d'âge		
10-14 ans	3	0,1
15-19 ans	135	6,7
20-24 ans	477	23,7
25-29 ans	683	34,0
30-34 ans	518	25,8
35-39 ans	169	8,4
40 ans et plus	26	1,3
Total	2 011	100,0
Moins de 18 ans	35	1,7
MRC de résidence		
D'Autray	390	19,6
Joliette	744	37,4
L'Assomption	32	1,6
Les Moulins	7	0,4
Matawinie	495	24,9
Montcalm	285	14,3
MRC hors de Lanaudière	38	1,9
Total Lanaudière	1 953	98,1
Total toutes MRC	1 991	100,0
Lieu de naissance		
Québec	1 911	95,6
Canada (province non spécifiée)	31	1,6
Canada (sauf le Québec)	29	1,5
Hors Canada	29	1,5
Total Canada	1 971	98,6
Total tous pays	2 000	100,0

Notes : L'âge de la mère est inconnu dans neuf cas (0,4 %).

La MRC de résidence des mères est inconnue dans 29 cas (1,4 %).

Le lieu de naissance de la mère est inconnu dans 20 cas (1 %).

Avec plus du tiers des mères ayant accouché au CHRDL, les résidentes de la MRC de Joliette forment le groupe le plus imposant de l'échantillon (37,4 %). Les mères qui demeurent sur le territoire des MRC de Matawinie (24,9 %), D'Au-tray (19,6 %) et de Montcalm (14,3 %) suivent dans l'ordre, alors que celles de la MRC de L'Assomption et de la MRC des Moulins sont loin derrière avec pas plus de 2 % des effectifs. Ces chiffres révèlent également que le CHRDL répond presque exclusivement à la demande des mères lanaudoises, car seulement 38 mères résidant hors de Lanaudière ont accouché dans ce centre hospitalier en 1997-1998 (1,9 %).

Tableau 4
Caractéristiques démographiques des pères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Groupe d'âge		
15-19 ans	32	1,7
20-24 ans	275	14,6
25-29 ans	570	30,3
30-34 ans	580	30,9
35-39 ans	305	16,2
40-44 ans	72	3,8
45-49 ans	38	2,0
50 ans et plus	7	0,4
Total	1 879	100,0
Moins de 18 ans	7	0,4
Lieu de naissance		
Québec	1 778	95,8
Canada (province non spécifiée)	31	1,7
Canada (sauf le Québec)	20	1,1
Hors Canada	27	1,5
Total Canada	1 829	98,5
Total tous pays	1 856	100,0

Notes : L'âge du père est inconnu dans 16 cas sur 1 895 (0,8 %).

Le lieu de naissance du père est inconnu dans 37 cas (2 %). Le lieu de naissance du père n'a pas été inscrit dans 127 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (6,3 %).

2.3.2 Les caractéristiques socioéconomiques

♦ L'état matrimonial et le mode de vie

Une forte majorité de mères sont mariées ou vivent avec un conjoint de fait (81,9 %), alors que 16,1 % sont célibataires¹ et qu'un nombre encore plus faible sont séparées ou divorcées (2 %) (tableau 5). Ces quelques statistiques concordent avec le mode de vie des mères, car 91 % déclarent vivre avec leur conjoint (avec ou sans enfant) et 6,9 % disent être chefs d'une famille monoparentale. Ceci fait en sorte qu'un peu moins de 10 % des pères des nouveau-nés ne vivent pas avec la mère.

Tableau 5
Caractéristiques sociales des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
État matrimonial		
Célibataire	323	16,1
Mariée ou avec conjoint de fait	1 643	81,9
Séparée/Divorcée	41	2,0
Total	2 007	100,0
Mode de vie		
Avec conjoint (avec ou sans enfant)	1 735	86,8
Avec conjoint et autres adultes (avec ou sans enfant)	84	4,2
Avec adultes (avec ou sans enfant)	41	2,1
Mère monoparentale	138	6,9
Total	1 998	100,0
Présence du père auprès de la mère		
Oui	1 809	90,4
Non	192	9,6
Total	2 001	100,0

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

Le mode de vie de la mère est inconnu dans 22 cas (1,1 %).

La présence ou non du père auprès de la mère est inconnue dans 19 cas (0,9 %).

¹ Parmi les mères célibataires, un certain nombre habitent avec un conjoint.

♦ La scolarité des mères et des pères

Les mères sont, dans l'ensemble, plus scolarisées que les pères, car elles sont, toutes proportions gardées, moins nombreuses à avoir moins de 11 ans de scolarité et plus nombreuses à avoir 15 ans et plus de scolarité. Le tableau 6 révèle qu'un peu moins du quart des mères (23,6 %) et 28 % des pères n'ont pas de diplôme d'études secondaires. À l'autre extrême, près du tiers des mères (32 %) ont 15 ans et plus de scolarité comparativement à 23 % pour les pères. L'enquête permet d'estimer que plus de la moitié des mères (59,6 %) et des pères (54,5 %) ont poursuivi des études postsecondaires. Les mères ont en moyenne 12,8 ans de scolarité comparativement à 12,2 ans pour les pères.

Tableau 6
Scolarité en années des mères et des pères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Scolarité des mères		
Moins de 11 ans	460	23,6
11 ans	328	16,8
12 ans	202	10,3
13 ans	150	7,7
14 ans	188	9,6
15 ans et plus	625	32,0
Total	1 953	100,0
Scolarité des pères		
Moins de 11 ans	502	28,0
11 ans	314	17,5
12 ans	286	16,0
13 ans	166	9,3
14 ans	111	6,2
15 ans et plus	412	23,0
Total	1 791	100,0

Notes : La scolarité des mères est inconnue dans 67 cas (3,3 %).

La scolarité des pères est inconnue dans 97 cas (5,1 %). La scolarité du père n'a pas été inscrite dans 132 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (6,5 %).

♦ La principale source de revenus et l'emploi

Même si elles déclarent un niveau de scolarité plus élevé que les pères, les mères semblent être plus dépendantes économiquement de leur conjoint ou des subsides de l'État, car elles sont proportionnellement moins nombreuses à profiter d'un travail rémunéré. Ainsi, un peu plus de la moitié des mères (51,5 %)¹ avaient un travail rémunéré (salarié ou autonome) au cours de l'année précédant leur accouchement, alors que c'était le cas pour 84,3 % des pères (tableaux 7 et 8). De même, 17 % des mères ne déclarent aucun revenu contre seulement 1,7 % pour les pères. Le chômage et la dépendance envers la sécurité du revenu sont également plus fréquents chez les mères, puisque 4,6 % d'entre elles sont chômeuses et 18,6 % vivent de prestations de la sécurité du revenu comparativement à 2,5 % et 10 %, respectivement, pour les pères².

Tableau 7
Caractéristiques économiques des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Principale source de revenus		
Aucun revenu	340	17,0
Travail salarié ou travail autonome	1 032	51,5
Chômage	93	4,6
Sécurité du revenu	373	18,6
Prestations de maternité de l'employeur ou CSST	139	6,9
Autres sources de revenus	27	1,3
Total	2 004	100,0
Emploi occupé au début de la grossesse		
Oui	1 197	59,6
Non	812	40,4
Total	2 009	100,0

¹ En considérant les mères qui ont des prestations de maternité de l'employeur ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 58,4 % des mères avaient, selon toute vraisemblance, un travail rémunéré au cours de l'année précédant leur accouchement.

² En 1996, la MRC de Joliette comptait 12 % de prestataires de la sécurité du revenu. Dans la MRC D'Autray, ce taux se situait à 14,5 %, alors qu'il était de 15 % dans la MRC de Matawinie et de 16 % dans la MRC de Montcalm (Cadieux et Guillemette, 1997).

Tableau 7 (suite)
Caractéristiques économiques des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Type de travail		
Temps plein	858	72,3
Temps partiel	252	21,2
Sur appel	77	6,5
Total	1 187	100,0
Horaire de travail		
Jour	749	63,2
Soir	65	5,5
Nuit	30	2,5
Horaire variable	342	28,8
Total	1 186	100,0

Notes : La principale source de revenus de la mère est inconnue dans 16 cas (0,8 %).

L'occupation ou non d'un emploi par la mère est inconnue dans 11 cas (0,5 %).

Le type de travail fait par la mère est inconnu dans 21 cas sur 1 208 (1,7 %).

L'horaire de travail de la mère est inconnu dans 22 cas sur 1 208 (1,8 %).

Tableau 8
Caractéristiques économiques des pères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Principale source de revenus		
Aucun revenu	32	1,7
Travail salarié ou travail autonome	1 573	84,3
Chômage	47	2,5
Sécurité du revenu	187	10,0
Autres sources de revenus	26	1,4
Total	1 865	100,0

Note : La principale source de revenus du père est inconnue dans 27 cas (1,4 %). La principale source de revenus du père n'est pas inscrite dans 128 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (6,3 %).

La combinaison de la source de revenus des mères et des pères (vivant ensemble ou séparément) révèle que 1 622 couples (87,4 %) profitent des revenus d'un travail rémunéré d'au moins un des deux conjoints et que 58,4 % des couples sont composés de deux conjoints qui travaillent (tableau 9). À l'opposé, 8,8 % des couples touchent des prestations de la sécurité du revenu et 0,4 % des allocations de chômage seulement.

Tableau 9
Sources combinées de revenus des mères et des pères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

Mères \ Pères	Aucun revenu		Travail		Chômage		Sécurité du revenu		Autre source		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Aucun revenu	15	0,8	300	16,2	3	0,2	4	0,2	4	0,2	326	17,6
Travail, prestations de maternité, CSST	9	0,5	1 083	58,4	24	1,3	13	0,7	0,5	1 139	61,4	
Chômage	1	0,0	70	3,8	8	0,4	4	0,2	2	0,1	85	4,6
Sécurité du revenu	7	0,4	94	5,1	11	0,6	164	8,8	7	0,4	283	15,2
Autre source	0	0,0	19	1,0	1	0,0	0	0,0	3	0,2	23	1,2
Total	32	1,7	1 566	84,4	47	2,5	185	100,0	1,4	1 856	100,0	

Note : La principale source de revenus de la mère et du père est inconnue dans respectivement 16 et 27 cas. La principale source de revenus du père n'est pas inscrite dans 128 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère. En tout, 151 cas ne sont pas pris en compte (7,5 %).

Parmi les mères qui occupaient un emploi au début de leur grossesse, près des trois quarts (72,3 %) avaient un emploi à temps plein, alors que les autres travaillaient à temps partiel (21,2 %) ou sur appel (6,5 %). Toujours parmi les mères occupant un emploi au début de leur grossesse, près des deux tiers (63,2 %) travaillaient le jour. Bon nombre des autres mères avaient un horaire variable (28,8 %) et une proportion plus restreinte oeuvraient le soir (5,5 %) ou la nuit (2,5 %) (tableau 7).

En conformité avec leur niveau de scolarité généralement plus élevé que celui des pères, les mères sont nettement plus nombreuses (37,5 %) à avoir une occupation professionnelle (médecin, infirmière, avocate, musicienne, etc.) que les pères (14,9 %) (tableau 10). Par contre, ces derniers sont proportionnellement plus nombreux à avoir un poste de cadre (5,9 %) que les mères (1,2 %). En contrepartie, plus de la moitié des pères occupent des emplois manuels (52,9 % comme travailleurs dans une usine ou une manufacture, et 7,9 % comme agriculteurs), alors que seulement 8,2 % des mères travaillent dans une usine ou une manufacture et 3,2 % sont agricultrices. Les mères sont également fortement représentées parmi les employés de bureau¹ (14,6 %) et les emplois associés à la vente et aux services² (35,4 %), tandis que ce n'est pas le cas pour les pères (3,2 % et 15,2 %, respectivement).

¹ Secrétaire, commis, réceptionniste, etc.

² Coiffeuse, vendeuse, caissière, serveuse, etc.

Tableau 10
Titre d'emploi des mères et des pères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Titre d'emploi des mères		
Cadre supérieure et intermédiaire	14	1,2
Professionnelle, avocate, infirmière, etc.	438	37,5
Employée de bureau	170	14,6
Vendeuse, caissière, coiffeuse, serveuse, etc.	413	35,4
Agricultrice, éleveuse	37	3,2
Travailleuse dans une usine, une manufacture, etc.	96	8,2
Total	1 168	100,0
Titre d'emploi des pères		
Cadre supérieur et intermédiaire	92	5,9
Professionnel, avocat, infirmier, etc.	232	14,9
Employé de bureau	50	3,2
Vendeur, caissier, coiffeur, serveur, etc.	236	15,2
Agriculteur, éleveur	123	7,9
Travailleur dans une usine, une manufacture, etc.	824	52,9
Total	1 557	100,0

Notes : Le titre d'emploi de la mère est inconnu dans 40 cas sur 1 208 (3,3 %).

Le titre d'emploi du père est inconnu dans 79 cas sur 1 636 (4,8 %). Le titre d'emploi du père n'a pas été inscrit dans 136 autres cas, car il n'habitait pas avec la mère (6,7 %).

2.3.3 Les caractéristiques morphologiques des mères

La taille et le poids des mères peuvent parfois être des facteurs pouvant influencer les issues de grossesse (Berkowitz et Papiernik, 1993). C'est le cas plus particulièrement lorsque la mère a un poids plutôt faible qui ne sera pas compensé par un gain de poids significatif durant la grossesse (plus de 10 kg). Inversement, une mère qui a un surplus de poids au début de sa grossesse ne sera pas nécessairement obligée d'avoir un gain de poids aussi important durant les neuf mois suivants.

Selon le tableau 11, la plupart des mères mesurent entre 155 et 169 centimètres (74,2 %) avec une taille moyenne de 163 centimètres. Seulement 7,1 % des mères mesurent moins de 155 centimètres et 18,7 % font 170 centimètres et plus. Les variations selon le poids sont également importantes alors que 10,5 % des mères pèsent moins de 50 kg et 13,8 % font 80 kg et plus, pour un poids moyen de 63,6 kg avant la grossesse. Même si beaucoup d'entre elles se situent dans l'un ou l'autre de ces extrêmes (24,3 %), la majorité des mères ont un poids qui oscille entre 50 et 69 kg (63 %).

Six mères sur dix (60,7 %) présentent un indice de masse corporelle¹ adéquat (poids en kg divisé par la taille en mètre au carré), alors que 21,4 % ont un poids corporel insuffisant et 18 % un surplus de poids. Selon Santé Canada (1999), les femmes qui ont un indice de masse corporelle inférieur à 20 (poids insuffisant) ou supérieur à 27 (surplus de poids) ont plus de risques d'avoir des nouveau-nés présentant des problèmes de santé si elles ne surveillent pas leur gain pondéral durant la grossesse. Un poids insuffisant chez la mère peut favoriser la naissance d'un bébé de petit poids, alors qu'un surplus de poids est associé à une incidence plus forte du diabète de grossesse et de la souffrance foetale lors de l'accouchement.

Tableau 11
Caractéristiques morphologiques des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Taille des mères		
Moins de 155 centimètres	138	7,1
155 à 159 centimètres	388	19,9
160 à 164 centimètres	593	30,4
165 à 169 centimètres	467	23,9
170 centimètres et plus	365	18,7
Total	1 951	100,0
Poids des mères avant la grossesse		
Moins de 50 kilogrammes	208	10,5
50 à 59 kilogrammes	785	39,5
60 à 69 kilogrammes	467	23,5
70 à 79 kilogrammes	252	12,7
80 à 89 kilogrammes	162	8,2
90 kilogrammes et plus	112	5,6
Total	1 986	100,0
Indice de masse corporelle		
Moins de 20	413	21,4
20 à 27	1 173	60,7
28 et plus	347	18,0
Total	1 933	100,0

Notes : La taille de la mère est inconnue dans 69 cas (3,4 %).

Le poids de la mère avant la grossesse est inconnu dans 34 cas (1,7 %).

L'indice de masse corporelle de la mère est inconnu dans 87 cas (4,3 %).

¹ C'est l'indice de masse corporelle qui est généralement utilisé pour évaluer le surplus ou le déficit de poids d'une personne.

2.3.4 L'histoire obstétricale des mères

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

Selon l'échantillon, près du tiers des mères (32,1 %) en sont à leur première grossesse, presque autant (31,2 %) en sont à leur seconde, 18,9 % à une troisième et 17,7 % déclarent au moins une quatrième grossesse (tableau 12). Ceci ne veut pas dire pour autant qu'elles ont eu toutes autant de naissances vivantes, car 42,8 % des mères déclarent en être à leur première naissance vivante (primipare) et seulement 7 % disent avoir eu quatre naissances vivantes ou plus. Les mères ont eu en moyenne 2,4 grossesses et 1,9 naissance vivante.

Cet écart entre le nombre de grossesses et le nombre de naissances vivantes s'explique par des issues de grossesse qui n'aboutissent pas à une naissance vivante, ces issues étant les fausses couches et les interruptions volontaires de grossesses. Ainsi, près du quart des mères (23,7 %) disent avoir eu au moins une fausse couche avant leur dernière grossesse et 13,5 % ont eu au moins une interruption volontaire de grossesse.

Tableau 12
Histoire obstétricale des mères,
enquête Grossesse et habitudes de vie, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Nombre de grossesses		
1	638	32,1
2	620	31,2
3	375	18,9
4 et plus	352	17,7
Total	1 985	100,0
Nombre de naissances vivantes (parité)		
1	849	42,8
2	742	37,4
3	256	12,9
4 et plus	138	7,0
Total	1 985	100,0

Tableau 12 (suite)
Histoire obstétricale des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Nombre de fausses couches		
0	1 510	76,3
1	343	17,3
2 et plus	127	6,4
Total	1 980	100,0
Nombre d'interruptions volontaires de grossesse		
0	1 715	86,5
1	211	10,6
2 et plus	57	2,9
Total	1 983	100,0

Notes : Le nombre de grossesses est inconnu dans 35 cas (1,7 %).

Le nombre de naissances vivantes est inconnu dans 35 cas (1,7 %).

Le nombre de fausses couches est inconnu dans 40 cas (2 %).

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est inconnu dans 37 cas (1,8 %).

2.4 Les habitudes de vie des mères

Comme les habitudes de vie des mères peuvent avoir une incidence importante sur les issues de grossesse, une attention toute particulière a été accordée au tabagisme ainsi qu'à la consommation de caféine, d'alcool et de drogues. Faute de moyens suffisants, l'enquête n'a malheureusement pas été en mesure de cerner tout l'éventail des habitudes de vie des mères. Ainsi, l'alimentation, les activités sportives et sociales et les habitudes de sommeil ne sont pas abordées dans le présent document.

2.4.1 Le tabagisme

Loin d'être une pratique marginale, le tabagisme touche une part appréciable de la population du Québec. La région de Lanaudière est loin d'échapper à ce phénomène, car elle affiche un taux de tabagisme encore plus élevé que celui du Québec (Goneau et al., 1996). Malgré les dangers que cela peut représenter pour la santé, plus de quatre mères sur dix (41,3 %) ont fumé du tabac au cours de l'année ayant précédé leur grossesse (tableau 13)¹. Une évaluation du niveau de consommation de tabac montre que plus des deux tiers des mères fumeuses (71 %) ont

¹ Ce pourcentage est comparable aux résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* alors que 39,6 % des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus déclaraient fumer occasionnellement ou régulièrement. Au Québec, à la même période, cette proportion se situait à 32,8 % (Goneau, et al., 1996).

consommé 10 cigarettes et plus par jour au cours de leur grossesse et le cinquième (21,3 %) en ont fumé 20 ou plus. Seulement le dixième des mères faisant usage du tabac (11,7 %) ont déclaré avoir consommé moins de cinq cigarettes par jour au cours de leur grossesse. En moyenne, les mères enceintes fumeuses ont consommé près de 13 cigarettes par jour.

Tableau 13
Tabagisme avant et durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Tabagisme avant la grossesse		
Oui	826	41,3
Non	1 176	58,7
Total	2 002	100,0
Tabagisme pendant la grossesse		
Oui	750	37,3
Non	1 259	62,7
Total	2 009	100,0
Quantité de cigarettes fumées par jour durant la grossesse		
Moins de 5 cigarettes	78	11,7
5 à 9 cigarettes	116	17,4
10 à 19 cigarettes	332	49,7
20 cigarettes et plus	142	21,3
Total	668	100,0

Tableau 13 (suite)
Tabagisme avant et durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Tabagisme durant toute la grossesse		
Oui	631	84,7
Non	114	15,3
Total	745	100,0
Trimestre de grossesse lors de l'arrêt du tabagisme		
Premier trimestre	41	40,2
Second trimestre	38	37,3
Troisième trimestre	23	22,5
Total	102	100,0

Notes : Le tabagisme ou non de la mère avant la grossesse est inconnu dans 18 cas (0,9 %).
 Le tabagisme ou non de la mère durant la grossesse est inconnu dans 11 cas (0,5 %).
 La quantité de cigarettes consommées par jour par la mère est inconnue dans 82 cas sur 750 (10,9 %).
 Le tabagisme ou non de la mère durant toute la grossesse est inconnu dans 5 cas sur 750 (0,7 %).
 Le trimestre de grossesse lors de l'arrêt du tabagisme est inconnu dans 12 cas sur 114 (10,5 %).

L'enquête révèle que peu de mères fumeuses cessent de fumer du tabac lorsqu'elles sont enceintes, car 84,7 % n'ont jamais arrêté de fumer¹. De plus, parmi les mères qui ont cessé de fumer quand elles étaient enceintes, la majorité l'ont fait après le premier trimestre de leur grossesse : 37,3 % au second trimestre de leur grossesse et 22,5 % lors du dernier trimestre.

À la consommation active de tabac, il faut également ajouter la consommation passive². Ainsi, 40,3 % des mères ont été régulièrement exposées à la fumée de cigarettes au travail et 43,9 % au domicile (tableau 14). En combinant l'exposition à la fumée de cigarettes au travail et au domicile, la proportion de mères fumeuses et non fumeuses exposées régulièrement grimpe à 54 %. C'est donc plus de la moitié des mères enceintes qui ont été régulièrement en contact avec de la fumée de cigarettes au cours de leur grossesse au travail, au domicile ou aux deux endroits. En ne considérant que les mères non fumeuses, il ressort que plus du tiers d'entre elles (35,3 %) ont malgré tout été exposées régulièrement à la fumée du tabac au cours de leur grossesse.

¹ Selon une étude réalisée aux États-Unis (Floyd et al., 1993), 22,6 % des mères qui fumaient au début de leur grossesse ont arrêté de fumer lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes. L'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au CHRDL évalue plutôt cette proportion à 15,3 %.

² On entend, par consommation passive du tabac, l'exposition à la fumée produite par d'autres fumeurs.

Tableau 14
Exposition des mères à la fumée de cigarettes à tous les jours,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Exposée à la fumée de cigarettes au travail (fumeuses et non-fumeuses)		
Oui	420	40,3
Non	623	59,7
Total	1 043	100,0
Exposée à la fumée de cigarettes au domicile (fumeuses et non-fumeuses)		
Oui	882	43,9
Non	1 125	56,1
Total	2 007	100,0
Exposée à la fumée de cigarettes au travail ou au domicile (fumeuses et non-fumeuses)		
Oui	1 073	54,0
Non	914	46,0
Total	1 987	100,0
Exposée à la fumée de cigarettes au travail ou au domicile (non-fumeuses seulement)		
Oui	436	35,3
Non	799	64,7
Total	1 235	100,0

Notes : L'exposition ou non de la mère à la fumée de cigarettes au travail est inconnue dans 43 sur 1 086 mères qui travaillent (4 %).

L'exposition ou non de la mère à la fumée de cigarettes au domicile est inconnue dans 13 cas (0,6 %).

L'exposition ou non de la mère à la fumée de cigarettes en tous lieux est inconnue dans 33 cas (1,6 %).

L'exposition ou non de la mère non fumeuse à la fumée de cigarettes est inconnue dans 24 cas sur 1 259 (1,9 %).

2.4.2 La consommation de caféine

Une proportion importante de mères ont consommé de la caféine (café, thé, chocolat et cola) au cours de leur grossesse. Le tableau 15 montre en effet que 85,6 % des mères ont pris de la caféine au cours de leur grossesse¹. Parmi celles-ci, plus de la moitié (59,4 %) ont bu du cola, 54,3 % ont pris du café régulier, 42,8 % ont mangé du chocolat et 13,5 % ont bu du thé².

Même si le pourcentage de consommatrices de caféine est élevé, il faut souligner qu'elles sont fort peu nombreuses à en consommer en grande quantité. Ainsi, moins de 3 % d'entre elles ont pris trois tasses de café ou plus par jour, moins de 1 % ont bu trois tasses de thé ou plus par jour, moins de 4 % ont consommé une barre ou plus de chocolat par jour et moins de 4 % ont bu trois verres de cola ou plus par jour³.

Tableau 15
Consommation de caféine chez les mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Consommation de caféine durant la grossesse		
Oui	1 723	85,6
Non	289	14,4
Total	2 012	100,0
Type de caféine consommée durant la grossesse		
Café régulier	935	54,3
Café décaféiné	191	11,1
Thé	233	13,5
Chocolat	737	42,8
Cola	1 024	59,4
Ensemble des consommatrices de caféine	1 723	

Notes : La consommation ou non de caféine par la mère est inconnue dans 8 cas (0,4 %).

Une mère peut consommer plus d'un type de caféine.

¹ Selon une étude américaine menée de septembre 1988 à avril 1991 en Caroline du Nord, 70 % à 80 % des femmes continuent de consommer de la caféine même si elles savent qu'elles sont enceintes (Pastore et Savitz, 1995).

² Il est conseillé aux femmes enceintes de ne pas consommer plus de 450 mg de caféine par jour (2,5 tasses de café filtre ou percolateur ou 4 à 4,5 tasses de café instantané ou 3,5 tasses de thé fort ou 7 à 16 canettes de cola ou 16 tasses de chocolat chaud ou 10 tablettes de chocolat noir) (Santé Canada, 1999).

³ Ces données ne prennent toutefois pas en compte la consommation combinée de plus d'une sorte de produit contenant de la caféine.

2.4.3 La consommation d'alcool

C'est près du quart des mères (22,3 %) qui déclarent avoir bu de l'alcool au cours de leur grossesse¹. Parmi celles-ci, 60,9 % ont bu de la bière, 65,8 % du vin et seulement 16,6 % des boissons fortes (tableau 16). Quant à la quantité d'alcool ingurgitée, il faut croire qu'elle est restée faible tout au long de leur grossesse, car une faible proportion de mères reconnaissent avoir pris plus de deux consommations alcoolisées par semaine. C'est le cas de moins de 3 % des mères ayant pris de la bière, de moins de 2 % de celles qui ont bu du vin et de moins de 1 % de celles qui ont consommé des boissons fortes². Les quelques commentaires inscrits par les répondantes sur les questionnaires laissent également entrevoir une préoccupation certaine vis-à-vis de la consommation d'alcool durant la grossesse, car des mères ont souligné qu'elles en buvaient très peu ou qu'elles avaient même arrêté de consommer de l'alcool dès qu'elles avaient su qu'elles étaient enceintes.

Tableau 16
Consommation d'alcool chez les mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Consommation d'alcool durant la grossesse		
Oui	447	22,3
Non	1 559	77,7
Total	2 006	100,0
Type d'alcool consommé durant la grossesse		
Bière	272	60,9
Vin	294	65,8
Boisson forte	74	16,6
Ensemble des consommatrices d'alcool	447	

Notes : La consommation ou non d'alcool par la mère est inconnue dans 14 cas (0,7 %).

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

¹ L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* révèle que 78,3 % des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus consommaient régulièrement de l'alcool (Goneau et al., 1996).

² Encore une fois, ces données ne prennent pas en compte la consommation combinée de bière, de vin et d'alcool. Des cas de ce genre demeurent néanmoins très rares dans le présent échantillon.

2.4.4 La consommation de drogues

L'enquête *Grossesse et habitudes de vie* révèle que 66 participantes (3,3 %) ont déclaré avoir consommé de la drogue au cours de leur grossesse (tableau 17)¹. Parmi celles-ci, 86,4 % ont pris du haschich ou de la marijuana, 10,2 % ont consommé de la cocaïne ou du crack et 3,4 % ont pris une combinaison de haschich et de cocaïne. Aucune mère n'a déclaré avoir consommé des opiacés ou des drogues psychédéliques. Même si le pourcentage de mères enceintes consommatrices de drogues est préoccupant, il faut souligner que celui-ci demeure quand même nettement sous la proportion de 9,8 % de consommatrices de drogues observée en 1992-1993 pour l'ensemble des Lanaudoises âgées de 15 ans et plus (Goneau et al., 1996).

Le questionnaire de l'enquête n'ayant pas abordé cet aspect, il est impossible de déterminer si la consommation de drogues durant la grossesse est importante ou non. La présente enquête ne peut en effet déterminer si ces mères ont pris de la drogue tout au long de leur grossesse et en quelle quantité.

Tableau 17
Consommation de drogues chez les mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Consommation de drogues durant la grossesse		
Oui	66	3,3
Non	1 942	96,7
Total	2 008	100,0
Type de drogues consommées durant la grossesse		
Haschich, marijuana	51	86,4
Cocaïne, crack	6	10,2
Haschich et cocaïne	2	3,4
Total	59	100,0

Notes : La consommation ou non de drogues par la mère est inconnue dans 12 cas (0,6 %).

Le type de drogues consommées durant la grossesse est inconnu dans sept cas sur 66 (10,6 %).

¹ Quelques mères ont toutefois insisté sur le fait qu'elles ont arrêté de prendre de la drogue dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes. Selon une publication récente, une majorité de femmes enceintes sont d'ailleurs sensibilisées au fait que la consommation de drogues pendant la grossesse peut être néfaste pour la santé de l'enfant (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999).

2.5 La période prénatale

À l'instar des habitudes de vie, les événements qui se déroulent durant la période prénatale peuvent avoir une influence importante sur la durée de gestation et le poids des bébés à la naissance. Le gain pondéral de la mère durant la grossesse, la consommation de vitamines, de médicaments et le suivi médical sont tous des éléments qu'il faut prendre en considération.

2.5.1 Le gain pondéral de la mère durant la grossesse

Un peu plus du cinquième des mères (22,8 %) ont déclaré une perte de poids ou un gain pondéral de 10 kg et moins durant leur grossesse (tableau 18). L'échantillon compte une vingtaine de mères (1 %) qui ont perdu du poids et onze (0,6 %) qui n'ont enregistré aucun gain de poids. À l'autre extrême, 14,2 % des mères déclarent un gain pondéral de 20 kg et plus au cours de leur grossesse. En moyenne, les mères ont enregistré un gain de 14,1 kg au cours de leur grossesse.

Ces gains de poids, ou encore ces pertes de poids, doivent toutefois être relativisés, car ils sont souvent intimement associés au poids de la mère au début de la grossesse. Ainsi, aucune mère pesant moins de 50 kg au début de sa grossesse n'affiche une perte de poids ou un gain pondéral nul. Par contre, 7,7 % des mères pesant 80 kg et plus au début de leur grossesse ont perdu du poids ou n'ont pas pris de poids. Inversement, 82,5 % des mères pesant moins de 50 kg et 81,3 % des mères pesant de 50 à 79 kg ont gagné 11 kg et plus durant leur grossesse comparativement à 50,6 % pour celles qui en pesaient 80 kg et plus. Enfin, il faut retenir que 17,5 % des mères pesant moins de 50 kg et 18,7 % des mères pesant entre 50 et 79 kg affichent un gain pondéral inférieur à 11 kg au cours de leur grossesse.

Tableau 18
Poids de la mère avant la grossesse, indice de masse corporelle et
gain pondéral durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,
CHRD, 1997-1998

Poids avant la grossesse Gain de poids	Moins de 50 kg		50 à 79 kg		80 kg et plus		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Perte de poids	0	0,0	5	0,3	15	5,5	20	1,0
Aucun gain	0	0,0	5	0,3	6	2,2	11	0,6
1 à 10 kg	36	17,5	269	18,0	113	41,7	418	21,2
11 à 19 kg	140	68,0	1 003	67,1	99	36,5	1 242	63,0
20 kg et plus	30	14,6	212	14,2	38	14,0	280	14,2
Total	206	100,0	1 494	100,0	271	100,0	1 971	100,0

Note : Le gain pondéral durant la grossesse et le poids avant la grossesse sont inconnus dans 49 cas (2,4 %).

Tableau 18 (suite)
Poids de la mère avant la grossesse, indice de masse corporelle et
gain pondéral durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,
CHRD, 1997-1998

Indice de masse corporelle Gain de poids	Moins de 20		20 - 27		28 et plus		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Perte de poids	1	0,2	1	0,0	18	5,2	20	1,0
Aucun gain	0	0,0	3	0,3	7	2,0	10	0,5
1 à 10 kg	60	14,6	204	17,5	142	41,0	406	21,1
11 à 19 kg	288	70,1	793	68,0	136	39,3	1 217	63,3
20 kg et plus	62	15,1	166	14,2	43	12,4	271	14,1
Total	411	100,0	1 167	100,0	346	100,0	1 924	100,0

Note : L'indice de masse corporelle et le gain pondéral durant la grossesse sont inconnus dans 96 cas (4,8 %).

En mettant en rapport le gain de poids durant la grossesse et l'indice de masse corporelle (IMC) des mères, il ressort que 14,8 % des mères ayant un IMC inférieur à 20 n'ont pas eu un gain de poids suffisant durant leur grossesse¹. Parmi les mères dont l'IMC se situe dans la normalité (IMC = 20 à 27), 17,8 % n'ont pas pris assez de poids et 14,2 % en ont trop pris durant leur grossesse². Enfin, chez les mères qui présentent un surplus de poids (IMC = 28 et plus), près de la moitié déclarent un gain de poids trop élevé durant leur grossesse³.

2.5.2 La consommation de vitamines et de minéraux

Une forte proportion de mères tentent de suppléer à d'éventuelles carences vitaminiques ou minérales au cours de leur grossesse, puisque les quatre cinquièmes (81,3 %) d'entre elles ont pris au moins un type de vitamines ou de minéraux durant leur grossesse (tableau 19)⁴. Plus des trois quarts des mères (77,9 %) ont pris des multivitamines. Parmi celles-ci, les *Materna* ont été les plus populaires suivies, loin derrière, par les *Prénavite* et les *Prénatal*. Outre les multivitamines, le fer est également un produit fréquemment mentionné, car le cinquième des mères (21,2 %) ont déclaré en avoir pris pendant leur grossesse.

¹ Selon Santé Canada (1999), celui-ci devrait se situer entre 12,5 et 18 kg pour les mères ayant un IMC inférieur à 20.

² Santé Canada (1999), estime que le gain de poids durant la grossesse devrait se situer entre 11,5 et 16 kg pour les mères qui ont un IMC de 20 à 27.

³ Toujours selon Santé Canada (1999), le gain pondéral durant la grossesse devrait osciller entre 7 et 11,5 kg pour les mères qui ont un IMC supérieur à 27.

⁴ L'apport supplémentaire de vitamines et de minéraux chez la femme enceinte est un élément important pour garantir la santé de la mère et du nouveau-né. Ainsi, un surplus de fer est nécessaire au cours de la grossesse afin d'accroître le niveau d'hémoglobine maternel et pour soutenir la croissance du fœtus. De même, la consommation d'acide folique, durant les premières semaines de grossesse et avant la conception, permet de réduire le risque d'anomalie du tube neural (Santé Canada, 1999).

Parmi les 1 632 mères consommatrices de vitamines et de minéraux, 334 (20,5 %) en ont pris au moins deux sortes et 105 (6,4 %) en ont consommé au moins trois.

Tableau 19
Consommation de vitamines et de minéraux par les mères
durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,
CHRD, 1997-1998

	Nb	%
Consommation de vitamines et de minéraux durant la grossesse		
Oui	1 632	81,3
Non	375	18,7
Total	2 007	100,0
Type de vitamines et de minéraux consommés durant la grossesse		
Multivitamines		
<i>Materna</i>	1 095	67,1
<i>Prénavite</i>	139	8,5
<i>Prénatal</i>	37	2,3
<i>Autres ou marque non déclarée</i>	25	1,5
Fer		
<i>Palafer</i>	126	7,7
<i>Autres ou marque non déclarée</i>	220	13,5
Acide folique	94	5,8
Calcium	35	2,1
Ensemble des consommatrices de vitamines et de minéraux	1 632	

Notes : La consommation ou non de vitamines et de minéraux par la mère est inconnue dans 13 cas (0,6 %).

Le type de vitamines et de minéraux consommés par la mère est inconnu dans 73 cas sur 1 632 (4,5 %).

2.5.3 La consommation de médicaments

Un nombre important de mères ont consommé des médicaments au cours de leur grossesse puisque leur pourcentage se chiffre à 52,7 % (tableau 20).

Tableau 20
Consommation de médicaments par les mères durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Consommation de médicaments durant la grossesse		
Médicaments non prescrits seulement	372	19,2
Médicaments prescrits seulement	279	14,4
Médicaments non prescrits et prescrits	371	19,1
Aucun médicament	918	47,3
Total	1 940	100,0

Note : La consommation ou non de médicaments par la mère est inconnue dans 80 cas (4 %).

♦ Les médicaments non prescrits

L'enquête révèle que 743 répondantes (38,3 %) ont consommé des médicaments non prescrits au cours de leur grossesse. Parmi celles-ci, près de la moitié ont également pris un ou des médicaments prescrits. Les médicaments non prescrits le plus souvent consommés sont les analgésiques (616 mères sur 743 pour 82,9 %). En tête de liste se retrouvent les *Tylénol* (79,9 %), suivis loin derrière par les analgésiques de marque *Aspirine* (2,4 %) et *Atasol* (0,5 %). Les antiacides (22,2 %), les médicaments contre le rhume (8,3 %) et les laxatifs (6,2 %) sont les autres médicaments non prescrits le plus souvent mentionnés (tableau 21).

Tableau 21
Type de médicaments non prescrits consommés par les mères
durant la grossesse, enquête *Grossesse et habitudes de vie*,
CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Type de médicaments non prescrits consommés durant la grossesse		
Analgsiques		
<i>Tylénol</i>	594	79,9
<i>Aspirine</i>	18	2,4
<i>Atasol</i>	4	0,5
Antiacide	165	22,2
Médicaments contre le rhume	62	8,3
Laxatif	46	6,2
Ensemble des consommatrices de médicaments non prescrits	743	

Note : Le type de médicaments non prescrits consommés par la mère est inconnu dans 27 cas sur 743 (3,6 %).

♦ Les médicaments prescrits

Un total de 650 mères ont consommé au moins une sorte de médicaments prescrits durant leur grossesse (33,5 %) et le cinquième d'entre elles (20,5 %) en ont pris deux ou plus (tableau 22). Toujours parmi les mères consommatrices, plus de la moitié (57,1 %) ont également pris des médicaments non prescrits. La liste des médicaments consommés durant la grossesse est plutôt longue, car 45 sortes de médicaments prescrits ont été identifiés. Parmi les consommatrices de médicaments prescrits, 32,8 % ont pris des antibiotiques ou de la pénicilline, 19,8 % des antinauséux et 14,6 % des médicaments contre l'asthme ou les troubles respiratoires (le *Ventolin* dans une majorité de cas). Outre ces médicaments, l'insuline (5,8 %), la codéine (3,4 %), les anti-inflammatoires (3,1 %), les hormones thyroïdiennes (2,9 %) et la cortisone (2,6 %) ont aussi été mentionnés. L'enquête montre également que 2,9 % des mères ont consommé des médicaments pour traiter des problèmes du système nerveux central : anticonvulsifs (1,2 %), antidépresseurs (0,9 %) et somnifères (0,8 %).

Tableau 22
Type de médicaments prescrits consommés par les mères durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Type de médicaments prescrits consommés durant la grossesse		
Antibiotiques et pénicilline	213	32,8
Antinauséux	129	19,8
Médicament contre l'asthme (<i>Ventolin</i> , etc.)	95	14,6
Insuline	38	5,8
Codéine	22	3,4
Anti-inflammatoires	20	3,1
Hormones thyroïdiennes	19	2,9
Cortisone	17	2,6
Anticonvulsifs	8	1,2
Antidépresseurs	6	0,9
Somnifères	5	0,8
Consommatrices de médicaments prescrits	650	

Note : Le type de médicaments prescrits consommés par la mère est inconnu dans 59 cas sur 650 (9,1 %).

2.5.4 Les problèmes de santé durant la grossesse

Les problèmes de santé peuvent avoir une influence néfaste sur l'issue de la grossesse, mais ils peuvent aussi nuire à la santé et au bien-être des mères tout en entraînant, le cas échéant, la consommation de médicaments ou un suivi médical étroit. Ces problèmes de santé sont assez

fréquents chez les mères enceintes, car 44,5 % d'entre elles (1 071 sur 1 928) en ont déclaré au moins un (tableau 23). Parmi ces 1 071 répondantes, 352 (32,9 %) en ont même déclaré deux ou plus. Plus de 55 types de problèmes de santé survenus durant la grossesse ont été identifiés par les mères.

Tableau 23
Type de problèmes de santé durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	% Mères avec problèmes	% Ensemble des mères
Type de problèmes de santé durant la grossesse			
Diabète de grossesse	287	26,8	14,9
Anémie	272	25,4	14,1
Saignements avant la 20 ^e semaine de grossesse	204	19,0	10,6
Infection urinaire	138	12,9	7,2
Asthme et troubles respiratoires (sinusite, bronchite, etc.)	120	11,2	6,2
Hypertension et prééclampsie	84	7,8	4,4
Troubles digestifs (nausées, gastro-entérites, etc.)	66	6,2	3,4
Saignements après la 20 ^e semaine de grossesse	57	5,3	3,0
Incompatibilité Rh	47	4,4	2,4
Dilatation prématurée du col, contractions	29	2,7	1,5
Placenta praevia	20	1,9	1,0
Maladies transmissibles sexuellement (MTS)	18	1,7	0,9
Maux de dos	14	1,3	0,7
Infection vaginale	14	1,3	0,7
Traumatismes	11	1,0	0,6
Hydramnios	7	0,7	0,4
Maux de tête	6	0,6	0,3
Hypotension	5	0,5	0,3
Constipation	5	0,5	0,3
Infection aux reins	5	0,5	0,3
Ensemble des mères ayant eu des problèmes de santé durant leur grossesse	1 071		
Ensemble des mères ayant répondu à la question	1 928		

Note : La présence ou non de problèmes de santé durant la grossesse est inconnue dans 92 cas sur 2 020 (4,6 %).

Parmi les problèmes de santé cités, ce sont le diabète de grossesse (14,9 % de l'ensemble des mères répondantes)¹, l'anémie (14,1 %), les saignements avant la 20^e semaine de grossesse (10,6 %), les infections urinaires (7,2 %), les troubles respiratoires (6,2 %) ainsi que l'hypertension et la prééclampsie² (4,4 %) qui reviennent le plus souvent.

Certains de ces problèmes, le diabète de grossesse, l'hypertension et la prééclampsie en particulier, ont une influence directe sur la prématurité et le petit poids à la naissance. Ainsi, le diabète de grossesse peut favoriser la naissance de nouveau-nés ayant un poids élevé alors que l'hypertension et la prééclampsie, au contraire, peuvent conditionner la naissance de bébés ayant un poids inférieur à 2 500 grammes.

Les autres problèmes de santé déclarés par les mères sont, avec une fréquence d'apparition moindre, les troubles digestifs (nausées, gastro-entérites, etc.), les saignements après la 20^e semaine de grossesse, l'incompatibilité Rh, la dilatation avant terme du col de l'utérus et les contractions prématurées, le placenta praevia, les maladies transmissibles sexuellement (MTS), les maux de dos, les infections vaginales, etc.

2.5.5 La consultation d'un professionnel de la santé

Qu'importe leur état de santé ou leurs caractéristiques socioéconomiques, une très forte majorité de mères ont consulté un professionnel de la santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, etc.) au cours de leur grossesse (99 %) (tableau 24). La consultation médicale effectuée tôt dans la grossesse semble être considérée comme importante, car 89 % de ces mères ont consulté un professionnel de la santé dès le premier trimestre de leur grossesse comparativement à 9,8 % pour le second trimestre et 1,2 % pour le troisième trimestre. La presque totalité de ces consultations se sont déroulées dans des cliniques médicales ou d'obstétrique (au moins 96,2 %), alors qu'un faible nombre avait lieu dans un centre hospitalier (0,8 %) ou un centre local de santé communautaire (CLSC) (0,6 %).

¹ Selon Santé Canada (1999), le diabète de grossesse pourrait être observé dans environ deux à quatre pour cent des grossesses. Toujours selon Santé Canada, ce problème de santé est toutefois plus fréquent parmi les autochtones et les femmes d'origines hispanique, asiatique et africaine. Soulignons que la population de la communauté amérindienne de Manawan (MRC de Matawinie) fait partie de la population du territoire lanauois que couvrent les services offerts par le CHRDL.

² Hypertension aiguë apparaissant pendant la grossesse, le plus souvent au cours du troisième trimestre (Santé Canada, 1999). La prééclampsie, dont fait partie l'hypertension, touche entre deux et trois pour cent des grossesses (Santé Canada, 1999).

Tableau 24
Consultation d'un professionnel de la santé durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Consultation d'un professionnel de la santé		
Oui	1 991	99,0
Non	20	1,0
Total	2 011	100,0
Trimestre de la première consultation		
Premier trimestre	1 757	89,0
Deuxième trimestre	194	9,8
Troisième trimestre	24	1,2
Total	1 975	100,0
Lieu des consultations médicales		
Clinique médicale ou d'obstétrique, cabinet privé, etc.	1 900	96,2
CLSC	11	0,6
Centre hospitalier	16	0,8
Combinaison de plus d'un lieu	49	2,5
Total	1 976	100,0

Notes : La consultation ou non d'un professionnel de la santé par la mère est inconnue dans neuf cas (0,4 %).

Le trimestre de la première consultation médicale est inconnu dans 16 cas sur 1 991 (0,8 %).

Le lieu de la consultation médicale est inconnu dans 15 cas sur 1 991 (0,8 %).

2.5.6 Les cours prénataux

Les cours prénataux, élément important dans la préparation des parents à leur rôle de mère et de père, ont été suivis par un peu plus du tiers des mères (34,7 %) (tableau 25). Cette statistique, faible en apparence, doit toutefois être relativisée, car un bon nombre de mères qui n'en sont pas à leur première grossesse ne suivent pas ce genre de cours préparatoires. Ainsi, en se limitant seulement aux mères primipares, soit celles qui en sont à leur première naissance vivante¹, cette proportion grimpe à 68,1 %. C'est donc dire que plus des deux tiers des mères primipares ont suivi des cours prénataux au cours de leur grossesse.

¹ Parmi ces 854 mères, 849 ont donné naissance à un enfant et cinq ont donné naissance à des jumeaux.

Tableau 25
Cours prénataux durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Cours prénataux durant la grossesse		
Ensemble des mères		
Oui	697	34,7
Non	1 313	65,3
Total	2 010	100,0
Cours prénataux durant la grossesse		
Mères primipares seulement		
Oui	582	68,1
Non	272	31,9
Total	854	100,0

Note : Le suivi ou non de cours prénataux durant la grossesse est inconnu dans 10 cas (0,5 %).

2.5.7 La consultation d'une diététiste

La consultation d'une diététiste n'a pas été nécessaire pour toutes les femmes, puisqu'elle concernait principalement celles qui souffraient de diabète gestationnel, d'embonpoint ou d'un gain de poids insuffisant durant la grossesse. C'est la raison pour laquelle 16,4 % des mères enceintes ont consulté une diététiste au cours de leur grossesse (tableau 26). La fréquence de ces consultations varie grandement selon les mères, car elle s'étale d'une seule consultation à plus d'une dizaine. Un peu moins de la moitié d'entre elles (45,5 %) ont déclaré deux consultations, 29,3 %, plus de deux et 25,3 %, une seule.

Tableau 26
Consultation d'une diététiste durant la grossesse,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Consultation d'une diététiste durant la grossesse		
Oui	329	16,4
Non	1 679	83,6
Total	2 008	100,0
Nombre de consultations auprès d'une diététiste durant la grossesse		
1	75	25,3
2	135	45,5
3 et plus	87	29,3
Total	297	

Notes : La consultation ou non d'une diététiste durant la grossesse est inconnue dans 12 cas (0,6 %).

Le nombre de consultations auprès d'une diététiste est inconnu dans 32 cas sur 329 (9,7 %).

2.6 L'accouchement

2.6.1 Le type d'accouchement

Une forte majorité de répondantes ont accouché par voie vaginale (88,6 %), alors qu'environ une mère sur dix (11,4 %) a eu une césarienne (tableau 27). Une mauvaise présentation du bébé lors de l'accouchement explique 39,6 % des césariennes, alors qu'une dystocie (difficulté à l'accouchement à cause d'une anomalie chez la mère ou le fœtus) et une césarienne antérieure en expliquent respectivement 23 % et 18 %. La souffrance fœtale au cours de l'accouchement (9 %) et un bassin trop étroit (4,1 %) sont les autres principales causes déclarées de césariennes.

2.6.2 Le type de naissance

Les naissances multiples demeurent relativement peu nombreuses, car seulement 0,7 % des mères (14 mères sur 2 008) ont donné naissance à des jumeaux au CHRDL en 1997-1998 et aucune n'a eu plus de deux nouveau-nés en même temps (tableau 27). Sur l'ensemble des naissances dont l'enquête révèle le type (n = 2 022), il y a donc 28 naissances de jumeaux (1,4 %).

Tableau 27
Type d'accouchement, cause de la césarienne et type de naissance,
enquête Grossesse et habitudes de vie, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Type d'accouchement		
Vaginal	1 772	88,6
Par césarienne	229	11,4
Total	2 001	100,0
Cause de la césarienne		
Mauvaise présentation du bébé (siège, etc.)	88	39,6
Dystocie (difficulté à l'accouchement)	51	23,0
Césarienne antérieure	40	18,0
Souffrance fœtale	20	9,0
Passage trop étroit	9	4,1
Autres causes	14	6,3
Total	222	100,0
Type de naissance		
Simple	1 994	99,3
Double	14	0,7
Total	2 008	100,0

Notes : Le type d'accouchement est inconnu dans 19 cas (0,9 %).

La cause de la césarienne est inconnue dans sept cas sur 229 (3,1 %).

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

2.7 Les caractéristiques des nouveau-nés

2.7.1 L'âge gestationnel

Parmi les 1 992 nouveau-nés dont l'âge gestationnel est connu, 141 (7,1 %) sont nés prématurément, soit avant 37 semaines de gestation¹ (tableau 28). En limitant l'analyse aux seules naissances simples (exclusion des naissances gémellaires), l'enquête révèle que 127 (6,5 %) de ces nouveau-nés ont vu le jour avant terme. On compte parmi eux huit bébés (6,3 %) qui sont nés avant 30 semaines de gestation, 19 entre 30 et 33 semaines de gestation (15 %) et 100 entre 34 et 36 semaines de gestation (78,7 %).

Tableau 28
Âge gestationnel des nouveau-nés en semaines,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Âge gestationnel - Ensemble des nouveau-nés		
20-25 semaines	3	0,2
26-29 semaines	5	0,3
30-33 semaines	23	1,2
34-36 semaines	110	5,5
37 semaines et plus	1 851	92,9
Total	1 992	100,0
Âge gestationnel - Naissances simples		
20-25 semaines	3	0,2
26-29 semaines	5	0,3
30-33 semaines	19	1,0
34-36 semaines	100	5,1
37 semaines et plus	1 834	93,5
Total	1 961	100,0

Notes : L'âge gestationnel des nouveau-nés est inconnu dans 42 cas (2,1 %).

L'âge gestationnel des nouveau-nés (naissances simples) est inconnu dans 33 cas sur 1 994 (1,7 %).

Le MSSS calcule généralement le pourcentage de naissances prématurées en prenant en considération l'ensemble des nouveau-nés.

¹ En 1989-1993, dans Lanaudière, cette proportion était de 6,7 % pour l'ensemble des naissances et de 5,8 % pour les naissances simples (Guillemette, 1996). Toujours dans Lanaudière, mais en 1992-1996 cette fois-ci, le pourcentage de naissances prématurées se situait à 6,9 % pour l'ensemble des naissances (données nos publiées).

2.7.2 Le poids à la naissance

Selon le tableau 29, la proportion de bébés de petit poids (moins de 2 500 grammes à la naissance) est de 6,4 % pour l'ensemble des nouveau-nés (130 sur 2 021). En ne considérant, encore une fois, que les naissances simples, ce pourcentage baisse toutefois à 5,6 % (112 sur 1 985)¹. Parmi ces 112 enfants, 28 (25 % ou 1,4 % de toutes les naissances simples) sont considérés comme étant de très petit poids (moins de 2 000 grammes).

Tableau 29
Poids des nouveau-nés à la naissance en grammes,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Poids à la naissance en grammes - Ensemble des nouveau-nés		
Moins de 1 000 grammes	5	0,2
1 000-1 499 grammes	5	0,2
1 500-1 999 grammes	24	1,2
2 000-2 499 grammes	96	4,8
2 500-2 999 grammes	340	16,8
3 000 grammes et plus	1 551	76,7
Total	2 021	100,0
Poids à la naissance en grammes - Naissances simples		
Moins de 1 000 grammes	5	0,3
1 000-1 499 grammes	4	0,2
1 500-1 999 grammes	19	1,0
2 000-2 499 grammes	84	4,2
2 500-2 999 grammes	332	16,7
3 000 grammes et plus	1 541	77,6
Total	1 985	100,0

Notes : Le poids des nouveau-nés est inconnu dans 13 cas (0,6 %).

Le poids des nouveau-nés (naissances simples) est inconnu dans 9 cas sur 1 994 (0,5 %).

Le MSSS calcule généralement le pourcentage de naissances de petit poids en considérant l'ensemble des nouveau-nés.

2.7.3 Les problèmes de santé durant la période néonatale

Au cours de leur séjour à l'hôpital, 11,5 % de l'ensemble des nouveau-nés (11,3 % des bébés issus d'une grossesse simple) ont présenté des problèmes de santé selon leur mère (tableau 30). Parmi les principaux problèmes identifiés, les problèmes respiratoires viennent en tête de liste

¹ Toujours dans Lanaudière, en 1989-1993 ce pourcentage était de 5,7 % pour l'ensemble des nouveau-nés et de 4,7 % pour les naissances simples. En 1992-1996, la proportion de naissances de petit poids se situait à 5,9 % pour l'ensemble des naissances survenues dans Lanaudière (données non publiées).

avec l'hypoglycémie. Ils sont suivis loin derrière par les problèmes cardiaques, les anomalies congénitales, la fièvre, la jaunisse et les problèmes infectieux.

Parmi les nouveau-nés présentant des problèmes de santé, un peu plus du tiers (38,2 %) ont reçu les soins d'un pédiatre et près du dixième (8,6 %) ont été transférés dans un hôpital spécialisé pour enfants (Ste-Justine ou l'Hôpital général de Montréal).

Tableau 30
Problèmes de santé chez les nouveau-nés,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	Nb	%
Problèmes de santé - Ensemble des nouveau-nés		
Oui	233	11,5
Non	1 792	88,5
Total	2 025	100,0
Problèmes de santé - Naissances simples		
Oui	225	11,3
Non	1 763	88,7
Total	1 988	100,0
Type de problèmes de santé		
Problèmes respiratoires	77	35,8
Hypoglycémie	77	35,8
Problèmes cardiaques	7	3,3
Anomalies congénitales	5	2,3
Fièvre	6	2,8
Jaunisse	5	2,3
Problèmes infectieux	5	2,3
Autres problèmes	33	15,3
Total	215	84,7

Notes : La présence ou non de problèmes de santé est inconnue dans 9 cas (0,4 %).

La présence de problèmes de santé (naissances simples) est inconnue dans 6 cas sur 1 994 (0,3 %).

Le type de problèmes de santé est inconnu dans 18 cas sur 233 (7,7 %).

2.8 Les facteurs de risque liés à la prématurité et au petit poids à la naissance

La prématurité et le petit poids à la naissance résultent de la présence de plus d'un facteur de risque ; le premier chapitre du présent document en rend d'ailleurs explicitement compte. Les caractéristiques physiques, démographiques ou socioéconomiques des mères, leurs habitudes de vie, leur passé obstétrical, l'environnement social ou encore l'environnement physique sont, en

effet, tous des éléments, parmi bien d'autres, qui peuvent avoir une influence néfaste (ou bénéfique dans certains cas) sur l'issue de la grossesse.

La connaissance de ces facteurs de risque ne facilite pas pour autant l'identification de la cause précise d'une naissance prématurée ou de petit poids, car elle est presque toujours multifactorielle. C'est la raison pour laquelle ce document n'a pas pour objectif d'expliquer et de décrire les causes de la prématurité ou du faible poids des nouveau-nés de l'échantillon de cette enquête. Il tente plutôt, bien modestement, de lier différents facteurs de risque avec ces deux problèmes périnataux. Plus précisément, cet exercice a pour but d'identifier les facteurs de risque qui peuvent avoir une influence sur la prématurité et le faible poids à la naissance et sur lesquels des actions préventives pourraient éventuellement être entreprises, initiées, maintenues ou consolidées.

Notons que la plupart des résultats qui suivent sont présentés en ne prenant en considération que les naissances simples. Ce choix méthodologique est justifié par le fait que les naissances gémellaires (jumeaux, triplets, etc.) sont souvent prématurées et de petit poids. Afin de mieux cerner les autres facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance, il a donc été décidé d'exclure ces naissances.

2.8.1 L'âge des mères

Contrairement à ce que de nombreuses études ont déjà démontré (voir la section 1.2.1), les risques de prématurité et de petit poids à la naissance ne semblent pas être plus élevés chez les mères âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans et plus par rapport aux autres mères de l'échantillon du CHRDL (tableau 31). Bien au contraire, c'est à 20-24 ans et à 25-29 ans qu'elles affichent les risques les plus élevés de prématurité, alors qu'il n'y a pas de différence significative pour ce qui a trait au petit poids à la naissance¹.

Même en regroupant les mères au sein de deux groupes d'âge, il ne ressort aucune différence statistiquement significative entre celles qui sont âgées de moins de 20 ans et les autres mères². En utilisant les moyennes comme élément de comparaison, il faut aussi conclure que les durées moyennes de gestation sont sensiblement les mêmes entre les deux groupes d'âge ; celles-ci étant de 39,1 semaines pour les mères de moins de 20 ans et de 38,9 semaines pour celles de 20 ans et plus. Quant au poids moyen de leurs nouveau-nés, la différence n'est que d'une trentaine de grammes entre les plus jeunes mères (3 297 grammes) et les plus âgées (3 329 grammes).

Bref, probablement en raison de la taille insuffisamment grande de l'échantillon, les données de l'enquête menée au CHRDL ne font pas ressortir un fait généralement reconnu : les risques de prématurité et de petit poids à la naissance sont plus élevés chez les mères âgées de moins de 20 ans et chez celles qui ont 35 ans et plus³. Cette conclusion est aussi la même lorsque les mères

¹ De nombreuses études s'accordent pour dire que la grossesse à l'adolescence et à 35 ans et plus présente des risques plus élevés de prématurité et de faible poids à la naissance (Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988).

² Il n'y a pas de différence lorsque les risques relatifs (RR) n'ont pas un écart statistiquement significatif (écarts minimal et maximal, situés entre parenthèses dans les tableaux, n'englobant pas la valeur 1,00).

³ Une étude menée dans Lanaudière pour la période 1989-1993 a d'ailleurs confirmé cette observation (Guillemette, 1996).

âgées de moins de 18 ans sont comparées aux autres mères : le tableau 31 ne montre pas de différence statistiquement significative, même s'il est reconnu que les risques de prématurité et de petit poids à la naissance sont plus élevés chez les mères âgées de moins de 18 ans.

Tableau 31
Âge de la mère et risque de prématurité et de petit poids à la
naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Groupe d'âge	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
Moins de 20 ans	131	8	6,1	
20-24 ans	460	38	8,3	
25-29 ans	671	49	7,3	
30-34 ans	502	21	4,2	
35 ans et plus	189	11	5,8	
Total	1 953	127	6,5	
Moins de 20 ans	131	8	6,1	0,97 (0,47-1,87)
Autres groupes d'âge	1 822	119	6,5	1,00
Moins de 18 ans	33	3	9,1	1,41 (0,47-4,20)
Autres groupes d'âge	1 920	124	6,5	1,00
Groupe d'âge	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Moins de 20 ans	135	6	4,4	
20-24 ans	470	29	6,2	
25-29 ans	676	41	6,1	
30-34 ans	502	23	4,6	
35 ans et plus	193	13	6,7	
Total	1 976	112	5,7	
Moins de 20 ans	135	6	4,4	0,77 (0,35-1,72)
Autres groupes d'âge	1 841	106	5,8	1,00
Moins de 18 ans	34	2	5,9	1,04 (0,27-4,03)
Autres groupes d'âge	1 942	110	5,7	1,00

Notes : L'âge de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 41 cas sur 1 994 (2,1 %).

L'âge de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 18 cas sur 1 994 (0,9 %).

2.8.2 Les caractéristiques socioéconomiques des mères

♦ L'état matrimonial et le mode de vie des mères

La section 1.2.3 de ce document fait référence à des études scientifiques qui confirment l'existence de liens entre, d'une part, l'état matrimonial et le mode de vie et, d'autre part, la prématurité et le faible poids à la naissance. Il ressort de ces études que les mères célibataires ou ne vivant pas avec un conjoint sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des bébés nés prématurément ou de petit poids que les mères mariées ou vivant avec un conjoint. Même si la comparaison des différentes proportions et des risques relatifs du tableau 32 semble confirmer ce constat, il faut toutefois demeurer prudent avec les résultats de l'enquête, car les écarts ne sont pas statistiquement significatifs.

Tableau 32
État matrimonial de la mère et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

État matrimonial	Nombre de naissances		Prématurité	
		Nb	%	Risque relatif
Célibataire	308	23	7,5	
Mariée, conjointe de fait	1 600	96	6,0	
Séparée, divorcée	41	5	12,2	
Total	1 949	124	6,4	
Mariée, conjointe de fait	1 600	96	6,0	1,00
Autres états matrimoniaux	349	28	8,0	1,34 (0,89-2,00)

État matrimonial	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	
		Nb	%	Risque relatif
Célibataire	317	22	6,9	
Mariée, conjointe de fait	1 614	87	5,4	
Séparée, divorcée	41	3	7,3	
Total	1 972	112	5,7	
Mariée, conjoint de fait	1 614	87	5,4	1,00
Autres états matrimoniaux	358	25	7,0	1,30 (0,84-1,99)

Notes : L'état matrimonial de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 45 cas sur 1 994 (2,3 %).

L'état matrimonial de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 22 cas sur 1 994 (1,1 %).

En comparant les mères mariées ou conjointes de fait avec les mères non mariées (célibataires, veuves, séparées et divorcées), l'enquête montre que la durée moyenne de gestation ne diffère pas : 38,9 semaines dans les deux cas. Quant au poids moyen des nouveau-nés, il existe une

différence de 119 grammes en faveur des enfants dont les mères sont mariées ou conjointes de fait (3 350 grammes contre 3 231).

La situation est sensiblement la même quand on prend en considération le mode de vie, puisque la durée moyenne de gestation est pratiquement la même entre les deux groupes de mères alors qu'il existe, en moyenne, un écart de poids à la naissance de 113 grammes en faveur des bébés dont les mères vivent avec un conjoint (3 337 grammes comparativement à 3 224 pour les enfants dont les mères ne vivent pas avec un conjoint).

Tableau 33
Mode de vie de la mère et risque de prématurité et de petit poids à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Mode de vie	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
Avec conjoint	1 768	115	6,5	
Monoparentale	134	8	6,0	
Autres modes de vie	38	1	2,6	
Total	1 940	124	6,4	
Avec conjoint	1 768	115	6,5	1,00
Autres	172	9	5,2	0,80 (0,42-1,56)
Mode de vie	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Avec conjoint	1 788	99	5,5	
Monoparentale	136	9	6,6	
Autres	39	3	7,7	
Total	1 963	111	5,7	
Avec conjoint	1 788	99	5,5	1,00
Autres	175	12	6,9	1,24 (0,69-2,21)

Notes : Le mode de vie de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 54 cas sur 1 994 (2,7 %).

Le mode de vie de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 31 cas sur 1 994 (1,6 %).

♦ La principale source de revenus

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

Tableau 34
Source de revenus de la mère et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Source de revenus	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
Aucune	330	21	6,4	
Travail, CSST et prestations de maternité	1 142	76	6,7	
Chômage	89	2	2,2	
Sécurité sociale	358	24	6,7	
Bourse d'études, etc.	26	2	7,7	
Total	1 945	125	6,4	
Sécurité sociale	358	24	6,7	1,05 (0,69-1,62)
Autres sources	1 587	101	6,4	1,00

Source de revenus	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Aucune	339	17	5,0	
Travail, CSST et prestations de maternité	1 148	58	5,1	
Chômage	91	4	4,4	
Sécurité sociale	365	30	8,2	
Bourse d'études, etc.	26	2	7,7	
Total	1 969	111	5,6	
Sécurité sociale	365	30	8,2	1,63 (1,09-2,44)
Autres sources	1 604	81	5,0	1,00

Notes : La source de revenus de la mère et la durée de gestation sont inconnues dans 49 cas sur 1 994 (2,5 %).

La source de revenus de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 25 cas sur 1 994 (1,3 %).

En regroupant les mères en deux catégories, soit celles qui ont les revenus généralement les plus bas (les prestataires de la sécurité sociale) et les autres mères, des écarts importants sont observés, particulièrement en ce qui concerne le petit poids à la naissance (tableau 34). Ainsi, les nouveau-nés issus de mères qui reçoivent des prestations de la sécurité du revenu ont, dans 8,2 % des cas, un poids inférieur à 2 500 grammes (RR de 1,63 avec un intervalle de 1,09 à 2,44¹), alors que c'est le cas de 5 % des autres bébés.

En prenant en compte la durée moyenne de gestation, il n'y a pas de différence entre les deux groupes de mères (38,9 semaines dans les deux cas), tandis qu'il existe un écart relativement peu important de 41 grammes entre le poids moyen des nouveau-nés issus de mères prestataires de la sécurité sociale (3 293 grammes) et des autres mères (3 334 grammes).

¹ Le risque relatif est calculé avec un niveau de confiance de 95 %.

♦ La scolarité

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les mères plus scolarisées et celles qui le sont moins en ce qui concerne la prématurité. Quant au petit poids à la naissance, l'enquête montre que plus les mères sont faiblement scolarisées, plus elles risquent d'avoir un nouveau-né pesant moins de 2 500 grammes (tableau 35). Ainsi, seulement 2,9 % des nouveau-nés issus de mères ayant 15 ans et plus de scolarité ont un poids inférieur à 2 500 grammes comparativement à 9,4 % pour les bébés dont les mères ont moins de neuf ans de scolarité, et 7,8 % pour ceux dont les mères ont de 9 à 11 ans de scolarité.

Tableau 35
Scolarité de la mère et risque de prématurité et de petit poids à la
naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Scolarité	Nombre de naissances		Prématurité	
		Nb	%	Risque relatif
Moins de 9 ans	165	14	8,5	
9-11 ans	591	46	7,8	
12-14 ans	532	33	6,2	
15 ans et plus	610	33	5,4	
Total	1 898	126	6,6	
Moins de 11 ans	440	36	8,2	1,33 (0,91-1,92)
11 ans et plus	1 458	90	6,2	1,00

Scolarité	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	
		Nb	%	Risque relatif
Moins de 9 ans	171	16	9,4	
9-11 ans	603	47	7,8	
12-14 ans	536	29	5,4	
15 ans et plus	611	18	2,9	
Total	1 921	110	5,7	
Moins de 11 ans	452	43	9,5	2,09 (1,44-3,01)
11 ans et plus	1 469	67	4,6	1,00

Notes : La scolarité de la mère et la durée de gestation sont inconnues dans 96 cas sur 1 994 (4,8 %).

La scolarité de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 73 cas sur 1 994 (3,7 %).

En classant les mères en deux catégories, soit celles qui ont moins de 11 ans de scolarité (aucun diplôme d'études secondaires) et celles qui ont 11 ans de scolarité et plus, il n'y a toujours pas d'écart significatif pour ce qui concerne la prématurité, alors que l'écart significatif demeure pour le petit poids à la naissance. Dans ce cas-ci, le risque relatif d'avoir un bébé de moins de 2 500 grammes est plus de deux fois supérieur (RR de 2,09 avec un intervalle de 1,44 à 3,01) chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité comparativement à celles qui sont plus instruites.

La durée moyenne de gestation parmi les mères moins scolarisées est de 38,7 semaines, alors qu'elle est légèrement plus élevée à 38,9 semaines pour les mères plus scolarisées. Quant au poids moyen des bébés à la naissance, il est de 3 250 grammes lorsque les mères ont moins de 11 ans de scolarité, alors qu'il se situe à 3 348 grammes pour les autres bébés (écart de 98 grammes). En considérant les mères très peu scolarisées (moins de 9 ans de scolarité), le poids moyen des nouveau-nés est de 3 264 grammes comparativement à 3 384 grammes pour les enfants issus de mères ayant 15 ans et plus de scolarité (différence de 120 grammes).

◆ L'emploi

Que la mère occupe ou non un emploi, il ne semble pas exister de différences notables en ce qui concerne l'incidence de la prématurité ou du faible poids à la naissance (tableau 36). Ce résultat n'est d'ailleurs pas en contradiction avec les études citées à la section 1.2.6, puisque les chercheurs ne s'entendent pas sur les impacts que peut avoir un emploi sur la prématurité et le petit poids à la naissance.

Tableau 36
Emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Emploi occupé	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	Risque relatif
			%	
Oui	1 165	78	6,7	1,07 (0,76-1,52)
Non	786	49	6,2	1,00
Total	1 951	127	6,5	
Emploi occupé	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	Risque relatif
			%	
Oui	1 172	60	5,1	0,81 (0,56-1,16)
Non	802	51	6,4	1,00
Total	1 974	111	5,6	

Notes : L'emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 14 cas sur 1 179 (1,2 %).

L'emploi occupé par la mère au début de sa grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 7 cas sur 1 179 (0,6 %).

Par contre, en ne considérant que les mères qui travaillent, l'enquête rend compte d'écarts importants entre certaines catégories d'emploi (tableau 37). Ainsi, les mères qui occupent des emplois de bureau ou qui travaillent dans le secteur de la vente et des services ont des proportions plus élevées de naissances prématurées et de petit poids que les mères qui sont cadres ou professionnelles¹.

¹ Cet écart entre les titres d'emploi doit toutefois être interprété avec prudence, car d'autres études, employant une classification des titres d'emploi différente, obtiennent des résultats qui sont loin d'être similaires. Lepage et al. (1986) citent ainsi une étude où des pourcentages élevés de prématurité sont observés parmi le personnel du secteur médico-social (incluant des professionnelles), alors que le personnel de bureau a de faibles pourcentages.

Le tableau 37 montre qu'en comparant les cadres et les professionnelles aux mères qui occupent les autres catégories d'emploi, il ressort que ces dernières ont un risque presque deux fois plus élevé d'avoir un enfant prématuré (RR de 1,79 avec un intervalle de 1,09 à 2,95) ou de petit poids à la naissance (RR de 2,08 avec un intervalle de 1,16 à 3,74).

Ces différences s'observent également avec la durée moyenne de gestation (39,1 semaines pour les cadres et professionnelles contre 38,8 semaines pour les autres catégories d'emploi) et le poids moyen de leurs enfants à la naissance (3 413 grammes contre 3 276 pour une différence de 137 grammes).

Tableau 37
Titre d'emploi de la mère et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Titre d'emploi	Nombre de naissances		Prématurité	
		Nb	%	Risque relatif
Cadre, professionnelle	445	20	4,5	
Emploi de bureau	167	16	9,6	
Vente et services	400	33	8,3	
Agricultrice, ouvrière, etc.	128	7	5,5	
Total	1 140	76	6,7	
Cadre, professionnelle	445	20	4,5	1,00
Autres titres d'emploi	695	56	8,1	1,79 (1,09-2,95)
Titre d'emploi	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	
		Nb	%	Risque relatif
Cadre, professionnelle	444	14	3,2	
Emploi de bureau	167	11	6,6	
Vente et services	406	27	6,7	
Agricultrice, ouvrière, etc.	129	8	6,2	
Total	1 146	60	5,2	
Cadre, professionnelle	444	14	3,2	1,00
Autres titres d'emploi	702	46	6,6	2,08 (1,16-3,74)

Notes : Le titre d'emploi de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 39 cas sur 1 179 (3,3 %).

Le titre d'emploi de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 33 cas sur 1 179 (2,8 %).

Comment expliquer de tels écarts ? Voilà une question que les données de l'enquête peuvent difficilement expliquer. Les conditions de travail (position debout pendant une longue période, flexibilité des horaires, stress lié à l'emploi, etc.) peuvent expliquer en partie le fait que la prématurité et le petit poids à la naissance soient plus fréquents parmi les mères qui ne sont pas cadres ou professionnelles. On doit toutefois rester prudent avec cette hypothèse, car les

habitudes de vie (celles-ci peuvent varier en fonction de la scolarité) et le milieu de vie (de meilleures conditions financières favorisent généralement un meilleur environnement social et physique), entre autres choses, peuvent aussi avoir un impact sur ces deux problèmes périnataux.

Ce qu'il faut néanmoins retenir de ces résultats, c'est que les mères qui sont cadres ou professionnelles profitent de conditions socioéconomiques qui, d'une façon générale, semblent être moins néfastes pour l'issue de la grossesse. On pourrait être porté à croire que c'est le moment où la mère prend son congé de maternité avant l'accouchement qui explique ces écarts, car il est reconnu que plus l'arrêt de travail est près du moment de l'accouchement, moins le poids du bébé à la naissance est élevé (voir la section 1.2.6 du présent rapport). Rien n'est moins juste puisque, selon les données de l'enquête menée au CHRDL, les cadres et les professionnelles ont, en moyenne, arrêté de travailler au même moment que les autres mères, soit à 26 semaines de grossesse.

Tableau 38
Type de travail occupé par la mère et risque de prématurité et de petit poids à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Type de travail	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
Temps plein	835	62	7,4	
Temps partiel	246	15	6,1	
Sur appel	76	1	1,3	
Total	1 157	78	6,7	
Temps plein	835	62	7,4	1,49 (0,88-2,55)
Autres types	322	16	5,0	1,00
Type de travail	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Temps plein	840	45	5,4	
Temps partiel	248	11	4,4	
Sur appel	75	3	4,0	
Total	1 163	59	5,1	
Temps plein	840	45	5,4	1,24 (0,69-2,22)
Autres types	323	14	4,3	1,00

Notes : Le type de travail occupé par la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 22 cas sur 1 179 (1,9 %).

Le type de travail occupé par la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 16 cas sur 1 179 (1,4 %).

Toujours parmi les mères qui travaillent, il ne semble pas exister de différence statistiquement significative entre le fait de travailler à temps plein, à temps partiel ou sur appel (tableau 38). D'ailleurs, l'examen de la durée moyenne de gestation et du poids moyen des nouveau-nés ne

montre pas d'écart vraiment important entre les trois types d'emploi. Ainsi, la durée moyenne de gestation est de 38,9 semaines pour les mères qui ont un emploi à temps plein ou partiel, et elle est de 39,0 semaines pour celles qui travaillent sur appel. Quant au poids moyen des bébés à la naissance, l'écart entre l'un ou l'autre des types d'emploi ne dépasse jamais 50 grammes.

En considérant l'horaire de travail des mères, il faut également conclure qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative quant à l'issue de la grossesse entre les mères qui travaillent le jour et celles qui travaillent le soir, la nuit ou qui ont un horaire variable (tableau 39). L'enquête révèle néanmoins que la durée moyenne de gestation est légèrement plus élevée chez les mères qui travaillent le jour (39,0 semaines) comparativement à celles qui travaillent le soir (38,6 semaines), la nuit (38,8 semaines) ou avec un horaire variable (38,8 semaines). De même, les mères dont l'horaire de travail est le jour ont, en moyenne, des bébés un peu plus lourds (3 338 grammes) que les mères qui oeuvrent le soir (3 259 grammes, écart de 79 grammes), la nuit (3 254 grammes, écart de 84 grammes) ou avec un horaire variable (3 325 grammes, écart de 13 grammes).

Tableau 39
Horaire de travail de la mère et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Horaire de travail	Nombre de naissances	Nb	Prématurité %	Risque relatif
Jour	732	47	6,4	
Soir	64	8	12,5	
Nuit	28	2	7,1	
Horaire variable	332	21	6,3	
Total	1 156	78	6,7	
Jour	732	47	6,4	1,00
Autres horaires	424	31	7,3	1,14 (0,74-1,76)
Horaire de travail	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance %	Risque relatif
Jour	735	35	4,8	
Soir	65	5	7,7	
Nuit	28	3	10,7	
Horaire variable	334	17	5,1	
Total	1 162	60	5,2	
Jour	735	35	4,8	1,00
Autres horaires	427	25	5,9	1,23 (0,75-2,03)

Notes : L'horaire de travail de la mère et la durée de gestation sont inconnus dans 23 cas sur 1 179 (2,0 %).

L'horaire de travail de la mère et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 17 cas sur 1 179 (1,4 %).

2.8.3 Les antécédents obstétricaux des mères

Les antécédents obstétricaux des mères peuvent, selon plusieurs études, affecter les issues de grossesse (Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988). C'est le cas plus particulièrement du rang de naissance et des avortements antérieurs. Pour ce qui concerne le rang de naissance, il ressort que les risques d'accouchement avant terme sont plus élevés pour les femmes ayant quatre enfants et plus, alors que les femmes ayant déjà eu un avortement (spontané ou provoqué) risquent plus d'avoir un enfant né prématurément ou de petit poids à la naissance.

♦ Le rang de naissance (parité)

Qu'importe le rang de naissance du bébé, l'enquête menée au CHRDL ne fait pas ressortir d'écarts notables en ce qui a trait à la prématurité et au petit poids à la naissance (tableau 40). Les risques semblent certes être plus élevés au moment de la première naissance mais, encore une fois, la différence n'est pas statistiquement significative, les effectifs n'étant pas, selon toute vraisemblance, assez grands¹.

Tableau 40
Rang de naissance vivante et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Rang de naissance vivante	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
1	837	60	7,2	
2	724	44	6,1	
3	246	10	4,1	
4 et plus	133	10	7,5	
Total	1 940	124	6,4	
1	837	60	7,2	1,24 (0,88-1,74)
2 et plus	1 103	64	5,8	1,00

Rang de naissance vivante	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
1	843	55	6,5	
2	733	33	4,5	
3	248	15	6,0	
4 et plus	136	6	4,4	
Total	1 960	109	5,6	
1	843	55	6,5	1,35 (0,94-1,94)
2 et plus	1 117	54	4,8	1,00

Notes : Le rang de naissance vivante et la durée de gestation sont inconnus dans 54 cas sur 1 994 (2,7 %).

Le rang de naissance vivante et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 34 cas sur 1 994 (1,7 %).

¹ Une étude menée dans Lanaudière pour la période 1989-1993 montre toutefois que les naissances de premier rang sont plus souvent sujettes à être prématurées ou de faible poids (Guillemette, 1996).

♦ Les fausses couches antérieures

À l'instar du rang de naissance, la déclaration ou non d'une fausse couche antérieure ne semble pas avoir de lien avec la prématurité et le petit poids à la naissance (tableau 41).

Tableau 41
Fausse couche antérieure chez la mère et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Fausse couche	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	Risque relatif
			%	
Oui	461	33	7,2	1,17 (0,80-1,72)
Non	1 475	90	6,1	1,00
Total	1 936	123	6,4	

Fausse couche	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	Risque relatif
			%	
Oui	461	29	6,3	1,20 (0,80-1,82)
Non	1 494	78	5,2	1,00
Total	1 955	107	5,5	

Notes : La déclaration d'une fausse couche antérieure et la durée de gestation sont inconnues dans 58 cas sur 1 994 (2,9 %).

La déclaration d'une fausse couche antérieure et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 39 cas sur 1 994 (2,0 %).

♦ Les interruptions volontaires de grossesse

Encore une fois, le fait d'avoir déjà eu ou non une interruption volontaire de grossesse ne semble pas avoir un lien quelconque avec la prématurité et le petit poids à la naissance (tableau 42).

Tableau 42
Interruption volontaire de grossesse (IVG) antérieure chez la mère et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Interruption volontaire de grossesse	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	Risque relatif
			%	
Oui	266	14	5,3	1,00
Non	1 673	109	6,5	1,24 (0,72-2,13)
Total	1 939	123	6,3	
Interruption volontaire de grossesse	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	Risque relatif
			%	
Oui	265	12	4,5	1,00
Non	1 693	95	5,6	1,24 (0,69-2,23)
Total	1 958	107	5,5	

Notes : La déclaration d'une IVG antérieure et la durée de gestation sont inconnues dans 55 cas sur 1 994 (2,8 %).

La déclaration d'une IVG antérieure et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 36 cas sur 1 994 (1,8 %).

2.8.4 Le gain pondéral maternel durant la grossesse

Tel que mentionné dans la section 1.3.3 de ce document, le gain de poids de la mère au cours de la gestation peut avoir une influence déterminante sur l'issue de la grossesse. Le tableau 43 révèle ainsi que les mères déclarant une perte de poids ou un gain de poids de 10 kg ou moins au cours de leur grossesse sont beaucoup plus souvent susceptibles d'avoir un bébé prématuré ou de petit poids. Le risque est en effet deux fois supérieur, aussi bien pour la prématurité (RR de 2,05 avec un intervalle de 1,44 à 2,91) que pour le petit poids à la naissance (RR de 2,03 avec un intervalle de 1,40 à 2,97).

Tableau 43
Gain de poids durant la grossesse et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Gain de poids	Nombre naissances		Prématurité	
		Nb	%	Risque relatif
Aucun gain ou perte de poids	31	1	3,2	
1-10 kg	406	45	11,1	
11-19 kg	1 210	69	5,7	
20 kg et plus	270	7	2,6	
Total	1 917	122	6,4	
10 kg et moins	437	46	10,5	2,05 (1,44-2,91)
Plus de 10 kg	1 480	76	5,1	1,00

Gain de poids	Nombre naissances		Petit poids à la naissance	
		Nb	%	Risque relatif
Aucun gain ou perte de poids	31	1	3,2	
1-10 kg	409	39	9,5	
11-19 kg	1 228	59	4,8	
20 kg et plus	271	8	3,0	
Total	1 939	107	5,5	
10 kg et moins	440	40	9,1	2,03 (1,40-2,97)
Plus de 10 kg	1 499	67	4,5	1,00

Notes : Le gain de poids durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 77 cas sur 1 994 (3,9 %).

Le gain de poids durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 55 cas sur 1 994 (2,8 %).

L'examen de la durée moyenne de gestation et du poids moyen du nouveau-né confirme d'ailleurs assez nettement ce constat. Pour les mères ayant un gain de poids supérieur à 10 kg, la durée moyenne de gestation est de 39,0 semaines, alors qu'elle ne se situe qu'à 38,5 semaines pour celles qui ont une perte de poids ou qui gagnent 10 kg ou moins. De même, le poids moyen des bébés est de 3 366 grammes lorsque les mères ont un gain de poids suffisant, tandis qu'il baisse à 3 193 grammes pour les autres nouveau-nés (écart de 173 grammes).

Certains pourraient croire que cette relation entre le gain de poids durant la grossesse et la prématurité ou le faible poids à la naissance est mal interprétée, car une mère qui accouche prématurément a de fortes chances d'avoir fait un gain de poids insuffisant (la durée de gestation étant en effet plus courte que la normale). Par conséquent, il y aurait plus de risques d'observer un petit poids à la naissance puisque le bébé est né avant terme. Afin de prendre en compte cet argument, seules les mères ayant accouché à terme (37 semaines ou plus de gestation) ont été retenues pour le calcul des résultats suivants. Ainsi, parmi les mères qui accouchent à terme, celles qui affichent un gain de poids supérieur à 10 kg donnent naissance dans 2,4 % des cas à des bébés pesant moins de 2 500 grammes, alors que c'est le cas pour 3,6 % des bébés dont les mères perdent du poids ou gagnent 10 kg ou moins (RR de 1,36 avec un intervalle de 0,87 à

2,13). Même si cet écart n'est pas statistiquement significatif, il faut retenir que le poids moyen des nouveau-nés issus de mères ayant eu un gain de poids suffisant est de 3 409 grammes, comparativement à 3 297 grammes pour les autres bébés (écart de 112 grammes).

2.8.5 Les problèmes de santé des mères durant leur grossesse

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

♦ Le diabète de grossesse

Le tableau 44 montre que les mères ayant souffert du diabète de grossesse semblent avoir moins souvent des nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (3,5 % comparativement à 6,1 % pour les autres mères). Probablement faute d'un nombre suffisamment grand de répondantes, cet écart, important en apparence, demeure néanmoins non significatif du point de vue statistique (RR de 0,58 avec un intervalle de 0,30 à 1,09).

Tableau 44
Diabète de grossesse chez la mère et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Diabète de grossesse	Nombre de naissances		Prématurité	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	281	16	5,7	0,83 (0,50-1,38)
Non	1 600	110	6,9	
Total	1 881	126	6,7	
Diabète de grossesse	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	284	10	3,5	0,58 (0,30-1,09)
Non	1 619	99	6,1	
Total	1 903	109	5,7	

Notes : La déclaration de diabète de grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 113 cas sur 1 994 (5,7 %).

La déclaration de diabète de grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 91 cas sur 1 994 (4,6 %).

La durée moyenne de gestation des mères ayant eu un diabète de grossesse est de 38,8 semaines, alors que celle des autres mères est à peu près similaire avec une valeur de 38,9 semaines. Quant

au poids moyen des bébés à la naissance, celui-ci est plus élevé pour les enfants dont les mères ont eu un diabète de grossesse (3 390 grammes) par rapport aux autres enfants (3 316 grammes).

♦ L'hypertension et la prééclampsie

Il ne fait aucun doute, à la lumière des résultats de l'enquête menée au CHRDL, que l'hypertension et la prééclampsie sont en liens avec la prématurité et le petit poids à la naissance¹. Ainsi, le risque relatif d'avoir un enfant prématuré dans le cas des mères souffrant d'hypertension ou de prééclampsie est de 2,34 (intervalle de 1,35 à 4,06), et il est de 3,44 (intervalle de 1,74 à 6,67) pour le faible poids à la naissance. C'est donc dire que ces mères ont au moins deux fois plus de risques d'avoir un bébé né avant terme et au moins trois fois plus de risques d'avoir un bébé de petit poids que les mères qui ne présentent pas des symptômes d'hypertension ou de prééclampsie au cours de leur grossesse. Selon l'enquête, 14,8 % des enfants issus de mères souffrant d'hypertension ou de prééclampsie sont nés prématurément et 16 % avaient un poids inférieur à 2 500 grammes à la naissance².

Tableau 45
Hypertension et prééclampsie chez la mère et risque de prématurité et de petit poids à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998 (naissances simples seulement)

Hypertension et prééclampsie	Nombre de naissances		Prématurité	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	81	12	14,8	2,34 (1,35-4,06)
Non	1 800	114	6,3	1,00
Total	1 881	126	6,7	
Hypertension et prééclampsie	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	81	13	16,0	3,44 (1,74-6,67)
Non	1 822	96	5,3	1,00
Total	1 903	109	5,7	

Notes : La déclaration de l'hypertension ou d'une prééclampsie et la durée de gestation sont inconnues dans 113 cas sur 1 994 (5,7 %).

La déclaration de l'hypertension ou d'une prééclampsie et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 91 cas sur 1 994 (4,6 %).

Les mères qui font de l'hypertension ou de la prééclampsie accouchent en moyenne après 38,0 semaines de grossesse comparativement à 38,9 semaines pour les autres mères. De plus,

¹ Les obstétriciens déclenchent parfois prématurément l'accouchement des mères souffrant d'hypertension ou de prééclampsie. Des raisons médicales associées à la santé de la mère et du fœtus expliquent ces décisions.

² Lepage et al. (1986) citent une étude qui estime à 10,2 % la proportion de bébés de petit poids parmi les mères dont les problèmes d'hypertension ont débuté tôt au troisième trimestre de la grossesse. Ils font également référence à une autre étude qui situe à 18 % le pourcentage de bébés de petit poids chez les mères souffrant d'éclampsie sévère.

leurs bébés pèsent, en moyenne, 215 grammes de moins à la naissance que les autres nouveau-nés (3 121 grammes contre 3 336 grammes).

2.8.6 Les caractéristiques de l'accouchement

♦ La césarienne

Le tableau 46 montre que les mères ayant subi une césarienne au moment de l'accouchement ne présentent pas un risque statistiquement plus élevé d'avoir une naissance avant terme ou de petit poids.

Tableau 46
Césarienne à l'accouchement et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Césarienne	Nombre de naissances	Nb	Prématurité %	Risque relatif
Oui	218	18	8,3	1,31 (0,81-2,12)
Non	1 735	109	6,3	1,00
Total	1 953	127	6,5	

Césarienne	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance %	Risque relatif
Oui	222	18	8,1	1,51 (0,93-2,46)
Non	1 754	94	5,4	1,00
Total	1 976	112	5,7	

Notes : La déclaration de césarienne à l'accouchement et la durée de gestation sont inconnues dans 41 cas sur 1 994 (2,1 %).
La déclaration de césarienne à l'accouchement et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 18 cas sur 1 994 (0,9 %).

♦ Les naissances multiples

Les mères qui donnent naissance à plus d'un enfant en même temps affichent un risque nettement plus élevé de prématurité (RR de 7,72 avec un intervalle de 4,45 à 13,38) et de petit poids à la naissance (RR de 11,39 avec un intervalle de 7,41 à 17,51). Il est en effet reconnu que les mères qui donnent naissance à plus d'un enfant à la fois ont des grossesses beaucoup plus à risque que celles qui connaissent des cas de naissances uniques.

Tableau 47
Type de naissance et risque de prématurité et de petit poids
à la naissance, enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

Type de naissance	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
Simple	1 961	127	6,5	1,00
Double	14	7	50,0	7,72 (4,45-13,38)
Total	1 975	134	6,8	
Type de naissance	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Simple	1 985	112	5,6	1,00
Double	14	9	64,3	11,39 (7,41-17,51)
Total	1 999	121	6,1	

Notes : Le type de naissance et la durée de gestation sont inconnus dans 45 cas sur 2 020 (2,2 %).

Le type de naissance et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 21 cas sur 2 020 (1,0 %).

2.8.7 Le tabagisme

Le tabagisme a une influence néfaste sur la santé des fumeurs. Les troubles respiratoires et le cancer du poumon ou des voies respiratoires touchent en effet beaucoup plus les personnes qui fument du tabac. Il importe aussi de retenir que le tabagisme peut avoir des effets négatifs, non seulement sur les consommateurs, mais également sur l'issue de la grossesse (Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1988).

À la lumière des résultats de l'enquête menée au CHRDL, il faut constater que les femmes qui ont fumé au cours de leur grossesse présentent des risques beaucoup plus élevés de prématurité et de petit poids à la naissance que les autres mères. Le risque relatif est ainsi de 1,54 (intervalle de 1,10 à 2,16) pour la prématurité et il est de 2,21 (intervalle de 1,54 à 3,19) pour le petit poids à la naissance (tableau 48)¹. En d'autres termes, une mère qui fume au cours de sa grossesse a une fois et demie plus de risques de donner naissance à un enfant avant 37 semaines de grossesse et elle a au moins deux fois plus de risques d'avoir un nouveau-né pesant moins de 2 500 grammes.

La durée moyenne de grossesse des consommatrices de tabac est de 38,8 semaines comparativement à 39,0 semaines pour les non-fumeuses. L'écart est nettement plus important en prenant en considération le poids moyen des nouveau-nés, car il est de 3 181 grammes pour les mères faisant usage du tabac et de 3 413 grammes pour les non-fumeuses (écart de 232 grammes)².

¹ Aux États-Unis, on estime que les femmes enceintes qui fument ont un risque de 1,3 à 1,5 fois supérieur à celui des mères non fumeuses d'accoucher prématurément et il est de 1,8 à 2,4 fois plus élevé pour le faible poids à la naissance (Santé Canada, 1995).

² Une publication de Santé Canada (1995) fait référence à des études qui estiment que le poids des nouveau-nés dont la mère fume est, en moyenne, de 150 à 200 grammes inférieur à celui des bébés issus de mères non fumeuses.

Tableau 48
Tabagisme durant une partie ou toute la grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Prématurité		
		Nb	%	Risque relatif
Oui	723	60	8,3	1,54 (1,10-2,16)
Non	1 228	66	5,4	1,00
Total	1 951	126	6,5	
Tabagisme durant la grossesse	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Oui	735	63	8,6	2,21 (1,54-3,19)
Non	1 240	48	3,9	1,00
Total	1 975	111	5,6	

Notes : Le tabagisme durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 43 cas sur 1 994 (2,2 %).

Le tabagisme durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 19 cas sur 1 994 (1,0 %).

En ne prenant en compte que les mères qui ont fumé au cours de leur grossesse, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre celles qui ont fumé durant toute leur grossesse et celles qui ont arrêté de fumer au cours de leur grossesse et ce, même si les proportions d'enfants prématurés ou de petit poids semblent être plus élevées chez les premières (tableau 49).

Tableau 49
Tabagisme durant toute la grossesse chez les mères fumeuses
et risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Tabagisme durant toute la grossesse	Nombre de naissances	Prématurité		
		N	%	Risque relatif
Oui	609	53	8,7	1,36 (0,63-2,90)
Non	109	7	6,4	1,00
Total	718	60	8,4	
Tabagisme durant toute la grossesse	Nombre de naissances	N	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
Oui	618	57	9,2	1,72 (0,76-3,90)
Non	112	6	5,4	1,00
Total	730	63	8,6	

Notes : Le tabagisme durant toute la grossesse et la durée de gestation sont inconnus dans 15 cas sur 733 (2,0 %).

Le tabagisme durant toute la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 3 cas sur 733 (0,4 %).

Même si le tableau 50 semble montrer que les risques de prématurité et de faible poids à la naissance croissent avec la quantité de cigarettes fumées au cours d'une journée, il faut insister sur le fait que les écarts ne sont pas statistiquement significatifs. On peut toutefois retenir que les mères qui fument 15 cigarettes et plus par jour accouchent en moyenne après 38,5 semaines de gestation comparativement à 38,9 semaines pour celles qui en fument moins de 15. De plus, le poids moyen des bébés à la naissance est inférieur de 153 grammes chez les nouveau-nés dont les mères fument beaucoup (3 084 grammes) en comparaison avec les bébés issus de mères fumant de 1 à 14 cigarettes par jour (3 237 grammes)¹.

Tableau 50
Quantité de cigarettes fumées par jour durant la grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(mères fumeuses et naissances simples seulement)

Nombre de cigarettes par jour	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	
			%	Risque relatif
1-4 cigarettes/jour	70	8	11,4	
5-9 cigarettes/jour	110	5	4,5	
10-14 cigarettes/jour	207	13	6,3	
15-19 cigarettes/jour	119	13	10,9	
20 cigarettes et +/jour	139	15	10,8	
Total	645	54	8,4	
1-14 cigarettes/jour	387	26	6,7	1,00
15 cigarettes et +/jour	258	28	10,9	1,62 (0,97-2,69)
Nombre de cigarettes par jour	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	
			%	Risque relatif
1-4 cigarettes/jour	75	7	9,3	
5-9 cigarettes/jour	112	6	5,4	
10-14 cigarettes/jour	208	14	6,7	
15-19 cigarettes/jour	120	11	9,2	
20 cigarettes et +/jour	140	18	12,9	
Total	655	56	8,5	
1-14 cigarettes/jour	395	27	6,8	1,00
15 cigarettes et +/jour	260	29	11,2	1,63 (0,99-2,69)

Notes : Le nombre de cigarettes fumées par jour et la durée de gestation sont inconnus dans 88 cas sur 733 (12,0 %).

Le nombre de cigarettes fumées par jour et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 78 cas sur 733 (10,6 %).

¹ Une étude américaine (Wilcox, 1993) estime que les nouveau-nés issus de mères fumant au moins un paquet de cigarettes par jour pèsent en moyenne 320 grammes de moins que les bébés dont la mère ne fumait pas durant la grossesse. Selon l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* menée au CHRDL, l'écart entre le poids moyen à la naissance des enfants nés de mères fumant beaucoup (15 cigarettes et plus par jour) et celui des enfants nés de mères non fumeuses est de 329 grammes (3 413 grammes contre 3 084 grammes).

Le tableau 51 informe que les mères non fumeuses qui sont exposées quotidiennement à la fumée de cigarettes au domicile ou au travail ne semblent pas présenter de risques statistiquement plus élevés d'avoir une naissance prématurée ou de petit poids que les mères qui ne sont jamais exposées à la fumée du tabac.

Tableau 51
Exposition à la fumée de cigarettes durant la grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(mères non fumeuses et naissances simples seulement)

Exposition à la fumée de cigarettes	Nombre de naissances	Nb	Prématurité %	Risque relatif
Oui	425	28	6,6	1,35 (0,84-2,17)
Non	779	38	4,9	1,00
Total	1 204	66	5,5	

Exposition à la fumée de cigarettes	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance %	Risque relatif
Oui	431	22	5,1	1,54 (0,88-2,69)
Non	785	26	3,3	1,00
Total	1 216	48	3,9	

Notes : L'exposition à la fumée de cigarettes et la durée de gestation sont inconnues dans 42 cas sur 1 246 (3,4 %).

L'exposition à la fumée de cigarettes et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 30 cas sur 1 246 (2,4 %).

2.8.8 La consommation de caféine

À l'instar des résultats de recherches présentés à la section 1.4.3 de ce rapport, il n'existe pas de relation nette entre la consommation de caféine, d'une part, et la prématurité et le petit poids à la naissance, d'autre part (tableau 52). En fait, il faudrait fort probablement axer l'analyse non pas sur la consommation de caféine comme telle, mais plutôt sur la quantité de caféine consommée chaque jour au cours de la grossesse¹. Il ne faudrait également pas oublier d'éliminer l'influence de facteurs confondants comme le tabagisme.

¹ Une étude menée au Brésil (Santos et al., 1998) laisse toutefois entendre que la mesure exacte de la quantité de caféine consommée par les mères enceintes est très difficile à réaliser. Cette situation a très souvent pour effet de rendre aléatoire toute forme de conclusion.

Tableau 52
Consommation de caféine durant la grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Consommation de caféine	Nombre de naissances	Nb	Prématurité	Risque relatif
			%	
Oui	1 672	109	6,5	1,08 (0,66-1,77)
Non	282	17	6,0	1,00
Total	1 954	126	6,4	
Consommation de caféine	Nombre de naissances	Nb	Petit poids à la naissance	Risque relatif
			%	
Oui	1 695	101	6,0	1,53 (0,83-2,82)
Non	283	11	3,9	1,00
Total	1 978	112	5,7	

Notes : La consommation de caféine durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 40 cas sur 1 994 (2,0 %).

La consommation de caféine durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 16 cas sur 1 994 (0,8 %).

2.8.9 La consommation d'alcool

Au même titre que la consommation de caféine, la consommation d'alcool durant la grossesse ne semble pas avoir une influence néfaste sur son issue, puisque les écarts entre les consommatrices et les non-consommatrices ne sont pas statistiquement significatifs (tableau 53). Il faut malgré tout se rappeler que la consommation abusive d'alcool au cours de la grossesse est sans contredit néfaste pour le fœtus.

Tableau 53
Consommation d'alcool durant la grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Consommation d'alcool	Nombre de naissances		Prématurité	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	441	25	5,7	0,85 (0,55-1,29)
Non	1 508	101	6,7	
Total	1 949	126	6,5	
Consommation d'alcool	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	441	32	7,3	1,39 (0,93-2,06)
Non	1 531	80	5,2	
Total	1 972	112	5,7	

Notes : La consommation d'alcool durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 45 cas sur 1 994 (2,3 %).

La consommation d'alcool durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 22 cas sur 1 994 (1,1 %).

2.8.10 La consommation de drogues

Selon le tableau 54, la consommation de drogues est étroitement associée au petit poids à la naissance, alors qu'elle ne l'est pas avec la prématurité. Parmi les consommatrices de drogues (marijuana, haschich, cocaïne ou crack), le risque relatif de donner naissance à un enfant de petit poids est de 2,30 (intervalle de 1,17 à 4,51). Il est donc deux fois plus élevé que celui observé chez les mères qui ne consomment pas de drogues.

Tableau 54
Consommation de drogues durant la grossesse et
risque de prématurité et de petit poids à la naissance,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998
(naissances simples seulement)

Consommation de drogues	Nombre de naissances		Prématurité	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	62	6	9,7	1,52 (0,70-3,32)
Non	1 888	120	6,4	
Total	1 950	126	6,5	
Consommation de drogues	Nombre de naissances		Petit poids à la naissance	Risque relatif
		Nb	%	
Oui	64	8	12,5	2,30 (1,17-4,51)
Non	1 910	104	5,4	
Total	1 974	112	5,7	

Notes : La consommation de drogues durant la grossesse et la durée de gestation sont inconnues dans 44 cas sur 1 994 (2,2 %).

La consommation de drogues durant la grossesse et le poids du nouveau-né sont inconnus dans 20 cas sur 1 994 (1,0 %).

L'enquête montre aussi que la durée moyenne de gestation des mères qui consomment de la drogue est légèrement plus courte que celle des mères non consommatrices (38,6 semaines contre 38,9) et que le poids moyen de leurs bébés est moindre (3 136 grammes contre 3 333, écart de 197 grammes).

2.9 L'état de la situation dans la MRC de Joliette

En introduction, il a été spécifié que la MRC de Joliette représentait un cas particulier en ce qui concerne la prématurité et le petit poids à la naissance. Une étude antérieure (Guillemette, 1996) a en effet démontré que cette MRC affichait des proportions de naissances prématurées et de petit poids qui ne semblaient pas être en lien avec les facteurs de risque généralement utilisés (âge des mères, scolarité, parité, intervalle intergénéral, etc.). Comme un des objectifs de ce projet consiste à essayer de trouver une explication à cette situation, la présente section compare certains facteurs de risque chez les mères de la MRC de Joliette avec ceux des mères de trois autres MRC voisines (D'Autray, Matawinie et Montcalm). Rappelons que toutes ces mères ont accouché au CHRDL en 1997-1998 et qu'elles sont résidentes de Lanaudière.

En tout, 744 mères et 749 nouveau-nés font partie de l'échantillon de la MRC de Joliette, alors qu'il y a 1 170 mères et 1 179 nouveau-nés dans l'échantillon des MRC du nord¹ (tableau 55). Il s'agit donc, dans les deux cas, d'un corpus suffisamment grand pour permettre certaines comparaisons. Celles-ci consistent à mettre en parallèle des facteurs de risque qui, à la lumière des résultats présentés dans les sections précédentes, semblent être les plus liés à la prématurité et au faible poids à la naissance.

Toujours en introduction, il a été souligné que la MRC de Joliette a, depuis 1989 et jusqu'en 1996, des proportions de naissances prématurées et de petit poids plus élevées que la moyenne lanauoise. Qu'en est-il avec les données de l'enquête *Grossesse et habitudes de vie* de 1997-1998 ? Quoiqu'un peu moins nette, il semble que la tendance soit restée la même, car le taux de prématurité se situe à 8,9 % pour la MRC de Joliette, comparativement à 6,1 % pour les MRC du nord. Cet écart se traduit par un risque relatif statistiquement significatif de 1,46 (intervalle de 1,06 à 2,03) en défaveur de la MRC de Joliette. Quant au pourcentage de naissances de petit poids, il est de 7 % pour la MRC de Joliette et de 6,3 % pour les MRC du nord. Encore une fois, le risque relatif est plus élevé pour la MRC de Joliette (RR de 1,10), mais il n'est pas, cette fois-ci, statistiquement différent de celui des MRC du nord (l'intervalle est de 0,78 à 1,56).

¹ Pour des raisons pratiques, les MRC D'Autray, de Matawinie et de Montcalm sont désignées sous ce vocable.

Tableau 55
Nombre de répondantes et d'enfants, taux de prématurité et taux
de petit poids à la naissance selon la MRC de résidence des mères,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	MRC de Joliette		MRC du nord	
	Nb	%	Nb	%
Nombre de répondantes	744		1 170	
Nombre de nouveau-nés	749		1 179	
Prématurité				
Oui	65	8,9	70	6,1
Non	668	91,1	1 086	93,9
Total	733	100,0	1 156	100,0
Petit poids à la naissance				
Oui	52	7,0	74	6,3
Non	693	93,0	1 097	93,7
Total	745	100,0	1 171	100,0

2.9.1 Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Dans l'ensemble, les mères de la MRC de Joliette ne présentent pas un profil démographique et socioéconomique plus défavorable que les mères des MRC du nord. Elles semblent certes légèrement plus nombreuses à ne pas vivre avec un conjoint (10,4 % contre 7,8 %), mais elles sont pratiquement aussi nombreuses, toutes proportions gardées, à avoir moins de 20 ans, à ne pas être mariées et à recevoir des prestations de la sécurité sociale (tableau 56). Elles présentent, par surcroît, une plus faible proportion de mères ayant moins de 11 ans de scolarité (21,7 % contre 24,4 %). C'est toutefois au niveau de l'emploi et de ses caractéristiques qu'il semble y avoir les différences les plus notables. Les mères de la MRC de Joliette sont en effet proportionnellement plus nombreuses que les mères des MRC du nord à occuper un emploi (64,4 % contre 57,5 %), à être cadres ou professionnelles (41,3 % contre 36,1 %) et à travailler le soir, la nuit ou avec un horaire variable (38,2 % contre 36 %).

Bref, en se limitant aux seuls facteurs de risque dont l'influence néfaste sur la prématurité et le faible poids à la naissance (revenus tirés de la sécurité du revenu, faible scolarité de la mère et emploi occupé moins rémunérateur) a été statistiquement démontrée à la section 2.8, il est difficile de prétendre que les mères de la MRC de Joliette soient désavantagées. Bien au contraire, on retrouve sur ce territoire autant de mères prestataires de la sécurité sociale et, toutes proportions gardées, moins de mères faiblement scolarisées et plus de mères cadres ou professionnelles.

Tableau 56
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques
des répondantes selon leur MRC de résidence,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	MRC de Joliette		MRC du nord	
	Nb	%	Nb	%
Groupe d'âge				
10-19 ans	47	6,3	81	6,9
Autres groupes d'âge	697	93,7	1 087	93,1
Total	744	100,0	1 168	100,0
État matrimonial				
Mariée, conjoint de fait	605	81,6	956	81,8
Autres états matrimoniaux	136	18,4	212	18,2
Total	741	100,0	1 168	100,0
Mode de vie				
Avec conjoint	661	89,6	1 072	92,2
Autres modes de vie	77	10,4	91	7,8
Total	738	100,0	1 163	100,0
Source de revenus				
Sécurité sociale	140	18,9	210	18,1
Autres sources	602	81,1	951	81,9
Total	742	100,0	1 161	100,0
Scolarité				
Moins de 11 ans	158	21,7	275	24,4
11 ans et plus	570	78,3	850	75,6
Total	728	100,0	1 125	100,0
Emploi occupé				
Oui	476	64,4	671	57,5
Non	263	35,6	495	42,5
Total	739	100,0	1 166	100,0
Titre d'emploi				
Cadre, professionnelle	195	41,3	235	36,1
Autres titres	277	58,7	416	63,9
Total	472	100,0	651	100,0

Tableau 56 (suite)
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques
des répondantes selon leur MRC de résidence,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	MRC de Joliette		MRC du nord	
	Nb	%	Nb	%
Type de travail				
Temps plein	340	71,9	480	71,9
Autres types	133	28,1	188	28,1
Total	473	100,0	668	100,0
Horaire de travail				
Jour	293	61,8	426	64,0
Autres horaires	181	38,2	240	36,0
Total	474	100,0	666	100,0

2.9.2 Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement

Les différences entre les mères de la MRC de Joliette et celles des MRC du nord sont encore plus faibles au chapitre des caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement. Elles sont toutes aussi nombreuses à présenter une perte de poids ou un gain de poids de 10 kg ou moins, à développer un diabète de grossesse ou à donner naissance à des jumeaux (tableau 57). C'est seulement avec l'hypertension et la prééclampsie qu'une différence notable est observée, alors que les mères de la MRC de Joliette semblent être plus nombreuses à présenter ce type de problème de santé (5,1 % contre 3,8 %). Le nombre de mères connaissant ce problème de santé étant toutefois relativement faible (36 et 43 mères, respectivement), il est difficile de prétendre que ce seul facteur de risque puisse expliquer les écarts entre la MRC de Joliette et les MRC du nord au chapitre de la prématurité en particulier.

Tableau 57
Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement
des répondantes selon leur MRC de résidence,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	MRC de Joliette		MRC du nord	
	Nb	%	Nb	%
Gain de poids				
10 kg et moins	166	22,7	257	22,6
Plus de 10 kg	565	77,3	882	77,4
Total	731	100,0	1 139	100,0
Diabète de grossesse				
Oui	104	14,8	164	14,6
Non	600	85,2	959	85,4
Total	704	100,0	1 123	100,0
Hypertension ou prééclampsie				
Oui	36	5,1	43	3,8
Non	668	94,9	1 080	96,2
Total	704	100,0	1 123	100,0
Type de naissance				
Simple	733	99,3	1 156	99,2
Double	5	0,7	9	0,8
Total	738	100,0	1 165	100,0

2.9.3 Les habitudes de vie

Selon le tableau 58, la consommation de tabac semble être plus fréquente chez les mères enceintes dans les MRC du nord que dans la MRC de Joliette (38,6 % contre 35 %). De plus, parmi les mères fumeuses, les MRC du nord affichent de plus fortes proportions de mères qui font usage du tabac durant toute la grossesse (86,4 % contre 82,9 %). Les mères fumeuses de la MRC de Joliette sont, par contre, proportionnellement plus nombreuses à consommer 15 cigarettes et plus par jour (42,7 % contre 39,1 %). Quant à l'exposition à la fumée de cigarettes chez les mères non fumeuses, les proportions sont sensiblement les mêmes entre les deux échantillons de mères.

La MRC de Joliette semble toutefois légèrement se démarquer des MRC du nord en ce qui concerne la consommation de drogues, avec une proportion de mères consommatrices de 3,7 % comparativement à 2,8 % pour les mères des MRC du nord. Les effectifs impliqués étant, encore

une fois, très petits (27 et 32 mères, respectivement), il est difficile de se limiter à ce seul facteur de risque pour expliquer la plus forte proportion de naissances prématurées dans la MRC de Joliette.

Tableau 58
Habitudes de vie des répondantes selon leur MRC de résidence,
enquête *Grossesse et habitudes de vie*, CHRDL, 1997-1998

	MRC de Joliette		MRC du nord	
	Nb	%	Nb	%
Tabagisme durant la grossesse				
Oui	259	35,0	450	38,6
Non	480	65,0	715	61,4
Total	739	100,0	1 165	100,0
Tabagisme durant toute la grossesse¹				
Oui	213	82,9	387	86,4
Non	44	17,1	61	13,6
Total	257	100,0	448	100,0
Quantité de cigarettes fumées¹				
1-14 cigarettes par jour	134	57,3	241	60,9
15 cigarettes et plus par jour	100	42,7	155	39,1
Total	234	100,0	396	100,0
Exposition à la fumée de cigarettes²				
Oui	168	35,9	249	35,4
Non	300	64,1	455	64,6
Total	468	100,0	704	100,0
Consommation de drogues				
Oui	27	3,7	32	2,8
Non	712	96,3	1 131	97,2
Total	739	100,0	1 163	100,0

Notes : 1. Seules les mères fumeuses sont considérées.

2. Seules les mères non fumeuses sont considérées.

2.9.4 Comment expliquer l'incidence plus élevée de la prématurité dans la MRC de Joliette ?

Selon les résultats précédents, les mères de la MRC de Joliette ne présentent pas des caractéristiques démographiques et socioéconomiques ainsi que des habitudes de vie qui expliquent l'incidence plus forte de la prématurité parmi celles-ci. Bien au contraire, certains facteurs de risque comme la scolarité, le titre d'emploi ou encore le tabagisme leur semblent être plus avantageux. En d'autres termes, les résultats présentés précédemment ne permettent pas de cerner avec certitude les facteurs de risque qui expliquent les différences entre les deux échantillons de mères.

En fait, le seul élément qui mériterait probablement d'être investigué avec plus d'attention concerne les caractéristiques de l'emploi (efforts physiques requis, milieu de travail, position de travail, etc.), puisque c'est là que se retrouvent les différences les plus importantes entre les mères de la MRC de Joliette et celles des MRC du nord. On pourrait supposer que le fait d'occuper un emploi, avec le stress et la fatigue que cela peut générer, explique la plus forte incidence de la prématurité dans la MRC de Joliette. Mais encore là, on doit demeurer prudent avant de tirer des conclusions catégoriques et il faut surtout analyser d'autres facteurs de risque comme l'alimentation, le sommeil, la présence de jeunes enfants dans la famille (élément supplémentaire de fatigue pour les mères enceintes), l'environnement social, l'environnement physique (pollution, logement restreint ou insalubre, etc.), les distances parcourues en voiture pour se rendre au travail, etc.

2.10 Les facteurs de risque les plus importants

Les données présentées à la section 2.8 de ce document permettent d'identifier un certain nombre de facteurs de risque dont les effets négatifs sur les issues de grossesse ne font pas de doute. Les lecteurs doivent toutefois se rappeler que l'ordre de présentation de ces facteurs de risque selon l'ampleur du risque relatif n'est pas nécessairement en lien avec l'importance qu'on devrait leur accorder. Il importe également de retenir que cette liste n'est certainement pas exhaustive. D'autres enquêtes, avec un échantillon plus grand, pourraient ainsi établir des liens statistiquement significatifs, non démontrés dans l'enquête *Grossesse et habitudes de vie*, entre des facteurs de risque non considérés dans cette liste et la prématurité ou le petit poids à la naissance. L'ensemble des facteurs de risque les plus importants sont repris et présentés sous forme de liste dans les prochaines lignes.

2.10.1 La prématurité¹

Naissance gémellaire (jumeaux, triplets, etc.)	RR = 7,72
Hypertension ou prééclampsie	RR = 2,34
Faible gain de poids durant la grossesse (perte de poids ou gain de 10 kg et moins)	RR = 2,05
Emploi moins rémunérateur (autre que cadre et professionnelle)	RR = 1,79
Tabagisme durant la grossesse	RR = 1,54

¹ Seuls les facteurs de risque dont les effets néfastes sur les issues de grossesse sont statistiquement significatifs sont considérés.

2.10.2 Le petit poids à la naissance¹

Naissance gémellaire (jumeaux, triplets, etc.)	RR = 11,39
Hypertension et prééclampsie	RR = 3,44
Consommation de drogues	RR = 2,30
Tabagisme durant la grossesse	RR = 2,21
Faible scolarité de la mère (moins de 11 ans de scolarité)	RR = 2,09
Emploi moins rémunérateur (autre que cadre et professionnelle)	RR = 2,08
Faible gain de poids durant la grossesse (perte de poids ou gain de 10 kg et moins)	RR = 2,03
Revenus tirés de la sécurité du revenu	RR = 1,63

2.11 Conclusion

Ce chapitre, où sont présentés un certain nombre de facteurs de risque pouvant influencer l'issue de la grossesse, démontre bien que la prématurité et le faible poids à la naissance ne s'expliquent pas par un nombre très limité de facteurs de risque. Bien au contraire, il existe, seulement dans le cadre de cette enquête, au moins huit facteurs de risque dont l'influence a été statistiquement démontrée.

De plus, l'analyse de l'incidence de la prématurité et du petit poids à la naissance dans la MRC de Joliette révèle qu'il n'est pas facile d'expliquer avec certitude les différences entre des territoires comptant pourtant des mères qui ont des caractéristiques démographiques et socioéconomiques ainsi que des habitudes de vie pratiquement semblables.

En fait, l'ensemble des résultats présentés incite à conclure que la prématurité et le petit poids à la naissance résultent très souvent non pas d'un seul facteur de risque, mais de plusieurs en même temps (MSSS, 1993). Il importe également de retenir que ces mêmes facteurs de risque n'agissent pas de la même façon auprès de toutes les mères, même si elles présentent des caractéristiques et des habitudes de vie semblables.

Tous ces éléments font en sorte qu'il faut maintenir les interventions d'éducation et de prévention auprès des mères en général et, en particulier, des mères les plus à risque d'avoir des nouveau-nés prématurés ou de petit poids. Il a en effet été prouvé que les interventions éducatives et de prévention auprès des mères peuvent apporter des résultats probants en réduisant, à défaut de les éliminer, l'incidence de la prématurité et celle du faible poids à la naissance (le programme *OLO* et le programme *Naître égaux, Grandir en santé* en sont des exemples).

L'enquête *Grossesse et habitudes de vie* a certes été réalisée dans le but d'accroître les connaissances relatives à la prématurité et au petit poids à la naissance, mais elle a aussi été réalisée avec l'objectif bien avoué de suggérer des pistes d'intervention pour les personnes qui

¹ Seuls les facteurs de risque dont les effets néfastes sur les issues de grossesse sont statistiquement significatifs sont considérés.

oeuvrent pour et avec les mères et les futures mères (personnel de CLSC, médecins, infirmières, agents de prévention et de promotion, etc.). Le chapitre suivant tente donc, bien modestement, de dresser un inventaire des interventions d'éducation et de prévention qui contribuent déjà ou qui pourraient contribuer à réduire l'incidence de la prématurité et du petit poids à la naissance dans Lanaudière.

CHAPITRE 3

DES INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER

3.1 Introduction

Les facteurs de risque associés à la prématurité et au faible poids à la naissance étant nombreux, il n'est guère surprenant de retrouver plusieurs types d'interventions, de programmes ou d'activités visant à réduire l'incidence de ces deux problèmes périnataux. Les quelques pages suivantes tentent d'identifier un certain nombre de programmes et d'activités déjà implantés ou qui pourraient l'être dans Lanaudière.

3.2 Agir auprès des femmes défavorisées socioéconomiquement

Les femmes faiblement scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté ont plus de risques de donner naissance à des bébés prématurés ou de petit poids (Martin et Boyer, 1995). Or, il a été observé que les personnes pauvres et moins scolarisées utilisent moins le système de santé que les autres groupes de la population. De plus, les femmes défavorisées socioéconomiquement ont des problèmes de santé plus fréquemment pendant leur grossesse que les autres femmes. Elles sont aussi confrontées à la sous-alimentation chronique, au faible gain de poids gestationnel et à l'anémie durant la grossesse.

Afin d'aider ces femmes à mener à terme une grossesse plus sécuritaire pour elles et leurs bébés, il existe le programme *Naître égaux, Grandir en santé* (Martin et Boyer, 1995). Il s'agit d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention du petit poids à la naissance comprenant du soutien alimentaire pendant la grossesse (œuf, lait et orange), des conseils nutritionnels ainsi que des visites pré et postnatales à domicile et des références vers les ressources du milieu, le cas échéant. Les visites à domicile sont fréquentes et elles débutent avec un suivi prénatal dès la 20^e semaine de grossesse à raison d'une visite toutes les deux semaines (durée de 1 h à 1 h 30). Les visites se font presque toujours par la même intervenante qui offre un soutien à la famille selon ses besoins et établit avec elle une relation de confiance. Comme l'intervenante est soutenue par une équipe multidisciplinaire, les familles ont accès à l'expertise de plusieurs professionnels de la santé sans être obligées de faire appel à plus d'une personne. Le suivi de santé est complémentaire au suivi médical et comporte des informations sur la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. À tout ceci, s'ajoute un soutien économique, juridique et psychosocial.

Les Priorités nationales de santé publique recommandent que 50 % des femmes enceintes, faiblement scolarisées et en situation d'extrême pauvreté, soient rejointes par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de type *Naître égaux, Grandir en santé* (MSSS, 1997). Dans Lanaudière, ce programme est implanté depuis janvier 1999 dans cinq des six CLSC de la région¹ et il devrait éventuellement rejoindre environ 200 femmes par année². La DSP appuie les CLSC dans leurs activités et leur apporte le soutien nécessaire.

¹ Le programme *Naître égaux, Grandir en santé* devrait être implanté en décembre 1999 dans le dernier CLSC.

² Les CLSC de Lanaudière offrent encore le programme *OLO* aux mères défavorisées socioéconomiquement de la région qui ne répondent pas aux critères de sélection du programme *Naître égaux, Grandir en santé*.

3.3 Agir auprès des jeunes de moins de 18 ans¹

La grossesse à l'adolescence est une problématique qui préoccupe le MSSS et les directions régionales de santé publique en raison des impacts qu'elle peut avoir sur la santé des nouveau-nés, sur les jeunes mères et leur famille. Des interventions auprès de jeunes âgés de moins de 18 ans s'avèrent donc essentielles, non seulement pour favoriser une diminution du taux de prématurité et de faible poids à la naissance, mais aussi pour prévenir d'autres problèmes pouvant affecter les bébés (négligence, abus, etc.) et les mères (décrochage scolaire, isolement social, diminution de l'estime de soi, etc.).

La prévention de la grossesse à l'adolescence paraît être la méthode la plus efficace pour réduire les proportions de bébés prématurés et de petit poids chez les mères âgées de moins de 18 ans. Il est, par contre, tout aussi important de promouvoir un développement sexuel sécuritaire chez les jeunes, car l'activité sexuelle précoce et non protégée chez les adolescentes engendre des risques pour la santé. Par exemple, le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels sans utiliser de condom augmente les risques de grossesses non désirées et d'infections transmissibles sexuellement.

Afin de mieux informer et supporter les jeunes, il faut promouvoir l'éducation sexuelle et l'implantation de services cliniques mettant de l'avant l'adoption de pratiques sexuelles saines et sécuritaires (Conseil canadien de développement social, 1998). Les interventions globales en milieu scolaire, recommandées par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, sont un exemple d'activités qu'il faudrait privilégier et maintenir (Feldman et al., 1994). La plupart des activités de ce type comptent deux volets : un volet d'éducation concernant la sexualité et la contraception, ainsi que des services offrant des conseils sur une base individuelle ou de groupe et un volet sur des services médicaux. Les services de ce genre se donnent généralement sur place ou à proximité de l'école, et ils offrent une gamme complète de services préventifs : dépistage, informations sur la contraception, tests de grossesse, etc. Aux dires de certains, ces interventions, orientées vers l'éducation sexuelle, repoussent l'âge de la première relation sexuelle chez les jeunes non actifs sexuellement et, chez les adolescents actifs sexuellement, elles augmentent l'utilisation du condom et d'autres moyens contraceptifs (Wellings et al., 1995 ; Kirby, 1995 ; Mellanby et al., 1995 ; Sonenstein et al., 1998).

Au même titre que celui des intervenants en milieu scolaire, le rôle des médecins est également important. Ils peuvent identifier les jeunes actifs sexuellement et leur offrir des informations relatives aux méthodes contraceptives afin de prévenir la grossesse et les maladies transmissibles sexuellement (Fisher et Charbonneau, 1999). Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (Feldman et al., 1994) recommande ainsi aux médecins d'apprendre aux adolescents actifs sexuellement à utiliser correctement les contraceptifs oraux et les condoms et, au besoin, de leur fournir une gamme de services tels que du support-conseil, des moyens contraceptifs et du suivi.

¹ La présente enquête n'a pas fait ressortir d'écart statistiquement significatif en fonction de l'âge, mais d'autres études confirment une incidence plus forte de la prématurité et du petit poids à la naissance chez les bébés issus de mères âgées de moins de 18 ans. C'est la raison pour laquelle il est suggéré d'intervenir auprès de cette population.

La Direction de la santé publique de Lanaudière a déjà produit un plan d'action régional pour la prévention des grossesses à l'adolescence (Delagrave, 1998). Ce plan d'action a pour objectif de réduire le taux de grossesses à l'adolescence en améliorant et en intensifiant les activités de prévention et de promotion de la santé. Ce plan vise aussi à outiller les parents d'adolescents en les soutenant pour assumer leur rôle de premier éducateur et, enfin, à offrir un soutien aux intervenants qui travaillent auprès des jeunes. Les six CLSC de la région se sont engagés à intensifier leurs activités de prévention dans les écoles et à rendre les cliniques Jeunesse plus accessibles. Le rôle de la Direction de la santé publique consiste à soutenir les CLSC dans leurs activités de prévention et à les supporter en leur offrant son expertise.

3.4 Favoriser un gain de poids approprié durant la grossesse

Puisqu'un gain de poids approprié pendant la grossesse est important pour la mère et pour le fœtus, Santé Canada (1999) vient de publier ses lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer. Ainsi, pour les femmes enceintes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 20, il est proposé d'avoir un gain de poids de 12,5 à 18 kg durant la grossesse. Pour celles qui ont un IMC variant de 20 à 27, le gain de poids peut varier de 11,5 à 16 kg, alors qu'il oscille entre 7 et 11,5 kg pour les femmes enceintes ayant un IMC supérieur à 27.

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

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

3.5 Agir pour diminuer le tabagisme

Même si les femmes enceintes reçoivent généralement de l'information concernant les effets néfastes du tabagisme sur le fœtus, il faut malheureusement reconnaître qu'elles sont encore nombreuses à fumer durant leur grossesse. De plus, il semble que leurs connaissances relatives aux effets nocifs du tabagisme passif sur le fœtus soient plutôt limitées. Le rôle des médecins et des professionnels de la santé travaillant auprès des femmes enceintes devient donc essentiel lorsqu'il s'agit de les informer sur les dangers du tabagisme passif lors de leur grossesse (Crowley et Geary, 1998). La plupart des femmes ont une idée des effets du tabagisme sur leur fœtus, mais peu d'entre elles sont informées des conséquences néfastes que peut avoir la fumée

passive inhalée à la maison ou au travail. L'impact du tabagisme passif est peu connu et les interventions antitabagiques doivent cibler non seulement les femmes fumeuses, mais aussi les non-fumeuses exposées dans leur milieu de vie.

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

Afin d'agir sur ce facteur de risque, des interventions favorisant l'abandon du tabagisme sont recommandées par le *US Department of Health and Human Services* (1996). Selon ces recommandations, les intervenants doivent encourager les femmes enceintes à cesser de fumer et les informer des effets du tabagisme pour leur fœtus. On propose aussi une intervention de type *counseling intensif* pour les femmes qui ont essayé sans succès et à plusieurs reprises d'arrêter de fumer.

D'autres groupes d'experts vont dans le même sens. En effet, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (Feldman et al., 1994) recommande aux médecins de fournir des services d'aide-conseil aux jeunes pour les inciter à ne pas commencer à fumer. Le même groupe recommande également d'orienter les fumeurs vers des programmes de cessation du tabagisme. De plus, le *US Preventive Services Task Force* (1996) recommande de fournir de l'information sur les effets du tabagisme passif sur le fœtus à toutes les femmes enceintes.

La pertinence des programmes de cessation du tabagisme chez la femme enceinte est renforcée par une évaluation des coûts effectuée par Marks et al. (1990) qui confirment que pour chaque dollar investi dans des programmes de ce type, on épargne entre trois et neuf dollars en soins de santé auprès des nouveau-nés.

Afin d'augmenter l'efficacité des interventions visant l'arrêt du tabagisme chez la femme enceinte, il est judicieux de rejoindre les jeunes filles avant que la dépendance envers le tabac ne s'installe. En effet, il s'avère essentiel de mettre en oeuvre des activités de prévention et des messages visant à éviter ou à retarder le plus possible l'initiation à la consommation du tabac. La littérature confirme d'ailleurs l'importance d'agir durant la période de l'initiation tabagique qui se produit le plus souvent lors du passage entre les niveaux scolaires primaire et secondaire. Idéalement, ces interventions de prévention doivent s'inscrire dans une approche favorisant la mobilisation communautaire (école, famille, municipalité, etc.) pour ainsi créer un environnement favorable au non-usage du tabac.

Parmi les programmes de prévention visant à réduire le tabagisme durant la grossesse, il y a *Naître égaux, Grandir en santé*. Ce programme, rejoignant plus spécifiquement les femmes en situation d'extrême pauvreté, a déjà été évalué et son efficacité dans la réduction du nombre de

cigarettes fumées par les femmes enceintes a été démontrée (et confirmée par le dosage de la cotinine) (Olds, 1988). Le programme *Naître égaux, Grandir en santé* est actuellement implanté dans cinq des six CLSC de Lanaudière, mais il reste maintenant à l'étendre à l'ensemble des mères qu'il est censé rejoindre.

Compte tenu du taux élevé de tabagisme parmi les femmes enceintes de Lanaudière, la DSP rend disponible un outil qui s'adresse spécifiquement aux futures mères qui désirent cesser de fumer (Carroll et al., 1995). Intitulé *Une grossesse sans tabac*, cet outil a été envoyé en juin 1999 aux médecins obstétriciens et aux intervenants en périnatalité des CLSC de Lanaudière. Il est aussi disponible pour les autres médecins qui assurent un suivi auprès des femmes enceintes.

La Direction de la santé publique de Lanaudière a également mis en oeuvre, en collaboration avec les CLSC, un programme de prévention du tabagisme intitulé *Sam Chicotte* et s'adressant aux jeunes de la 6^e année du primaire (DSP, 1996 ; DSP, 1999). Ce programme vise à conscientiser les jeunes sur les facteurs environnementaux qui peuvent les inciter à fumer (agir auprès des jeunes avant que la consommation de tabac ne débute). De plus, il est conçu afin d'encourager les jeunes à s'engager dans des actions de prévention du tabagisme dans leur communauté. Pour leur part, les écoles secondaires et les maisons de jeunes ont la possibilité de s'inscrire dans le mouvement de la *Gang Allumée* afin de développer leur propre projet de prévention et de cessation du tabagisme (Conseil québécois sur le tabac et la santé, 1996).

3.6 Agir pour réduire la consommation abusive d'alcool

La consommation abusive d'alcool au cours de la grossesse peut engendrer un syndrome d'alcoolisme foetal pouvant causer des malformations congénitales ou un retard de développement chez l'enfant. Même s'ils sont tous d'accord sur ce danger, les experts ne s'entendent toutefois pas pour établir un seuil maximal de consommation d'alcool durant la grossesse. Il est, par conséquent, suggéré à la femme enceinte de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la grossesse. Dans le cas où la femme enceinte continue de consommer de l'alcool, il est préférable de l'encourager à diminuer sa consommation le plus possible, car les risques pour le fœtus augmentent avec la quantité d'alcool consommé.

Il importe aussi d'informer les futures mères que le fait de cesser de boire à n'importe quel moment de la grossesse sera bénéfique pour le fœtus, car l'alcool peut avoir un effet dommageable sur le fœtus à n'importe quel stade de la grossesse. Pour les femmes ayant développé une dépendance à l'alcool, un suivi médical approprié est nécessaire afin d'éviter les complications potentiellement dangereuses pour la mère et le fœtus lors du sevrage.

Les efforts de prévention pourraient être dirigés vers les femmes en âge de procréer qui ne sont pas encore enceintes et vers celles qui le sont. Les médecins ont un rôle important à jouer à ce chapitre, puisque 99 % des femmes les consultent pendant leur grossesse et ce, à presque tous les mois. Il leur est ainsi possible d'intervenir précocement et de référer les femmes enceintes vers les ressources pertinentes. Dans Lanaudière, il existe plusieurs ressources pour aider les femmes

ayant un problème avec l'alcool : Le Tremplin (évaluation, désintoxication et réadaptation) ainsi que le CLIP, le Réseau et Uniatox des Moulins (accueil, écoute et référence).

La DSP a un rôle important à jouer en informant et en sensibilisant la population, surtout les femmes enceintes, sur les méfaits de l'abus d'alcool. Son rôle consiste à informer les médecins et les autres intervenants sur l'importance du dépistage et d'une intervention précoce auprès des femmes enceintes. La DSP encourage également les médecins et les autres intervenants à référer les femmes enceintes vers les ressources appropriées le plus près possible de leur milieu de vie.

3.7 Agir pour réduire la consommation abusive de drogues

La problématique de la toxicomanie étant fort complexe et souvent liée à la pauvreté, à l'isolement social et à des difficultés d'ordre personnel, la DSP suggère d'offrir un soutien aux mères toxicomanes à travers des programmes de type *Naître égaux*, *Grandir en santé*, et d'effectuer une référence vers les ressources spécialisées. Les interventions privilégiées auprès des femmes enceintes toxicomanes doivent s'inspirer de l'approche visant la réduction des méfaits. Celle-ci a pour but de réduire les répercussions de la surconsommation, en privilégiant non pas l'abstinence, mais la réduction des effets négatifs. Ainsi, une intervention visant la réduction des méfaits (ex. : les programmes de maintien à la méthadone pour les mères toxicomanes) paraît plus réaliste que l'abstinence. Cette intervention devient d'autant plus efficace si elle est jumelée à des services psychosociaux (Association canadienne pour la santé des adolescents, 1998). Le traitement de substitution permet ainsi aux mères toxicomanes de limiter les rechutes, de favoriser un suivi médical régulier et de diminuer les complications obstétricales.

Le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) a mis sur pied à Montréal, en 1992, une intervention de groupe pour femmes enceintes héroïnomanes pour lesquelles de la méthadone est prescrite afin de contrer les effets du sevrage sur le fœtus (Gauthier et al., 1998). Toujours dans le cadre de ce programme, le suivi psychosocial auprès des femmes enceintes se déroule en groupe. Le centre Le Tremplin, qui offre déjà depuis quelques mois un programme de sevrage à la méthadone, devrait bientôt développer une expertise lui permettant d'offrir des services aux femmes enceintes de la région.

Dans Lanaudière, il existe déjà des programmes de prévention des toxicomanies. Pour les femmes enceintes, c'est le programme *Pas à pas* qui est offert par Uniatox Des Moulins, alors que pour les adolescents, il y a les programmes *Ad Hoc* (Le Réseau), *Full Ados* (Uniatox Des Moulins) et *Moi j'trippe...*(Le Clip).

3.8 Conclusion

Cet aperçu nullement exhaustif des programmes et activités visant à réduire les risques de prématurité et de faible poids à la naissance montre qu'il existe plus d'un moyen d'intervention dont l'efficacité a déjà été prouvée. Il demeure tout aussi évident que la réduction de ces deux problématiques périnatales exige et exigera encore des efforts importants et soutenus afin que les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être soient réalisés (MSSS, 1992). C'est la raison pour laquelle le développement de nouveaux programmes de prévention, la consolidation de ceux qui existent déjà, et idéalement leur extension, doivent rester une priorité pour toute personne, décideur politique, gestionnaire ou intervenant, préoccupée par les conséquences néfastes de la prématurité et du faible poids à la naissance.

CONCLUSION

L'incidence de la prématurité [et celle du petit poids à la naissance] dans un pays est un bon reflet du niveau de qualité des soins prénatals. (Messer, 1994)

Ce document a permis de prendre connaissance des principaux facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance. Il a, de plus, donné aux lecteurs un aperçu de la situation au CHRDL et dans quatre des six MRC de Lanaudière, tout en identifiant les facteurs de risque qui semblaient être prédominants. Cet exercice a par la suite mené les auteurs à identifier, dans le troisième chapitre, les principaux programmes et activités de prévention qui sont implantés ou qui pourraient l'être dans Lanaudière. Quoiqu'un peu plus modeste en termes de volume, ce troisième chapitre est probablement le plus important, car il montre la voie à suivre afin d'agir efficacement sur les facteurs de risque associés à la prématurité et au petit poids à la naissance.

Les auteurs veulent aussi insister sur le fait que ce document ne doit surtout pas être considéré comme étant une fin en soi. Bien au contraire, il faut plutôt espérer qu'il contribuera à sensibiliser les décideurs politiques, les gestionnaires, les intervenants, les professionnels de la santé, la population en général et, plus spécialement, les futures mères sur l'importance de réduire les risques de prématurité et de faible poids à la naissance et sur la présence de moyens simples et peu coûteux pour y parvenir. Une telle réduction ne pourra, en bout de ligne, qu'être bénéfique à plus d'un point de vue pour les nouveau-nés, leurs parents, leur famille, le réseau de la santé et des services sociaux et la société en général.

Retenons finalement que plusieurs intervenants et chercheurs s'accordent sur ce point : la diminution de l'incidence de la prématurité et du petit poids à la naissance passe par une réduction de la pauvreté et une meilleure éducation (Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec, 1992). Au-delà des interventions de promotion et de prévention que pourraient mener les intervenants en santé publique, il faut donc que les autres organismes gouvernementaux et les acteurs socioéconomiques soient également engagés dans cette difficile, mais combien nécessaire, tâche qui consiste à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. À ce chapitre, la Direction de la santé publique de la RRSSS de Lanaudière devra jouer un rôle important pour susciter la concertation de tous et chacun.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKER, D., SACHS, B.P., TRACEY, K.J. et W.E. WISE. « Abruptio placentae associated with cocaine use ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1983 May 15 ; 146(2) : 220-221.
- ALDOUS, M.B. et B. EDMONSON. « Maternal age at first childbirth and risk of low birth weight and preterm delivery in Washington State ». *Journal of American Medical Association*, 1993 December 1 ; 270(21) : 2 574-2 577.
- ALEGRE, A., RODRIGUEZ-ESCUDEO, F.J., CRUZ, E. et M. PRADA. « Influence of work during pregnancy on fetal weight ». *Journal of Reproductive Medicine*, 1984 May ; 29(5) : 334-336.
- ANDERSON, A.B. « Factors associated with spontaneous pre-term birth ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1976 May ; 83(5) : 342-350.
- ANTONOV, A.N. « Children born during the siege of Leningrad in 1942 ». *Journal of Pediatrics*, 1947 March ; 30(3) : 250-259.
- ARMSTRONG, B.G., MCDONALD, A.D. et M. SLOAN. « Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion ». *American Journal of Public Health*, 1992 January ; 82(1) : 85-87.
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS. « La réduction des méfaits : une approche stratégique ». *Pro-Ado*, 1998, juin ; 7(2) : 35-37.
- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Le syndrome d'alcoolisme foetal ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1993 15 Février ; 148(4) : 640B.
- BAKKETEIG, L.S., HOFFMAN, H.J. et E.E. HARLEY. « The tendency to repeat gestational age and birth weight in successive births ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979 December 15 ; 135(8) : 1 086-1 103.
- BAKKETEIG, L.S. « Epidemiology of preterm birth » dans ELDER, M.G. et C.H. HENDRICKS. *Preterm labor*, London, Butterworths, 1981, 329 p.
- BATEMAN, D.A., NG, S.K., HANSEN, C.A. et M.C. HEAGARTY. « The effects of intrauterine cocaine exposure in newborns ». *American Journal of Public Health*, 1993 February ; 83(2) : 190-193.
- BERKOWITZ, G.S. et E. PAPIERNIK. « Epidemiology of preterm birth ». *Epidemiologic Reviews*, 1993 ; 15(2) : 414-443.

- BERNARD, P.-M. et C. LAPOINTE. *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1987, 314 p.
- BOURDAGES, J. et G. DRAPEAU. *Données comparatives provinciales par DRG. Système d'information DRG 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1994*, Québec, MSSS, Direction générale de l'Administration et des Immobilisations, 1995.
- CADIEUX, É. *Prématurité et insuffisance de poids à la naissance. Portrait de la situation dans la région de Lanaudière pour la période 1975 à 1985 : Quelques faits saillants*, Joliette, DSC de Lanaudière, 1988, février, 20 p.
- CADIEUX, É., GONEAU, M., GUILLEMETTE, A. et L. LEMIRE. *Investir en prévention aujourd'hui pour économiser demain. Exercice pratique. La prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance*, St-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 1998, mai, 27 p.
- CADIEUX, É. et A. GUILLEMETTE. *Tableaux de bord. Aspects démographiques, économiques, sanitaires et sociaux de la population de Lanaudière et de ses MRC*, St-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 1997, septembre, 69 p.
- CADIEUX, É. et P. RACINE. *Évolution de la natalité dans la région de Lanaudière, volet II*, Joliette, DSC de Lanaudière, 1990, septembre, 73 p.
- CARMICHAEL, S.L. et B. ABRAMS. « A critical review of the relationship between gestational weight gain and preterm delivery ». *Obstetrics and Gynecology*, 1997 May ; 89(5 Pt 2) : 865-873.
- CARROLL, G., ESSIEMBRE, L. et D. HÉBERT. *Une grossesse sans tabac*, Ottawa, Unité de recherche en santé communautaire, Service de la santé de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton, Université d'Ottawa, 1995, septembre, cinq livrets.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Update : Trends in fetal alcohol syndrome - United States, 1979-1983 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995 April 7 ; 44(13) : 249-251.
- CERON-MIRELES, P., HARLOW, S.D. et C.I. SACHEZ-CARRILLO. « The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City : the effects of working conditions and antenatal leave ». *American Journal of Public Health*, 1996 June ; 86(6) : 825-831.
- CHOMITZ, V., LIEBERMAN, E. et L. CHEUNG. *Healthy mothers - Healthy beginnings. A white paper*, Boston, Harvard School of Public Health, 1992.

- CLAPP, J. et E.L. CAPELESS. « Neonatal morphometrics after endurance exercise during pregnancy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990 December ; 163(6 Pt 1) : 1 805-1 811.
- COLES, C.D. « Impact of prenatal alcohol exposure on the newborn and the child ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1993 June ; 36(2) : 255-266.
- COLIN, C. et H. DESROSIERS. *Naître égaux et en santé : Avis sur la grossesse en milieu défavorisé*, Québec, MSSS, 1989, 153 p.
- COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ PÉRINATALES. *Santé et qualité de vie des enfants et des parents. Étude sur la mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, MSSS, 1988, 395 p.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Les mères toxicomanes. Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie à la ministre de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999, 25 p.
- COMITÉ PROVINCIAL FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC. *Naissance et pauvreté : des interventions...à partager. Les actes du colloque*, Montréal, Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec, 1992, 204 p.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Les conditions de travail et la santé de la travailleuse enceinte, de l'enfant à naître et de l'enfant allaité : document-guide*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 1982, 122 p.
- CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Le Progrès des enfants au Canada 1998*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1998.
- CONSEIL QUÉBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ. *Guide d'animation destiné aux personnes-ressources pour la mise sur pied d'une coalition jeunesse contre la tabacomanie*, Montréal, Conseil québécois sur le tabac et la santé, 1996, 62 p.
- CREASY, R. « Preterm labor » dans CREASY, R.K. et R. RESNIK. *Maternal-fetal medicine : principles and practice*, Philadelphie, Saunders, 1989, 1 236 p.
- CROWLEY, D. et M. GEARY. « Passive smoking in pregnancy ». *British Medical Journal*, 1998 June 27 ; 316 : 1981.
- DATTEL, B.J. « Substance abuse in pregnancy ». *Seminars in perinatology*, 1990 April ; 14(2) : 179-187.

- DAY, N.L., COTTREAU, C.M. et G.A. RICHARDSON. « The epidemiology of alcohol, marijuana, and cocaine use among women of childbearing age and pregnant women ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1993 June ; 36(2) : 232-245.
- DEJIN-KARLSSON, E., HANSON, B.S., OSTERGREN, P.-O., SJOBERG, N.-O. et K. MARSAL. « Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants ? ». *American Journal of Public Health*, 1998 October ; 88(10) : 1523-1527.
- DELAGRAVE, F. *Plan d'action régional pour assurer la planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence. Région de Lanaudière, St-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 1998, octobre, 36 p.*
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé*, Montréal, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, 1998.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Sam Chicotte, un outil de prévention du tabagisme*, St-Charles-Borromée, DSP, RRSSSL, 1996, bande vidéo.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Guide d'animation du vidéo Sam Chicotte*. St-Charles-Borromée, DSP, RRSSSL, 1999, 60 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Programme de santé publique de Lanaudière*, St-Charles-Borromée, DSP, RRSSSL, 1998, pages multiples.
- DISPENSARE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL. *110th Annual Report 1989-1990*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 1990, 25 p. et annexe.
- DOUCET, H., BAUMGARTEN, M. et C. INFANTE-RIVARD. « Low birth weight and household structure ». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1989 October ; 10(5) : 249-252.
- DOUCET, H., BAUMGARTEN, M. et C. INFANTE-RIVARD. « Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers ». *Canadian Journal of Public Health*, 1992 May-June ; 83(3) : 192-195.
- DUCHESNE, L. *La situation démographique au Québec, édition 1998*, Québec, Bureau de la statistique du Québec, 1998, décembre, 256 p.

- DUPLESSIS, H.M., BELL, R. et T. RICHARDS. « Adolescent pregnancy : understanding the impact of age and race on outcomes ». *Journal of Adolescent Health*, 1997 March ; 20(3) : 187-197.
- DUQUETTE, M.-P., DESROSIERS-CHOQUETTE, J. et S. DUBOIS. *Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés. Projet pilote en CLSC. Rapport présenté à l'Honorable Marc-Yvan Côté. Rapport technique no. 1*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 1991, décembre, 95 p. et annexes.
- ELDER, H.A., SANTAMARINA, B.A., SMITH, S. et E.H. KASS. « The natural history of asymptomatic bacteriuria during pregnancy : the effect of tetracycline on the clinical course and the outcome of pregnancy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1971 October ; 111(3) : 441-462.
- EMANUEL, I., FILAKTI, H., ALBERMAN, E. et S.J. EVANS. « Intergenerational studies of human birthweight from the 1958 birth cohort. 1. Evidence for a multigenerational effect ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992 January ; 99(1) : 67-74.
- ERNHART, C., SOKOL, R.J., MARTIER, S., MORON, P., NADLER, D. AGER, J.W. et A. WOLF. « Alcohol teratogenicity in the human : a detailed assessment of specificity, critical period, and threshold ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1987 January ; 156(1) : 33-39.
- ESCHENBACH, D. « Vaginitis : what are the "clues" ? ». *The Canadian Journal of Diagnosis*, 1996 May ; 13(5) : 45-57.
- FELDMAN, W., MARTELL, A. et J.L. DINGLE. « Prévention des grossesses non désirées et des maladies transmissibles sexuellement chez les adolescents ». Dans GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, 616-637.
- FISHER, W.A. et L. CHARBONNEAU. « Prévenir les MTS à l'adolescence, si vous ne le faites pas, qui le fera ? ». *Le Médecin du Québec*, 1999, mars ; 36(3) : 55-62.
- FLOYD, R.L., RIMER, B.K., GIOVINO, G.A., MULLEN, P.D. et S.E. SULLIVAN. « A review of smoking in pregnancy : Effects on pregnancy outcomes and cessation efforts ». *Annual Review of Public Health*, 1993 ; 14 : 379-411.
- FOLTIN, R.W. et M.W. FISCHMAN. « Smoked and intravenous cocaine use in humans : acute tolerance, cardiovascular and subjective effects ». *Journal of Pharmacology and Experimental therapeutics*, 1991 April ; 257(1) : 247-261.
- FRASER, A., BROCKERT, J.E. et R.H. WARD. « Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes ». *New England Journal of Medicine*, 1995 April ; 332(17) : 1113-1117.

- GAUTHIER, J., BEL, S. et S. DI TOMMASSO. « De la dépendance à l'attachement : réflexions sur le parcours avec des femmes enceintes narcomanes ». *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies*, 1998, septembre ; 4(2) : 9-20.
- GEISMAR WIEVIORKA, S. *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, Paris, Seuil, 1998.
- GIBBS, R.S. et D.A. ESCHENBACH. « Use of antibiotics to prevent preterm birth ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997 August ; 177(2) : 375-380.
- GIBBS, R.S., ROMERO, R., HILLIER, S.L., ESCHENBACH, D.A. et R.L. SWEET. « A review of premature birth and subclinical infection ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1992 May ; 166(5) : 1 515-1 528.
- GILLOGLEY, K.M., EVANS, A.T., HANSEN, R.L., SAMUELS, S.J. et K.K. BATRA. « The perinatal impact of cocaine, amphetamine, and opiate use detected by universal intrapartum screening ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990 November ; 163(5 Pt 1) : 1 535-1 542.
- GLANTZ, J.C. et J.R. WOODS. « Cocaine, heroin, and phenylclidine : obstetric perspectives ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1993 June ; 36(2) : 279-301.
- GOLDENBERG, R.L. et W.W. ANDREWS. « Intrauterine infection and why preterm prevention programs have failed ». *American Journal of Public Health*, 1996 June ; 86(6) : 781-783.
- GONEAU, M., GUILLEMETTE, A., LEMIRE, L. et C. GARAND (coll.). Et la santé dans Lanaudière, ça va ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, St-Charles-Borromée, RRSSS de Lanaudière, 1996, février, 408 p.
- GRANT, J.P. *La situation des enfants dans le monde 1994*, New York, UNICEF, 1994, 94 p.
- GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA POLITIQUE DU CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Le syndrome d'alcoolisme foetal : un problème de santé infantile et familiale*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999, 5 p. (publication Internet).
- GUILLEMETTE, A. *Des mères et des enfants. La fécondité et la périnatalité dans Lanaudière de 1979 à 1993*, St-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 1996, juin, 175 p.
- HANDLER, A.S., MASON, E.D., ROSENBERG, D.L. et F.G. DAVIS. « The relationship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and placenta praevia ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994 March ; 170(3) : 884-889.

- HANVEY, L., AVARD, D., GRAHAM, I., UNDERWOOD, K., CAMPBELL, J. et C. KELLY. *La santé des enfants au Canada : un profil de l'Institut canadien sur la santé infantile*, 2^e édition, Ottawa, Institut Canadien sur la santé infantile, 1994, 175 p.
- HAY, P.E., TAYLOR-ROBINSON, D. et R.F. LAMONT. « Diagnosis of bacterial vaginosis in a gynecologic clinic ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992 January ; 99(1) : 63-66.
- HEDEGAARD, M., HENRIKSEN, T.B., SABROE, S. et N.J. SECHER. « Psychological distress in pregnancy and preterm delivery ». *British Medical Journal*, 1993 July ; 307(6898) : 234-239.
- HEINONEN, P.K., SAARIKOSKI, S. et P. PYSTYNEN. « Reproductive performances of women with uterine anomalies. An evaluation of 182 cases ». *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 1982 ; 61(2) : 157-162.
- HENRIKSEN, T.B., SAVITZ, D.A., HEDEGAARD, M. et N.J. SECHER. « Employment during pregnancy in relation to risk factors and pregnancy outcome ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1994 October ; 101(10) : 858-865.
- HERBST, A.L., HUBBY, M.M., BLOUGH, R.R. et F. AZIZI. « A comparison of pregnancy experience in DES-exposed and DES-unexposed daughters ». *Journal of Reproductive Medicine*, 1980 February ; 24(2) : 62-69.
- HELLERSTEDT, W.L., HIMES, J.H., STORY, M., ALTON, I.R. et L.E. EDWARDS. « The effects of cigarette smoking and gestational weight change on birth outcomes in obese and normal-weight women ». *American Journal of Public Health*, 1997 April ; 87(4) : 591-596.
- HINDS, T.S., WEST, W.L., KNIGHT, E.M. et B.F. HARLAND. « The effect of caffeine on pregnancy outcome variables ». *Nutrition Review*, 1996 ; 54(7) : 203-207.
- HINGSON, R., ALPERT, J.J., DAY, N., NOOLING, E., KAYNE, H., MORELOCK, S., OPPENHEIMER, E. et B. ZUCKERMAN. « Effects of maternal drinking and marijuana use on fetal growth and development ». *Pediatrics*, 1982 October ; 70(4) : 539-546.
- HULSEY, T.C., PATRICK, C.H., ALEXANDER, G.R. et M. EBELING. « Prenatal care and prematurity : is there an association in uncomplicated pregnancies ? ». *Birth*, 1991 September ; 18(3) : 146-150.
- HURD, W.W., ROBERTSON, P.A., RIEMER, R.K., GOLDFIEN, A. et J.M. ROBERTS. « Cocaine directly augments the alpha-adrenergic contractile response of the pregnant rabbit uterus ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991 January ; 164(1 Pt 1) : 182-187.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *Meilleur départ. Action communautaire pour la santé des bébés. Prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance au Canada. Analyse bibliographique et stratégies*. Préparé pour le compte de la Direction de la promotion de la santé du ministère de la Santé de l'Ontario, 1993, 125 p.

JACOBSON, J.L., JACOBSON, S.W., SOKOL, R.J., MARTIER, S.S., AGER, J.W. et S. SHANKARAN. « Effects of alcohol use, smoking, and illicit drug use on fetal growth in black infants ». *Journal of Pediatrics*, 1994 May ; 124(5 Pt 1) : 757-764.

JOHNSON, J.W. et M.K. YANCEY. « A critique of the new recommendations for weight gain in pregnancy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996 January ; 174(1 Pt 1) : 254-258.

JOHNSTONE, F. et L. INGLIS. « Familial trends in low birth weight ». *British Medical Journal*, 1974 September ; 3(5932) : 659-661.

KETTERLINUS, R.D., HENDERSON, S.H. et M.E. LAMB. « Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behavior : influences on neonatal risk status ». *Journal of Adolescent Health Care*, 1990 September ; 11(5) : 423-431.

KIRBY, D. « Sex and HIV/AIDS education in schools. Have a modest but important impact on sexual behaviour ». *British Medical Journal*, 1995 ; 311 : 403.

KLEBANOFF, M.A., SCHULSINGER, C., MEDNICK, B.R. et N.J. SECHER. « Preterm and small-for-gestational-age birth across generations ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997 March ; 176(3) : 521-526.

KLIEGMAN, R.M., MADURA, D., KIWI, R., EISENBERG, I. et T. YAMASHITA. « Relation of maternal cocaine use to the risks of prematurity and low birth weight ». *Journal of Pediatrics*, 1994 May ; 124(5 Pt 1) : 751-756.

KURPPA, K., HOLMBERG, P.C., KUOSMA, E. et L. SAXEN. « Coffee consumption during pregnancy and selected congenital malformations : a nationwide case-control study ». *American Journal of Public Health*, 1983 December ; 73(12) : 1 397-1 399.

LEFEBVRE, F. « Grands prématurés et difficultés scolaires ». *L'Omnipraticien*, 21 mai 1997 ; 5(10) : 18.

LEPAGE, M.-C., CYR, L. et R. MALENFANT. *Problématique de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité*, Québec, DSC du CHUL, 1986, mai, 128 p.

LEPAGE, M.-C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., BEAULAC-BAILLARGEON, L. et L. GOULET. *Mortalité et morbidité périnatales et infantiles. La périnatalité au Québec, volume 4*, Québec, MSSS, Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1989, 251 p.

- LEVITT, C., WATTERS, N., CHANCE, G., WALKER, R. et D. AWARD. « Low-birth-weight symposium : summary of proceedings ». *Canadian Medical Association Journal*, 1993 March 1 ; 148(5) : 767-771.
- LEWIS, R. et B.M. MERCER. « Adjunctive care or preterm labor-the use of antibiotics ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995 December ; 38(4) : 755-770.
- LI, C.Q., WINDSOR, R.A., LOWE, J.B. et R.L. GOLDENBERG. « Evaluation of the impact of dissemination of smoking cessation methods on the low birthweight and on health care costs : achieving year 2000 objectives for the nation ». *American Journal of Preventive Medicine*, 1992 May-June ; 8(3) : 171-177.
- LIEBERMAN, E., GREMY, I., LANG, J.M. et A.P. COHEN. « Low birthweight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking ». *American Journal of Public Health*, 1994 July ; 84(7) : 1 127-1 131.
- LOTGERING, F.K., GILBERT, R.D. et L.D. LONGO. « Exercise responses in pregnant sheep : oxygen consumption, uterine blood flow, and blood volume ». *Journal of Applied Physiology*, 1983 September ; 55(3) : 834-841.
- MACDERMOTT, R.I. « Bacterials vaginosis ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1995 February ; 102(2) : 92-94.
- MACQUART-MOULIN, G., BARET, C., JULIAN, C., FANCELLO, G., VINCENT, A. et S. AYME. « Surveillance anténatale et risques de prématurité et d'hypotrophie foetale ». *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 1992 ; 21(1) : 9-18.
- MARBURY, M.C., LINN, S., MONSON, R., SCHOENBAUM, S., STUBBLEFIELD, P.G. et K.J. RYAN. « The association of alcohol consumption with outcome of pregnancy ». *American Journal of Public Health*, 1983 October ; 73(10) : 1 165-1 168.
- MARBURY, M.C., LINN, S., MONSON, R.R., WEGMAN, D.H., SCHOENBAUM, S.C., STUBBLEFIELD, P.G. et K.J. RYAN. « Work and pregnancy ». *Journal of Occupational Medicine*, 1984 June ; 26(6) : 415-421.
- MARKS, J.S., KOPLAN, J.P., HOGUE, C.J. et M.E. DALMAT. « A cost benefit/cost effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women ». *American Journal of Preventive Medicine*, 1990 ; 6(5) : 282-289.
- MARTIN, C. et G. BOYER. *Naître égaux, Grandir en santé. Un programme de promotion de la santé et de prévention de la périnatalité*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique et RRSSS de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1995, 213 p.

- MARTIN, T.R. et M.B. BRACKEN. « The association between low birth weight and caffeine consumption during pregnancy ». *American Journal of Epidemiology*, 1987 November ; 126(5) : 813-821.
- MATHAI, M., VIJAYASRI, R., BABU, S. et L. JEYASEELAN. « Passive maternal smoking and birth weight in a south Indian population ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992 April ; 99(4) : 342-343.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL/ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. « Interim report of the Medical Research Council/Royal College of obstetricians and Gynaecologists multicentre randomized trial of cervical cerclage. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988 May ; 95(5) : 437-445.
- MEIS, P.J., MICHIELUTTE, R., PETERS, T.J., WELLS, H.B., SANDS, R.E., COLES, E.C. et K.A. JOHNS. « Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales. 1. Univariable and multivariable analysis ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995 August ; 173(2) : 590-596.
- MELLANBY, A., PHELPS, F.A., CRICHTON, N.J. et J.H. TRIPP. « School sex education : an experimental program with educational and medical benefit ». *British Medical Journal*, 1995 ; 311 : 414-416.
- MESSER, J. « Prématurité et hypotrophie à la naissance ». *Revue du praticien*, 1994, mars ; 44(5), 679-682.
- MILLS, J.L., GRAUBARD, B.I., HARLEY, E.E., RHOADS, G.G. et H.W. BERENDES. « Maternal alcohol consumption and birth weight. How much drinking during pregnancy is safe ? ». *Journal of the American Medical Association*, 1984 October 12 ; 252(14) : 1 875-1 879.
- MILLS, J.L., HOLMES, L.B., AARONS, J.H., SIMPSON, J.L., BROWN, Z.A., JOVANOVIĆ-PETERSON, L.G., CONLEY, M.R., GRAUBARD, B.I., KNOPP, R.H. et B.E. METZGER. « Moderate caffeine use and the risk of spontaneous abortion and intrauterine growth retardation ». *Journal of the American Medical Association*, 1993 February 3 ; 269(5) : 593-597.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, QUÉBEC (PROVINCE). *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992, 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, QUÉBEC (PROVINCE). *Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif. Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 1993, 101 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, QUÉBEC (PROVINCE). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS, 1997, 103 p.
- MORRISON, J., WILLIAMS, G.M., NAJMAN, J.M., ANDERSEN, J. et J.D. KEEPING. « Birthweight below the tenth percentile : The relative and attributable risks of maternal tobacco consumption and other factors ». *Environmental Health Perspectives Supplements*, 1993 October ; 101(3) : 275-277.
- MUTALE, T., CREED, F., MARESH, M. et L. HUNT. « Life events and low-birthweight-analysis by infants preterm and small-for-gestational-age ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1991 February ; 98(2) : 166-172.
- NAEYE, R.L. et E.C. PETERS. « Working during pregnancy : effects on the fetus ». *Pediatrics*, 1982 June ; 69(6) : 724-727.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *National household survey on drug abuse : Population estimates*, Rockville, National Institute on Drug Abuse, Division of Epidemiology and Prevention Research, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1991.
- NEWTON, E.R., PIPER, J. et W. PEAIRS. « Bacterial vaginosis and intraamniotic infection ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997 March ; 176(3) : 672-677.
- NORDENTOFT, M., LOU, H.C., HANSEN, D., NIM, J., PRYDA, O., RUBIN, P. et R. HEMMINGSEN. « Intrauterine growth retardation and premature delivery : the influence of maternal smoking and psychosocial factors ». *American Journal of Public Health*, 1996 March ; 86(3) : 347-354.
- OAKLEY, A., RAJAN, L. et A. GRANT. « Social support and pregnancy outcome ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990 February ; 97(2) : 155-162.
- OLDS, D.L. « The prenatal/early infancy project », dans PRICE, R.H., COWEN, E.L., LORION, R.P. et J. RAMOS-MCKAY. *14 Ounces of Prevention. A Case Book for Practitioners*, Washington, American psychological association, 1988, 9-23.
- OSBORN, J.A., HARRIS, S.R. et J. WEINBERG. « Fetal alcohol syndrome : review of the literature with implications for physical therapists ». *Physical Therapy*, 1993 September ; 73(9) : 599-607.
- OUELLET, L. et É. CADIEUX. *La Politique de la santé et du bien-être. Objectif 7. Les naissances prématurées ou de poids insuffisant, et les anomalies congénitales ou génétiques*, St-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 1994, février, 40 p.

- OUNSTED, M., MOAR, V. et W.A. SCOTT. « Perinatal morbidity and mortality in small-for-dates babies : the relative importance of some maternal factors ». *Early Human Development*, 1981 September ; 5(4) : 367-375.
- PAPIERNIK, E., BOUYER, J., DREYFUS, J., COLLIN, D., WINISDORFFER, G., GUEGEN, S., LECOMTE, M. et P. LAZAR. « Prevention of preterm births : a perinatal study in Haguenau ». *Pediatrics*, 1985 August ; 76(2) : 154-158.
- PASTORE, L.M. et D.A. SAVITZ. « Case-control study of caffeinated beverages and preterm delivery ». *American Journal of Epidemiology*, 1995 ; 141(1) : 61-69.
- PEACOCK, J.L., BLAND, J.M. et H.R. ANDERSON. « Preterm delivery : effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine ». *British Medical Journal*, 1995 August 26 ; 311(7004) : 531-535.
- PEOPLES-SHEPS, M.D., SIEGEL, E., SUCHINDRAN, C.M., ORIGASA, H., WARE, A. et A. BARAKAT. « Characteristics of maternal employment during pregnancy : effects on low birthweight ». *American Journal of Public Health*, 1991 August ; 81(8) : 1 007-1 012.
- RABKIN, C.S., ANDERSON, H.R., BLAND, J.M., BROOKE, O.G., CHAMBERLAIN, G. et J.L. PEACOCK. « Maternal activity and birth weight : a prospective, population-based study ». *American Journal of Epidemiology*, 1990 March ; 131(3) : 522-531.
- RASMUSSEN, F., OLDENBURG, C.E., ERICSON, A. et J. GUNNARSKOG. « Preterm birth and low birthweight among children of Swedish and immigrant women between 1978 and 1990 ». *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 1995 October ; 9(4) : 441-454.
- REBAGLIATO, C., FLOREY, C. du V. et F. BOLUMAR. « Exposure to environmental tobacco smoke in nonsmoking pregnant women in relation to birth weight ». *American Journal of Epidemiology*, 1995 September 1 ; 142(5) : 531-537.
- ROBINS, L.N. et J.L. MILLS. « Effects of in utero exposure to street drugs ». *American Journal of Public Health*, 1993 December ; 83 (supplement) : 1-32.
- ROCHON, M. *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de la recherche, 1997, septembre, 38 p.
- RODGERS, M.M., PEOPLES-SHEPS, M.D. et C. SUCHINDRAN. « Impact of a social support program on teenage prenatal care use and pregnancy outcomes ». *Journal of Adolescent Health*, 1996 August ; 19(2) : 132-140.

- SANTÉ CANADA. *Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et postnatale : résumé documentaire*, Les brochures antitabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et post-natals, brochure 3, Ottawa, Santé Canada, 1995, février.
- SANTÉ CANADA. *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1996, octobre, 7 p.
- SANTÉ CANADA. *Nutrition pour une grossesse en santé : lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 1999, 133 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Pour mieux se servir du guide alimentaire*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1992, 11 p.
- SANTOS, S., VICTORA, C.G., HUTTLY, S. et J.B. CARVALHAL. « Caffeine intake and low birth weight : A population-based case-control study ». *American Journal of Epidemiology*, 1998 April 1 ; 147(7) : 620-627.
- SATIN, A.J., LEVENO, K.J., SHERMAN, M.L., REEDY, N.J., LOWE, T.W. et D.D. MCINTIRE. « Maternal youth and pregnancy outcomes : middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994 July ; 171(1) : 184-187.
- SCHER, M.S., RICHARDSON, G.A., COBLE, P.A., DAY, N.F. et D.S. STOFFER. « The effects of prenatal alcohol and marijuana exposure : disturbances in neonatal sleep cycling and arousal ». *Pediatric Research*, 1988 July ; 24(1) : 101-105.
- SCHIEVE, L.A., HANDLER, A., HERSHOW, R., PERSKY, V. et F. DAVIS. « Urinary tract infection during pregnancy : its association with maternal morbidity and perinatal outcome ». *American Journal of Public Health*, 1994 Marsh ; 84(3) : 405-410.
- SERDULA, M., WILLIAMSON, D.F., KENDRICK, J.S., ANDA, R.F. et T. BYERS. « Trends in alcohol consumption by pregnant women. 1985 through 1988 ». *Journal of the American Medical Association*, 1991 February 20 ; 265(7) : 876-879.
- SIMPSON, J.L. « Are physical activity and employment related to preterm birth and low birth weight ? ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993 April ; 168(4) : 1 231-1 238.
- SINGER, L.T., YAMASHITA, T.S., HAWKINS, S., CAIRNS, D., BAILEY, J. et R. KLIEGMAN. « Increased incidence of intraventricular hemorrhage and developmental delay in cocaine-exposed, very low birth weight infants ». *Journal of Pediatrics*, 1994 May ; 124(5 Pt 1) : 765-771.

- SONENSTEIN, F.L., KU, L., DUBERSTEIN-LINDBERG, L., TURNER, C.F. et J.H., PLECK.
« Changes in sexual behavior and condom use among teenaged males : 1988 to 1995 ». *American Journal of Public Health*, 1998 June ; 88(6) : 956-959.
- STARFIELD, B., SHAPIRO, S., WEISS, J., LIANG, K.Y., RA, K., PAIGE, D. et X.B. WANG.
« Race, family income, and low birth weight ». *American Journal of Epidemiology*, 1991 November 15 ; 134(10) : 1 167-1 174.
- STEIN, Z. et M. SUSSER. « The Dutch famine, 1944-1945, and the reproductive process. 1. Effects of six indices at birth ». *Pediatric Research*, 1975 February ; 9(2) : 70-76.
- STEWART, P.J., POTTER, J., DULBERG, C., NIDAY, P., NIMROD, C. et G. TAWAGI.
« Change in smoking prevalence among pregnant women 1982-93 ». *Canadian Journal of Public Health*, 1995 January-February ; 86(1) : 37-41.
- STROMLAND, K. et A. HELLSTROM. « Fetal alcohol syndrome-an ophtalmological and socioeducational prospective study ». *Pediatrics*, 1996 June ; 97(6 Pt 1) : 845-850.
- TARAFI, N., NAEYE, R.L. et A. GOBEZIE. « Effects of maternal undernutrition and heavy physical work during pregnancy on birth weight ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1980 March ; 87(3) : 222-226.
- TOWNSEND, J. *Strengthening research in academic OB/GYN departments*, Washington, Committee on Research Capabilities of Academic Departments of Obstetrics and Gynecology, Division of Health Science Policy, Institute of Medicine, National Academy Press, 1992, 309 p.
- UNITED STATES FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION. « Surgeon general's advisory on alcohol and pregnancy ». *Food and Drugs Administration Drug Bulletin*, 1981 July ; 11(2) : 9-10.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Public Health Service*, 1984.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. « The agency for health care policy and research smoking cessation, clinical practice guideline ». *Journal of American Medical Association*, 1996 April 24 ; 275(16) : 1271-1280.
- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to clinical preventive services : second edition*, Baltimore, Williams et Wilkins, 1996, 953 p.
- VIRJI, S.K. « The relationship between alcohol consumption during pregnancy and infant birthweight. An epidemiologic study ». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1991 ; 70(4-5) : 303-308.

- VLAJINAC, H.D., PETROVIC, R.R., MARINKOVIC, J.M., SIPETIC, S.B. et B.J. ANDAJA. « Effect of caffeine intake during pregnancy on birth weight ». *American Journal of Epidemiology*, 1997 February 15 ; 145(4) : 335-338.
- WELLINGS, K., WADSWORTH, J., JOHNSON, A.M., FIELD, J., WHITAKER, L. et B. FIELD. « Provision of sex education and early sexual experience : the relation examined ». *British Medical Journal*, 1995 August 12 ; 311 : 417-420.
- WEN, S.W., GOLDENBERG, R.L., CUTTER, G.R., HOFFMAN, H.J., CLIVER, S.P., DAVIS, R.O. et M.B. DUBARD. « Smoking, maternal age, fetal growth, and gestational age at delivery ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990 January ; 162(1) : 53-58.
- WILCOX, A.J. « Birth weight and perinatal mortality : The effect of maternal smoking ». *American Journal of Epidemiology*, 1993 May 15 ; 137(10) : 1098-1104.
- WILKINS, R. *Faible revenu et santé chez l'enfant*. Présentation au sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, Ottawa, Chambre des Communes, 1990.
- WILKINS, R., SHERMAN, G. et P.A.F. BEST. « Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986 ». *Rapport sur la santé*, 1991 ; 3(1) : 7-31.
- ZUCKERMAN, B., FRANK, D.A., HINGSON, R., AMARO, H., LEVENSON, S.M., KAYNE, H., PARKER, S., VINCI, R., ABOAGYE, K., FRIED, L.E. et al. « Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth ». *New England Journal of Medicine*, 1989 March 23 ; 320(12) : 762-768.

ANNEXE 1

LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET DE COLLECTE DE DONNÉES DISTRIBUÉE AUX MÈRES AYANT ACCOUCHE AU CHRDL EN 1997 ET EN 1998

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS L'ENQUÊTE MENÉE AU CHRDL EN 1997 ET EN 1998

GROSSESSE ET HABITUDES DE VIE

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

***Département d'obstétrique
en collaboration avec le
Département de médecine préventive
Centre hospitalier régional de Lanaudière***

1997

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE LA MÈRE

1. Quel est votre âge ? (en années) _____
2. Quelle est votre municipalité de résidence ? _____
3. Quel est votre lieu de naissance ? _____
province canadienne ou pays étranger
4. Quel est votre statut matrimonial actuel ?
 - ☐ célibataire (jamais mariée)
 - ☐ mariée ou conjoint de fait
 - ☐ séparée
 - ☐ divorcée
 - ☐ veuve
5. Quel est votre mode de vie ?
 - ☐ avec conjoint (avec ou sans enfant)
 - ☐ avec conjoint et autres adultes (avec ou sans enfant)
 - ☐ avec adultes (avec ou sans enfant)
 - ☐ seule avec enfants (monoparentale)
6. Quelle est votre principale source de revenus au cours des douze derniers mois ?
 - ☐ aucun revenu
 - ☐ travail rémunéré
 - ☐ chômage
 - ☐ sécurité sociale
 - ☐ prêt ou bourse d'études
 - ☐ prestation de maternité de l'employeur
 - ☐ autre(s) (*spécifier*) _____
7. Aviez-vous un travail rémunéré au début de votre grossesse ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non (*Si NON, passez à la question 8*)

Titre d'emploi : _____

Secteur d'activités : _____

☐ travail à temps plein ☐ travail à temps partiel ☐ sur appel

Horaire :

- ☐ jour
- ☐ soir
- ☐ nuit
- ☐ horaire variable (équipe volante)
- ☐ autre(s) (*spécifier*) : _____

Avez-vous fait une demande de retrait préventif (programme maternité sans danger) auprès de votre médecin traitant ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez-vous été réaffectée à un autre poste ou à d'autres tâches ?

- ☐ Oui
☐ Non

Nombre de semaines de grossesse au moment de votre arrêt de travail : _____

8. Combien d'années de scolarité avez-vous complétées ? _____

PARTIE 2 : IDENTIFICATION DU PÈRE DU NOUVEAU-NÉ

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

- ☐ Oui
☐ Non *(Si NON, passer à la question 15)*

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

11. Quel est le lieu de naissance du père ? _____
province canadienne ou pays étranger

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

- ☐ aucun revenu
☐ travail rémunéré
☐ chômage
☐ sécurité sociale
☐ prêt ou bourse d'études
☐ autre(s) *(spécifier)* _____

13. Durant les 3 mois précédant votre grossesse, quel était le titre d'emploi et le secteur d'activités du père ?

Titre d'emploi : _____

Secteur d'activités : _____

14. Quel est le nombre d'années de scolarité complétées par le père ? _____

PARTIE 3 : HISTOIRE PRÉNATALE

15. Quelle est votre taille ? _____ pieds ou pouces **OU**
 _____ centimètres
16. Quel était votre poids avant la grossesse ? _____ livres **OU**
 _____ kilogrammes
17. Quel était votre poids juste avant d'accoucher ? _____ livres **OU**
 _____ kilogrammes
18. Avez-vous consommé des vitamines (fer, acide folique, etc.) durant votre grossesse ?
☐ Oui
☐ Non (*Si NON, passer à la question 19*)
- Si oui, quel type de vitamines ?
 Nom du(des) produit(s) : _____
19. Avez-vous pris des médicaments durant votre grossesse ?
☐ Médicaments prescrits
☐ Médicaments non prescrits (*Si NON PRESCRITS, passer à la question 21*)
☐ Médicaments prescrits et non prescrits
☐ Aucun médicament (*Si AUCUN, passer à la question 22*)
20. Quel est le nom des médicaments **prescrits** ?

21. Quel est le type de médicaments **non prescrits** ?
☐ aspirine ☐ tylnol ☐ atasol
☐ antiacide
☐ contre le rhume
☐ laxatif
☐ autre(s) (*spécifier*) : _____
22. Fumiez-vous durant les 12 mois précédant votre grossesse ?
☐ Oui
☐ Non

23. Avez-vous fumé durant votre grossesse ?

- ☐ Oui
☐ Non *(Si NON, passer à la question 26)*

Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____

24. Avez-vous fumé durant **toute** votre grossesse ?

- ☐ Oui *(Si OUI, passer à la question 26)*
☐ Non

25. Vers quelle semaine de grossesse avez-vous cessé de fumer ? _____

26. Avez-vous été exposée à la fumée de cigarette à tous les jours à votre lieu de travail durant votre grossesse ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne travaillait pas

27. Avez-vous été exposée à la fumée de cigarette à tous les jours à votre domicile durant votre grossesse ?

- ☐ Oui
☐ Non

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

- ☐ Oui
☐ Non *(Si NON, passer à la question 29)*

Si oui, en quelle quantité ?

café régulier	_____	tasses/jour
café décaféiné	_____	tasses/jour
thé	_____	tasses/jour
chocolat	_____	tablettes/jour
cola (coke, pepsi, etc.)	_____	consommations/jour <i>(1 consommation = 1 canette ou 1 verre de 10 onces)</i>

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

- ☐ Oui
☐ Non *(Si NON, passer à la question 30)*

Si oui, en quelle quantité ?

bière : _____ consommations/semaine
 vin : _____ consommations/semaine
 boisson forte : _____ consommations/semaine

1 Consommation =

*1 petite bouteille de bière (sauf 0,5)
 (12 onces ou 360 ml)*

*1 petit verre de vin
 (4-5 onces ou 120-150 ml)*

*1 petit verre de liqueur forte ou de
 spiritueux (1-1½ once avec ou sans
 mélange)*

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

- ☐ Oui
☐ Non **(Si NON, passer à la question 31)**

Si oui, quel type de drogue ?

- ☐ haschich, marijuana
☐ psychédélique (LSD, mescaline, acide, etc.)
☐ cocaïne, crack
☐ héroïne
☐ autre(s) (*spécifier*) _____

31. Avez-vous eu des problèmes de santé durant l'année précédant la grossesse ?

- ☐ aucun problème
☐ problèmes gynécologiques (kyste ovarien, tumeur, etc.)
☐ problèmes de la glande thyroïde
☐ diabète
☐ infection urinaire
☐ maladie cardiaque congénitale
☐ maladie cardiaque autre que congénitale
☐ anémie (manque de fer)
☐ maladies pulmonaires chroniques (asthme, bronchite)
☐ MTS (maladie transmissible sexuellement)
☐ sida/séropositivité
☐ infection
☐ toxicomanie (drogue, alcool)
☐ autre(s) (*spécifier*) : _____

32. Avez-vous eu des problèmes de santé durant la grossesse ?
- ☐ aucun problème
 - ☐ saignement avant 20 semaines de grossesse
 - ☐ saignement après 20 semaines de grossesse
 - ☐ anémie (manque de fer)
 - ☐ hypertension
 - ☐ diabète de grossesse
 - ☐ prééclampsie
 - ☐ infections urinaires
 - ☐ MTS (maladie transmissible sexuellement)
 - ☐ rubéole
 - ☐ placenta praevia (placenta situé devant le col)
 - ☐ hydramnios (trop de liquide amniotique)
 - ☐ sida/séropositivité
 - ☐ incompatibilité Rh (incompatibilité sanguine)
 - ☐ asthme
 - ☐ traumatismes, accidents
 - ☐ autre(s) (*spécifier*) : _____
33. Avez-vous consulté un professionnel de la santé durant votre grossesse (médecin, gynécologue, obstétricien, sage femme, etc.) ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non (*Si NON, passer à la question 36*)
34. À quel trimestre de votre grossesse avez-vous eu votre première visite chez le médecin ?
- ☐ 1^{er} trimestre (0-13 semaines)
 - ☐ 2^e trimestre (14-26 semaines)
 - ☐ 3^e trimestre (27-40 semaines)
35. À quel endroit ont eu lieu vos visites médicales ?
- ☐ CLSC
 - ☐ clinique médicale
 - ☐ centre hospitalier
 - ☐ autre (*spécifier*) : _____
36. Avez-vous suivi des cours prénataux au CLSC ou ailleurs ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
37. Avez-vous reçu des suppléments alimentaires durant votre grossesse (programme OLO) ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
38. Avez-vous eu des consultations auprès d'un(e) diététiste durant votre grossesse ?
- ☐ Oui Nombre de consultations : _____
 - ☐ Non

PARTIE 4 : HISTOIRE OBSTÉTRICALE

39. Nombre de grossesses ? (*incluant la présente grossesse*) : _____
40. Nombre d'enfants nés vivants ? (*incluant le dernier-né*) : _____
41. Nombre de fausses couches (avortements spontanés) ? : _____
42. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse ou d'avortements thérapeutiques ? _____

PARTIE 5 : ACCOUCHEMENT

43. Durée de la grossesse actuelle ? _____ semaines complètes
44. Type d'accouchement ?
☐ vaginal (*Si VAGINAL, passer à la question 46*)
☐ césarienne
45. Cause de la césarienne ?
☐ dystocie (arrêt de progression de la dilatation ou de la descente du bébé)
☐ souffrance foetale (bébé n'allait pas bien)
☐ césarienne antérieure
☐ siège
☐ mauvaise présentation (sauf siège)
☐ autre(s) (*spécifier*) : _____
☐ inconnue
46. Type de naissance ?
☐ simple (1 bébé)
☐ double (2 bébés)
☐ triple (3 bébés)
☐ autre(s) (*spécifier*) : _____

PARTIE 6 : IDENTIFICATION DU BÉBÉ

- ☐ anomalies congénitales
- ☐ problèmes respiratoires
- ☐ problèmes infectieux
- ☐ hypoglycémie
- ☐ autre(s) (*spécifier*) : _____

53. Les problèmes vécus par le bébé ont-ils nécessité les soins urgents d'un(e) pédiatre ?

- ☐ Oui *(Si OUI passer à la question 54)*
☐ Non *(Si NON, le questionnaire se termine ici.
Merci de votre collaboration!)*

54. L'état de santé du bébé a-t-il nécessité son transfert à un autre centre hospitalier ?

- ☐ Oui *(Si OUI, passer à la question 55)*
☐ Non *(Si NON, le questionnaire se termine ici.
Merci de votre collaboration!)*

55. À quel centre hospitalier le bébé a-t-il reçu les soins spécialisés en pédiatrie ?

- ☐ Hôpital Ste-Justine
☐ Hôpital Maisonneuve-Rosemont
☐ Hôpital de Montréal pour enfants
☐ autre *(spécifier)* : _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !