Collection de profils régionaux

Profil thématique

Famille-enfance-jeunesse 2015

Volume 1 : Famille et périnatalité

Québec

Une publication de :
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
800, boulevard Chomedey, tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : 450 978-2000
Télécopieur : 450 978-2100
Site Web : www.lavalensante.com

Direction
Dr Claude Prévost, coordonnateur médical à la Direction de santé publique
Alain Carrier, cadre supérieur de l'administration des programmes de santé publique

Rédaction
Aude-Christine Guédon, agente de planification, programmation et recherche, surveillance de l'état de santé de la population

Collaboratrice principale
Céline Dufour, agente de planification, programmation et recherche, surveillance de l'état de santé de la population

Comité consultatif
Chantal Arsenault, Maison l'Esther
Émilie Blais, agente de planification, programmation et recherche, DSP - CISSS de Laval
Mireille Bouffard, pour Avenir d'enfants
Ève Duval, médecin-conseil, DSP - CISSS de Laval
François Godin, agent de planification, programmation et recherche, CISSS de Laval
Richard Grignon, coordonnateur surveillance de l'état de santé de la population, DSP - CISSS de Laval
Mababou Kébé, agent de planification, programmation et recherche, DSP - CISSS de Laval
Isabelle Legault, adjointe à la présidente-directrice générale adjointe, Direction générale - CISSS de Laval
Ginette Paré, agente de planification, Direction Famille-enfance-jeunesse, CISSS de Laval
Catherine Robichaud, agente de planification, programmation et recherche, DSP - CISSS de Laval
Mark-Andrew Stefan, médecin-conseil, DSP - CISSS de Laval
Joy Schinazi, agente de planification, programmation et recherche, DSP - CISSS de Laval
Pierre Tessier, responsable, Bureau vie communautaire et activité physique, Ville de Laval

Secrétariat
Suzanne Francoeur et Hélène Major

Révision linguistique
Services linguistiques Annie Talbot inc.

Conception graphique
2NSB Design graphique

Diffusion
Ce document est disponible sur le site Web www.lavalensante.com, dans la section « Documentation ».

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2015

Dépôt légal – 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
ISBN : 978-2-550-74147-3 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-74148-0 (version PDF)

Calendrier de parution

La surveillance de l'état de santé de la population lavalloise constitue un levier important pour dresser un portrait de l'état de santé, déterminer les besoins de la population, anticiper les tendances démographiques et sanitaires et déceler les problèmes en émergence.

Cette surveillance constitue le fondement des actions de la Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval et contribue à offrir à la population des services appropriés pour aider les Lavallois à améliorer leur état de santé ou à demeurer en santé.

La présente collection vise à cerner les facettes marquantes de l'état de santé de la population lavalloise à partir d'une douzaine de thématiques qui seront présentées sur un cycle de cinq à sept ans et réexaminées périodiquement, pour en suivre l'évolution.

Liste des publications 2009-2029	Année de réalisation	Publications futures
Portrait sommaire de l'état de santé des Lavallois	Déposé annuellement sur le site Web du CISSS de Laval	
Profil thématique sur l'état du vieillissement	2009	2015, 2021, 2026
Profil thématique sur les déterminants sociaux de la santé • L'insécurité alimentaire	2010, 2015	2020, 2025
Portrait de santé sur le cancer	2011, 2013	2018, 2023, 2028
Portrait de santé sur le système cardiovasculaire	2012	2017, 2022, 2027
Portrait de santé sur le diabète	2013	2018, 2023, 2028
Portrait de santé sur les maladies du système respiratoire	2014	2014, 2019, 2024, 2029
Portrait de santé sur le système musculo-squelettique		2016
Profil thématique sur la santé mentale	2014	2018, 2023, 2028
Profil thématique sur la famille, l'enfance et la jeunesse Tome 1 | Périnatalité	2015	2021, 2027
Profil thématique sur la famille, l'enfance et la jeunesse Tome 2 | Enfance-jeunesse		2016
Portrait de santé sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)		2017, 2026
Environnement social et le développement des communautés		2016, 2021, 2026

Table des matières

SECTION 1 – Misen en contexte **1**

1.1 Cadre conceptuel : modèle basé sur la trajectoire de vie **3**

1.2 Évolution de la définition de la famille **6**

1.3 Données sociodémographiques **8**

1.3.1 Familles : nombre, type et composition *8*

1.3.2 Natalité *23*

SECTION 2- Constitution de la famille **31**

2.1 Fécondité **33**

1.3.3 Fécondité selon l'âge *34*

2.2 Facteurs influençant la constitution de la famille **36**

2.2.1 Facteurs socioculturels *37*

2.2.2 Facteurs socioéconomiques *42*

2.2.3 Politique familiale *44*

2.3 Contraception **45**

2.4 Interruptions volontaires de grossesse **59**

SECTION 3 - Périnatalité **65**

3.1 Période prénatale **67**

3.1.1 Suivi de grossesse *68*

3.1.2 Comportements et milieux de vie de la mère *76*

3.1.3 Grossesse et déterminants socioéconomiques *83*

3.1.4 Grossesse à risque *91*

3.1.5 Avortement spontané et grossesse ectopique *102*

3.2 Accouchement **104**

3.2.1 Déclenchement du travail *106*

3.2.2 Anesthésie péridurale *107*

3.2.3 Épisiotomie *108*

3.2.4 Accouchement chirurgical par voie vaginale *109*

3.2.5 Césarienne *111*

3.2.6 Accouchement vaginal après césarienne (AVAC) *113*

3.3 Période postnatale **114**

3.3.1 Insuffisance de poids à la naissance *114*

3.3.2 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques *123*

3.3.3 Mortalité du nouveau-né *128*

3.3.4 Mortalité et morbidité maternelles *132*

3.3.5 Hospitalisations au cours de la première année de vie *134*

3.3.6 Allaitement et alimentation *141*

3.3.7 Adaptation et intégration sociales *145*

3.3.8 Attachement *157*

Conclusion **161**

Bibliographie **177**

ANNEXES **173**

Liste des tableaux

Tableau 1 Nombre et proportion de familles sans enfant selon le secteur des BML, Laval, 2011 12
Tableau 2 Nombre et proportion de familles avec enfants selon le secteur des BML, Laval, 2011..... 14
Tableau 3 Nombre et proportion de familles avec enfants selon l'âge des enfants et le secteur des BML, Laval, 2011† 15
Tableau 4 Taux de natalité par 1 000 personnes selon le territoire des BML, Laval, 2012(p) 26
Tableau 5 Évolution de l'âge moyen des mères à la naissance selon le rang de l'enfant, Laval, 1982-1986 à 2007-2011 35
Tableau 6 Évolution de l'âge moyen des mères à la naissance d'un premier enfant selon le niveau de scolarité, Laval, 1987-1991 à 2007-2011 38
Tableau 7 Proportion des personnes sexuellement actives (relations hétérosexuelles) qui ont, au cours des 12 derniers mois, utilisé au moins un moyen contraceptif selon le statut d'immigration et le sexe, Laval, Québec, 15 ans et plus, 2008 58
Tableau 8 Évolution du nombre annuel moyen d'IVG selon l'âge, Laval, 1998-2000 à 2010-2012 60
Tableau 9 Répartition de la proportion des consultations de suivi de grossesse selon la région de dispensation et selon le type de médecin consulté, Laval, 2011-2012 75
Tableau 10 Estimation du nombre et de la proportion de naissances issues dans des familles vivant sous la mesure du faible revenu selon le territoire des BML, Laval, 2012(p) 84
Tableau 11 Nombre et proportion de naissances chez les mères sous-scolarisées selon le territoire des BML, Laval, 2012(p) 86
Tableau 12 Nombre et proportion de naissances chez les jeunes femmes (moins de 20 ans) selon le territoire des BML, Laval, 2012(p) 88
Tableau 13 Nombre et proportion de femmes ayant accouché au cours de l'année et vivant en contexte de vulnérabilité selon leur participation ou non au programme SIPPE, Laval, 2009-2010 à 2013-2014 90
Tableau 14 Évolution du nombre et taux annuel moyen de cardiopathies congénitales, Laval, Québec, 1991-1996 à 2003-2008 124
Tableau 15 Évolution du nombre et taux annuel moyen du syndrome de Down, Laval, Québec, 1991-1996 à 2003-2008 124
Tableau 16 Évolution du nombre et taux annuel moyen d'autres anomalies, Laval, Québec, 1991-1996 à 2003-2008 126
Tableau 17 Liste des maladies dépistées dans le cadre du programme de dépistage néonatal du Québec 127
Tableau 18 Répartition du nombre et de la proportion de mortinaissances selon la cause de décès, Laval, 2003-2012(p) 129
Tableau 19 Répartition du nombre et de la proportion des mortalités infantiles selon la cause de décès, Laval, 2003-2012(p) 131
Tableau 20 Nombre et proportion d'hospitalisations selon la cause principale d'hospitalisations à la naissance, Laval, 2012-2013 137
Tableau 21 Nombre et proportion d'hospitalisations selon les causes lors de la première année de vie excluant les hospitalisations à la naissance, Laval, 2012-2013 140
Tableau 22 Nombre et proportion d'enfants vivant sous la mesure du faible revenu selon le secteur des BML, Laval, 2011..... 148
Tableau 23 Nombre et proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants âgés de 0 à 5 ans selon le secteur des BML, Laval, 2011..... 149
Tableau 24 Nombre et proportion de familles immigrantes avec enfants et répartition selon le secteur des BML, Laval, 2011..... 152
Tableau 25 Proportion des parents présentant des problèmes de santé mentale selon le niveau de revenu du ménage et la situation conjugale du parent, Québec, 2009-2010 153
Tableau 26 Nombre de familles avec enfants selon l'âge des enfants et le secteur des BML, Laval, 2011..... 175
Tableau 27 Nombre de familles monoparentales et proportion de familles monoparentales parmi les familles ayant des enfants selon l'âge des enfants et le secteur des BML, Laval, 2011 175

Liste des figures

Figure 1 Carte de la région lavalloise selon le secteur des BML, population en 2011 2
Figure 2 Illustration du modèle basé sur la trajectoire de vie 3
Figure 3 Exemple de la trajectoire de formation d'un individu 4
Figure 4 Cycle du parcours de vie 6
Figure 5 Nombre de familles selon leur structure, Laval, 2011 9
Figure 6 Évolution de la proportion de couples mariés, Laval, Québec, 1991 à 2011 10
Figure 7 Proportion des couples mariés selon le secteur des BML, Laval, 2011 11
Figure 8 Évolution de la proportion de couples sans enfant, Laval, Québec, 1991 à 2011 12
Figure 9 Proportion de familles avec enfants parmi l'ensemble des familles selon le secteur des BML, Laval, 2011 13
Figure 10 Répartition des familles avec enfants selon le nombre d'enfants, Familles biparentales et familles monoparentales, Laval, 2011 16
Figure 11 Répartition des familles avec enfants selon le nombre d'enfants et le type d'union, Laval, 2011 17
Figure 12 Évolution de la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants, Laval, Québec, 1991 à 2011 19
Figure 13 Proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants par secteur de recensement, Laval, 2011 20
Figure 14 Proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants selon le secteur des BML, Laval, 2011 21
Figure 15 Proportion de familles monoparentales parmi les familles ayant des enfants selon l'âge des enfants, Laval, 2011 21
Figure 16 Évolution de la proportion de familles monoparentales dont le parent responsable est un homme, Laval, Québec, 1991 à 2011 22
Figure 17 Évolution du nombre et du taux de naissances lavalloises et du taux de natalité pour 1000 personnes, 1984 à 2012(p) 24
Figure 18 Évolution du nombre de naissances selon le secteur des BML, 1996, 2000, 2004, 2008 et 2012(p) 26
Figure 19 Répartition des naissances selon l'âge de la mère et du père, Laval, 2012(p) 27
Figure 20 Évolution de la proportion des naissances de parents immigrants, Laval, 1984 à 2012(p) 28
Figure 21 Évolution de l'indice synthétique de fécondité, Laval, Québec, 1981 à 2012(p) 33
Figure 22 Évolution du taux de fécondité pour 1 000 femmes selon l'âge, Laval, Québec, 1981 à 2012(p) 34
Figure 23 Taux d'activité des femmes lavalloises selon l'âge, 1987 à 2011 38
Figure 24 Répartition de l'âge de la mère selon le statut d'immigration, naissances lavalloises, 2012(p) 39
Figure 25 Répartition des naissances selon le rang de l'enfant et le statut d'immigration de la mère selon la parité de la mère et selon son statut d'immigration, naissances lavalloises, 2012(p) 40
Figure 26 Évolution du taux de chômage selon le groupe d'âge, Laval, 2006 à 2013 43
Figure 27 Champs d'intervention de la politique familiale de la Ville de Laval, 2007 45
Figure 28 Évolution du nombre d'interventions où l'on a prescrit ou remis une contraception hormonale (ordonnance collective), Laval, 2008-2009 à 2013-2014 46
Figure 29 Proportion des personnes actives sexuellement (relations hétérosexuelles) qui ont, au cours des 12 derniers mois, utilisé un moyen contraceptif selon la méthode employée et le sexe, Laval, Québec, 15 ans et plus, 2008 51

Figure 30 Proportion des personnes sexuellement actives (relations hétérosexuelles) qui ont, au cours des 12 derniers mois, utilisé un moyen contraceptif selon l'âge et le sexe, Laval, Québec, 15 ans et plus, 2008 52
Figure 31 Proportion des personnes sexuellement actives (relations hétérosexuelles) qui ont, au cours des 12 derniers mois, utilisé au moins un moyen contraceptif selon la méthode utilisée, l'âge et le sexe, Québec, 15 ans et plus, 2008 54
Figure 32 Proportion des personnes actives sexuellement (relations hétérosexuelles) qui ont, au cours des 12 derniers mois, utilisé un moyen contraceptif selon la composition du ménage, Laval, Québec, 15 ans et plus, 2008 55
Figure 33 Proportion des personnes sexuellement actives (relations hétérosexuelles) qui ont, au cours des 12 derniers mois, utilisé au moins un moyen contraceptif selon le niveau de scolarité et le sexe, Laval, Québec, 25 ans et plus, 2008 56
Figure 34 Taux annuel moyen d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge, Laval, Québec, 2010-2012 60
Figure 35 Évolution du taux annuel moyen d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge, Laval, 1998-2000 à 2007-2009 61
Figure 36 Évolution du taux annuel moyen de grossesse pour 1 000 femmes selon l'âge, Laval, 1998-2000 à 2010-2012(p) 62
Figure 37 Nombre annuel moyen de grossesses et d'IVG selon l'âge, Laval, 2010 à 2012(p) 63
Figure 38 Répartition du nombre annuel moyen de grossesses selon l'issue, Laval, 2010 à 2012(p) 67
Figure 39 Recommandations de l'INSPQ en ce qui concerne le nombre de visites de suivi de grossesse selon la période 68
Figure 40 Répartition des femmes ayant accouché en 2008 selon le nombre de rendez-vous de suivi de grossesse, Laval, 2007-2008 69
Figure 41 Répartition des femmes ayant accouché en 2008 selon la période du premier rendez-vous de suivi de grossesse, Laval, 2007-2008 70
Figure 42 Répartition des femmes ayant accouché en 2008 selon le type de médecin ayant assuré majoritairement le suivi†, Laval, 2007-2008 72
Figure 43 Répartition des consultations pour suivi de grossesse selon le type de médecin et selon le type de grossesse, Lavalloises, 2011-2012 73
Figure 44 Répartition de la proportion du lieu de suivi de grossesse des femmes ayant accouché en 2008 selon le type de médecin, Laval, 2007-2008 74
Figure 45 Évolution de la proportion des femmes ayant pris un supplément d'acide folique avant leur grossesse parmi les femmes ayant accouché au cours des cinq années précédentes, Laval, Québec, 2001 à 2011-2012 77
Figure 46 Évolution de la proportion des femmes ayant fumé durant leur grossesse selon la fréquence de consommation parmi les femmes ayant accouché au cours des cinq années précédentes, Québec, 2001, 2003, 2005 et 2011-2012 78
Figure 47 Évolution de la proportion des femmes ayant consommé de l'alcool durant leur grossesse parmi les femmes ayant accouché au cours des cinq années précédentes, Québec, 2001, 2003 et 2005 80
Figure 48 Évolution du nombre de bénéficiaires de retrait préventif pour grossesse, Laval, 2002 à 2011 81
Figure 49 Répartition des bénéficiaires du retrait préventif pendant la grossesse selon les secteurs d'activité économique, Laval, 2011 82
Figure 50 Répartition des bénéficiaires du retrait préventif pendant la grossesse selon les facteurs de risque et agresseurs, Laval, 2011 82
Figure 51 Évolution de la proportion de naissances de mères sous-scolarisées, Laval, 1986 à 2012(p) 85
Figure 52 Évolution de la proportion de naissances chez les jeunes femmes (moins de 20 ans), Laval, 1986 à 2012(p) 87
Figure 53 Familles en contexte de vulnérabilité : données sur les naissances lavalloises, 2012(p) 89

Figure 54 Évolution du taux d'accouchement multiple, Laval, 1984 à 2012(p) 92
Figure 55 Issues de la grossesse selon l'âge de la mère, Laval, 2008 à 2012(p) 93
Figure 56 Caractéristiques de l'accouchement et de la grossesse selon l'âge de la mère, Laval, 2008-2009 à 2012-2013 94
Figure 57 Prévalence de l'obésité chez les femmes selon le groupe d'âge, Québec, 2011-2012 95
Figure 58 Évolution du nombre et de la proportion de Lavalloises hospitalisées avec un diagnostic de diabète gestationnel, 2008-2009 à 2012-2013 97
Figure 59 Prévalence du diabète chez les femmes selon le groupe d'âge, Laval, 2011-2012 100
Figure 60 Prévalence de l'hypertension artérielle chronique chez les femmes selon le groupe d'âge, Laval, 2011-2012 101
Figure 61 Évolution du nombre et du taux de grossesses ectopiques, Laval, Québec, 1991-1994 à 2009-2012 103
Figure 62 Taux de grossesse ectopique selon l'âge de la mère, Laval, Québec, 2008-2009 à 2012-2013 104
Figure 63 Taux de rétention lavallois selon le territoire des BML, 2009-2012(p) 105
Figure 64 Évolution de la proportion des accouchements pour lesquels il y a eu déclenchement du travail par moyens médicaux ou chirurgicaux, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 106
Figure 65 Évolution du taux d'anesthésie épidurale lors des accouchements vaginaux, Laval, 2006-2007 à 2011-2012 107
Figure 66 Évolution du taux d'épisiotomie lors des accouchements vaginaux, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 108
Figure 67 Évolution du taux d'épisiotomie et taux de déchirure du troisième ou du quatrième degré du périnée, Laval, 2006-2007 à 2012-2013 109
Figure 68 Évolution du taux d'accouchement chirurgical parmi les accouchements par voie vaginale, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 110
Figure 69 Évolution du taux d'accouchement chirurgical parmi les accouchements par voie vaginale selon le type d'assistance, Laval, 2006-2007 à 2012-2013 111
Figure 70 Évolution du taux d'accouchement par césarienne, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 112
Figure 71 Évolution du taux d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007† à 2012-2013 114
Figure 72 Proportion de naissances vivantes de faible poids selon la présence de prématurité ou de RCIU, Laval, 2008-2012(p) 115
Figure 73 Évolution du nombre et proportion de naissances vivantes de faible poids, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 116
Figure 74 Évolution du nombre et de la proportion de naissances vivantes de très faible poids, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 116
Figure 75 Proportion de naissances vivantes de faible poids selon le secteur des BML, Laval, 2008-2012(p) 117
Figure 76 Évolution du nombre et proportion de naissances vivantes prématurées, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 118
Figure 77 Évolution du nombre et proportion de naissances vivantes grandement et très grandement prématurées, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 119
Figure 78 Proportion de naissances vivantes prématurées selon certaines caractéristiques de la mère, Laval, 2008-2012(p) 120
Figure 79 Évolution du nombre et taux de retard de croissance intra-utérine (RCIU) parmi les naissances vivantes simples, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 121
Figure 80 Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine selon certaines caractéristiques de la mère, Laval, 2008-2012(p) 123

Figure 81 Probabilité de donner naissance à un enfant ayant la trisomie 21 selon l'âge de la femme 125
Figure 82 Évolution du nombre et taux de mortinaissances pour 1 000 naissances, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 128
Figure 83 Évolution du taux de mortalité infantile, Laval, Québec, 1983-1987 à 2008-2012(p) 130
Figure 84 Évolution du taux de morbidité maternelle grave, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 133
Figure 85 Taux de morbidité maternelle grave selon les causes les plus fréquentes, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 134
Figure 86 Évolution du taux d'hospitalisation à la naissance†, Laval, Québec, 1996-1997 à 2012-2013 135
Figure 87 Taux d'hospitalisation à la naissance† selon le secteur des BML, Laval, 2012-2013 136
Figure 88 Évolution du taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie excluant celles à la naissance†, Laval, Québec, 1996-1997 à 2012-2013 138
Figure 89 Taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie excluant celles à la naissance selon le secteur des BML†, Laval, 2012-2013 139
Figure 90 Taux d'allaitement selon le temps écoulé depuis la naissance de l'enfant, Laval, Québec, 2005-2006 142
Figure 91 Évolution du taux d'allaitement à la sortie du centre hospitalier et au premier contact, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2007-2008 à 2013-2014(p) 143
Figure 92 Proportion des enfants ayant été introduits à des solides et des liquides autres que le lait maternel selon l'âge parmi ceux ayant été allaités au moins une fois, Laval, 2005-2006 145
Figure 93 Proportion d'enfants vivant sous la mesure du faible revenu, 0 à 5 ans, Laval, 2011 147
Figure 94 Revenu annuel moyen après impôt selon le statut d'immigration de la famille et le type de famille parmi les familles avec enfants, Laval, 2011 150
Figure 95 Répartition des enfants selon le type d'attachement et selon le statut socioéconomique 158

Liste des abréviations

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ATN	Anomalie du tube neural
AVAC	Accouchement vaginal après une césarienne
BML	Bureau municipal lavallois
CH	Centre hospitalier
CHC	Contraceptifs hormonaux combinés
COU	Contraception orale d'urgence
CU	Colite ulcéreuse
DIU	Dispositif intra-utérin
DSP	Direction de santé publique
ELDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EPA	Enquête sur la population active
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
GACO	Guichet d'accès pour clientèle orpheline de médecin de famille
GARE	Grossesse à risques élevés
GMF	Groupe de médecine de famille
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
I-CLSC	Intégration-centre local de services communautaires
IMC	Indice de masse corporelle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MC	Maladie de Crohn
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MFR	Mesure de faible revenu
MICI	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MN	Maison de naissance
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLO	Œuf-lait-orange
OMS	Organisation mondiale de la santé
p	Donnée provisoire
PMA	Procréation médicalement assistée
PMSD	Pour une maternité sans danger
PQAP	Régime québécois d'assurance parentale
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCIU	Retard de croissance intra-utérine
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

SECTION 1

MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre du Plan régional de surveillance, la Direction de santé publique (DSP) duCISSS de Laval s'est engagée à produire divers profils thématiques traitant des principales clientèles et thématiques en matière de santé publique. L'objectif de ces profils est de dresser le portrait le plus complet possible de la thématique choisie et de mettre en lumière les enjeux à surveiller. On ne vise pas à dresser un portrait des services, mais plutôt un portrait de la santé des Lavallois, lequel contribuera à orienter les intervenants du milieu de la santé. L'exercice sera repris périodiquement afin de mettre à jour l'information et de dégager les tendances et problématiques émergentes.

Ce profil thématique sur la famille, l'enfance et la jeunesse constituait un défi de par sa vaste étendue. La thématique regroupe plusieurs clientèles ayant des réalités et des besoins bien différents, mais également des problématiques communes entre certains groupes. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de diviser le contenu en plusieurs volumes, dont le premier traite de la famille et de la période périnatale.

Ce premier volume présente donc d'abord l'évolution du concept de la famille, ainsi qu'un portrait global de la région en termes de données sociodémographiques liées à la famille. Une deuxième section traite de ce qui touche à la planification de la famille, y compris la *fécondité* et les facteurs qui peuvent l'influencer, ainsi que la contraception et le recours à l'*interruption volontaire de grossesse*[1]. Enfin, la dernière section traite de la période périnatale. Les déterminants de la santé périnatale, de la santé maternelle et de la santé du nouveau-né sont tour à tour abordés.

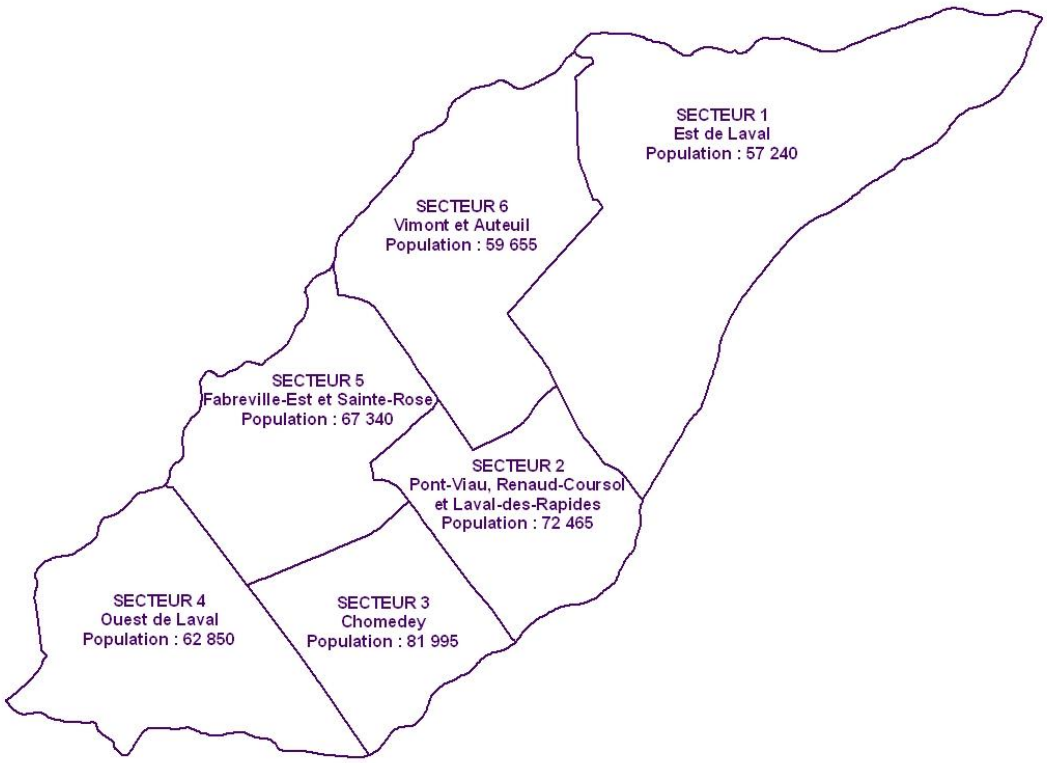
Afin de faciliter la planification des services, nos analyses sont détaillées par territoire de bureau municipal lavallois (BML) lorsque les données sont disponibles à cette échelle. Il existe six territoires :

Secteur 1	Est de Laval : Duvernay, Saint-François et Saint-Vincent-de-Paul
Secteur 2	Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides
Secteur 3	Chomedey
Secteur 4	Ouest de Laval : Sainte-Dorothée, Laval-Ouest, Laval–Les Îles, Fabreville-Ouest et Laval-sur-le-Lac
Secteur 5	Fabreville-Est et Sainte-Rose
Secteur 6	Vimont et Auteuil

La carte suivante permet de cartographier ces territoires et présente la répartition de la population parmi ces territoires lors du recensement 2011.

[1] Les mots en italiques dans le texte sont définis dans le lexique.

FIGURE 1 CARTE DE LA RÉGION LAVALLOISE SELON LE SECTEUR DES BML, POPULATION EN 2011



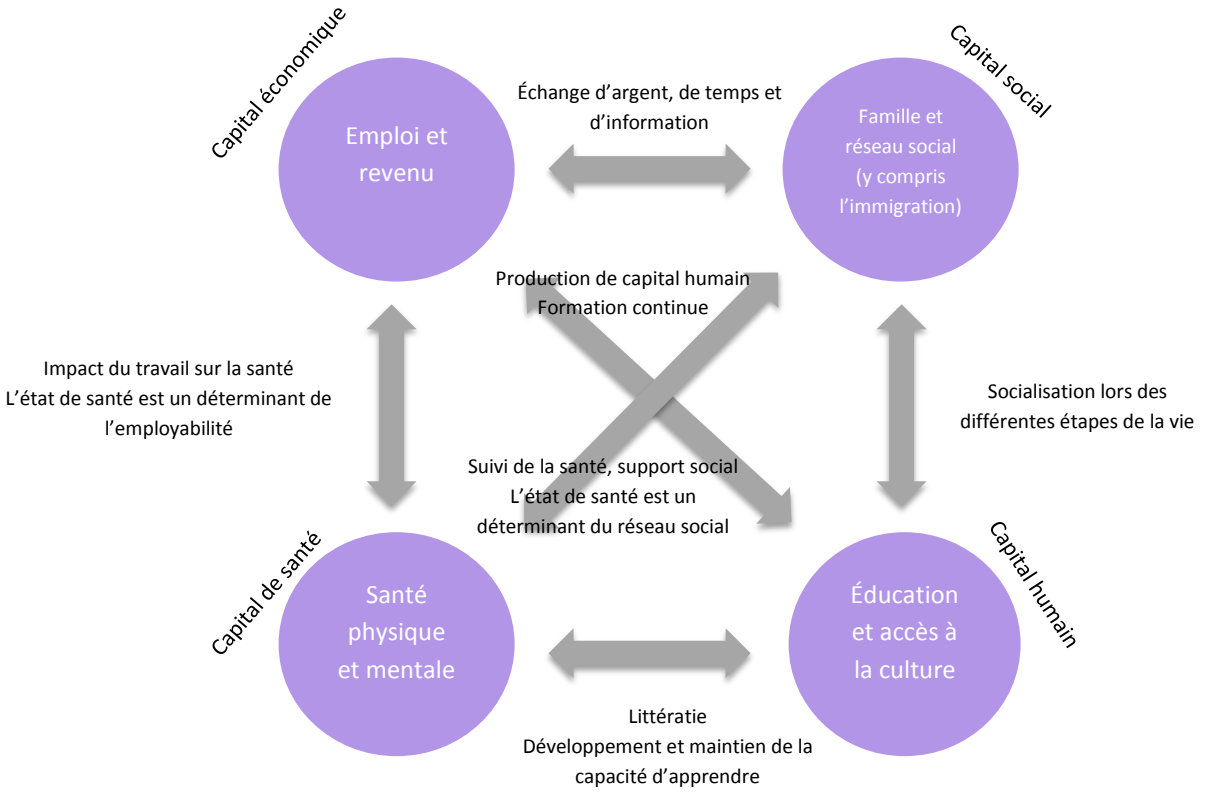
Source : Statistique Canada, recensement 2011; Ville de Laval, Limites des territoires des BML.

1.1 Cadre conceptuel : modèle basé sur la trajectoire de vie

Afin de traiter de la thématique de la famille, de l'enfance et de la jeunesse, nous avons voulu construire notre analyse dans un cadre théorique répondant à la complexité et à la richesse de la thématique abordée. Le modèle basé sur la trajectoire de vie répond à ce besoin[2]. Cette perspective a notamment été utilisée par le gouvernement du Canada dans le cadre du Projet de recherche sur les politiques à travers le cadre d'Olivia (2004) et comme cadre pour le *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009* (Administrateur en chef de la santé publique, 2009).

En outre, ce cadre conceptuel a été utilisé par le Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal pour élaborer l'outil Socioscope (Collectif Quartier, 2013). L'objectif de cet outil était d'identifier des indicateurs mesurant le développement social et à présenter ceux-ci de façon à comprendre les liens qui les unissent.

FIGURE 2 ILLUSTRATION DU MODÈLE BASÉ SUR LA TRAJECTOIRE DE VIE

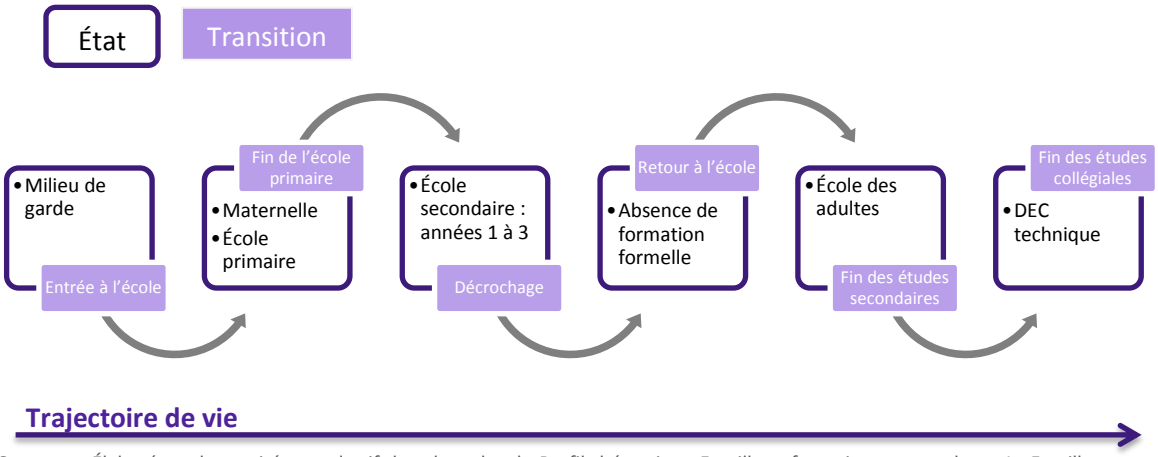


Source : Adaptation et traduction de Bernard, 2006.

Ce cadre définit la trajectoire vie comme étant « le chemin parcouru de la naissance à la mort » (Administrateur en chef de la santé publique, 2009). Il conçoit la vie comme étant formée de plusieurs trajectoires. On peut penser à la trajectoire professionnelle, familiale ou scolaire. Chaque trajectoire se construit par une série d'états et de transitions (Hicks, 2008). Comme démontré à la figure suivante, le modèle basé sur la trajectoire de vie a comme hypothèse que chacun des différents domaines illustrés regroupe à la fois des causes et des conséquences des événements ayant lieu dans les autres domaines.

[2] Les expressions « modèle basé sur le parcours de vie » et « modèle basé sur le cycle de vie » sont également utilisées pour faire référence à ce cadre théorique.

FIGURE 3 EXEMPLE DE LA TRAJECTOIRE DE FORMATION D'UN INDIVIDU



Source : Élaboré par le comité consultatif dans le cadre du Profil thématique Famille-enfance-jeunesse, volume 1 : Famille et périnatalité, 2015.

Ensemble, les différentes trajectoires d'un individu définissent son parcours de vie. Elles sont bien sûr interreliées, car elles s'influencent mutuellement.

Issu originalement de la sociologie comme théorie du développement par, entre autres, les travaux de Glen J. Elder, ce cadre théorique a été adopté dans de multiples disciplines. Il repose sur **quatre principes** (Bernard, 2006).

1) **La vie est longitudinale :** la trajectoire de vie des individus se dessine en étant influencée par les expériences du passé, qui ont amené des contraintes ou des opportunités, selon le cas. Les choix des individus s'appuient sur les connaissances, les croyances et les ressources qu'ils ont acquises jusque-là et qui varient tout au long de la vie.
2) **La vie comporte plusieurs facettes :** chaque individu influence les différents milieux dans lesquels il vit et auxquels il participe; il est également influencé par ceux-ci. On fait référence ici à la famille, à la communauté, au marché[3] et à l'État.
3) **Les vies sont liées les unes aux autres,** et plus fortement entre celles des membres d'une même famille.
4) **Les vies sont vécues dans un contexte politique, social et historique** qui va au-delà de la famille. La communauté dans laquelle les gens évoluent apporte, elle aussi, son lot d'opportunités et de contraintes. De même, les lois en vigueur ont une influence sur les choix et le comportement de chacun. On n'a qu'à penser à l'impact de l'adoption d'une législation plus sévère en 2006 concernant le tabagisme.

UN MODÈLE APPLICABLE À LA SANTÉ PUBLIQUE

L'approche du parcours de vie a d'abord été introduite dans le domaine de la santé par le Dr Kuh (1997) qui l'a notamment appliquée en épidémiologie afin d'étudier les maladies chroniques. Cette approche est maintenant reconnue en santé publique, comme le démontre son utilisation dans le *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009* (Administrateur en chef de la santé publique, 2009). On y explique que « du point de vue de la santé publique, le modèle basé sur la trajectoire de vie peut aider à cerner les tendances en matière de santé et à établir des liens entre les expositions à différents facteurs et les résultats observés ».

[3] Le marché fait référence au contexte économique qui peut avoir une incidence sur les revenus, sur l'emploi, etc.

UN MODÈLE APPLICABLE À LA THÉMATIQUE « FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE »

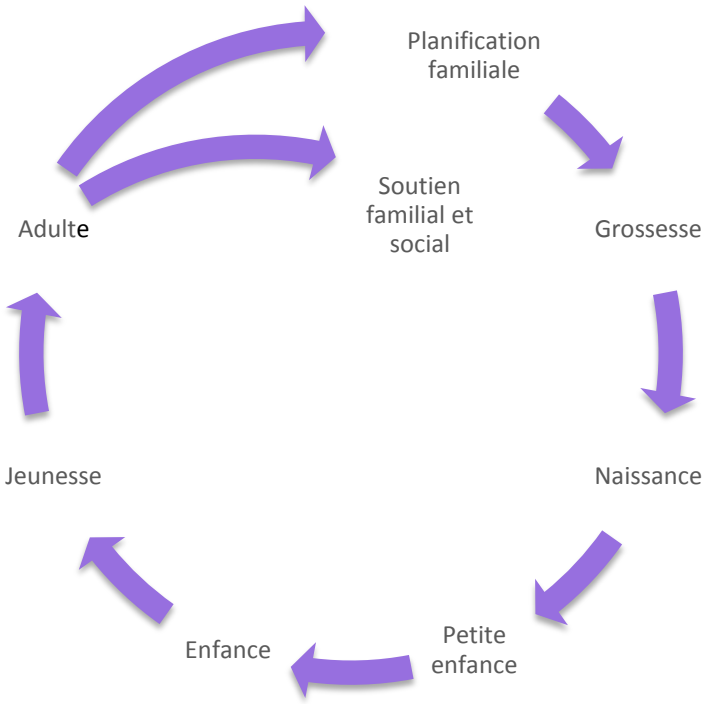
Comme le début de la vie comporte plusieurs étapes primordiales en matière de développement physique, neurologique et émotif, le modèle basé sur la trajectoire de vie s'applique à cette période de façon particulièrement intéressante. Le modèle met également en évidence le potentiel de gain en matière de santé à la suite d'interventions pendant cette période de la vie. Il n'est donc pas étonnant que, parmi les études conduites à travers la perspective du parcours de vie, un grand nombre s'intéressent à la période périnatale, mais également à celles de l'enfance et de la jeunesse.

Le parcours de vie des jeunes est fortement influencé par la famille et le milieu de vie, que ce soit la garderie, l'école ou encore des milieux plus atypiques comme la rue, les Centres jeunesse, les familles d'accueil, etc. La jeunesse comporte de nombreuses transitions, que ce soit sur le plan de l'éducation, des relations familiales, amicales, amoureuses et professionnelles ou encore des transitions biologiques importantes. À travers toutes ces étapes, les jeunes développent leur autonomie et leur capacité à jouer un rôle actif dans la société, et ancrent leurs habitudes de vie. Certains s'en sortiront très bien, alors que d'autres vivront davantage de difficultés. Dans l'ensemble, la majorité de la population suit toutefois une trajectoire assez typique, telle que décrite dans le cadre d'Olivia (Projet de recherche sur les politiques, 2004). En effet, la plupart des gens vivent des expériences semblables au cours de leur existence : lorsque nous sommes encore très jeunes, la majorité d'entre nous reçoivent des soins dévoués de leur famille, nous allons à l'école et nous occupons un emploi, même si la durée des études et le type d'emploi diffèrent. Bon nombre d'entre nous se trouvent confrontés à des défis semblables lors du passage de l'école au travail, de l'état de membre de la famille parentale à celui de parent, et du travail à la retraite.

Les individus vont toutefois différer selon l'ordre dans lequel ils vivent ces étapes ou encore l'âge auquel ils les vivent. Certaines personnes dévieront davantage de cette trajectoire selon l'occurrence de différents événements.

Ce profil utilise la perspective du parcours de vie comme prémisse. C'est pourquoi, dans ce premier volume, on présente de nombreux facteurs ayant un impact déterminant sur la constitution de la famille, la fécondité, ainsi que la santé de la mère et du nouveau-né. Certains touchent aux caractéristiques familiales (exemples : scolarité et âge des parents, comportement parental, statut d'immigration, etc.), et d'autres à des éléments du contexte sociohistorique (évolution de la définition de la **famille**, lois, politiques publiques, etc.).

FIGURE 4 CYCLE DU PARCOURS DE VIE



Source : Comité consultatif dans le cadre du Profil thématique Famille-enfance-jeunesse, volume 1 : Famille et périnatalité, 2015.

Les petits enfants d'aujourd'hui seront les enfants de demain, les enfants d'aujourd'hui seront les jeunes de demain, et ainsi de suite, comme en témoigne la figure ci-dessus.

1.2 Évolution de la définition de la famille

La famille québécoise connaît, à partir des années 1960, une transformation profonde en ce qui a trait à ses valeurs, aux normes qui la régissent, ainsi qu'à sa structure. Les changements socioéconomiques et politiques, la progression en matière d'éducation (et plus particulièrement chez les femmes), l'entrée des femmes sur le marché du travail, le recul de l'influence de l'Église et l'accès à des moyens efficaces de contrôle de la fécondité sont les principaux facteurs qui ont contribué à une mutation du modèle familial traditionnel. Cette mutation a eu un impact sur le statut du couple dans notre société, redéfinissant les formes qu'il peut prendre (mariage, union de fait, union civile), ainsi que la possibilité de séparation ou de divorce. En outre, l'évolution a permis une multiplication des formes de familles (biparentale intacte, biparentale recomposée, monoparentale, homoparentale, couple sans enfant, etc.), de même qu'un changement quant à la taille des familles.

Pour bien comprendre où nous en sommes actuellement en ce qui concerne la définition de la famille, il est important de se rappeler son évolution. À ce sujet, Lefebvre (2003) propose un découpage des dernières décennies en quatre grandes périodes historiques décrites ci-dessous.

DU MODÈLE FAMILIAL TRADITIONNEL JUSQU'À LA RÉVOLUTION TRANQUILLE

À l'aube des années 1960, la famille dite traditionnelle suit les enseignements conservateurs de l'Église sur l'éthique familiale et matrimoniale. Dans ce contexte, la morale sexuelle prône l'absence de sexualité hors mariage, ou encore sans projet de procréation. Comme l'a énoncé Lefebvre (2003), « Le concept de conjoint est donc jusqu'au début des années soixante très homogène : il s'agit des personnes mariées ». De plus, l'objectif du mariage ne peut donc être que de fonder une famille. Aussi, la rupture d'union n'est pas acceptée et les femmes et les enfants doivent être soumis à l'autorité paternelle. Par conséquent, les familles sont composées de deux parents (un mari et sa femme) et d'enfants, souvent nombreux. En ce qui concerne les rôles de chacun des conjoints, depuis la révolution industrielle, le modèle dominant est celui du mari pourvoyeur et de l'épouse ménagère. Par conséquent, la femme ne travaille pas de façon rémunérée et reste plutôt à la maison pour élever les enfants et effectuer toutes les tâches ménagères. De son côté, le mari détient l'autorité et rapporte à la famille de quoi se nourrir en travaillant.

LES GRANDS BOULEVERSEMENTS

Cette période couvre le milieu des années 1960 au début des années 1980 et coïncide avec l'entrée en vigueur du livre portant sur le droit de la famille du *Code civil du Québec*. Les années 1960, par le processus de la Révolution tranquille, entraînent la famille vers de grands changements. L'Église, qui exerçait jusqu'alors une forte influence sur la famille, se voit supplantée par l'État dans les secteurs de l'éducation, de la santé et des affaires sociales. Au cours de cette décennie, on établit la capacité juridique de la femme, on reconnaît de plus en plus les conjoints de fait, on relâche les conditions du divorce et on laïcise le mariage (Lefebvre, 2003).

La décennie de 1970 est une période de grande effervescence au Québec. En emboîtant le pas aux mouvements sociaux, plusieurs lois sont adoptées de manière à officialiser l'égalité entre les époux. Par exemple, l'autorité parentale remplace l'autorité paternelle (Baillargeon, 1996). Aussi, en reconnaissant de plus en plus l'union de fait, on permet aux conjoints de bénéficier de certains avantages sociaux et de protection qui étaient jusqu'alors réservés aux conjoints mariés (Lefebvre, 2003). Parallèlement à tous ces changements législatifs, on assiste à une chute du nombre de mariages en faveur des unions libres et les divorces deviennent plus fréquents (Baillargeon, 1996; Lefebvre, 2003).

Les données lavalloises démontrent bien les changements importants qui ont eu lieu dans la société au cours de cette période. Par exemple, entre le recensement de 1966 et celui de 1986 :

- le nombre moyen de personnes par *ménage* a diminué de 4,2 à 2,9;
- la proportion de ménages composés d'une seule personne a augmenté de 4,8 % à 15,1 %;
- la proportion de famille époux-épouses sans enfant est passée d'environ une famille sur cinq (18,4 %) à plus d'une famille sur trois (34,1 %);
- le nombre moyen d'enfants par famille est passé de 2,2 à 1,2.

L'ÉVOLUTION MODÉRÉE

Du point de vue de la famille, les tendances qui se dessinaient dans les années 1970 deviennent plus marquées au cours des années 1980 : augmentation du nombre de divorces et de séparations, diminution du nombre de mariages, augmentation des unions de fait, augmentation des naissances hors mariage (Baillargeon, 1996). L'égalité de droits de tous les enfants sera également officialisée en 1980 (Joyal, 2003). On constate également une participation accrue des femmes au marché du travail (Baillargeon, 1996). Elles cumulent donc plusieurs fonctions, dont celles de mère, de conjointe et de travailleuse. Une chute du taux de natalité accompagne d'ailleurs cette nouvelle réalité. Enfin, la famille se définit alors plus précisément par la présence d'enfants plutôt qu'autour du mariage (Joyal, 2003; Lefebvre, 2003).

L'ÈRE DU POUVOIR GAI ET DE L'ACCEPTATION DES COUPLES HOMOSEXUELS

C'est en 1999 qu'on reconnaît le droit à la conjugalité pour tous les couples, y compris pour les couples homosexuels. Par la suite, en 2002, on crée l'union civile qui accorde les mêmes droits et les mêmes obligations que le mariage, et qui est accessible autant aux couples hétérosexuels qu'homosexuels (Lefebvre, 2003). L'image symbolique de la famille québécoise sera d'autant plus changée qu'en plus d'officialiser l'union des deux personnes de même sexe, on reconnaît l'homoparentalité (Joyal, 2003).

QU'EN EST-IL DE LA DÉFINITION DE LA FAMILLE AUJOURD'HUI?

Si la première idée que l'on se fait d'une famille est encore celle d'une famille nucléaire, elle est aujourd'hui plus diversifiée que jamais. Statistique Canada (2012) définit une *famille de recensement* comme « un couple marié (avec ou sans enfants), un couple en union libre (avec ou sans enfants), ou encore un parent seul vivant avec au moins un enfant ». Dans tous les cas, seuls les membres habitant dans un même foyer font partie de la famille. Le couple peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les enfants, s'il y en a, peuvent être les enfants biologiques du couple, d'un des membres du couple ou du parent seul ou être apparentés par alliance ou par adoption, sans égard à leur âge ni à leur état matrimonial, du moment qu'ils habitent dans le logement sans leur propre conjoint ou enfant. Les petits-enfants qui habitent avec leurs grands-parents sans leurs parents constituent également une famille de recensement. Cette définition de la famille de Statistique Canada (2012) reflète bien l'évolution du concept de la famille adoptée au sein de la société. Certains changements sont assez récents. Par exemple, c'est depuis 2001 que les couples de même sexe vivant en union libre sont considérés comme des familles, c'est depuis 2006 que les couples mariés peuvent être de même sexe, et c'est seulement depuis 2011 que le recensement nous fournit une information détaillée sur le type de famille biparentale (intacte, recomposée simple, recomposée complexe).

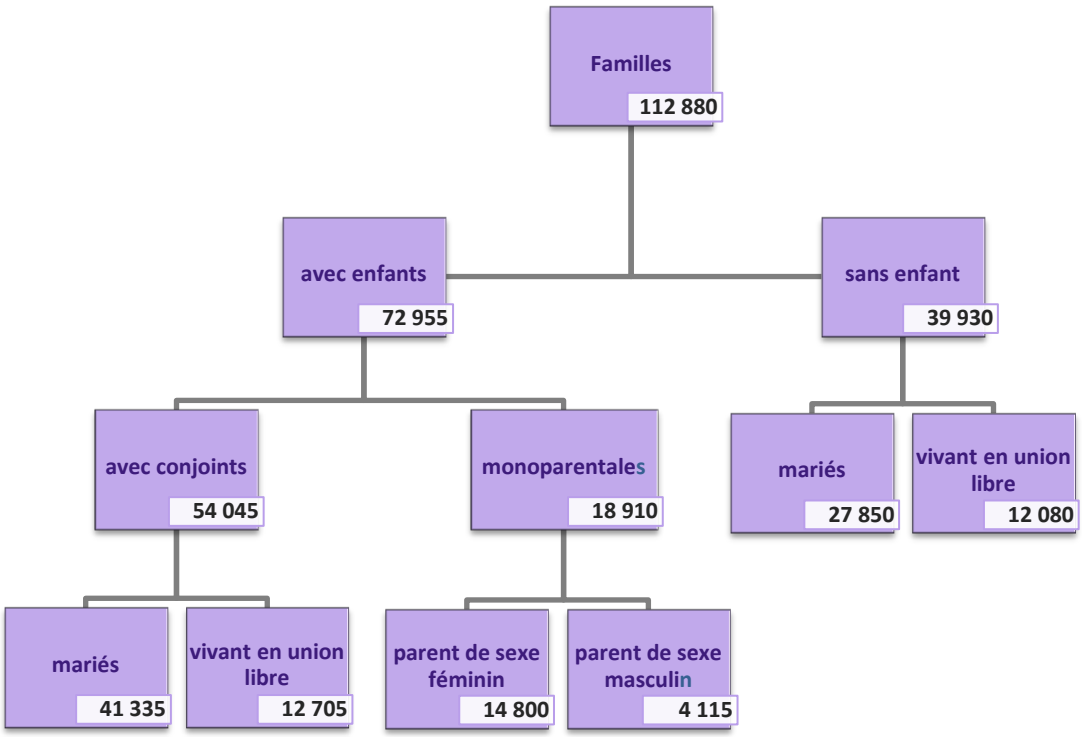
1.3 Données sociodémographiques

1.3.1 Familles : nombre, type et composition

Comme il a été mentionné à la section précédente, la notion de famille ne se limite pas à un couple ayant des enfants. Elle inclut également les couples sans enfant, qu'ils soient mariés ou qu'ils vivent en union libre, ou encore les familles monoparentales. La figure suivante dresse un portrait de

l'ensemble des familles lavalloises selon leur structure, telles que dénombrées lors du recensement 2011. Notez que les enfants sont pris en compte lorsqu'ils habitent chez leur parent, qu'ils soient mineurs ou non.

FIGURE 5 NOMBRE DE FAMILLES SELON LEUR STRUCTURE, LAVAL, 2011



Note : En raison de certains nombres qui ont été arrondis par Statistique Canada, des sommes peuvent ne pas totaliser le nombre total indiqué.

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

Parmi environ 113 000 familles lavalloises, près des deux tiers (64,6 %) comptent au moins un enfant, alors que l'autre tiers est formé de couples sans enfant, ce qui représente environ 73 000 et 40 000 ménages, respectivement. Chez les couples n'ayant aucun enfant, près de 70 % sont mariés, alors que cette proportion est un peu plus élevée (76,5 %) chez les couples avec enfants. Depuis 2001, les couples de même sexe sont dénombrés lors du recensement. Ainsi, à Laval, on compte 620 couples de même sexe, dont 125 sont mariés et 60 ont des enfants.

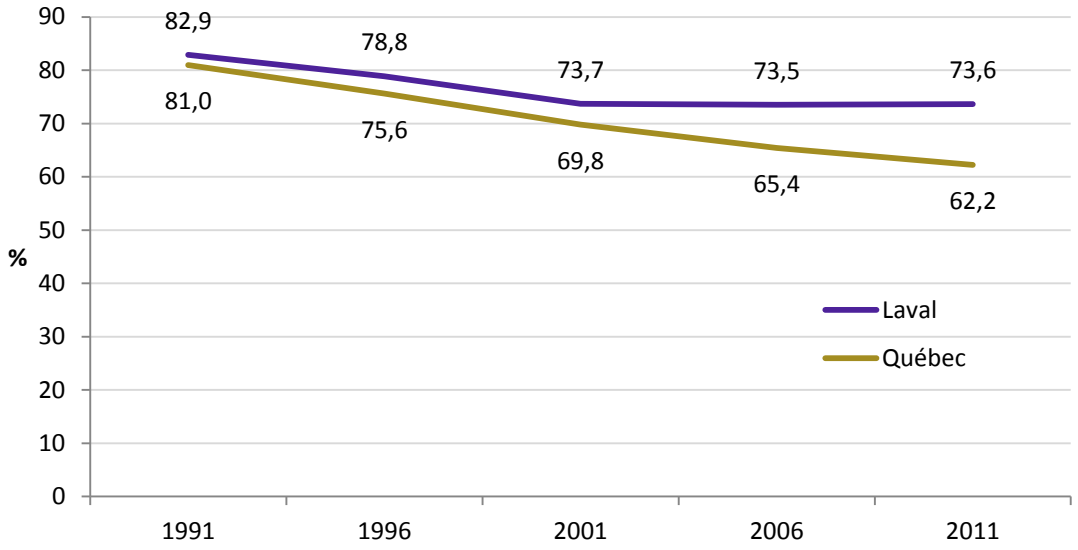
Parmi les familles ayant des enfants, plus du quart (25,9 %) sont monoparentales. Et dans la grande majorité des cas (78,3 %), c'est une femme qui assure la responsabilité parentale. Parmi les 48 400 couples ayant des enfants de moins de 24 ans, 6 100 sont des familles recomposées qui se répartissent de la manière suivante : 3 800 comptent seulement un ou des enfants biologiques (ou adoptés) d'un seul des deux membres du présent couple, et 2 300 sont formées d'au moins deux enfants qui ne sont pas issus des mêmes parents.

Les sections suivantes détaillent l'évolution dans la structure des familles lavalloises, ainsi que leur répartition selon certaines caractéristiques et selon les six territoires des BML.

TYPE D'UNION

La proportion de couples mariés n'a cessé de décroître durant les deux dernières décennies au Québec, alors que celle de Laval s'est stabilisée depuis 2001. Ainsi, en 2011, ce sont près des trois quarts des couples lavallois qui sont mariés (73,6 %), alors qu'au Québec, ce sont moins des deux tiers (62,2 %).

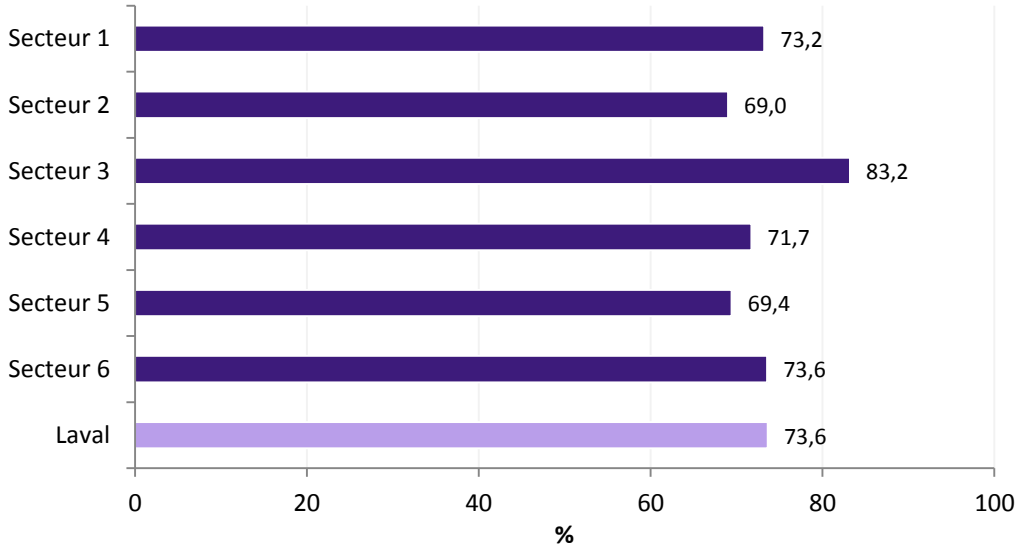
FIGURE 6 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE COUPLES MARIÉS, LAVAL, QUÉBEC, 1991 À 2011



Source : Statistique Canada, recensements 1991 à 2011.

En 2011, à l'échelle des territoires des BML, le secteur 3 (Chomedey) se démarque avec une proportion de couples mariés beaucoup plus élevée qu'ailleurs, soit 83,2 %. En comparaison, cette proportion dans les autres secteurs varie entre 69,4 % et 73,6 %. Cette particularité du secteur 3 pourrait être liée à la forte présence de personnes âgées de 65 ans et plus dans son territoire, génération au sein de laquelle le mariage était plus fréquent. Le secteur 3 présente aussi la plus forte proportion d'immigrants, population qui officialise plus fréquemment ses unions par le mariage. En effet, on observe que 91,8 % des immigrants vivant en couple sont mariés, comparativement à 64,5 % parmi les non-immigrants.

FIGURE 7 PROPORTION DES COUPLES MARIÉS SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011.

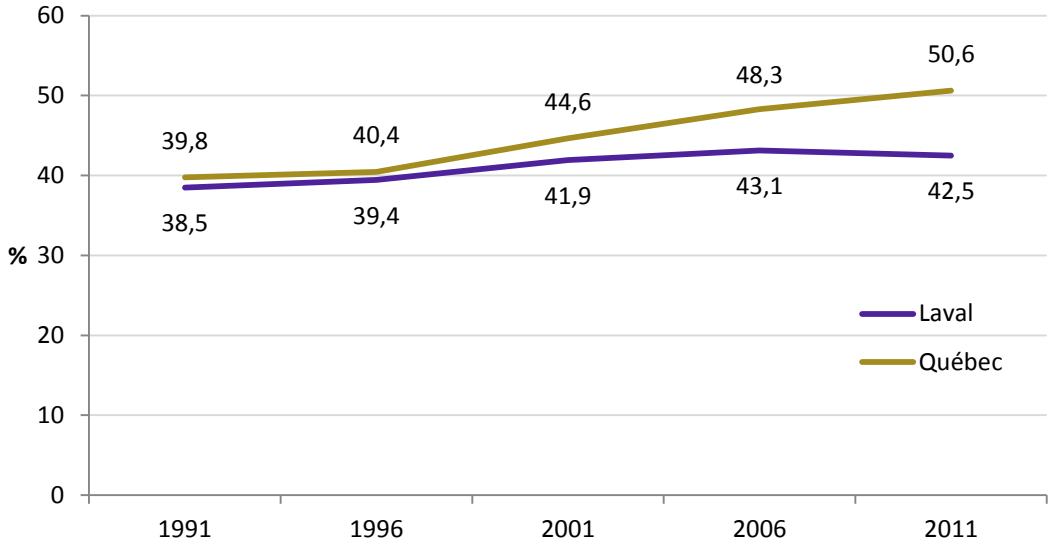
FAMILLES SANS ENFANT

Au cours des 20 dernières années, soit entre les recensements de 1991 et de 2011, le Québec a vu sa proportion de couples sans enfant augmenter de plus de dix points de pourcentage, passant de 39,8 % à 50,6 %. C'est donc dire que la province compte maintenant davantage de couples sans enfant que de couples avec un ou des enfants.

Couples sans enfant : l'écart se creuse entre Laval et l'ensemble du Québec

À Laval, on assiste plutôt à une légère augmentation depuis les dix dernières années. Ainsi, alors que la région montrait une proportion similaire à celle du Québec en 1991 (38,5 %), elle se démarque maintenant par une proportion beaucoup plus faible que celle du Québec (42,5 %). L'écart entre Laval et le Québec s'accroît donc sans cesse depuis le recensement de 1996.

FIGURE 8 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE COUPLES SANS ENFANT, LAVAL, QUÉBEC, 1991 À 2011



Source : Statistique Canada, recensements 1991 à 2011.

Statistique Canada (2008) rapporte que la diminution du nombre de couples avec un ou des enfants est surtout attribuable au vieillissement. Or, Laval connaît un vieillissement moins marqué de sa population par rapport à l'ensemble du Québec. En outre, la proportion d'immigrants à Laval est deux fois plus élevée que celle du Québec (24,6 % à Laval par rapport à 12,6 % au Québec), et cette population a tendance à avoir plus d'enfants que les personnes nées au Canada (voir section 1.3.2). Enfin, les données de la migration interrégionale[4] montrent que la région lavalloise attire des familles provenant d'autres régions du Québec, et plus spécialement de Montréal. En effet, il est entré davantage de jeunes âgés de 0 à 19 ans qu'il n'en est sorti en 2011-2012. Et cela se répète depuis plusieurs années déjà. Tous ces facteurs pourraient donc expliquer l'évolution présentée par la précédente figure.

Les 40 000 familles lavalloises sans enfant sont réparties dans les territoires des BML et présentées dans le tableau suivant.

TABLEAU 1 NOMBRE ET PROPORTION DE FAMILLES SANS ENFANT SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

BML	Couples mariés		Couples vivant en union		Total Familles sans enfant	
	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
1- Est de Laval	4 070	71,4	1 630	28,6	5 700	100,0
2- Laval-des-Rapides et Pont-Viau	4 995	64,4	2 760	35,6	7 755	100,0
3- Chomedey	6 535	76,1	2 050	23,9	8 585	100,0
4- Ouest de Laval	3 775	66,8	1 875	33,2	5 650	100,0
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	4 370	68,1	2 045	31,9	6 415	100,0
6- Auteuil et Vimont	4 100	70,4	1 725	29,6	5 825	100,0
Laval	27 850	69,8	12 075	30,2	39 925	100,0

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

[4] Les données proviennent de l'Institut de la statistique du Québec, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

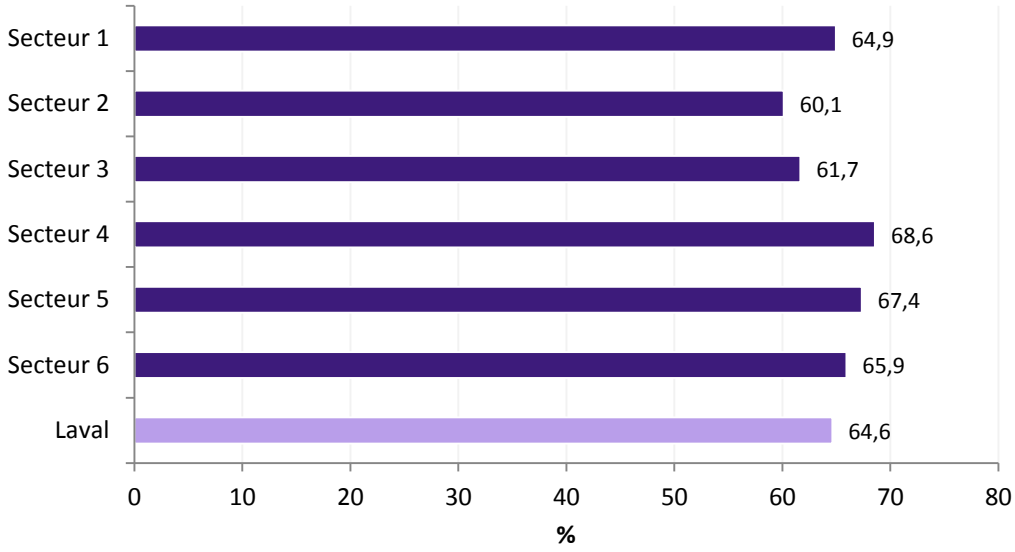
On dénombre le plus grand nombre de couples sans enfant dans les secteurs 2 et 3, soit respectivement 7 755 et 8 585 familles. Notons également que ce sont aussi les deux territoires les plus populeux de la région.

FAMILLES AVEC ENFANTS

Les familles biparentales et les familles monoparentales forment l'ensemble des familles avec enfants. On en compte près de 73 000 à Laval en 2011.

La proportion de familles avec enfants varie d'un territoire de BML à l'autre, allant de 60,1 % dans le secteur 2 à plus de 68,6 % dans le secteur 4. Il faut savoir cependant que les secteurs 2 et 3, qui présentent les proportions les plus faibles, sont aussi ceux où la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus est la plus forte, soit respectivement 19,1 et 21,5 %. Par conséquent, les couples dans cette tranche d'âges qui ont vu leurs enfants partir de la maison contribuent à augmenter le nombre de couples sans enfant, bien qu'ils aient eu des enfants au cours de leur vie. À l'inverse, au sein des territoires 4, 5 et 6, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus est beaucoup plus faible : 10,7 % pour le secteur 4, 11,1 % pour le secteur 5 et 13,7 % pour le secteur 6. Cela pourrait expliquer en partie leur plus grande proportion de familles avec enfants.

FIGURE 9 PROPORTION DE FAMILLES AVEC ENFANTS PARMI L'ENSEMBLE DES FAMILLES SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011.

Les familles avec enfants sont réparties dans les territoires des BML et présentées dans le tableau suivant.

TABLEAU 2 NOMBRE ET PROPORTION DE FAMILLES AVEC ENFANTS SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

BML	Familles formées d'un couple				Familles monoparentales				Total Familles avec enfants	
	Couples mariés	Couples vivant en union libre	Sous-total		Parent de sexe féminin	Parent de sexe masculin	Sous-total			
	N^bre	N^bre	N^bre	%	N^bre	N^bre	N^bre	%	N^bre	%
1	5 840	1 995	7 835	74,2	2 170	555	2 725	25,8	10 560	100,0
2	5 615	2 010	7 625	65,1	3 240	840	4 080	34,9	11 705	100,0
3	8 920	1 070	9 990	72,2	3 105	735	3 840	27,8	13 830	100,0
4	7 310	2 505	9 815	79,6	1 895	630	2 520	20,4	12 335	100,0
5	7 205	3 055	10 260	77,6	2 245	710	2 955	22,4	13 215	100,0
6	6 440	2 065	8 505	75,3	2 140	645	2 785	24,7	11 290	100,0
Laval	41 335	12 705	54 040	74,1	14 800	4 110	18 910	25,9	72 950	100,0

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

C'est dans les secteurs 3 (Chomedey) et 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) que le nombre de familles avec enfants est le plus élevé, soit près de 14 000 dans le secteur 3 et plus de 13 000 dans le secteur 5. On note également que le secteur 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) se démarque en ce qui a trait aux familles monoparentales, car c'est dans ce secteur que l'on en dénombre le plus, c'est-à-dire plus de 4 000. Le secteur 3 n'est pas loin derrière avec 3 840 familles monoparentales.

De nombreuses jeunes familles dans l'ouest de Laval

Une autre façon de caractériser les familles est de s'attarder à l'âge des enfants qui la composent. Le tableau suivant présente donc la répartition des 73 000 familles avec enfants selon le territoire des BML et selon l'âge des enfants.

Afin de bien comprendre ces constats, il faut se rappeler que le secteur 3 (Chomedey) est le plus peuplé. Par conséquent, bien que sa proportion de familles avec enfants parmi l'ensemble des familles soit l'une des plus faibles de l'ensemble des BML (voir figure précédente), on recense tout de même un grand nombre de familles avec enfants. Ce territoire de BML est d'ailleurs dense et très hétérogène. On y retrouve à la fois beaucoup de personnes âgées et beaucoup d'immigrants, de même qu'une grande concentration de jeunes dans le coin nord-ouest du secteur, soit aux frontières des secteurs 4 (ouest de Laval) et 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose).

TABLEAU 3 NOMBRE ET PROPORTION DE FAMILLES AVEC ENFANTS SELON L'ÂGE DES ENFANTS ET LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011†

BML	Familles ayant des enfants de 0-5 ans		Familles ayant des enfants de 6-14 ans		Familles ayant des enfants de 15-17 ans		Familles ayant des enfants de 0-17 ans		Total Familles avec enfants	
	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
1	2 735	25,9	3 650	34,6	1 285	12,2	7 150	67,7	10 560	100,0
2	3 240	27,7	3 545	30,3	1 325	11,3	7 530	64,3	11 705	100,0
3	3 680	26,6	4 140	29,9	1 280	9,3	8 605	62,2	13 830	100,0
4	3 835	31,1	4 730	38,3	1 470	11,9	9 030	73,2	12 335	100,0
5	3 905	29,6	4 805	36,4	1 620	12,2	9 520	72,0	13 215	100,0
6	2 645	23,4	3 715	32,9	1 340	11,9	7 330	64,9	11 290	100,0
Laval	20 040	27,5	24 585	33,7	8 315	11,4	49 160	67,4	72 955	100,0

Note 1 : Les catégories présentées dans ce tableau ne sont pas mutuellement exclusives, c'est-à-dire qu'une famille peut se retrouver dans plus d'une catégorie à la fois.

Note 2 : Voir en annexe pour les tableaux détaillés (tableaux 26 et 27) selon le type de famille (biparentale ou monoparentale).

† Les nombres de familles par secteur des BML selon l'âge des enfants sont obtenus à partir d'une somme de plus petits territoires (secteurs de recensement), alors que la colonne « Total » provient de données géocodées par Statistique Canada.

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

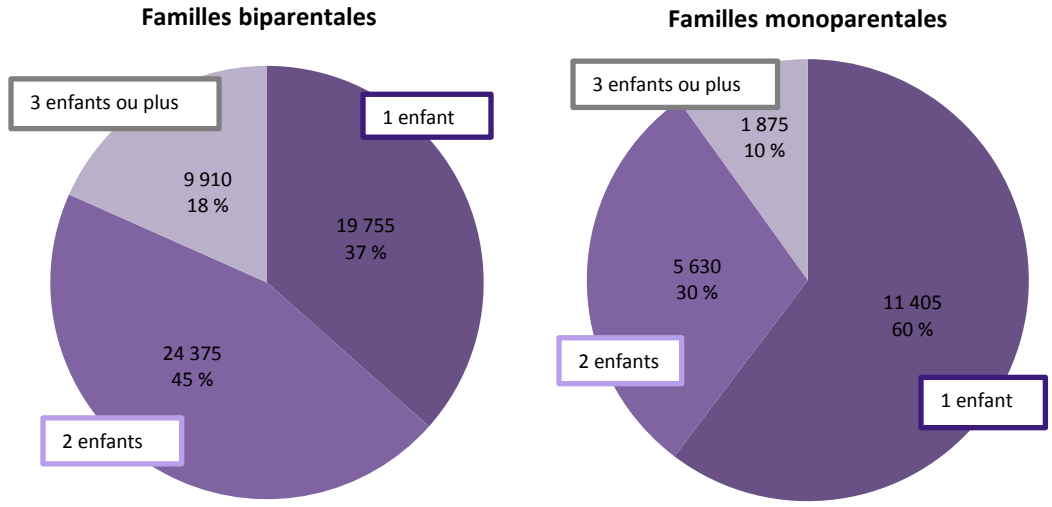
Parmi environ 73 000 familles avec enfants, près de 50 000 ont des enfants de moins de 18 ans, soit plus des deux tiers. Dans le secteur 4 (ouest de Laval), cette proportion grimpe à près de trois sur quatre. D'ailleurs, près d'une famille avec enfants sur trois a des enfants âgés de 0 à 5 ans dans ce territoire (31,1 %), ce qui se traduit par un grand nombre de jeunes familles. Le secteur 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) présente une situation semblable.

Des familles plus nombreuses à Laval

En ce qui concerne la taille des familles avec enfants, Laval compte en 2011 proportionnellement plus de familles de trois enfants ou plus, ainsi que de familles de deux enfants que l'ensemble du Québec (16,2 % versus 14,9 % pour les familles de trois enfants ou plus; 41,1 % versus 38,3 % pour les familles de deux enfants). Si l'on s'attarde à l'évolution de la taille des familles depuis 1991, **la proportion de familles québécoises de trois enfants ou plus a diminué légèrement (15,8 % en 1991 à 14,9 % en 2011), alors qu'une tendance inverse a été observée à Laval (14,0 % en 1991 à 16,2 % en 2011)**.

La figure suivante présente la situation des familles lavalloises lors du dernier recensement selon le type de famille (biparentale ou monoparentale).

FIGURE 10 RÉPARTITION DES FAMILLES AVEC ENFANTS SELON LE NOMBRE D'ENFANTS, FAMILLES BIPARENTALES ET FAMILLES MONOPARENTALES, LAVAL, 2011



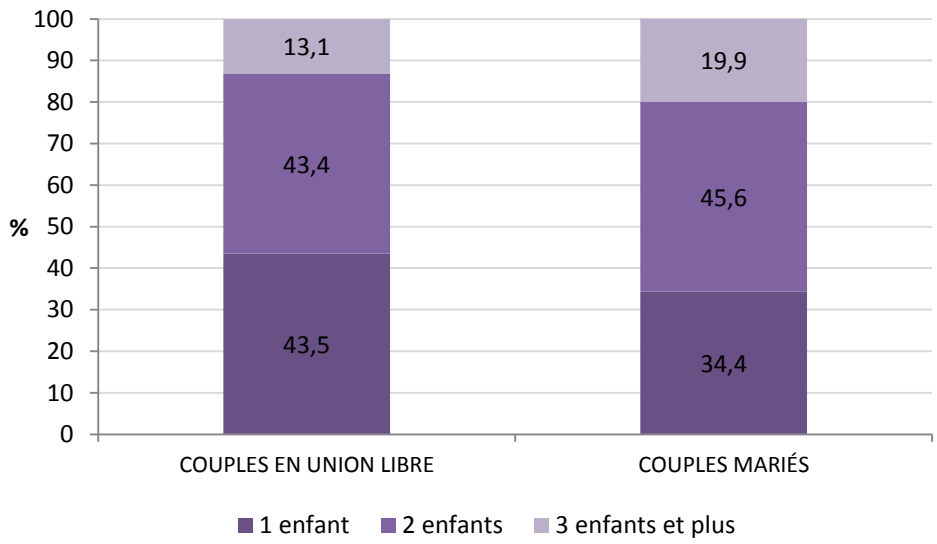
Source : Statistique Canada, recensement 2011.

En 2011, à Laval, dans plus du tiers des familles avec enfants biparentales, on ne retrouve qu'un seul enfant. Il n'en demeure pas moins que les familles ayant deux enfants sont plus fréquentes (45 %). Enfin, les familles de trois enfants ou plus ne représentent que moins de 20 % des familles avec enfants comptant un couple. Parmi les familles monoparentales, une majorité (60 %) ne compte qu'un seul enfant, alors que dans 30 % des cas, il y en a deux. Les familles monoparentales de trois enfants ou plus ne représentent que 10 % de l'ensemble des familles monoparentales, soit une proportion deux fois plus faible que celle enregistrée parmi les familles avec conjoints.

Les couples mariés forment de plus grandes familles

Il est intéressant de constater que les couples mariés vont avoir plus fréquemment trois enfants ou plus (19,9 %) comparativement aux couples vivant en union libre (13,1 %), ce qu'illustre la figure suivante.

FIGURE 11 RÉPARTITION DES FAMILLES AVEC ENFANTS SELON LE NOMBRE D'ENFANTS ET LE TYPE D'UNION, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011.

D'autres facteurs jouent également un rôle, mais les données du recensement ne nous permettent pas d'effectuer d'autres croisements. Toutefois, à la lumière des données sur les naissances dont il sera question dans la section suivante (1.3.2), on peut constater que le statut d'immigrant a aussi une influence sur la taille des familles.

ENJEU

Familles avec enfants : la région se démarque

Laval se démarque particulièrement du reste du Québec par la présence de nombreuses familles avec enfants et par la taille de ces familles. Alors que le nombre de familles avec enfants a presque stagné au Québec entre 2006 et 2011 (augmentation de 0,4 %), la région lavalloise a connu une augmentation de 7,8 %. Deux principaux facteurs pourraient expliquer ce phénomène :

1. D'abord, alors que le Québec vit un vieillissement important de sa population, exerçant ainsi une pression à la baisse sur le nombre de familles avec enfants, la population de Laval connaît pour sa part un vieillissement moins marqué.
2. Deuxièmement, Laval semble attirer les familles : depuis de nombreuses années, on assiste à un solde migratoire interrégional positif en ce qui concerne les jeunes. C'est donc dire que s'y installent davantage de jeunes des autres régions du Québec qu'il n'en part. Ainsi, la proportion de familles avec enfants à Laval est plutôt stable depuis dix ans, et a même augmenté au cours des cinq dernières années, passant de 63,9 % à 64,6 % entre 2006 et 2011.

On a également observé que les familles lavalloises comptent davantage d'enfants que dans le reste du Québec et que la tendance des familles nombreuses est à la hausse à Laval.

À la lumière de ces observations, on peut penser que la région lavalloise est favorable aux familles avec enfants. Il sera intéressant de surveiller cette évolution au cours des années à venir, car la tendance des dernières années nous amène à croire que l'écart entre Laval et le Québec va continuer à se creuser. Ainsi, les besoins en services destinés aux familles lavalloises pourraient différer grandement de ceux de la province à moyen terme.

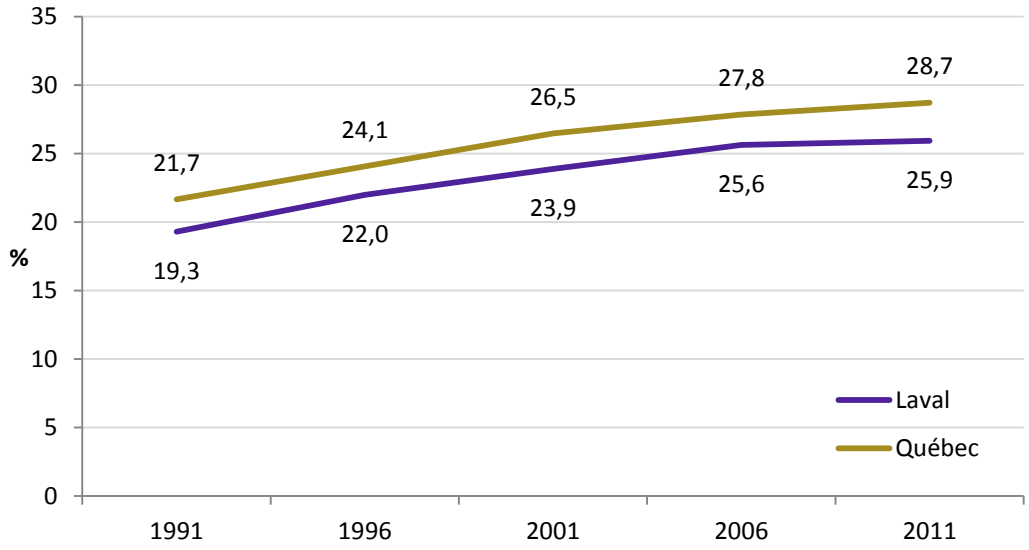
FAMILLES MONOPARENTALES

Les familles monoparentales sont confrontées à des défis particuliers et sont plus à risque d'éprouver des difficultés économiques (Conseil de l'Europe, 2014). En fait, Desrosiers *et coll.* (2012) rapportent que le fait d'être plus jeune et le fait d'avoir un statut socioéconomique plus faible sont reconnus comme des facteurs augmentant le risque de divorce. Leur étude longitudinale a également montré une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs des mères séparées avant même que cette séparation ait lieu. Quant aux enfants, ils ont souvent vu leurs parents se séparer et vivent plus fréquemment certaines difficultés qui peuvent avoir un impact sur leur adaptation sociale et sur leur bien-être tout au long de leur vie. Ces impacts sont d'ailleurs reconnus comme étant plus importants lorsque les événements sont vécus en bas âge (D'onofrio, 2011; Desrosiers *et coll.*, 2012). Il faut aussi garder en tête que la monoparentalité peut être temporaire, et donc synonyme de multiples transitions qui peuvent également affecter la trajectoire de vie de l'enfant (Desrosiers et Simard, 2010; Desrosiers *et coll.*, 2012). Enfin, avec l'augmentation des gardes partagées (Statistique Canada, 2008), la monoparentalité ne signifie pas nécessairement que l'enfant ne voit qu'un seul parent ni qu'il vit tout le temps en situation de monoparentalité, car un de ses parents peut avoir trouvé un nouveau conjoint.

Monoparentalité : d'une famille sur cinq à une famille sur quatre

La tendance est à la hausse en ce qui concerne la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants, autant à Laval qu'au Québec. En 2011, plus d'une famille ayant des enfants sur quatre est monoparentale à Laval (25,9 %), soit la proportion la plus élevée observée depuis au moins 1991. Au Québec, cette proportion est encore plus élevée (28,7 %). Si l'on ne retient que les familles ayant des enfants mineurs, cette proportion diminue à 20,8 % à Laval et à 24,3 % au Québec.

FIGURE 12 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES AVEC ENFANTS, LAVAL, QUÉBEC, 1991 À 2011



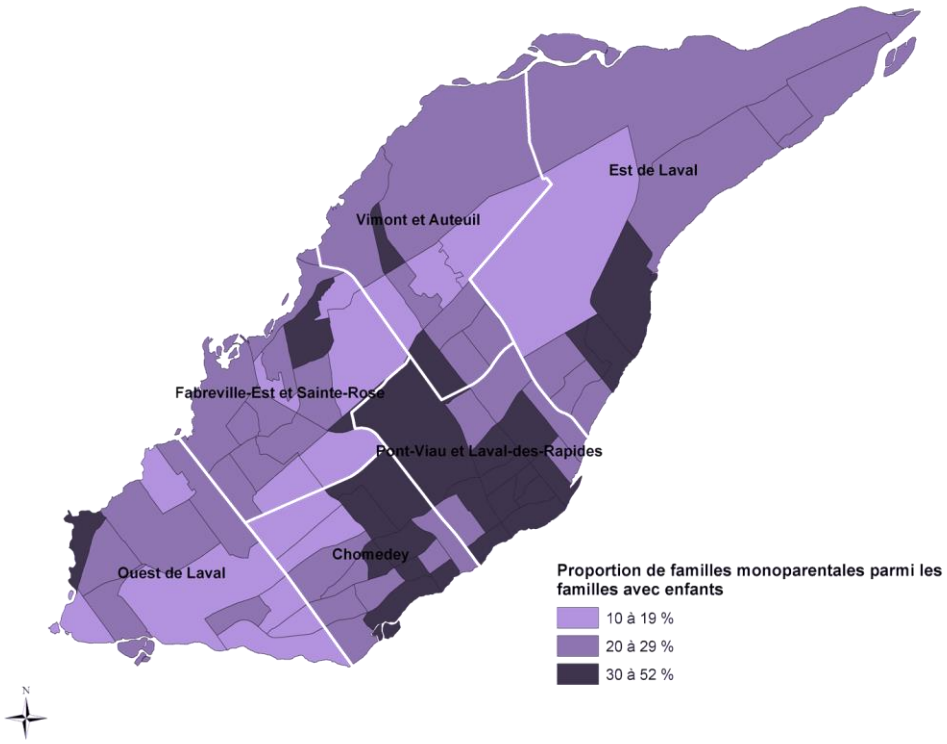
Source : Statistique Canada, recensements 1991 à 2011.

En 2011 à Laval, on compte près de 19 000 familles monoparentales. La proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants varie beaucoup sur le territoire lavallois : elle atteint même plus de 40 % dans certains secteurs, comme l'illustre la figure suivante.

Une forte concentration de familles monoparentales dans le centre-sud de Laval

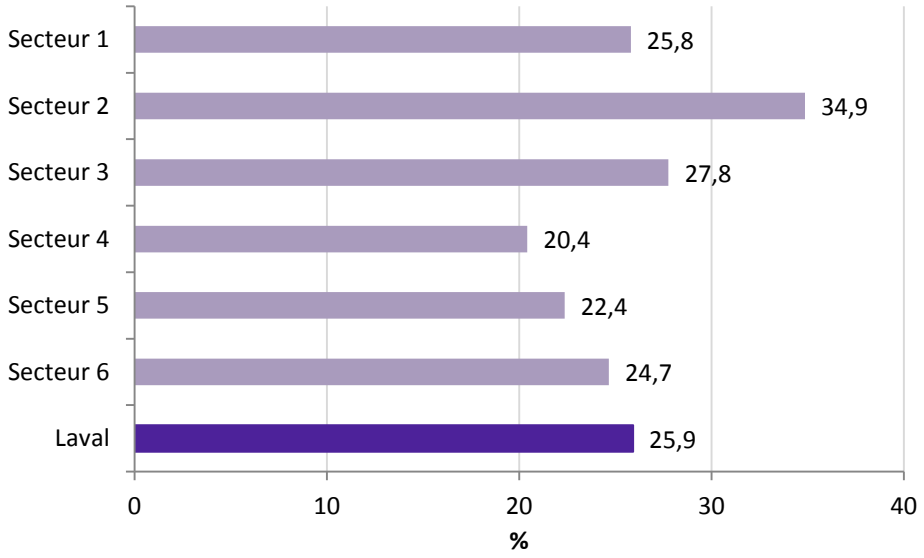
On remarque d'ailleurs une forte concentration de familles monoparentales particulièrement dans le secteur 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau), mais également dans l'est du secteur 3 (Chomedey). Les données par secteur de BML, présentées à la figure suivante, le confirment : dans le secteur 2, c'est plus d'une famille avec enfants sur trois (34,9 %) qui est monoparentale. Quant au secteur 3, il se situe également au-dessus de la proportion régionale, mais de façon moins marquée (27,8 %).

FIGURE 13 PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES AVEC ENFANTS PAR SECTEUR DE RECENSEMENT, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011.

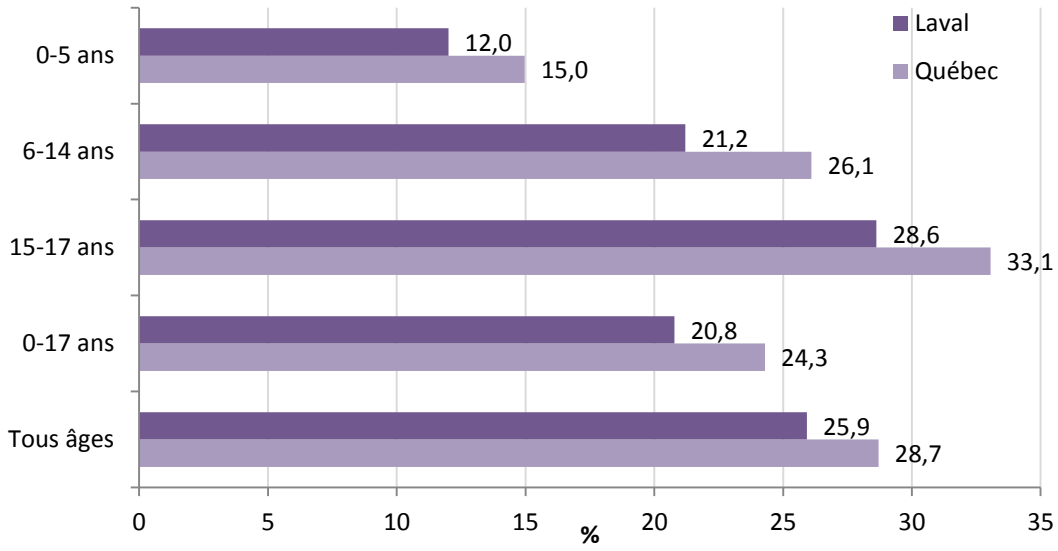
FIGURE 14 PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES AVEC ENFANTS SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011.

D'autre part, les secteurs 4 (ouest de Laval) et 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose), mais plus spécialement le 4, se démarquent par leur plus faible proportion de familles monoparentales. Ce sont les mêmes qui ont précédemment été identifiés comme accueillant de nombreuses jeunes familles. Cela pourrait contribuer à expliquer leur faible proportion de familles monoparentales, car cette proportion a tendance à augmenter avec l'âge des enfants. C'est effectivement ce que l'on peut observer dans la figure suivante.

FIGURE 15 PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES AYANT DES ENFANTS SELON L'ÂGE DES ENFANTS, LAVAL, 2011



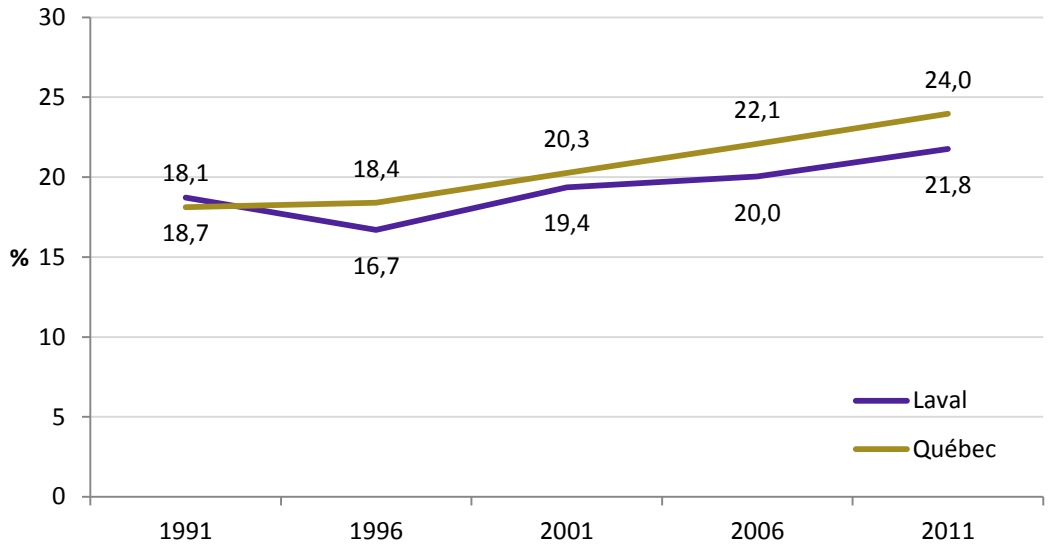
Source : Statistique Canada, Recensement 2011.

Parmi les familles ayant des enfants de 0 à 5 ans, la proportion de familles monoparentales atteint 12,0 % parmi les familles ayant des enfants, et cette proportion grimpe à 21,2 % pour les familles ayant des enfants de 6 à 14 ans, puis à 28,6 % pour celles ayant des enfants de 15 à 17 ans. Au Québec, ces proportions sont toutes plus élevées, allant de 15,0 % pour les familles ayant des enfants de 0 à 5 ans jusqu'à 33,1 % pour les familles ayant des enfants de 15 à 17 ans.

Les pères et la monoparentalité

À l'image de l'évolution de la famille et du rôle des hommes dans l'éducation des enfants, la proportion de familles monoparentales dont le parent est un homme a augmenté au cours des dernières années, passant de 18,7 % en 1991 à 21,8 % en 2011. Toutefois, dans la majorité des cas (78,2 %), le parent responsable demeure une femme.

FIGURE 16 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES DONT LE PARENT RESPONSABLE EST UN HOMME, LAVAL, QUÉBEC, 1991 À 2011



Source : Statistique Canada, recensements 1991 à 2011.

Le fait que les gardes partagées des enfants soient de plus en plus fréquentes dans le cas d'une rupture entre deux parents explique probablement cette évolution (Statistique Canada, 2008).

ENJEU

La monoparentalité, toujours à la hausse

En 2011 à Laval, on compte près de 19 000 familles monoparentales. Leur nombre ainsi que la proportion de ces familles parmi les familles avec enfants ne cessent d'augmenter, et cette tendance ne semble pas vouloir s'arrêter. C'est ainsi que cette proportion est passée d'une famille sur cinq à une famille sur quatre entre 1991 et 2011. Bien que Laval présente une proportion de familles monoparentales plus faible que celle du Québec, certains secteurs lavallois sont fortement touchés par cette réalité. Notons ainsi leur très forte concentration dans le secteur 2 (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) où l'on recense plus d'une *famille monoparentale* sur trois. Étant donné toutes les difficultés particulières auxquelles elles sont confrontées, il importe d'en tenir compte de façon toute particulière lors de l'organisation et de la planification des services.

1.3.2 Natalité

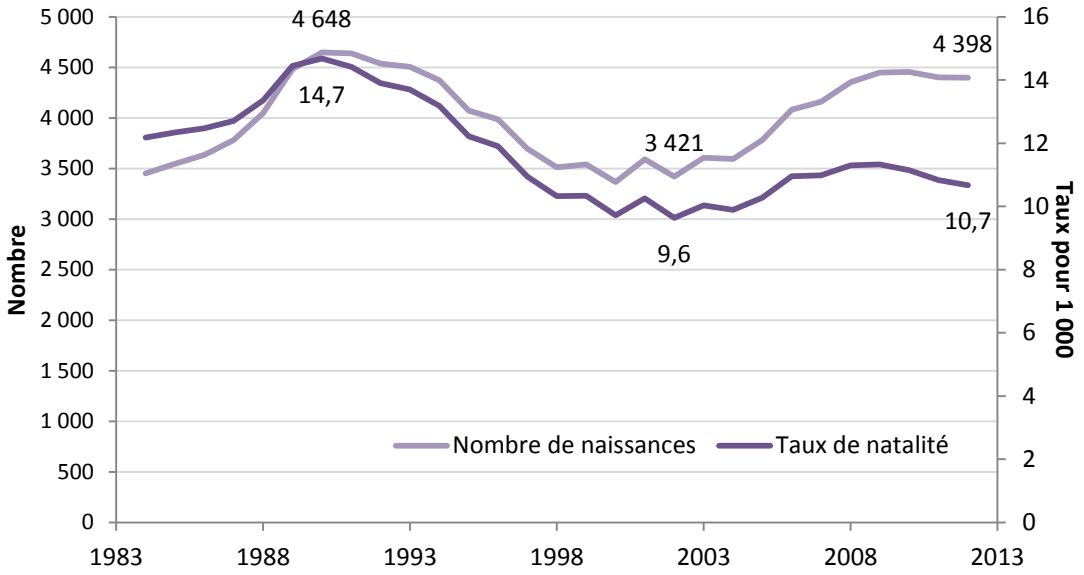
Le début des années 2000 a été le théâtre d'une forte augmentation des naissances. Entre 2002 et 2010, le nombre de naissances lavalloises a augmenté de 30,2 %. Le même phénomène a été observé dans l'ensemble du Québec, mais de façon un peu moins importante (21,8 %). C'est ce qu'on a appelé le « mini-baby-boom ». L'année 2006 a d'ailleurs été marquante avec un saut de 8 % par rapport à l'année précédente en ce qui a trait au nombre de naissances. L'augmentation de la fécondité ainsi que la croissance de 12,1 % de la population féminine âgée entre 25 et 34 ans à Laval (celle qui participe le plus à la natalité) ont toutes deux contribué à la recrudescence de la natalité. On note également que l'augmentation du nombre de naissances au début des années 2000 n'est attribuable qu'aux mères immigrantes, car le nombre de naissances de mères non immigrantes a diminué légèrement (de 2 731 à 2 714 entre 2002 et 2010), alors que le nombre de naissances de mères immigrantes a bondi de 152 %. À titre de comparaison, l'augmentation de la population immigrante entre 2001 et 2011 est de l'ordre de 84 %.

L'essoufflement du baby-boom

Grâce à la croissance de la natalité observée, l'*Accroissement naturel* , qui correspond à la croissance démographique due à l'excédent de naissances dans une population par rapport aux décès survenus, a frôlé le cap des 2000 personnes en 2009. Comparativement à un accroissement naturel de 1098 personnes en 2002, cela représente une augmentation de près de 80 %. Cet élan semble pourtant s'être essoufflé, car le nombre de naissances s'est stabilisé depuis 2010. En 2011 et en 2012, on a même enregistré un léger recul par rapport à 2010 avec respectivement 4 399 et 4 398 naissances lavalloises.

Ce mini-baby-boom faisait suite à une baisse de 26,4 % du nombre de naissances lavalloises (26,1 % au Québec) entre 1990 et 2002. Cette baisse du nombre de naissances avait fait chuter le taux de natalité, soit le rapport entre les naissances et la population. Ce dernier est passé de 14,7 en 1990 à 9,6 naissances pour 1 000 Lavallois en 2002. Par la suite, il s'est lentement redressé et a atteint 10,7 naissances pour 1 000 Lavallois en 2012.

FIGURE 17 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DU TAUX DE NAISSANCES LAVALLOISES ET DU TAUX DE NATALITÉ POUR 1000 PERSONNES, 1984 À 2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1984 à 2012(p); ISQ, estimations (1996-2000 : série produite en janvier 2010, 2001-2010 : série produite en avril 2014) et projections (2011-2036 : série produite en novembre 2014) de population, pour le découpage géographique en vigueur en avril 2014.

ENJEU

Le boom des jeunes familles

Au cours des dernières années, ce sont les familles avec de jeunes enfants qui ont affiché la plus forte augmentation. En effet, entre 2006 et 2011, le nombre de familles ayant des enfants de 0 à 5 ans a augmenté de 15,5 % à Laval par rapport à une croissance démographique de l'ordre de 8 % pour la population totale.

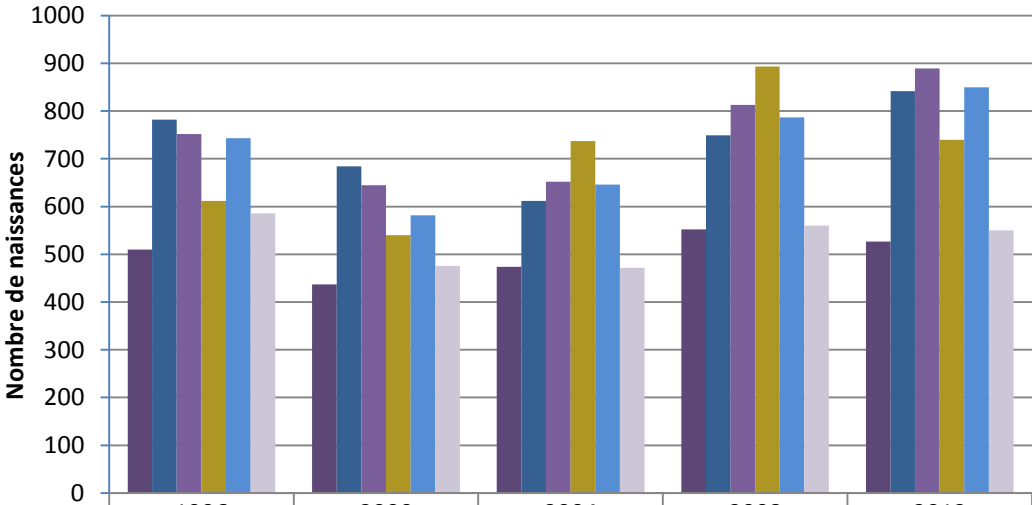
Au cours des dernières années, cette croissance est attribuable :

- d'abord au dernier mini-baby-boom;
- ainsi qu'aux migrations interrégionales et internationales. Entre la période 2006-2007 et 2010-2011, 7 096 jeunes âgés de 0 à 5 ans ont déménagé à Laval, alors qu'ils habitaient auparavant dans une autre région, et 5 136 sont partis, pour un solde de près de 2 000 jeunes. Enfin, on estime qu'environ 700 enfants âgés de 0 à 4 ans ont immigré à Laval en provenance d'un autre pays que le Canada entre 2006 et 2011.

Comme ces jeunes enfants vieilliront avec les années, on s'attend à une forte croissance des familles ayant des enfants de 6 à 14 ans au cours des prochaines années. C'est donc chez cette clientèle que l'on verra une plus grande augmentation de la demande.

Les naissances lavalloises ne se répartissent pas uniformément à travers le territoire. En 2012, alors qu'on a enregistré environ 800 naissances dans chacun des secteurs 2 à 5 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau, Chomedey, ouest de Laval, Fabreville-Est et Sainte-Rose), le nombre de naissances des secteurs 1 (est de Laval) et 6 (Vimont et Auteuil) oscillait autour de 600. Historiquement, le secteur 4 (ouest de Laval) faisait partie des territoires où l'on comptait le moins de naissances, mais une augmentation importante a été observée dans ce secteur entre 1996 et 2008 (45,9 %). En comparaison, l'augmentation à Laval durant cette période a été de 9,2 %.

FIGURE 18 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES SELON LE SECTEUR DES BML, 1996, 2000, 2004, 2008 ET 2012(p)



	1996	2000	2004	2008	2012
Secteur 1	510	437	474	552	527
Secteur 2	782	684	612	749	842
Secteur 3	752	645	652	813	889
Secteur 4	612	540	737	893	740
Secteur 5	743	582	646	787	850
Secteur 6	586	476	472	560	550

(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1996, 2000, 2004, 2008 et 2012(p).

Les taux de natalité des différents secteurs sont présentés dans le tableau suivant. Ils permettent d'observer que c'est le secteur 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) qui a le taux de natalité le plus élevé avec 12,1 naissances pour 1 000 personnes. Les secteurs 2 (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) et 4 (ouest de Laval) suivent avec 11,4 naissances pour 1 000 personnes. Quant au secteur 3 (Chomedey), bien qu'on y compte le plus grand nombre de naissances, le taux de natalité y est l'un des plus faibles (10,5).

TABLEAU 4 TAUX DE NATALITÉ PAR 1 000 PERSONNES SELON LE TERRITOIRE DES BML, LAVAL, 2012(p)

Territoire des BML	Taux
1- Est de Laval	8,9
2- Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides	11,4
3- Chomedey	10,5
4- Ouest de Laval	11,4
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	12,1
6- Auteuil et Vimont	9,1
Laval	10,7

(p) : Données provisoires.

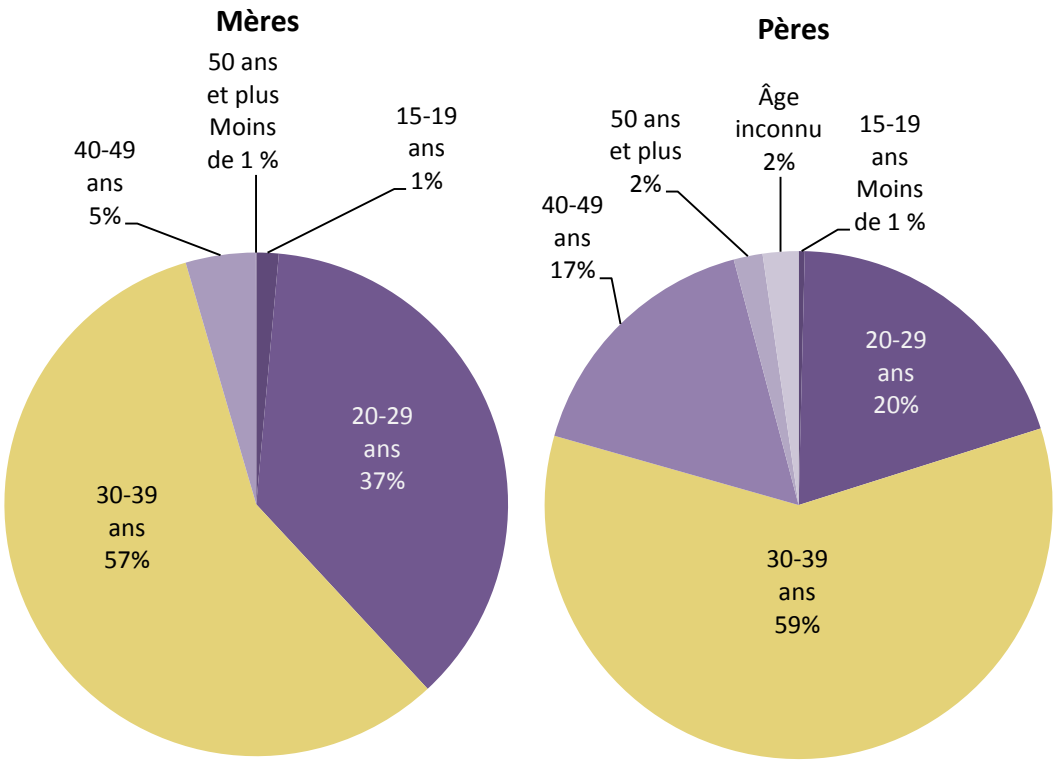
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 2012(p); Agence de la santé et des services sociaux de Laval, Projections de la population selon le territoire des BML, 2012 à 2021; ISQ, estimations (1996-2000 : série produite en janvier 2010, 2001-2010 : série produite en avril 2014) et projections (2011-2036 : série produite en novembre 2014) de population, pour le découpage géographique en vigueur en avril 2014; Statistique Canada, recensement 2011.

Enfin, la contribution plus faible des secteurs 1 (est de Laval) et 6 (Vimont et Auteuil), en ce qui concerne les naissances, s'explique à la fois par une plus faible population, mais également par un plus faible taux de natalité. Ainsi, non seulement sont-ils moins nombreux que dans les autres secteurs, mais ils font également moins d'enfants par tranche de 1 000 personnes.

NATALITÉ SELON L'ÂGE

Comme les besoins des parents et les services offerts à ceux-ci sont partiellement influencés par l'âge des parents, il est intéressant d'étudier la répartition des naissances lavalloises selon l'âge de la mère et selon l'âge du père. La figure suivante illustre la situation en 2012.

FIGURE 19 RÉPARTITION DES NAISSANCES SELON L'ÂGE DE LA MÈRE ET DU PÈRE, LAVAL, 2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 2012(p).

Des 4 398 naissances chez les mères lavalloises en 2012, la majorité (57,4 %) de celles-ci sont attribuables aux mères âgées de 30 à 39 ans, ce qui représente 2 524 naissances. Les 20-29 ans, quant à elles, comptabilisent 1 612 naissances (36,7 %). Enfin, 5,0 % des naissances sont attribuables aux mères âgées de plus de 40 ans (199 naissances), une proportion qui ne cesse d'augmenter. Enfin, seulement 1,4 % de mères sont âgées de moins de 20 ans (63 naissances). Comparativement aux mères, les pères sont plus fréquemment âgés de 40 ans et plus (19,0 % comparativement à 5,0 % chez les mères). D'ailleurs, parmi ces naissances, plus de 80 concernent un père de 50 ans ou plus. En contrepartie, les pères sont moins fréquemment âgés de 20 à 29 ans que les mères.

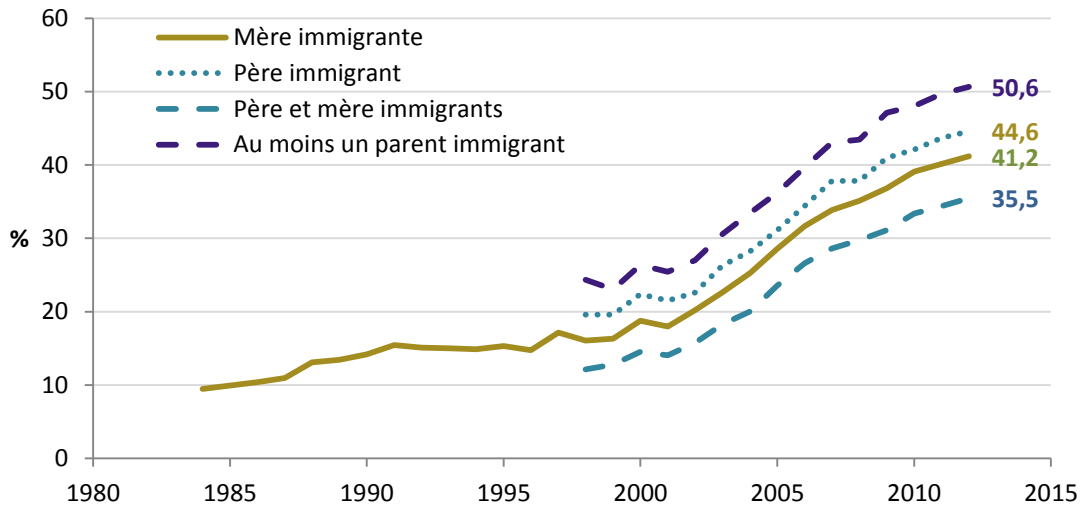
Si l'on compare cette répartition par rapport à celle observée en 2000 (données non montrées), la proportion des naissances de mères âgées de 30 à 39 ans a grimpé de plus de 10 points de

pourcentage. En contrepartie, la proportion des naissances de mères âgées de 20 à 29 ans a diminué d'autant. Chez les pères, la proportion de pères âgés de 40 à 49 ans a presque doublé (8,9 % en 2000 à 16,5 % en 2012), alors que celle des pères âgés de 50 ans ou plus a presque triplé (0,7 % en 2000 à 1,8 %). C'est la catégorie des 20-29 ans qui a vu sa proportion de naissances diminuer le plus en perdant 11,7 points de pourcentage.

NATALITÉ SELON LE STATUT D'IMMIGRATION DES PARENTS

En 2011, 24,6 % de la population lavalloise est immigrante, soit née à l'extérieur du Canada. Cette réalité demande des efforts d'adaptation, notamment dans l'élaboration et la planification des services. Cette situation est encore plus manifeste en *périnatalité*, car une grande proportion de la clientèle est immigrante. C'est ce qu'on peut voir dans la figure suivante, qui présente l'évolution de la proportion des naissances de parents immigrants à Laval.

FIGURE 20 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES NAISSANCES DE PARENTS IMMIGRANTS, LAVAL, 1984 À 2012(p)



(p) : Données provisoires.

Note : Le statut d'immigration du père n'était pas disponible pour les années inférieures à 1998.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 1984-2012(p).

Plus d'une naissance lavalloise sur deux est issue d'un parent immigrant

En 2012, plus de quatre naissances sur dix étaient attribuables aux mères immigrantes (41,2 %). Si l'on tient compte du statut du père, on s'aperçoit que dans 50,6 % des cas, au moins l'un des deux parents est immigrant, soit plus d'une naissance sur deux. C'est à partir de 2000 que l'évolution a été plus marquée. En effet, la proportion de naissances de mères immigrantes variait entre 10 et 20 % pendant les années 1980 et 1990, puis elle a rapidement augmenté par la suite.

À l'échelle provinciale, ce phénomène est beaucoup moins accentué. En effet, depuis 2000, le taux d'augmentation de la proportion de naissances attribuables aux mères immigrantes est trois fois moins élevé au Québec qu'à Laval. Ceci dit, dans l'ensemble du Québec en 2012, les naissances chez les mères immigrantes concernent tout de même près d'une naissance sur quatre (23,2 %).

Des origines variées

On observe une grande diversité dans les origines des mères immigrantes de Laval. Si l'on exclut les naissances dont le lieu de naissance de la mère n'est pas indiqué de façon précise[5], on remarque que, dans plus de quatre naissances sur dix attribuables aux mères immigrantes, ces dernières proviennent d'un pays d'Afrique du Nord ou du Moyen-Orient (42,6 %) (données non présentées). La région des Caraïbes, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud est mentionnée dans 20,4 % des cas, suivie de l'Europe, de l'Asie et de l'Afrique subsaharienne (15,5 %, 14,3 % et 5,3 %, respectivement). Enfin, les mères immigrantes proviennent des États-Unis ou de l'Océanie dans 1,9 % des cas.

ENJEU

Une immigration qui fait évoluer nos familles

Au cours des cinq dernières années, la région lavalloise a accueilli en moyenne plus de 2 700 personnes immigrantes annuellement. En 2011, on a recensé près de 97 000 Lavallois nés hors Canada (dont un peu plus de 9 000 sont âgés de moins de cinq ans). Il s'agit d'une augmentation d'environ 13 000 personnes, respectivement, par rapport au recensement de 2006. Ainsi, près d'un Lavallois sur quatre est immigrant (24,6 %).

Non seulement sont-ils nombreux, mais ils contribuent aussi de façon très importante aux naissances lavalloises : c'est plus de la moitié des naissances qui sont issues d'au moins un parent immigrant. Leur présence considérable a un rôle à jouer dans les écarts observés entre Laval et l'ensemble du Québec, notamment la fréquence plus élevée de familles de grande taille et peut-être même de couples mariés. Ils jouent donc un rôle important dans la dynamique des familles à Laval : ils en changent leurs visages, et très certainement leurs besoins, ce qui appelle de nouvelles réponses

Comme la majorité des immigrants ont une langue maternelle autre que le français, leur présence importante pose un défi linguistique, notamment pour le système scolaire (intégration, communication avec les parents, etc.). À titre d'illustration, en 2011, plus d'un enfant sur cinq âgé de 0 à 4 ans ne connaît pas le français. Toutefois, cette proportion chute à 5,5 % chez les 5 à 9 ans.

[5] Le lieu de naissance de la mère n'est pas indiqué pour une grande part des naissances attribuables aux mères immigrantes lavalloises. Plus précisément, c'est le cas de 32,0 % des naissances chez les mères immigrantes.

SECTION 2

CONSTITUTION DE LA FAMILLE

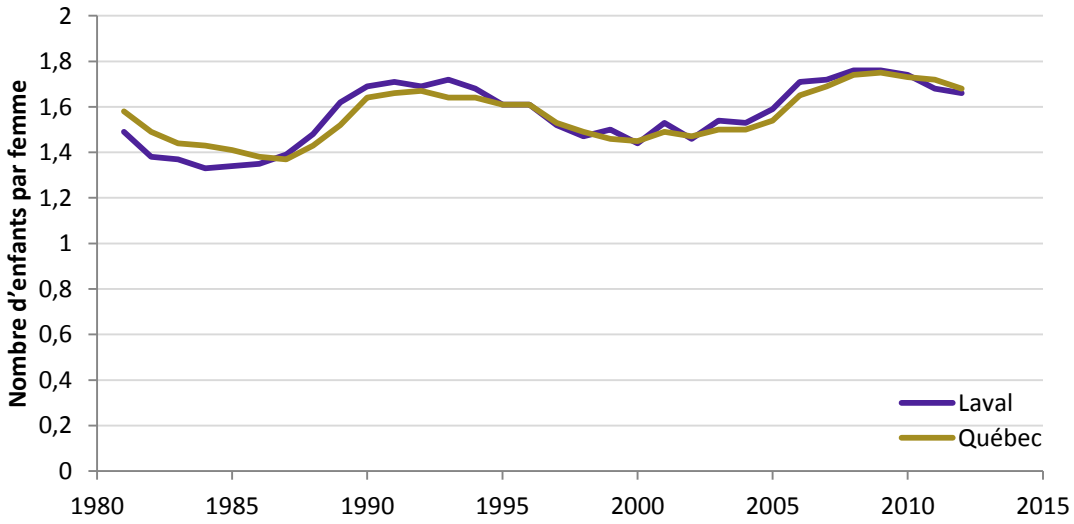
La décision de fonder une famille (ou d'agrandir celle que l'on a déjà) est l'une des plus importantes qu'un individu aura à prendre dans sa vie. Elle découle de plusieurs facteurs : valeurs, situation familiale et économique, âge, politique familiale, état de santé, etc. On peut certes planifier une grossesse, mais des situations imprévues peuvent aussi survenir. Fonder ou agrandir une famille peut par ailleurs passer par l'adoption et la procréation assistée. Selon l'époque, les familles sont plus ou moins grandes et les parents sont plus ou moins jeunes, ce que traduisent les indicateurs liés à la fécondité. En fin de compte, tous ces éléments déterminent le nombre d'enfants qui naîtront ou qui seront accueillis dans une société.

2.1 Fécondité

La fécondité se définit comme étant la « faculté qu'ont les êtres organisés de se reproduire ». On utilise également ce terme pour référer au « fait de se reproduire fréquemment, d'avoir beaucoup d'enfants » (Le Petit Robert, 1995). On mesure la fécondité à l'échelle populationnelle en estimant le nombre moyen d'enfants qu'ont les femmes dans une population. Pour ce faire, quelques indicateurs sont utilisés, dont l'*indice synthétique de fécondité*, qui est l'un des plus couramment employés. Il représente le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme compte tenu des taux de fécondité par âge observés au cours d'une période donnée. Afin d'assurer un remplacement des générations, cet indice devrait se situer au-dessus de 2,1 enfants par femme.

La courbe de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité ressemble bien sûr à celle du taux de natalité présentée à la section 1.3.2. On observe cependant durant les années 1990, que l'indice synthétique de fécondité a entamé sa descente seulement à partir de 1994, allant de 1,72 enfant par femme en 1993 à 1,44 enfant par femme en 2000. Il s'est par la suite redressé pour atteindre un maximum de 1,76 enfant par femme en 2009, un niveau inégalé depuis au moins le début des années 1980. Une légère baisse est ensuite survenue. En 2012, l'indice synthétique de fécondité lavallois se situe tout juste en dessous de celui du Québec (1,66 à Laval par rapport 1,68 au Québec), alors que Laval affichait un indice plus élevé depuis 2003.

FIGURE 21 ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ, LAVAL, QUÉBEC, 1981 À 2012(P)



(p) : Données provisoires.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 1981 à 2012(p); MSSS, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux des services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010. Donnés compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

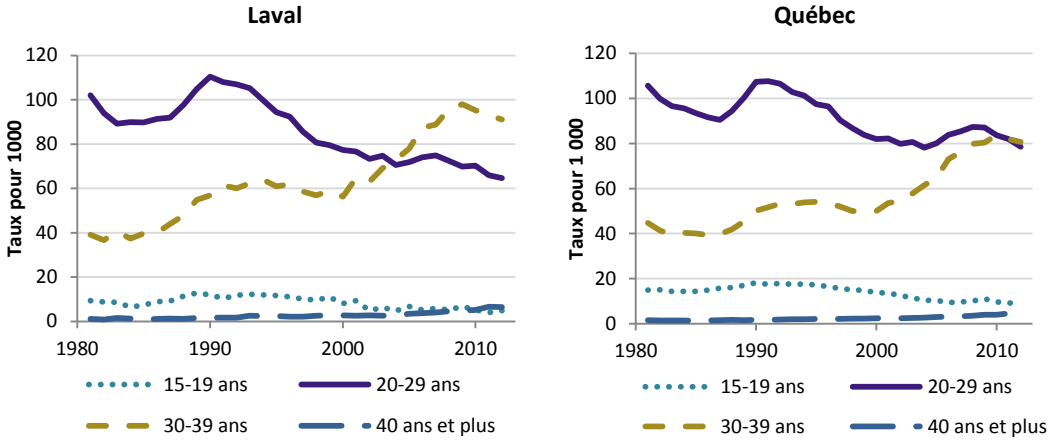
Il faut toutefois tenir compte du fait que l'indice synthétique de fécondité a tendance à sous-estimer le nombre moyen d'enfants qu'une génération aura au cours de toute sa période de fertilité (Lapierre-Adamcyk, 2010). À titre d'illustration, bien que l'indice synthétique de fécondité tournait autour de 1,5 enfant par femme en 2005, Lapierre-Adamcyk (2010) estime que la descendance finale sera plutôt un peu en dessous de 1,8 enfant par femme.

1.3.3 Fécondité selon l'âge

Au cours des dernières décennies, l'âge de la maternité a beaucoup évolué : de plus en plus de femmes décident de retarder le moment de fonder une famille. La figure suivante présente l'évolution du taux de fécondité selon l'âge depuis 1981 jusqu'à maintenant. On remarque que, depuis le début des années 1990, le taux a beaucoup diminué chez les 20-29 ans. À l'opposé, depuis 2000, le taux de fécondité chez les 30-39 ans a augmenté de façon importante. Ces deux phénomènes ont eu lieu tant à Laval qu'au Québec. Cependant, ils ont été plus marqués dans la région lavalloise. On constate maintenant que le taux de fécondité chez les Lavalloises âgées de 30 à 39 ans est beaucoup plus élevé que celui des 20-29 ans, alors que la situation était inversée il y a à peine dix ans.

Au Québec, les femmes de 20-29 ans demeuraient récemment plus fécondes que celles de 30-39 ans, mais la situation s'est finalement inversée, et les femmes de 30-39 ans affichent maintenant un taux de fécondité plus élevé que celles de 20-29 ans. Ainsi, en 2012, le taux de fécondité est de 80,7 naissances pour 1 000 femmes de 30-39 ans comparativement à 78,5 pour celles de 20-29 ans.

FIGURE 22 ÉVOLUTION DU TAUX DE FÉCONDITÉ POUR 1 000 FEMMES SELON L'ÂGE, LAVAL, QUÉBEC, 1981 À 2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 1981 à 2012(p); MSSS, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux des services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010.

Si l'on compare Laval aux autres régions du Québec (données non présentées), on s'aperçoit que les taux de fécondité lavallois des groupes d'âge inférieurs à 30 ans sont parmi les plus bas, et même le plus bas dans le cas des 15-19 ans et des 20-24 ans. En contrepartie, les taux de fécondité lavallois sont parmi les plus élevés chez les femmes de 30 ans et plus.

À noter que parmi les femmes âgées de 20 à 29 ans, celles de 25-29 ans sont plus fécondes que celles de 20-24 ans. En 2012, le taux de fécondité chez les 25-29 ans était de 102,6 par rapport à 29,6 naissances pour 1 000 Lavalloises chez les 20-24 ans. Dans la trentaine, ce sont celles âgées de 30 à 34 ans qui sont les plus fécondes par rapport aux 35-39 ans (116,5 par rapport à 65,5 naissances pour 1 000 Lavalloises).

Les tendances observées à travers les taux de fécondité par âge sont également observables par l'âge moyen des mères à la naissance. Effectivement, la tendance à la hausse de l'âge de la maternité est claire. Et cette augmentation est plus importante à Laval que dans l'ensemble du Québec. À titre d'illustration, non seulement l'âge moyen des femmes lavalloises au premier enfant est plus élevé que celui du Québec, mais cet écart tend à se creuser depuis le début des années 1980.

Le tableau suivant présente l'évolution de l'âge moyen des mères selon le rang de l'enfant. L'augmentation observée est significative pour chacune des périodes affichées dans le tableau 5, et ce, peu importe le rang de l'enfant, ainsi que pour l'ensemble des naissances.

TABLEAU 5 ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN DES MÈRES À LA NAISSANCE SELON LE RANG DE L'ENFANT, LAVAL, 1982-1986 À 2007-2011

Période	1er rang	2e rang	3e rang	4e rang et plus	Total
1982-1986	25,5	27,5	29,5	31,3	27,1
1987-1991	26,3	28,7	30,6	32,4	27,9
1992-1996	27,0	29,6	31,2	32,9	28,9
1997-2001	27,6	30,2	31,7	33,5	29,4
2002-2006	28,3	31,0	32,4	33,6	30,0
2007-2011	28,8	31,5	33,1	34,4	30,7

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 1982 à 2011. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Sur le territoire lavallois, l'âge moyen des mères à la naissance dans le secteur 2 (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) est significativement plus bas que dans les autres territoires, et ce, peu importe le rang de l'enfant. À l'opposé, les mères sont généralement plus âgées dans les secteurs 4 (ouest de Laval) et 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) que dans le reste de Laval.

Afin d'expliquer la hausse de la fécondité observée au début des années 2000, on peut penser à la bonification de la politique familiale au Québec (dont il sera question dans la prochaine section), mais également à l'effet d'un changement du calendrier de la venue des enfants (Gaudreau, 2009). Le calendrier de la venue des enfants fait référence aux âges auxquels les femmes ont des enfants et aux intervalles de temps entre les naissances. Si l'on étudie l'évolution des taux de fécondité par âge, cette hypothèse semble plausible. Alors que le taux de fécondité des 20-29 ans chutait pendant les années 1990, le taux de fécondité des 30-39 ans demeurait stable. Puis, à partir de 2000, le taux de fécondité du groupe plus âgé a grimpé rapidement. Il serait donc possible qu'une partie des femmes âgées de 20 à 29 ans qui n'ont pas eu d'enfant au cours des années 1990 aient décidé d'en avoir dans la trentaine. L'analyse de l'évolution de l'âge moyen de la maternité démontre effectivement un report de la fécondité dans le temps.

ENJEU

Des mères plus âgées à Laval

L'âge de la maternité ne cesse d'augmenter, un phénomène certainement lié aux changements en ce qui concerne la scolarisation et la participation au marché du travail des femmes, de même qu'à l'allongement de la jeunesse. Ce report de la fondation d'une famille peut aussi être mis en parallèle avec la forte participation des immigrantes à la natalité et avec le fait qu'elles sont en moyenne plus âgées que les mères non immigrantes.

Ce phénomène n'est pas sans conséquence. Les mères plus âgées (35 ans et plus) sont plus à risque de connaître des complications lors de leur grossesse et de leur accouchement. D'ailleurs, une part importante des femmes ne sont pas conscientes des risques que pose un report de la maternité (Johnson et Tought, 2012). En plus des implications cliniques, l'avancement de l'âge de la maternité, jumelé au vieillissement de la population, crée une génération « sandwich » qui doit veiller à la fois sur de jeunes enfants et sur des parents vieillissants tout en occupant souvent un emploi à temps plein

Il n'y a toutefois pas que des conséquences négatives à avoir des enfants plus tardivement. À cet effet, les résultats d'une étude américaine dévoilent que les femmes devenant mères après 35 ans ont de meilleures ressources financières, une plus grande expérience de vie et sont plus satisfaites par rapport à leur carrière et à leur situation conjugale que celles qui deviennent mères plus tôt (Gregory, 2007).

2.2 Facteurs influençant la constitution de la famille

On a pu constater, au cours des dernières années, une hausse de la fécondité. Cependant, l'indice de fécondité demeure toujours en deçà du seuil de renouvellement des générations. Comment expliquer les fluctuations observées? Quels sont les facteurs qui poussent les gens à fonder une famille ou à décider de ne pas en fonder une? De nombreux travaux tentent de répondre à ces questions. Dans leur analyse de la fécondité au Québec, Roy et Bernier (2006) comparent la province à d'autres pays, et plus précisément aux pays nordiques. Inspirés principalement par les travaux de Vogel (2000, 2002), ils ont retenu trois grands facteurs qui influencent la fécondité. Il s'agit des valeurs personnelles, de la prospérité économique et du soutien de l'État.

Dans une perspective selon le parcours de vie, l'influence de chacune de ces grandes catégories de facteurs est conditionnée par les autres. Par exemple, même s'il existe une politique familiale forte et que le désir d'avoir des enfants est présent, celui-ci sera peut-être freiné par une situation économique précaire. Dans leur revue de littérature, Gauthier et Charbonnneau (2002) relèvent des

explications dites « classiques » (scolarisation, participation des femmes au marché du travail et conditions de travail, conciliation travail-famille et travail-études), ainsi que d'autres, plus novatrices (allongement de la jeunesse, nombre d'enfants dans la famille d'origine, projet d'union stable). En outre, ils émettent l'hypothèse que les raisons qui freinent la venue du premier enfant ne sont pas nécessairement les mêmes que celles liées à la venue des enfants suivants.

2.2.1 Facteurs socioculturels

Dans un premier temps, on retient que les valeurs dites traditionnelles favorisent la fécondité, alors que celles qui sont plus modernes ont tendance à la diminuer (Roy et Bernier, 2006). Les valeurs liées à plusieurs aspects de la vie, notamment la pratique religieuse, la perception du rôle des hommes et des femmes et la définition du bonheur déterminent l'importance de la famille, du travail, des études, des amis, etc. Elles exercent à la fois une influence sur la fécondité aspirée, soit le nombre d'enfants qu'une femme souhaite avoir au cours de sa vie, mais également sur l'écart entre les aspirations et la réalité. En plus de la disponibilité et de l'acceptation d'une contraception efficace dès un jeune âge, on identifie, parmi les facteurs explicatifs dits « classiques », la scolarisation des femmes et la participation de ces dernières au marché du travail, ainsi que l'évolution du rôle des hommes et des femmes.

SCOLARISATION

Les femmes d'aujourd'hui étudient davantage qu'autrefois et pendant plus longtemps (Dallaire *et coll.*, 2011). Elles sont également plus nombreuses à prendre part au marché du travail.

Les femmes plus scolarisées retardent leur première grossesse

L'impact négatif de l'augmentation de la scolarisation des femmes sur la fécondité a été maintes fois démontré, notamment parce que plus les femmes étudient longtemps, plus elles vont repousser le début de leur vie parentale (Gauthier et Charbonneau, 2002; Johnson et Tought, 2012). En analysant les données sur les naissances lavalloises, on remarque effectivement une augmentation de l'âge moyen au premier enfant selon le niveau de scolarité. L'écart observé entre les niveaux de scolarité est significatif dans tous les cas. Ces écarts semblent d'ailleurs se creuser avec le temps.

TABLEAU 6 ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN DES MÈRES À LA NAISSANCE D'UN PREMIER ENFANT SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ, LAVAL, 1987-1991 À 2007-2011

Période	Aucun diplôme	Diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales	Diplôme universitaire†	Total
1987-1991	23,8	25,8	26,4	28,3	26,3
1992-1996	23,0	26,3	27,1	29,0	27,0
1997-2001	22,7	26,8	27,6	29,4	27,6
2002-2006	23,8	26,1	28,3	30,0	28,3
2007-2011	23,2	26,4	29,0	30,6	28,8

† À titre indicatif étant donné que l'on considère les mères ayant au moins 16 années d'étude.

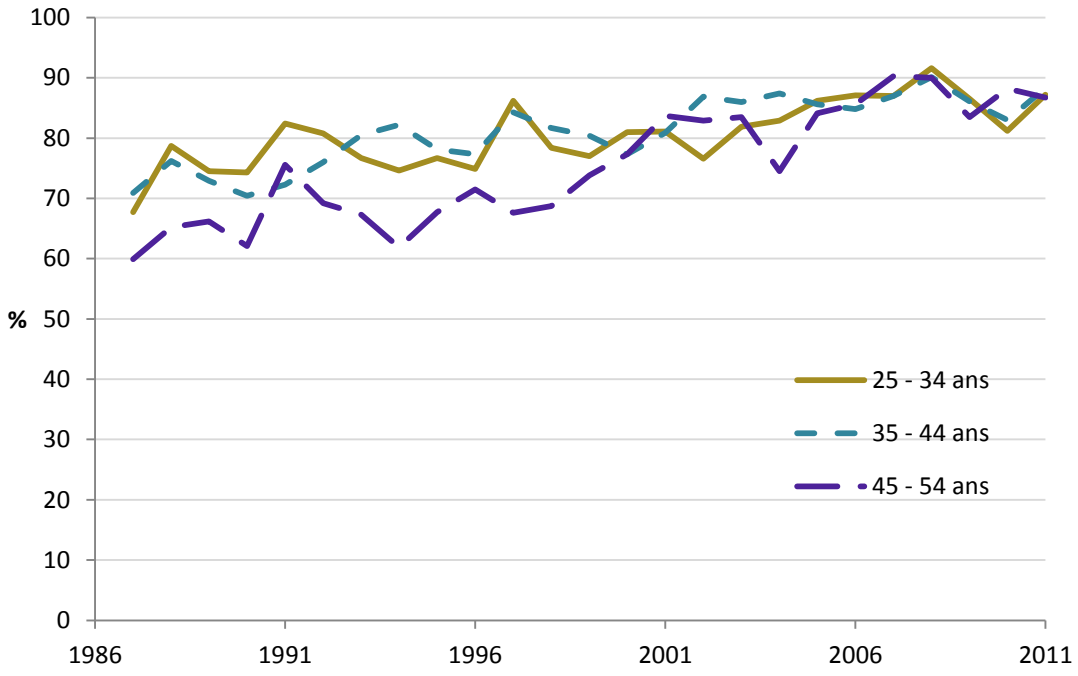
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances 1987 à 2011.

Les femmes plus scolarisées ayant tendance à reporter la maternité, elles finissent par avoir un moins grand nombre d'enfants au total; selon Santé Canada (2005), le report de la naissance du premier enfant se traduit effectivement par une diminution du nombre moyen d'enfant par femme.

PARTICIPATION DES FEMMES AU MARCHÉ DU TRAVAIL

Quant à la participation des femmes au marché du travail, elle soulève plusieurs problématiques par rapport à la fécondité. En plus d'étudier plus longtemps, les jeunes femmes vont souvent attendre de se faire une place dans leur milieu de travail avant de fonder une famille (Gauthier et Charbonneau, 2002), ce qui a pour effet de reporter l'âge de la maternité. En 2011, à Laval, le *taux d'activité* des femmes âgées de 25 à 54 ans atteignait près de 90 %. La figure suivante montre la croissance de ce taux d'activité depuis le milieu des années 1980 selon différentes catégories d'âge.

FIGURE 23 TAUX D'ACTIVITÉ DES FEMMES LAVALLOISES SELON L'ÂGE, 1987 À 2011



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active de 1987 à 2011.

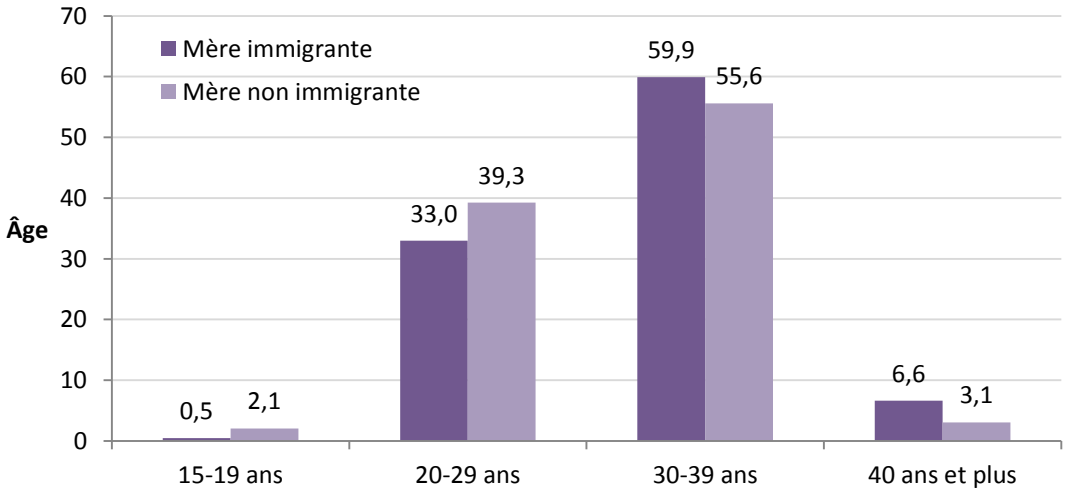
La conciliation travail-famille est également un défi de taille. Toutefois, l'apport de deux revenus est souvent nécessaire à l'atteinte des aspirations quant au niveau de vie souhaité, tant pour les parents eux-mêmes qu'en ce qui concerne la qualité de vie offerte à l'enfant.

IMMIGRATION

Des mères immigrantes plus âgées, mais donnant naissance à un plus grand nombre d'enfants

Les mères immigrantes lavalloises sont un peu plus âgées que celles nées au Québec. En 2012, les premières avaient en moyenne 31,9 ans, alors que pour les secondes, la moyenne était de 30,4 ans. Les deux tiers (66,5 %) des mères immigrantes ont 30 ans ou plus, alors que chez les non-immigrantes, la proportion est de 58,7 %. À noter qu'il y a écart d'âge, peu importe le rang de l'enfant.

FIGURE 24 RÉPARTITION DE L'ÂGE DE LA MÈRE SELON LE STATUT D'IMMIGRATION, NAISSANCES LAVALLOISES, 2012(p)

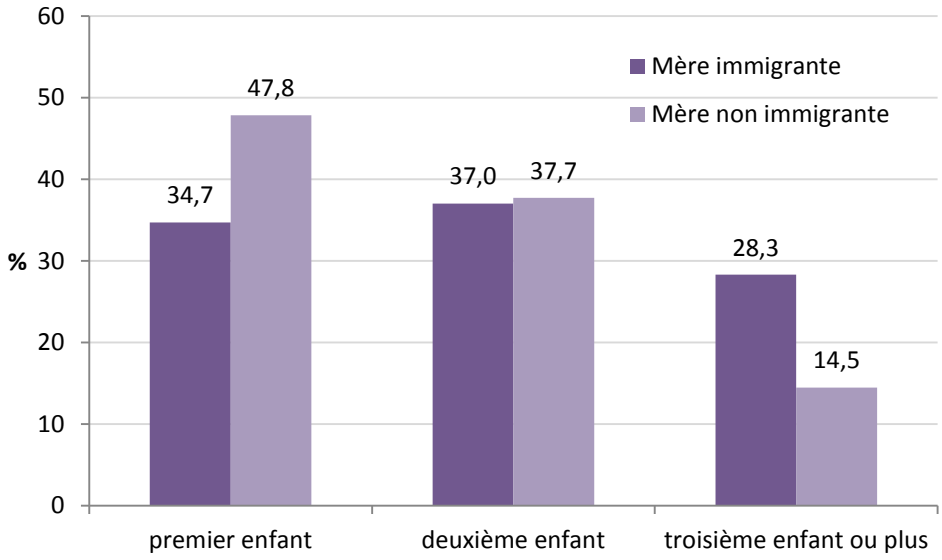


(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2012(p).

Bien qu'elles commencent en moyenne leur vie de mère un peu plus tardivement, les mères immigrantes ont un plus grand nombre d'enfants. À Laval en 2012, près du tiers des naissances chez les mères immigrantes concernent un troisième enfant ou plus (28,3 %). C'est une proportion presque deux fois plus élevée que chez les mères nées au Canada (14,5 %).

FIGURE 25 RÉPARTITION DES NAISSANCES SELON LE RANG DE L'ENFANT ET LE STATUT D'IMMIGRATION DE LA MÈRE SELON LA PARITÉ DE LA MÈRE ET SELON SON STATUT D'IMMIGRATION, NAISSANCES LAVALLOISES, 2012(P)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2012(p).

En contrepartie, pour la moitié des naissances de mères nées au Canada, il est question d'un premier enfant (47,8 %), alors que cette proportion est de 34,7 % chez les mères immigrantes.

ÉVOLUTION DU COUPLE

L'évolution des relations entre les hommes et les femmes est également évoquée parmi les facteurs expliquant les variations dans la fécondité tout comme celles du modèle familial. Il existe maintenant une séparation entre vie conjugale et vie parentale. **La finalité du couple se conçoit davantage dans l'atteinte du bonheur plutôt que dans la fondation d'une famille**. Et la fondation d'une famille n'est envisagée que lorsque le ou la partenaire est perçu comme étant le « bon », même si cette recherche du partenaire idéal peut prendre beaucoup de temps (Gauthier et Charbonneau, 2002), retardant du même coup l'arrivée des enfants.

Également, **les couples vivent de plus en plus en union libre plutôt que de se marier**. C'est ce qui transparaît des données lavalloises et québécoises présentées à la section 1.3.1. Cette situation de la nuptialité aurait un impact négatif sur la fécondité étant donné la plus forte propension à avoir des enfants au sein des couples mariés.

En outre, **les rôles économiques des hommes et des femmes ont connu une évolution**. L'homme pourvoyeur n'est plus la norme étant donné la grande participation des femmes au marché du travail. Cependant, il semble que les couples se fient tout de même davantage à la stabilité d'emploi de l'homme plutôt qu'à celle de la femme dans leur décision de fonder une famille (Gauthier et Charbonneau, 2002).

Enfin, **la fréquence élevée des séparations et des divorces aurait comme effet de diminuer le nombre d'enfants d'une famille**.

ALLONGEMENT DE LA JEUNESSE

Gauthier et Charbonneau (2002) évoquent également l'allongement de la jeunesse comme variable explicative. Y sont inclus plusieurs phénomènes liés aux nouvelles « normes » sociales chez les jeunes qui découlent des autres facteurs explicatifs cités ou qui les influencent : la situation économique des jeunes pendant la vingtaine, la mobilité géographique des jeunes adultes et le report de l'insertion résidentielle stable, la possibilité de cohabitation avec la famille d'origine, le déplacement de la « normalité » dans la formation du couple et le maintien de la sociabilité juvénile. Tous ces phénomènes ont comme effet de reporter l'adoption d'une vie stable, que ce soit en ce qui concerne la vie conjugale ou le lieu de résidence. En fait, ce prolongement de la jeunesse correspond à l'acceptation du « droit » de réaliser ses aspirations personnelles (travail, voyage, etc.) avant de fonder une famille, ainsi qu'aux difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes d'aujourd'hui, notamment celles liées à l'emploi.

À titre d'illustration, près de trois jeunes lavallois sur quatre âgés de 20 à 24 ans vivent chez leurs parents (74,0 %), alors que chez les Lavallois de 25 à 29 ans, c'est plus d'un sur trois (34,5 %). Ces proportions dépassent de beaucoup celles que l'on retrouve dans l'ensemble du Québec, soit 56,5 % et 19,4 %, respectivement.

Enfin, la difficulté de concilier les multiples rôles (famille, couple, travail, projets personnels) est un des facteurs limitant la fécondité. Toutefois, il semble que ce facteur serait encore plus influent en ce qui concerne les enfants suivant le premier. En effet, les parents auraient de grandes aspirations quant à la conciliation entre leurs multiples rôles avant d'avoir des enfants, mais seraient désillusionnés après un premier enfant. C'est suivant cette désillusion que les jeunes familles auraient tendance à diminuer le nombre d'enfants qu'elles auront en réalité par rapport au nombre qu'elles s'étaient fixé au départ.

ENJEU

Le phénomène « Tanguy » : très présent à Laval

Laval se démarque des autres régions par une proportion plus grande de jeunes adultes vivant toujours chez leurs parents. C'est effectivement le cas de plus d'un jeune lavallois sur trois âgé de 25 à 29 ans. À titre de comparaison, cette proportion n'est que de 20,3 % à Montréal et de 26,7 % à Longueuil. On remarque également que les garçons sont plus susceptibles (41,3 %) que les filles (27,8 %) de demeurer au domicile parental.

Ce phénomène est certainement lié à la fécondité, en ce sens où il peut contribuer à retarder la fondation d'une famille, ou simplement être le reflet de cette tendance. Il affecte également le type de famille que l'on retrouve dans les ménages lavallois.

2.2.2 Facteurs socioéconomiques

Le contexte économique joue un rôle important par rapport à la fécondité. Selon Roy et Bernier (2006) :

> « […] les recherches sont unanimes : un grand sentiment de confiance en l'avenir est absolument nécessaire pour que les jeunes soient capables d'envisager la formation d'une famille sans avoir l'impression qu'il leur en coûtera trop financièrement et que leurs aspirations personnelles devront être mises de côté. »

SITUATION D'EMPLOI

Il semble que la disponibilité des emplois et les conditions de travail jouent un rôle primordial. La peur de perdre son emploi ou de ne pas en retrouver un après un congé parental freine la fondation d'une famille (Roy et Bernier, 2006).

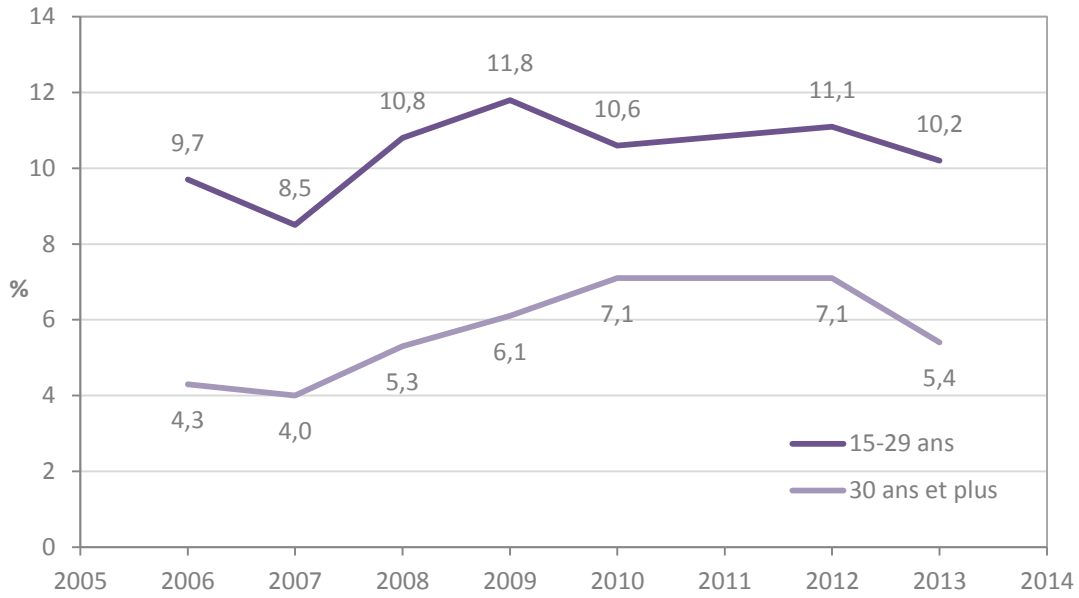
La précarité des emplois comme frein à la famille d'aujourd'hui

En outre, la précarité des emplois engendre un sentiment d'incertitude par rapport à l'avenir et incite les gens à se protéger des situations indésirables, ce qui se traduit parfois par un abandon du projet de famille ou par une diminution de la taille de la famille (McDonald, 2000). Il faut noter que ce risque se décline non seulement sur le plan économique, mais également social et personnel. Par exemple, le risque de séparation ou de divorce suivant l'arrivée d'un enfant, le risque d'avoir un enfant éprouvant plus de difficultés que la moyenne, etc.

Un taux de chômage deux fois plus élevé chez les moins de 30 ans comparativement à leurs aînés

Les difficultés liées à l'emploi que vivent les jeunes se manifestent notamment par le chômage. On remarque, dans la figure suivante, que le taux de chômage des Lavallois âgés de 15 à 29 ans oscille entre 1,5 et 2,3 fois celui des personnes de 30 ans et plus.

FIGURE 26 ÉVOLUTION DU TAUX DE CHÔMAGE SELON LE GROUPE D'ÂGE, LAVAL, 2006 À 2013



Note : Données non disponibles pour l'année 2011.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active. Données adaptées par l'Institut de la statistique du Québec.

En outre, même lorsqu'ils ont un emploi, les jeunes sont fréquemment « surqualifiés », c'est-à-dire qu'ils occupent un emploi demandant un diplôme inférieur à celui qu'ils détiennent. Uppal et LaRochelle-Côté (2014) ont étudié la situation des jeunes canadiens et concluent :

> « Chez les diplômés universitaires âgés de 25 à 34 ans n'exerçant pas une profession de gestionnaire, 18 % des hommes et des femmes travaillaient dans des professions exigeant habituellement des études de niveau secondaire ou moins, et environ 40 % des hommes et des femmes travaillaient dans des professions exigeant habituellement des études de niveau collégial ou moins. »

REVENU

Aux difficultés liées à l'emploi que vivent les jeunes dans la vingtaine s'ajoute leur situation économique précaire. Gauthier et Charbonneau (2002) se demandent d'ailleurs si les plus jeunes ont vraiment les moyens de fonder une famille et si les 25-34 ans ont les moyens de fonder une famille avec un seul revenu.

À Laval, en 2010, le revenu moyen chez les 15-24 ans était de 11 930 $[6] peu importe leur niveau de scolarité, et plus d'une personne sur quatre (25,5 %) de ce groupe n'a aucun revenu. Quant aux Lavallois âgés de 25 à 34 ans, leur revenu moyen s'élève à 34 877 $. Leur endettement doit également être pris en considération, notamment en ce qui concerne les frais de scolarité.

[6] Cette donnée concerne les 15-24 ans faisant partie d'une famille économique.

2.2.3 Politique familiale

Roy et Bernier (2006) expliquent que, pour pallier les incertitudes économiques, le soutien de l'État s'avère essentiel. Pour être efficace, cette politique familiale se doit d'inclure « trois mesures complémentaires : un congé parental souple et généreux, une offre de service de garde subventionnée suffisante, souple et de qualité, ainsi qu'une flexibilité des horaires de travail, particulièrement pour les parents de jeunes enfants ».

Au Québec, plusieurs mesures de soutien aux familles ont été instaurées ou renforcées entre 1997 et 2005 au Québec (ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2013). Notons, parmi celles-ci :

- l'instauration graduelle des services de garde à contribution réduite;
- l'accès à une prestation universelle pour la garde d'enfants;
- ainsi que la mise sur pied du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

À cela s'ajoutent de nombreuses mesures fiscales qui assurent un soutien financier aux familles. Ces politiques visent à assurer l'équité entre les familles, à faciliter la conciliation travail-famille et à favoriser le développement des enfants et l'égalité des chances (Gouvernement du Québec, 1997).

En novembre 2014, le gouvernement québécois a toutefois annoncé la révision du programme de services de garde éducatifs à l'enfance subventionnés. Cette révision touchera à la contribution des parents, au financement des services de garde, ainsi qu'aux modalités en ce qui a trait à la création de places à contribution réduite (ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2014). Il sera important d'évaluer l'impact de ces modifications à la politique familiale québécoise.

D'autres chercheurs ont aussi analysé l'effet d'une politique familiale sur la fécondité. Lapierre-Adamcyk (2010) s'est intéressée précisément à la situation du Québec en analysant la fécondité des cohortes de femmes selon l'âge atteint lors de l'instauration des différentes mesures. Selon cette étude, une tendance semble se dessiner en faveur d'un impact positif sur la fécondité, mais la conclusion reste limitée étant donné le court laps de temps qui nous sépare des derniers changements importants apportés à la politique familiale québécoise.

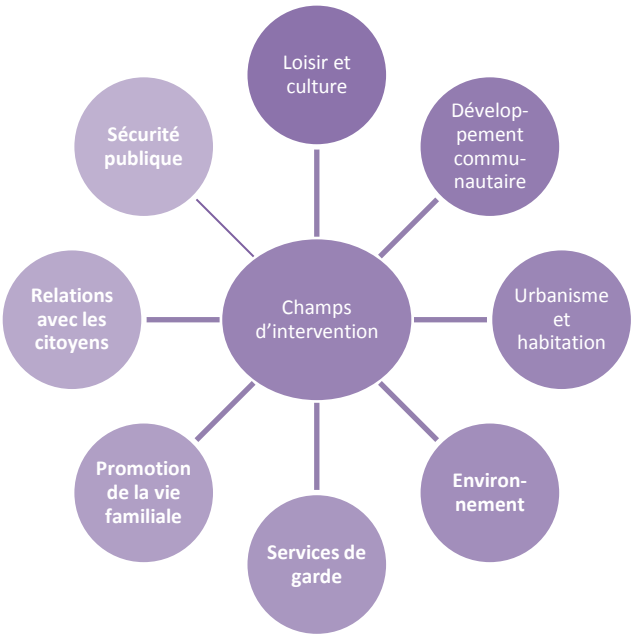
Thévenon et Gauthier (2010), de leur côté, ont tenté d'évaluer l'influence des politiques d'aide aux familles sur la fécondité dans les pays développés. Ils en viennent à la conclusion que, dépendant du type de politique, cette influence se traduit davantage par un changement dans le calendrier des naissances (devancement de la maternité) que par une augmentation de la fécondité. Ces deux études se limitent cependant à la simple question de la politique familiale et ne tiennent pas compte d'autres facteurs.

> Tout compte fait, le moment de fonder une famille est souvent retardé, ce qui se reflète clairement dans l'évolution des taux de fécondité, laquelle démontre un déplacement du calendrier des naissances. La plupart des jeunes souhaitent attendre d'atteindre une certaine stabilité avant d'accueillir un enfant dans leur vie, autant sur les plans conjugal qu'économique et résidentiel. Leur priorité est d'offrir un environnement sain et de qualité au futur enfant, de là l'importance d'être « prêts ». Soulignons aussi que la forte proportion de naissances de mères immigrantes semble contribuer à l'augmentation de l'âge des mères, car les mères immigrantes sont en moyenne plus âgées que les mères non immigrantes.).

POLITIQUE FAMILIALE LAVALLOISE

En 2007, la Ville de Laval s'est dotée d'une politique familiale dont la mission est de favoriser le mieux-être des familles lavalloises et d'améliorer leurs conditions de vie (Ville de Laval, 2007). Elle s'appuie sur le fait que la famille est la cellule de base de notre société et que cette réalité doit être considérée dans les décisions qui sont prises, spécialement sur le plan municipal, où les services sont ceux de proximité. Huit champs d'intervention ont été ciblés.

FIGURE 27 CHAMPS D'INTERVENTION DE LA POLITIQUE FAMILIALE DE LA VILLE DE LAVAL, 2007



Source : Ville de Laval, 2007, données adaptées par l'équipe Surveillance de l'état de santé, Direction de santé publique, dans le cadre du Profil thématique « Famille et périnatalité », 2015.

2.3 Contraception

Bien que les hommes et les femmes utilisaient déjà différents moyens de contraception depuis des décennies, ce n'est qu'en 1969 que la contraception a été décriminalisée au Canada avec l'adoption de la loi C-150 (Santé Canada, 2003). Par la suite, plusieurs moyens de contraception ont été mis en marché. L'offre a grandement évolué au cours des années, nourrie par le développement de nouveaux produits. Si bien qu'il existe aujourd'hui une multitude de types de contraceptifs qui peuvent convenir à une grande variété de situations. On peut les regrouper selon les catégories suivantes :

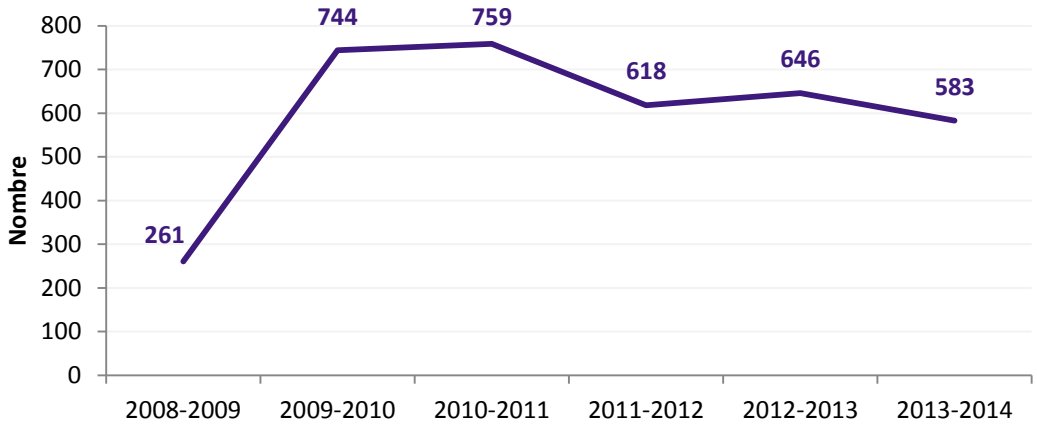
- la stérilisation;
- les méthodes hormonales;
- les méthodes « barrière »;
- les dispositifs intra-utérins (stérilet);
- la contraception d'urgence;
- les méthodes naturelles.

La **stérilisation** permet une contraception permanente, empêchant, par une intervention chirurgicale, le contact entre les spermatozoïdes et les ovules. Chez la femme, on pratique la **ligature des trompes**, alors que chez l'homme, c'est la **vasectomie**. La ligature des trompes, autrefois couramment utilisée, a perdu en popularité au profit de la vasectomie. En effet, alors que le nombre d'opérations de ligature des trompes était de 32 400 en 1978 au Québec, il n'était plus que de 4 700 en 2006, puis de 2 800 en 2011. En contrepartie, le nombre de vasectomies a suivi une tendance générale à la hausse, passant de 7 800 en 1976 à 20 200 en 1997, pour ensuite redescendre à 12 300 en 2008. Depuis 2009, on observe une recrudescence du nombre de vasectomies : 13 800 interventions ont été enregistrées en 2011 au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2012).

Les **méthodes hormonales** comprennent les contraceptifs hormonaux combinés (CHC), contenant à la fois des œstrogènes et un progestatif, et les pilules à base de progestatif seulement. Parmi les CHC, on compte les contraceptifs oraux (pilule), l'anneau contraceptif vaginal, le timbre et l'implant contraceptif (retiré du marché en 2003). Parmi les pilules à base de progestatif seulement, il y a la pilule progestative, l'injection contraceptive et le *dispositif intra-utérin*. Les méthodes hormonales ont un taux d'efficacité très élevé, à condition qu'elles soient utilisées adéquatement (Black *et coll.*, 2004a).

Depuis 2007, l'ordonnance collective de *contraception hormonale* et du stérilet permet aux infirmières de prescrire une méthode contraceptive pour une durée de 12 mois. Cela permet, entre autres, de rejoindre plus facilement les jeunes par l'entremise de l'infirmière de l'école. La figure suivante présente l'évolution de l'utilisation de cette ordonnance collective depuis l'année financière 2008-2009 selon les données I-CLSC.

FIGURE 28 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS OÙ L'ON A PRESCRIT OU REMIS UNE CONTRACEPTION HORMONALE (ORDONNANCE COLLECTIVE), LAVAL, 2008-2009 À 2013-2014



Source : MSSS, I-CLSC, 2008-2009 à 2013-2014.

Alors que l'ordonnance collective venait d'être créée, 261 interventions ont été enregistrées en 2008-2009. Une hausse rapide est par la suite survenue en 2009-2010, mais une tendance à la baisse se dessine depuis 2011-2012.

Les **méthodes « barrière »**, comme leur nom l'indique, empêchent le contact entre les spermatozoïdes et l'ovule à l'aide de produits chimiques (spermicides vaginaux) ou encore par une barrière physique (condom masculin et féminin, cape cervicale, diaphragme et éponge contraceptive). Les méthodes « barrière » présentent un taux d'efficacité élevé et peu de risques pour la santé. Il est également possible d'utiliser à la fois une barrière physique et chimique, par exemple un diaphragme avec spermicide, permettant ainsi une meilleure efficacité (Black *et coll.*, 2004b). Parmi ces méthodes, seul le condom (ou préservatif) protège des *infections transmissibles sexuellement ou par le sang* (ITSS) s'il est correctement utilisé.

Le **dispositif intra-utérin** (DIU ou stérilet) est un petit objet en forme de T, inséré dans l'utérus, qui prévient à la fois la fécondation et la nidation. On en retrouve soit en cuivre, soit avec un dispositif libérant du lévonorgestrel (Black *et coll.*, 2004a). Malgré son efficacité qui s'approche de celui de la ligature des trompes, les Québécoises ont relativement peu recours à cette méthode de contraception.

Afin d'éviter une grossesse à la suite d'une relation sexuelle non protégée, il est possible d'avoir recours à la ***contraception d'urgence***. Depuis 2001-2002, la contraception orale d'urgence (COU) ou pilule du lendemain est accessible sans ordonnance dans les pharmacies et est rendue disponible auprès des infirmières, notamment dans les écoles. À noter que le DIU de cuivre peut également être utilisé comme contraception d'urgence si on l'insère moins de 8 jours après la relation sexuelle non protégée.

Enfin, il existe certaines ***méthodes de contraception naturelles***. La première, dite méthode du calendrier ou Ogino-Knauss, vise à ce que les femmes soient en mesure de déterminer la phase fertile de leur cycle menstruel pour ainsi éviter les relations sexuelles pendant cette période. On pratique également la méthode du retrait (ou coït interrompu) qui consiste au retrait du pénis du vagin de la femme avant l'éjaculation. Bien que beaucoup moins efficaces que les méthodes « non naturelles », ces méthodes sont couramment utilisées.

La grande majorité des moyens de contraception, exception faite du condom et de la stérilisation masculine, s'adressent aux femmes. Il existe néanmoins quelques recherches qui visent à élargir le choix des hommes et des femmes dans la régulation des naissances. Cependant, il se passera bien des années avant que ces mesures de précaution ne deviennent grandement disponibles (Santé Canada, 2003; Soufir, 2010). Cette réalité illustre bien que, dans les faits, la responsabilité de la planification familiale repose principalement sur les femmes.

ENJEU

La contraception : utilisation et efficacité

L'efficacité des moyens de contraception dépend largement de l'utilisation qui en est faite. L'étude de Black *et coll.* (2009) rapporte que seuls 65,2 % des participantes sexuellement actives qui ne désirent pas être enceintes utilisent « toujours » un moyen de contraception. À titre d'exemple, près de deux répondantes sur trois (62 %) affirment avoir oublié une pilule dans les six derniers mois parmi les utilisatrices de contraceptifs oraux de la Canadian Contraception Study 2002 (Fisher *et coll.*, 2004). Et plusieurs affirmaient en avoir oublié plus qu'une. Cette étude démontrait également que celles qui utilisaient le condom ne l'utilisaient souvent pas de manière systématique (30 %).

La régularité de l'utilisation dépend de plusieurs éléments. Black *et coll.* (2009) rapportent qu'elle diminue avec l'âge : les résultats de leur étude montrent que près des trois quarts (74,2 %) des 15-19 ans disent utiliser « toujours » une méthode de contraception, alors que cette proportion diminue à 33 % chez les personnes de 40 ans et plus. Ils ont également identifié d'autres caractéristiques influençant la constance de l'utilisation, soit le statut matrimonial, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, ainsi que le revenu du ménage.

Le défi qui est posé est donc de s'assurer d'une utilisation adéquate des différents moyens de contraception, notamment la régularité de la prise de contraceptifs oraux. La flexibilité qu'offrent les méthodes plus récentes comme l'injection contraceptive, le timbre transdermique et l'anneau contraceptif vaginal pourrait bénéficier à plusieurs, mais ces méthodes demeurent malgré tout peu utilisées.

De nombreux facteurs ont été cités comme influençant les choix en matière de contraception (Santé Canada, 2003; Fisher *et coll.*, 2004; Fisher et Black, 2007; Higgins et Hirsch, 2008; Black *et coll.*, 2009) :

- l'efficacité de la méthode;
- les préférences (plaisir, confort);
- les risques qui y sont associés;
- la facilité d'utilisation;
- les recommandations du professionnel de la santé consulté;
- l'accessibilité (accès aux services de santé, coût de la contraception, disponibilité du produit);
- mais également des variables liées au statut sociodémographique et socioéconomique (l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le statut d'emploi, le niveau de scolarité et de défavorisation, l'origine ethnique).

Les connaissances dans le domaine de la contraception jouent également un rôle, de même que la perception d'une grossesse, les habitudes sexuelles, ainsi que le niveau de coopération entre les partenaires.

ENJEU

Combiner la contraception et la protection contre les ITSS : un double défi

Dans un objectif de contraception et de prévention des ITSS, le recours à la fois au condom et à une méthode contraceptive (hormonale) est recommandé (Black *et coll.*, 2004a). Une étude canadienne (Black *et coll.*, 2009) rapporte que les femmes âgées de 15 à 19 ans pratiquent plus fréquemment la double protection[7] que toute autre catégorie d'âge (45,3 % comparativement à 25,9 % chez les 20-29 ans, 10,7 % chez les 30-39 ans et 3,3 % chez les personnes de 40 ans et plus). Avec le temps, l'utilisation du condom devient moins courante pour être parfois remplacée par d'autres moyens moins contraignants.

D'ailleurs, le Rapport sur la santé des femmes (Santé Canada, 2003) précise que « des études canadiennes et américaines montrent que l'utilisation des préservatifs chez les jeunes chute avec la hausse du recours à la contraception orale, particulièrement dans les rapports sexuels avec un partenaire principal ». Les résultats de la Canadian Contraception Study 2002 vont dans le même sens : seulement 13 % des utilisatrices de contraceptifs oraux utilisent toujours un condom et parmi celles qui disent utiliser la double protection, seules 46 % ont recours au condom de façon assidue.

Réaliser le désir d'atteindre simultanément l'objectif de diminuer le nombre de grossesses non désirées et celui de protéger contre les ITSS constitue donc un défi de taille.

La section qui suit présente les données de l'EQSP sur la contraception (EQSP 2008). À noter que, chez les femmes, les données de contraception n'ont été recueillies que jusqu'à l'âge de 49 ans, alors qu'il n'y avait pas d'âge maximum chez les hommes. Par conséquent, dans le cas des femmes, l'indication « 15 ans et plus » fait référence aux femmes âgées de 15 à 49 ans. Aussi, une personne peut avoir indiqué plusieurs méthodes de contraception. Enfin, l'utilisation des méthodes naturelles n'a pas été comptabilisée dans cette enquête.

[7] La question de la double protection n'était toutefois pas clairement posée. La double protection a été supposée lorsque la femme indiquait à la fois le condom et un contraceptif oral dans sa réponse.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON LE SEXE

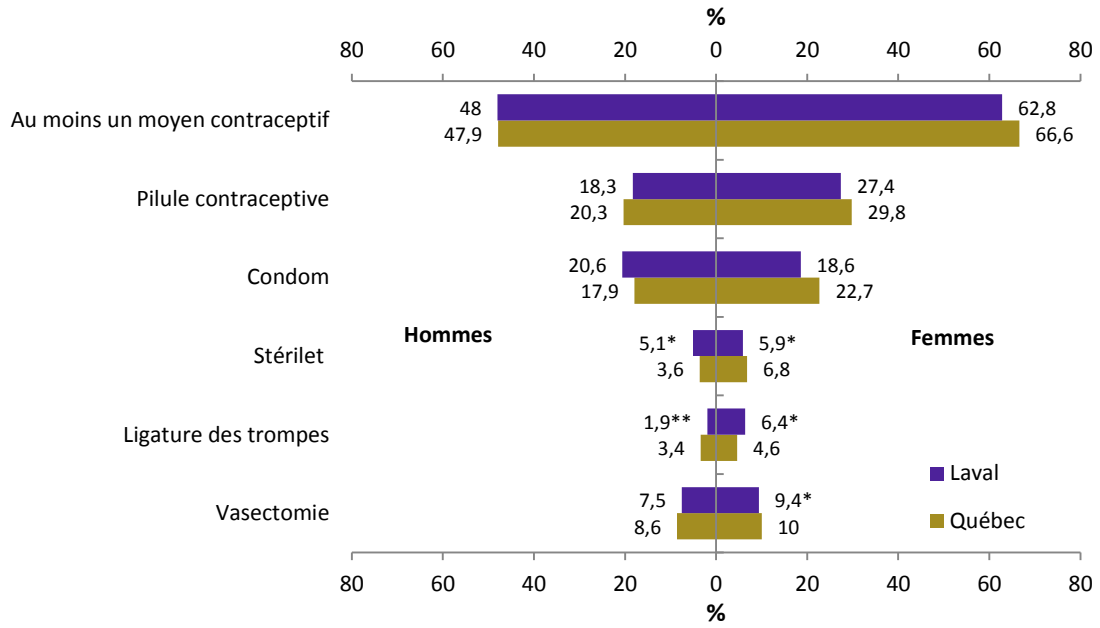
Le condom masculin, la pilule contraceptive (CHC) et la stérilisation sont de loin les méthodes de contraception les plus populaires, autant chez les Lavallois que chez les Québécois. Parmi les femmes lavalloises actives sexuellement, 62,8 % affirmaient utiliser au moins une méthode de contraception. Chez les hommes, moins de la moitié dit avoir recours à une méthode de contraception (48 %), proportion significativement moindre que chez les femmes.

Disparité entre les hommes et les femmes en matière de contraception

Cette disparité entre les hommes et les femmes pourrait s'expliquer par la méconnaissance des hommes de l'utilisation d'une méthode de contraception par leur partenaire. Cela pourrait aussi être le résultat d'une préoccupation moins présente chez l'homme à l'égard de tout ce qui concerne la contraception. Il faut dire que lorsqu'il est question de contraception, il semble que le sujet soit plus souvent abordé d'un point de vue féminin, ce qui ne favorise pas la sensibilisation et l'appropriation de l'information par les hommes.

Au Québec, autant les hommes que les femmes mentionnent plus fréquemment la pilule contraceptive et ensuite le condom. À Laval, les deux mêmes méthodes arrivent en tête de liste. Toutefois, les données lavalloises ne permettent pas de déceler une différence statistiquement significative entre la fréquence d'utilisation des deux méthodes, ni chez les femmes ni chez les hommes.

FIGURE 29 PROPORTION DES PERSONNES ACTIVES SEXUELLEMENT (RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES) QUI ONT, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UTILISÉ UN MOYEN CONTRACEPTIF SELON LA MÉTHODE EMPLOYÉE ET LE SEXE, LAVAL, QUÉBEC, 15 ANS ET PLUS, 2008

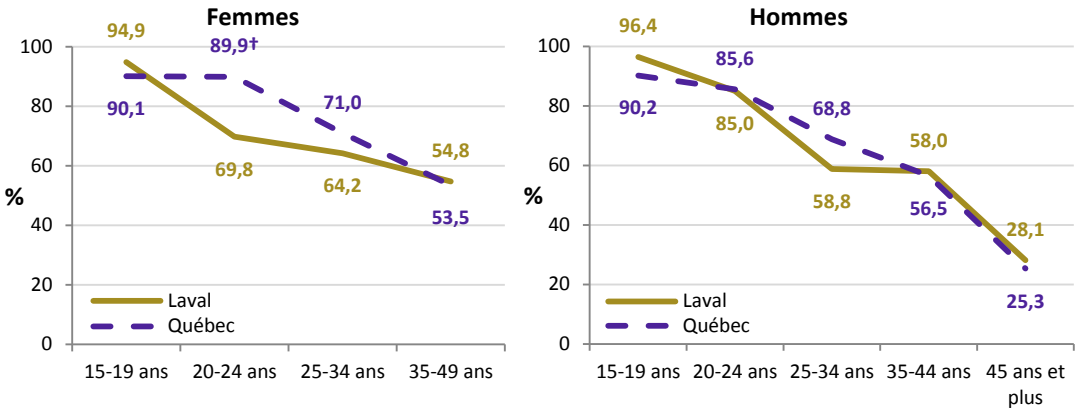


* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation plus élevé que 25 % : valeur présentée à titre indicatif seulement.
Note : Une personne peut avoir fourni plusieurs réponses.
Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON L'ÂGE

L'utilisation d'une méthode de contraception diminue selon l'âge, une tendance présente chez les deux sexes. Les jeunes sexuellement actifs de 15 à 19 ans emploient presque tous un moyen de contraception. Puis, entre 20 et 29 ans, environ les deux tiers des Lavalloises ont recours à un moyen de contraception. Notez que Laval se démarque avec un taux d'utilisation beaucoup plus faible que dans le reste du Québec chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (69,8 % à Laval comparativement à 89,9 % au Québec). Par la suite, le taux d'utilisation de la contraception continue de diminuer avec l'âge. On peut penser que la diminution de l'utilisation d'un moyen de contraception avec l'âge va de pair avec la formation des couples stables et le désir de fonder une famille. En outre, les campagnes de sensibilisation à la contraception visent essentiellement les plus jeunes. Ainsi, on peut penser qu'ils sont davantage sensibilisés.

FIGURE 30 PROPORTION DES PERSONNES SEXUELLEMENT ACTIVES (RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES) QUI ONT, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UTILISÉ UN MOYEN CONTRACEPTIF SELON L'ÂGE ET LE SEXE, LAVAL, QUÉBEC, 15 ANS ET PLUS, 2008



†Différence significative entre Laval et le reste du Québec.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

ENJEU

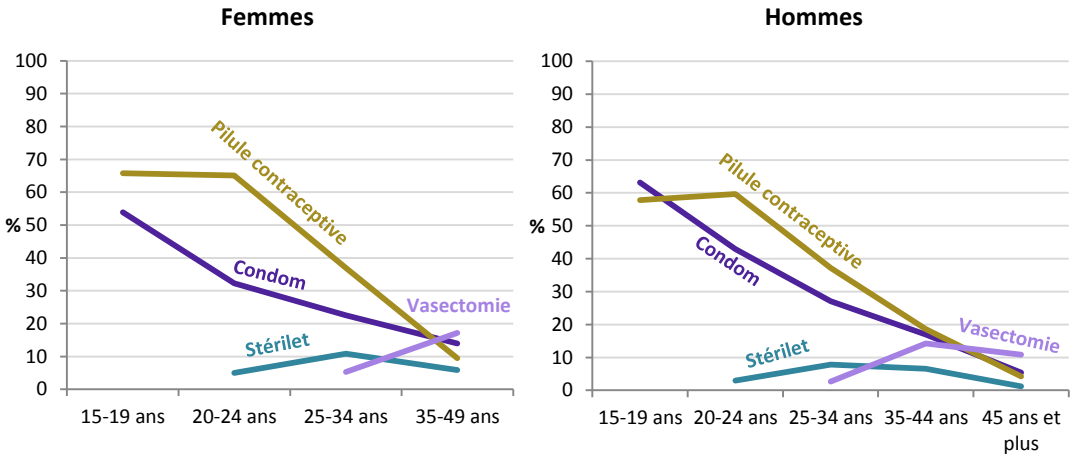
Sensibiliser la gent masculine à la contraception

L'écart qui existe entre l'utilisation rapportée de la contraception chez les hommes par rapport à celle des femmes est préoccupant. Il est probable qu'il soit dû au fait que les hommes se sentent moins concernés par la contraception. Cela provient peut-être de la nature même de leur rôle dans la procréation (ce ne sont pas eux qui risquent une grossesse), mais pourrait également refléter un besoin de sensibiliser davantage la gent masculine par rapport à cet enjeu.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a d'ailleurs conduit une étude exploratoire (Richard *et coll.*, 2006) afin de déterminer comment rejoindre et mobiliser les garçons en prévention des grossesses et des ITSS à l'adolescence. Les résultats de leur enquête, jumelés à une revue de littérature, ont conduit à énoncer plusieurs recommandations. Parmi celles-ci, on note d'assurer l'accès à l'éducation à la sexualité et à des activités de prévention, de faire la promotion de la responsabilité partagée du condom et de la contraception entre les filles et les garçons, de faire la promotion d'une communication ouverte et appropriée en prévention des grossesses et des ITSS entre les parents et les adolescents et de faire la promotion auprès des jeunes des services en prévention des grossesses et des ITSS offerts à l'école et dans la communauté.

En ce qui concerne le type de contraception utilisé selon l'âge, il est nécessaire d'utiliser les données québécoises, car les données lavalloises sont trop peu fiables. C'est ainsi que chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, la pilule contraceptive et le condom sont tous deux très populaires. Chez les 20-24 ans, on assiste à une baisse de popularité du condom, alors que la pilule est toujours aussi utilisée. Entre 25 et 34 ans, on assiste à une augmentation de l'utilisation du stérilet, alors que l'emploi de la stérilisation se fait sentir chez les personnes de 35 ans et plus, et plus précisément la vasectomie.

FIGURE 31 PROPORTION DES PERSONNES SEXUELLEMENT ACTIVES (RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES) QUI ONT, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UTILISÉ AU MOINS UN MOYEN CONTRACEPTIF SELON LA MÉTHODE UTILISÉE, L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 15 ANS ET PLUS, 2008



Note : Les données non montrées sur le graphique étaient soit non disponibles, soit trop peu fiables pour être utilisées.

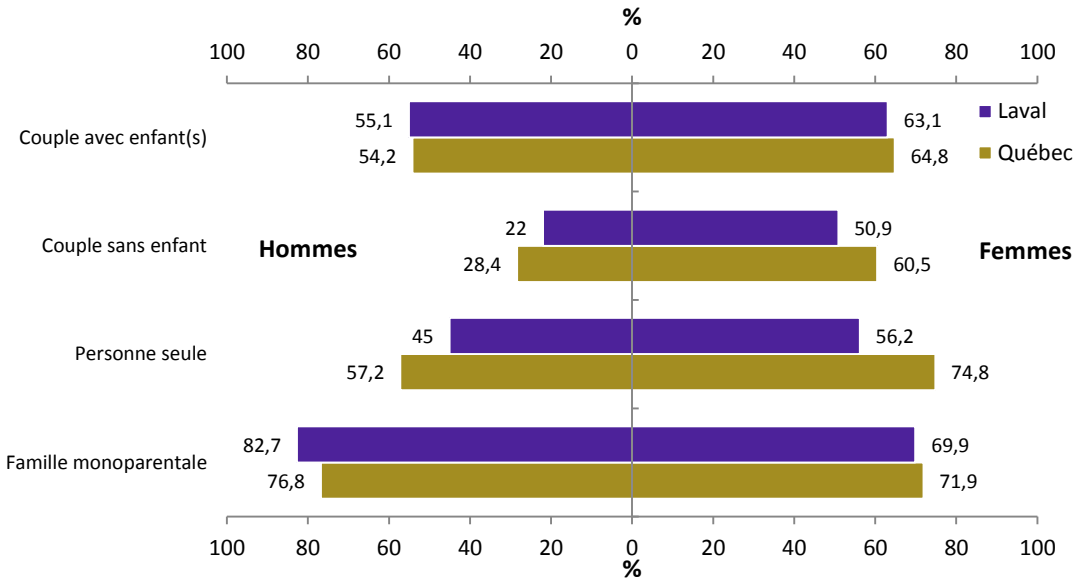
Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON LA COMPOSITION DU MÉNAGE

La composition du ménage a également une influence sur l'utilisation de la contraception. Bien que les données lavalloises ne permettent pas de détecter un écart entre les différents types de ménage, on observe certaines tendances à l'échelle du Québec. Les hommes et les femmes du Québec vivant en couple ont généralement tendance à utiliser moins fréquemment un moyen de contraception, et plus particulièrement les hommes en couple sans enfant.

Chez les personnes seules et les parents de famille monoparentale, l'usage de la contraception est plus populaire. D'ailleurs, les hommes monoparentaux ont beaucoup plus recours à la contraception que ceux vivant dans une autre situation, et ce, autant à Laval (82,7 %) qu'au Québec (76,8 %). Cela est probablement lié à la présence ou l'absence d'un projet de famille ou d'agrandissement de la famille, ainsi qu'au besoin d'éviter une grossesse non désirée dans le cas où il y a absence de relation stable. Il n'en reste pas moins qu'entre 25 et 40 % des hommes seuls et des femmes seules ou parents de famille monoparentale n'utilisent aucun moyen de contraception.

FIGURE 32 PROPORTION DES PERSONNES ACTIVES SEXUELLEMENT (RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES) QUI ONT, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UTILISÉ UN MOYEN CONTRACEPTIF SELON LA COMPOSITION DU MÉNAGE, LAVAL, QUÉBEC, 15 ANS ET PLUS, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON LE NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE

Différentes études ne s'entendent pas concernant l'effet des variables socioéconomiques sur la propension d'utilisation de la contraception et sur la constance de cette utilisation. Certaines ont démontré une influence (Black *et coll.*, 2009), alors que d'autres (Fisher *et coll.*, 2004) n'ont rien révélé en ce sens.

Quant aux données de l'EQSP 2008, elles démontrent, à Laval, que les hommes moins nantis[8] sont moins enclins à utiliser la contraception (35,3 %[9]) si on les compare à ceux ayant un revenu plus élevé (50 %). Chez les femmes, les données vont dans le même sens, mais la différence n'est pas significative. Notez que ce phénomène ne s'observe toutefois pas dans l'ensemble du Québec.

Les hommes et les femmes plus scolarisées ont davantage recours à la contraception

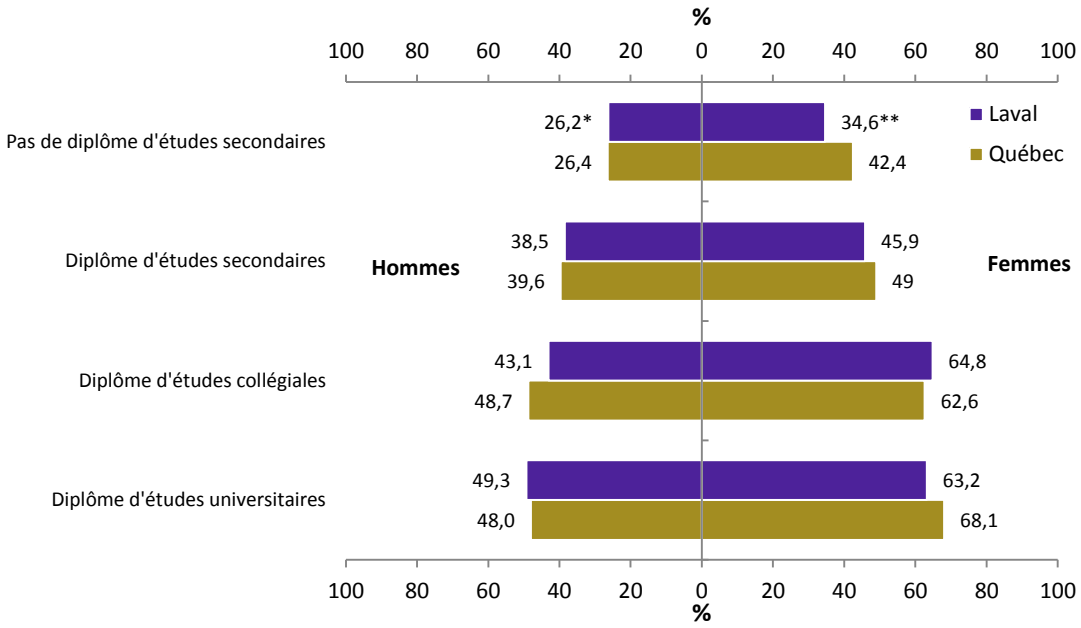
Selon l'EQSP 2008, le niveau de scolarité semble également influer sur les comportements concernant la contraception. Afin de bien saisir l'influence de la scolarité, il est nécessaire de ne tenir compte que des données des personnes de 25 ans et plus, car à cet âge, les gens ont pour la plupart atteint leur plus haut niveau de scolarité.

On note donc une différence selon le niveau d'études : une progression allant d'un taux d'utilisation de la contraception de 42,4 % chez les Québécoises sans aucun diplôme à 68,1 % chez celles détenant un diplôme universitaire. Chez les hommes, le taux d'utilisation de la contraception passe de 26,4 % chez les Québécois sans diplôme à 48,7 % ou 48,0 % chez ceux ayant un diplôme collégial

[8] Ceux étant dans le premier quintile de revenu par rapport aux autres quintiles.
[9] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

ou universitaire, respectivement. Les données lavalloises vont dans le même sens, sans nécessairement montrer de différences significatives.

FIGURE 33 PROPORTION DES PERSONNES SEXUELLEMENT ACTIVES (RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES) QUI ONT, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UTILISÉ AU MOINS UN MOYEN CONTRACEPTIF SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LE SEXE, LAVAL, QUÉBEC, 25 ANS ET PLUS, 2008



Note : De 25 à 49 ans chez les femmes.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation plus élevé que 25 % : valeur présentée à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

ENJEU

Contraception et inégalités sociales

La contraception joue un rôle important dans la santé reproductive des femmes. Elle a également des effets sur la vie de leur famille ou de leur partenaire. Elle permet non seulement d'éviter une grossesse non désirée et de limiter la taille des familles, mais peut également protéger contre les ITSS. Les femmes moins favorisées (scolarité, revenu) profitent d'ailleurs moins des avantages de la contraception, soit parce qu'elles ne l'utilisent pas du tout ou encore parce qu'elles ne l'utilisent pas de façon systématique (Carr, 2000; Charton et Lévy, 2011).

Certaines barrières peuvent limiter leur accès à la contraception, par exemple des facteurs économiques (coûts) ou encore l'accès limité à un médecin. Enfin, un manque de connaissances en matière de contraception pourrait également jouer un rôle. Les messages concernant la contraception atteignent d'ailleurs moins les populations plus vulnérables (Charton et Lévy, 2011).

Cet écart d'utilisation de la contraception des femmes défavorisées par rapport à celles qui sont plus favorisées contribue à accentuer les inégalités, notamment par l'occurrence de grossesses non désirées, source de précarité. Il serait donc important de trouver des moyens efficaces afin de rejoindre ces femmes plus vulnérables.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON LE STATUT D'IMMIGRATION

Il est intéressant de constater qu'en ce qui a trait à l'immigration, les données québécoises et lavalloises ne concordent pas nécessairement. En fait, les données lavalloises concernant la contraception indiquent une différence statistiquement significative entre les immigrants et les non-immigrants, alors que les données québécoises ne permettent pas de différencier ces deux groupes.

Les immigrants lavallois utilisent moins fréquemment un moyen de contraception que les non-immigrants

Environ la moitié des femmes lavalloises immigrantes ont recours à un moyen de contraception (51,3 %), alors que ce sont plus des deux tiers chez les Lavalloises non immigrantes (66,8 %). Chez les hommes, la tendance est la même. Ce constat, combiné à une forte présence d'immigrants à Laval, pourrait contribuer à expliquer le nombre élevé de naissances lavalloises issues de parents immigrants.

En analysant le comportement des immigrants de manière plus détaillée, on s'aperçoit que les immigrants récents utilisent très fréquemment un moyen contraceptif, et même davantage que les personnes nées au Canada. Après cinq ans ou plus de résidence au Canada, l'utilisation de la contraception chute chez les immigrants pour tomber en dessous de celle des non immigrants.

TABLEAU 7 PROPORTION DES PERSONNES SEXUELLEMENT ACTIVES (RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES) QUI ONT, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UTILISÉ AU MOINS UN MOYEN CONTRACEPTIF SELON LE STATUT D'IMMIGRATION ET LE SEXE, LAVAL, QUÉBEC, 15 ANS ET PLUS, 2008

		Nées à l'extérieur du Canada			Nées au Canada
		Résidant au Canada depuis moins de 5 ans	Résidant au Canada depuis 5 ans ou plus	Total des immigrants	
	Sexe	%	%	%	%
Laval	Hommes	56,1 **	36,0	37,9	50,9
	Femmes	49,5 **	51,6	51,3	66,8
Québec	Hommes	63,7	39,8	44,8	48,3
	Femmes	76,7	60,1	64,7	66,9

** Coefficient de variation plus élevé que 25 % : valeur présentée à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008.

Le phénomène de l'évolution du taux d'utilisation de la contraception chez les immigrants selon le temps depuis leur arrivée pourrait s'expliquer par une remise du projet de famille (ou d'agrandissement de la famille) à plus tard au moment de l'arrivée au pays étant donné l'instabilité vécue, et par un certain « rattrapage » par la suite. L'utilisation de la contraception chez les immigrants est également fort probablement influencée par le profil des immigrants (par exemple, le pays d'origine), mais les données ne permettent pas de conduire cette analyse.

À la lumière de ces résultats, le fait que Laval enregistre une plus faible proportion d'immigrants récents parmi ses immigrants que dans l'ensemble du Québec (13,7 % comparativement à 22,9 % en 2011) pourrait contribuer à expliquer les différentes conclusions tirées de l'Enquête. En effet, comme proportionnellement moins d'immigrants lavallois sont arrivés récemment comparativement à ceux du reste du Québec, ils ont tendance à utiliser moins fréquemment un moyen de contraception. Ainsi, ils se démarquent davantage des Lavallois nés au Canada.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE COMBINÉE CHEZ LES FUMEUSES

Le tabagisme, couplé à l'utilisation de la *contraception hormonale combinée* (CHC), multiplie le risque de maladies coronariennes et d'accident vasculaire cérébral (Black *et coll.*, 2004a; British Medical Journal, 2004). Pourtant, selon l'EQSP 2008, près d'une femme lavalloise sur quatre âgée de 15 à 49 ans utilisant la CHC fume (26,2 %[10]). Étant donné le fait que le risque de cette combinaison est plus élevé chez les femmes âgées de plus de 35 ans, il est encourageant de constater que la proportion de consommatrices de CHC qui fume est significativement plus faible chez les Québécoises âgées de 36 à 49 ans (10,5 %[11]) que chez les plus jeunes (25,6 %). Les données lavalloises vont dans le même sens, mais sont trop peu fiables pour être utilisées.

À l'instar d'un niveau de tabagisme plus élevé dans les populations défavorisées, la combinaison risquée de CHC et de tabac est malheureusement plus présente chez les femmes vivant dans un territoire défavorisé. En effet, chez ces Québécoises[12], la proportion d'utilisatrices de CHC qui fument est près de deux fois plus élevée que chez les femmes vivant dans un territoire favorisé

[10] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence. La valeur québécoise est de 23,5 %.
[11] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.
[12] Les données lavalloises étaient trop peu fiables pour être utilisées.

(31,3 % versus 17,8 %). On observe une tendance encore plus prononcée en faisant l'analyse selon le niveau de scolarité : la proportion est près de quatre fois plus élevée chez les Québécoises n'ayant aucun diplôme (39,2 %) par rapport à celles détenant un diplôme universitaire (11,9 %[13]).

2.4 Interruptions volontaires de grossesse

En 1969, la loi C-150 est adoptée par le gouvernement fédéral (Fédération canadienne pour la santé sexuelle, 2009). Elle ouvre à la fois à la contraception et aux avortements thérapeutiques, mais seulement sous certaines conditions. Ce n'est qu'en 1988 que l'avortement est réellement décriminalisé au Canada à la suite d'une décision de la Cour suprême du Canada. Au Québec, il existait tout de même déjà des services d'avortement avant cette date, qui avaient été mis en place dans le cadre de la lutte pour le droit à l'avortement. Depuis, des gains ont été faits en matière d'accessibilité (disponibilité, qualité, gratuité).

Aujourd'hui, au Québec, les avortements ont lieu habituellement au cours des trois premiers mois de grossesse (14 premières semaines) et parfois au deuxième trimestre. Bien que l'avortement par médicament pour les grossesses de moins de 63 jours soit possible, il n'est que très rarement offert aux femmes étant donné l'absence d'homologation du médicament (mifépristone) nécessaire à cette fin au Canada. L'avortement se pratique donc de manière chirurgicale ou encore par induction du travail pour les grossesses de plus de 20 semaines (Collège des médecins du Québec, 2004). Ce service est offert dans certains centres hospitaliers, CLSC, cliniques privées et centres de santé des femmes.

Le Québec demeure l'une des provinces canadiennes où l'avortement est le plus accessible aux femmes qui en ont besoin. Il compte plus de points de service que les autres provinces et ceux-ci sont mieux répartis sur le territoire (Santé Canada, 2003; Dunn *et coll.*, 2010; Fédération canadienne pour la santé sexuelle [2009]). En 2006, le taux québécois d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est d'ailleurs le quatrième plus haut au pays, et le premier en excluant les territoires fédéraux (Statistique Canada, 2009). Entre 1976 et 2006, le nombre d'IVG a été multiplié par quatre au Québec, passant de 7 139 à 28 255. Le taux d'IVG a ainsi été entraîné à la hausse : 7,3 à 18,3 IVG pour 1 000 femmes (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009b). Toutefois, depuis quelques années, on observe une tendance généralement à la baisse du nombre et du taux d'IVG.

À Laval, le nombre d'IVG pratiquées par année est plutôt stable, à l'exception de celles effectuées chez les plus jeunes et les plus âgées. En effet, le nombre annuel moyen d'IVG chez les 14-17 ans a diminué de 51,1 %, passant de 139 au cours des années 1998 à 2000 à 68 en 2010-2012. À l'inverse, chez les 35-49 ans, le nombre annuel moyen d'IVG a connu une hausse (17,8 %). Au total, 1 708 IVG sont pratiquées en moyenne annuellement chez les Lavalloises.

[13] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

TABLEAU 8 ÉVOLUTION DU NOMBRE ANNUEL MOYEN D'IVG SELON L'ÂGE, LAVAL, 1998-2000 À 2010-2012

Période	Âge					
	14 à 17 ans	18 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 49 ans
1998-2000	139	208	495	326	282	258
2001-2003	118	199	470	325	249	266
2004-2006	113	185	469	343	253	281
2007-2009	88	202	467	326	273	294
2010-2012	68	173	489	338	277	304

Source : Services médicaux rémunérés à l'acte et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées, RAMQ. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

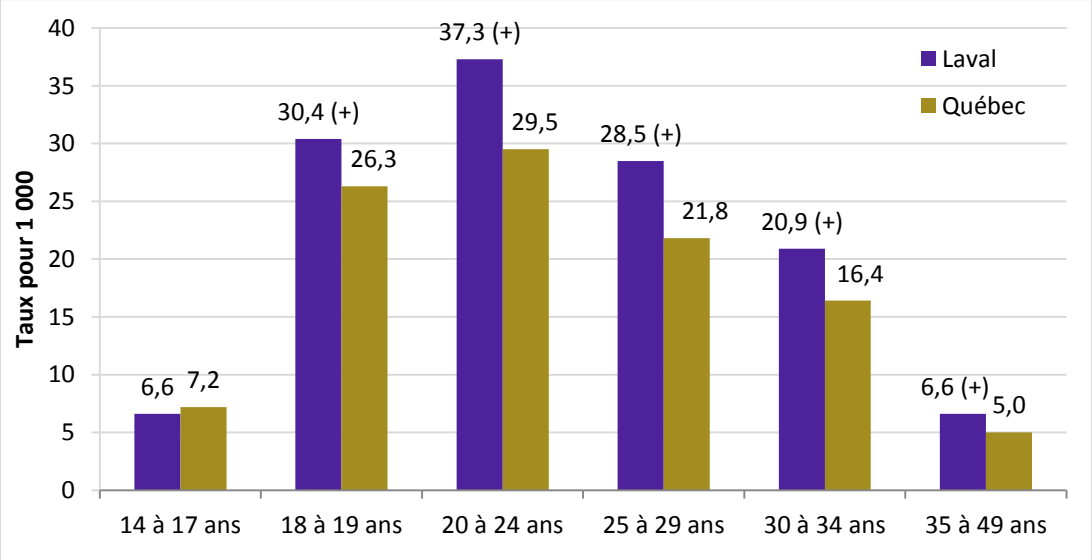
Près de la moitié des IVG sont pratiquées chez des femmes de moins de 25 ans (44,3 % en 2010-2012). En ce qui concerne les taux annuels moyens d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge (figure 34), on observe des taux plus élevés chez les 18-19 ans (30,4 IVG pour 1 000 femmes), ainsi que chez les 20-24 ans (37,3 IVG pour 1 000 femmes). En fait, le taux d'IVG augmente avec l'âge jusqu'au groupe des 20-24 ans, puis redescend par la suite pour atteindre seulement 6,6 IVG pour 1 000 femmes (2010-2012) chez celles âgées de 35 à 49 ans.

Les jeunes lavalloises auraient plus souvent recours à l'IVG en cas de grossesse que dans le reste du Québec

Si l'on compare la région lavalloise avec le Québec en ce qui concerne les interruptions volontaires de grossesse, on remarque une différence statistiquement significative : en 2010-2012, les taux d'IVG lavallois sont plus élevés que ceux du reste du Québec, sauf pour le groupe des 14-17 ans qui affiche un taux semblable à celui du reste du Québec.

Au cours des dix dernières années, Laval a présenté, dans la grande majorité des cas, des taux d'IVG plus élevés qu'au Québec. Il sera intéressant de surveiller si la tendance se vérifie dans le futur.

FIGURE 34 TAUX ANNUEL MOYEN D'IVG POUR 1 000 FEMMES SELON L'ÂGE, LAVAL, QUÉBEC, 2010-2012



(+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Source : RAMQ, Services médicaux rémunérés à l'acte et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées; MSSS, *La population du Québec par*

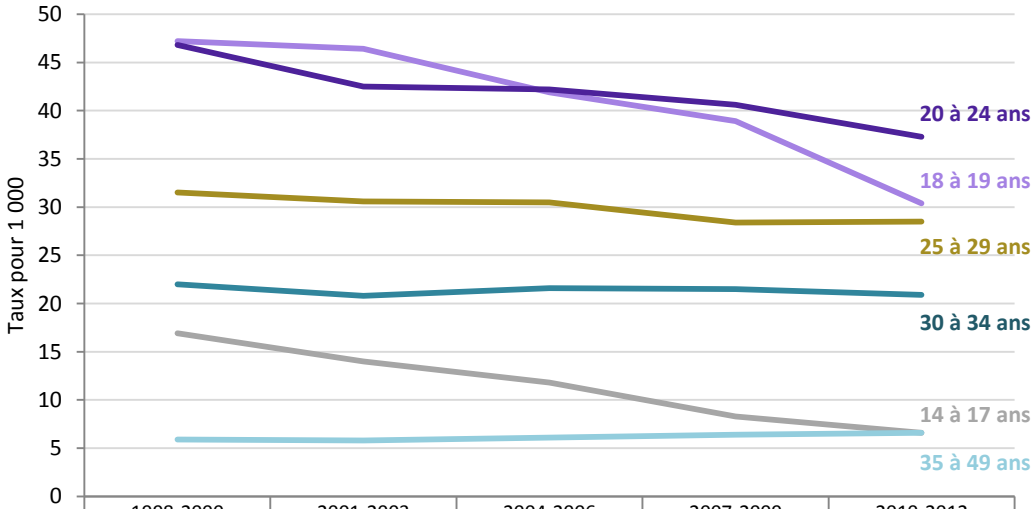
territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux des services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Chez les moins de 25 ans, on peut penser que les taux d'IVG plus élevés sont attribuables à un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse, car Laval affiche des taux de grossesse plus faibles que ceux du Québec parmi cette population (données non montrées). Ce recours plus fréquent aux IVG pourrait être le reflet d'une meilleure accessibilité du service dans la région. Chez les 30 ans et plus, par contre, les taux d'IVG plus élevés pourraient être causés par des grossesses plus fréquentes, car les taux de grossesse lavallois sont plus élevés que ceux du reste du Québec pour cette tranche d'âge (données non montrées).

Une tendance à la baisse du taux d'IVG chez les jeunes

La figure suivante permet d'apprécier l'évolution du taux d'IVG dans le temps à Laval. Alors que la situation est plutôt stable chez les femmes âgées de 30 à 49 ans, les plus jeunes ont connu une baisse du taux annuel moyen d'IVG au cours des dix dernières années. Cette baisse est plus importante chez les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans (60,9 %), mais est également significative chez les 18-19 ans (35,6 %), chez les 20-24 ans (20,3 %), ainsi que chez les 25-29 ans (9,5 %).

FIGURE 35 ÉVOLUTION DU TAUX ANNUEL MOYEN D'IVG POUR 1 000 FEMMES SELON L'ÂGE, LAVAL, 1998-2000 À 2007-2009



	1998-2000	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
14 à 17 ans	16,9	14	11,8	8,3	6,6
18 à 19 ans	47,2	46,4	41,9	38,9	30,4
20 à 24 ans	46,8	42,5	42,2	40,6	37,3
25 à 29 ans	31,5	30,6	30,5	28,4	28,5
30 à 34 ans	22	20,8	21,6	22	20,9
35 à 49 ans	5,9	5,8	6,1	6,4	6,6

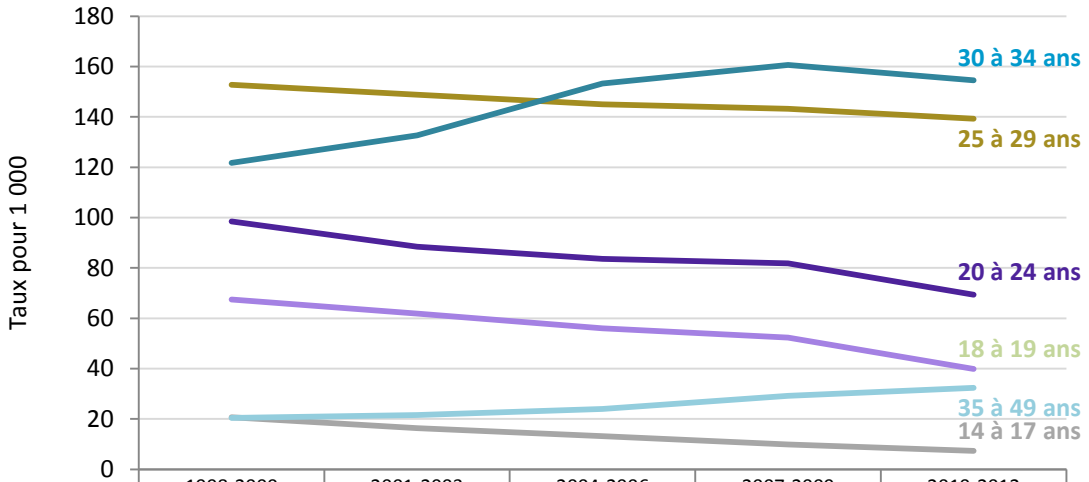
Source : RAMQ, Services médicaux rémunérés à l'acte, et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Selon Guilbert (2010), parmi les facteurs pouvant expliquer la diminution du taux d'IVG chez les jeunes québécoises, on compte possiblement le remboursement des contraceptifs par l'Assurance médicament, l'accessibilité à la contraception d'urgence directement en pharmacie, l'augmentation de l'utilisation de méthodes contraceptives à moyenne et longue durées d'action et l'implantation

de l'ordonnance collective de contraception hormonale. Les données lavalloises concernant les grossesses semblent d'ailleurs corroborer les hypothèses d'une contraception plus efficace.

La tendance observée chez les moins de 30 ans en matière de taux d'IVG s'harmonise à celle du taux de grossesse. La figure suivante permet effectivement de constater une baisse du taux de grossesse chez tous les groupes d'âge en dessous de 30 ans. Les diminutions sont assez semblables à celles des taux d'IVG : 64,7 % pour les 14-17 ans, 40,8 % pour les 18-19 ans, 29,5 % pour les 20-24 ans et 8,8 % pour les 25-29 ans. Ces statistiques permettent d'avancer l'hypothèse que le fait que ces femmes ont moins recours à l'IVG peut être expliqué par la fréquence moins élevée de grossesses, du moins en partie.

FIGURE 36 ÉVOLUTION DU TAUX ANNUEL MOYEN DE GROSSESSE POUR 1 000 FEMMES SELON L'ÂGE, LAVAL, 1998-2000 À 2010-2012(P)



	1998-2000	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
14 à 17 ans	20,7	16,3	13,1	9,9	7,3
18 à 19 ans	67,4	61,8	56	52,3	39,9
20 à 24 ans	98,5	88,4	83,6	81,8	69,4
25 à 29 ans	152,8	148,9	145	143,3	139,3
30 à 34 ans	121,7	132,7	153,3	161	154,5
35 à 49 ans	20,4	21,5	24	29,2	32,4

(p) : Données provisoires.

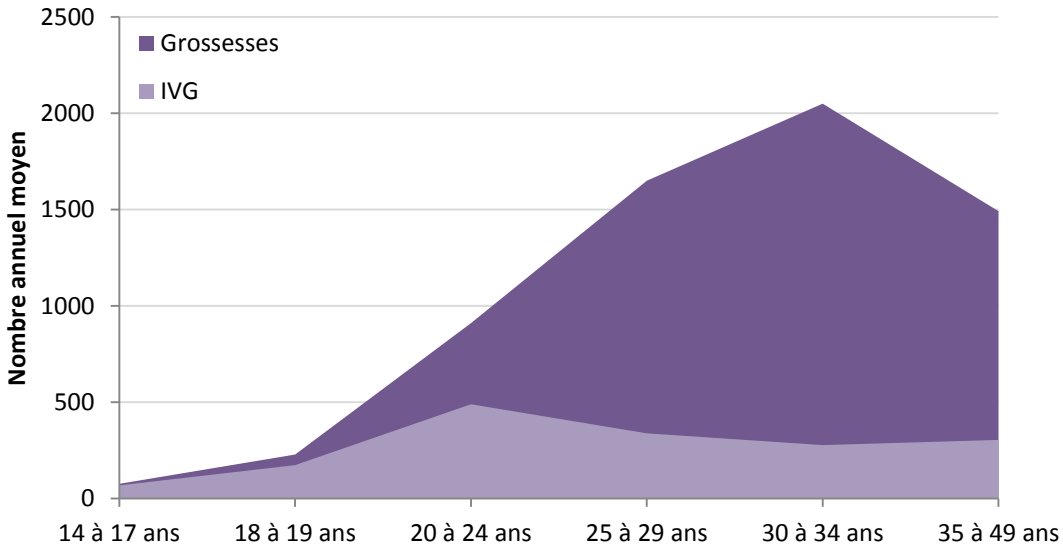
Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; MSSS, Fichier des mortinaissances; RAMQ, Avortements spontanés (fausses couches); RAMQ, Services médicaux rémunérés à l'acte et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

À l'inverse, chez les 30 ans et plus, les taux de grossesse ont augmenté. La stabilité du taux d'IVG chez les 30-34 ans et chez les 35-49 ans, combinée à la hausse du taux de grossesse, permet d'expliquer la hausse du taux de fécondité observée au sein de ces groupes d'âge.

D'ailleurs, bien qu'il ait été précédemment question d'une proportion plus faible de jeunes femmes lavalloises âgées de 20 à 24 ans qui utilisent un moyen de contraception par rapport au reste de la province, il semble que cela ne se répercute par sur les grossesses. En effet, le taux de grossesse de ce groupe est plus faible que celui du reste du Québec (données non présentées).

En mettant en lien les grossesses et les IVG, on peut calculer la proportion des grossesses se terminant en IVG. Celle-ci est beaucoup plus élevée chez les plus jeunes (89,5 % pour les 14-17 ans et 75,9 % pour les 18-19 ans) par rapport aux femmes plus âgées (13,5 % pour les 30-34 ans et 20,4 % pour les 35-49 ans). Chez les 20-24 ans, c'est plus de la moitié des grossesses qui se terminent en IVG (53,7 %), alors que cette proportion tombe à 20,5 % pour les 25-29 ans. Globalement, c'est plus du quart (25,8 %) des grossesses lavalloises qui se terminent en IVG. Cette situation pourrait être liée aux enjeux de la contraception mentionnés précédemment, notamment le défi de son utilisation adéquate et systématique.

FIGURE 37 NOMBRE ANNUEL MOYEN DE GROSSESSES ET D'IVG SELON L'ÂGE, LAVAL, 2010 À 2012(P)



(p) : Données provisoires concernant les données de naissances et mortinaissances de 2012.

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; MSSS, Fichier des mortinaissances; RAMQ, Avortements spontanés (fausses couches); RAMQ, Services médicaux rémunérés à l'acte et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Depuis la fin des années 1990, la proportion des grossesses se terminant en IVG a lentement diminué, variant de 30,8 % en 1998-2000 à 25,8 % en 2010-2012. Plus précisément, chez les plus jeunes (14 à 24 ans), la proportion a légèrement augmenté, alors que chez les plus âgées (30 ans et plus), la proportion a diminué.

SECTION 3

PÉRINATALITÉ

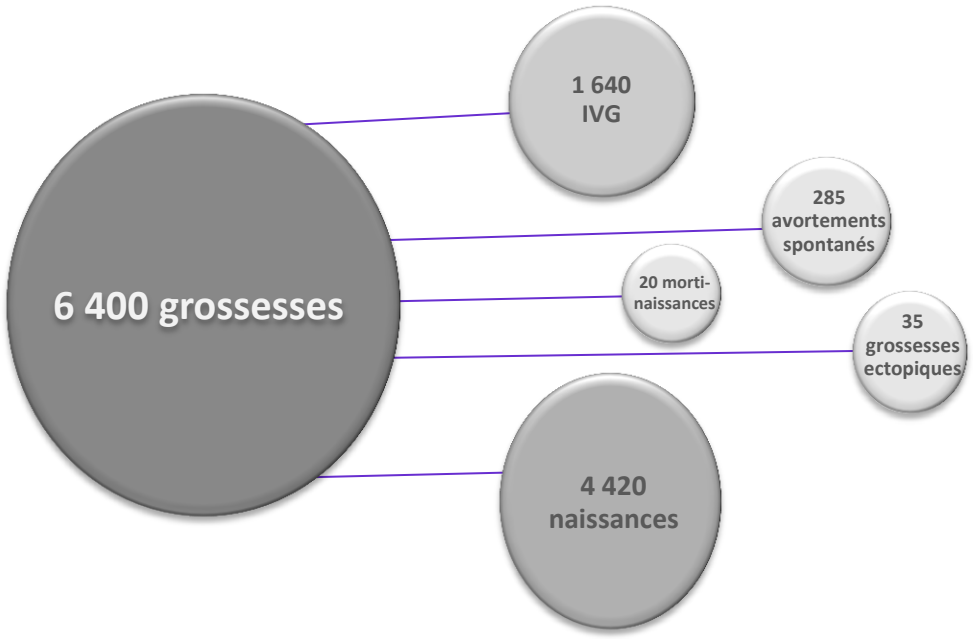
Comme décrite dans la Politique de *périnatalité* 2008-2018 (Laverdière *et coll.*, 2008), la période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à la fin de la première année de vie du nouveau-né. Au cours de cette période, les objectifs principaux de la santé publique sont de favoriser le sain développement du fœtus, un accouchement sans complications et l'établissement d'un attachement sécurisant du bébé avec ceux qui en prennent soin.

Dans ce document, certains sujets ne sont pas traités. C'est le cas de la *procréation médicalement assistée* et de l'adoption. En ce qui concerne la procréation médicalement assistée, trop peu de données étaient accessibles. Dans le cas de l'adoption, bien que ce processus ait de grandes répercussions sur la vie des gens concernés, on a pu constater qu'il concerne un faible nombre de personnes sur le territoire lavallois[14]. Par conséquent, il est peu probable que ces événements aient un impact notable sur le tissu social lavallois.

3.1 Période prénatale

Au cours des années 2010 à 2012, environ 6 400 grossesses ont été déclarées annuellement chez les Lavalloises. De ces grossesses, environ 1 640 se terminent en IVG, 4 420 en naissances, 20 en *mortinaissances*, 35 en grossesses ectopiques et 285 en avortements spontanés.

FIGURE 38 RÉPARTITION DU NOMBRE ANNUEL MOYEN DE GROSSESSES SELON L'ISSUE, LAVAL, 2010 À 2012(P)



(p) : Données provisoires concernant les naissances et mortinaissances de 2012.

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; MSSS, Fichier des mortinaissances; RAMQ, Avortements spontanés (fausses couches); RAMQ, Services médicaux rémunérés à l'acte et données d'établissements ou de cabinets où des IVG chirurgicales non rémunérées à l'acte ou des IVG médicamenteuses sont pratiquées; MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial, version M34-2014.

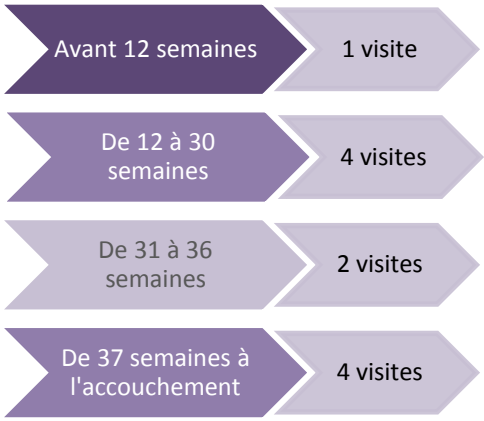
[14] L'adoption internationale et locale est un phénomène plutôt marginal par rapport au nombre de naissances lavalloises. En 2011, le nombre d'adoptions internationales s'élevait à 28 (comparativement à 4 399 naissances). Le nombre annuel d'adoptions locales à Laval est, somme toute, assez faible, variant entre 3 et 12 au cours des dix dernières années.

3.1.1 Suivi de grossesse

La section suivante s'appuie principalement sur le rapport publié par le groupe de travail sur l'organisation des services de première ligne de la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS (2011).

Le suivi de grossesse consiste en une douzaine de visites environ. Selon l'INSPQ, les visites devraient s'échelonner de la manière illustrée ci-après.

FIGURE 39 RECOMMANDATIONS DE L'INSPQ EN CE QUI CONCERNE LE NOMBRE DE VISITES DE SUIVI DE GROSSESSE SELON LA PÉRIODE



Source : Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011.

Ces visites prénatales permettent de surveiller certains indicateurs et d'effectuer des interventions préventives : la prise de poids et la pression artérielle chez la mère, la hauteur de l'utérus et les battements de cœur du bébé. C'est également au cours de ces visites que l'on peut détecter des situations problématiques (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011). Différents tests sont effectués tout au long de la grossesse, tels que l'échographie, des tests sanguins et urinaires, des tests de dépistage génétique, etc.

Une première visite au premier trimestre pour partir du bon pied

Selon le rapport de la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS (2011),

> « […] les études épidémiologiques montrent de façon systématique depuis une vingtaine d'années que les ressources individuelles permettant de construire et de maintenir les capacités fonctionnelles d'adaptation et de résistance aux maladies commencent à se développer durant la grossesse : la malnutrition de la mère durant la grossesse, le stress auquel elle est confrontée, sa consommation de tabac et d'alcool peuvent moduler les fonctions hormonales du placenta, changer les profils hormonaux du fœtus et influencer la programmation des tissus fœtaux. »

Par conséquent, il est préférable que la prise en charge de la femme enceinte débute le plus rapidement possible. Cela permet d'identifier rapidement les femmes qui peuvent avoir besoin de plus de soutien afin de pouvoir agir sur certains facteurs de risque, et ainsi favoriser la meilleure issue de grossesse possible. Il est donc recommandé que la première visite de suivi de grossesse ait lieu pendant le premier trimestre (entre 5 et 12 semaines de grossesse). (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011).

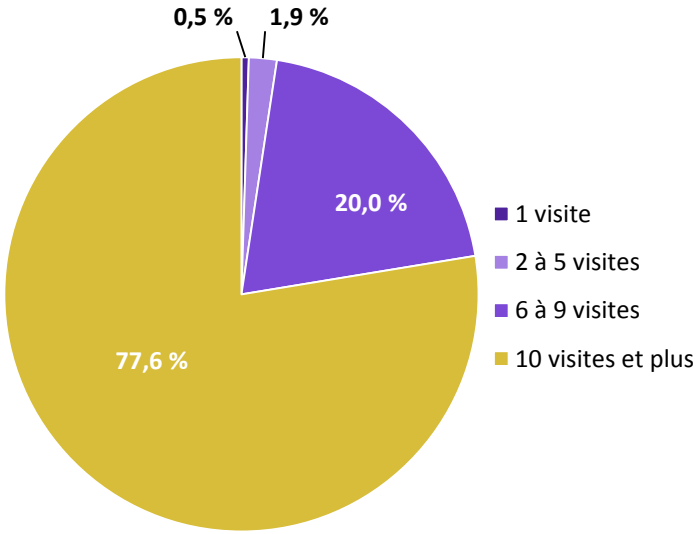
La première visite comporte de nombreux volets (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011) :

- établir le portrait de santé de la mère;
- connaître le bagage héréditaire des parents;
- s'informer sur les conditions et les habitudes de vie des parents;
- donner de l'information sur les ressources existantes en fonction des besoins des parents, ainsi que de l'information sur les saines habitudes de vie;
- offrir différents tests à effectuer au cours de la grossesse.

Dans le cadre de son rapport, la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS (2011) a eu accès aux données des services offerts à une cohorte de femmes ayant accouché en 2008. Elle a ainsi pu compiler tous les services facturés à l'acte offerts à ces femmes, y compris les services en cabinet privé, en GMF et dans un établissement (CLSC ou centres hospitaliers généraux, consultations à l'urgence ou en cliniques externes). Toutefois, sont exclus les services non facturés à l'acte, notamment les consultations faites par des médecins œuvrant en CLSC qui sont rémunérés sur une base annuelle[15]. Une visite effectuée par une infirmière ne sera pas non plus comptabilisée. Les données ont été compilées par région sociosanitaire et nous permettent donc d'avoir un aperçu de la situation des femmes enceintes lavalloises. Au total, des données sur 1 576 femmes lavalloises ont été analysées.

À l'aide des données de cette cohorte, on a pu établir qu'environ trois femmes enceintes lavalloises sur quatre (77,6 %) ont au moins 10 visites de suivi au cours de leur grossesse, comparativement à 79,3 % dans l'ensemble du Québec. En revanche, 2,4 % d'entre elles n'ont qu'entre 1 et 5 suivis, une proportion plus de deux fois plus petite que dans l'ensemble du Québec (5,7 %).

FIGURE 40 RÉPARTITION DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ EN 2008 SELON LE NOMBRE DE RENDEZ-VOUS DE SUIVI DE GROSSESSE, LAVAL, 2007-2008

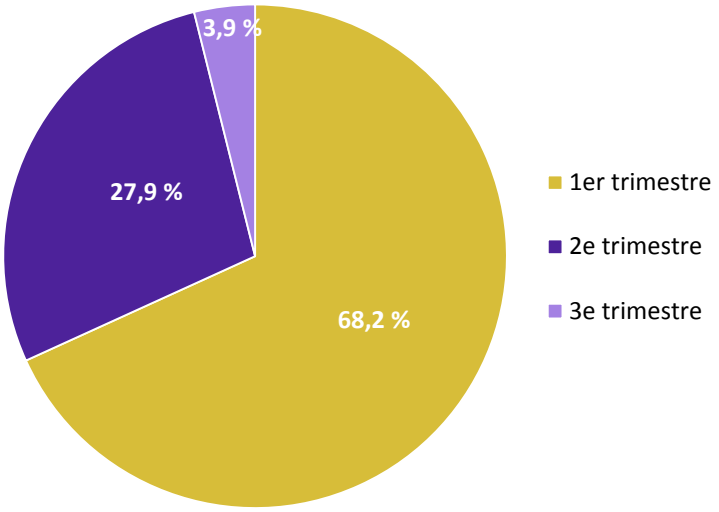


Source : Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011.

[15] En 2008-2009, 11 % des médecins de famille pratiquant à Laval étaient non rémunérés à l'acte en CLSC (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011, Rapport du groupe de travail organisation des services de première ligne).

En mettant en lien la date d'accouchement et la date du premier rendez-vous identifié, la part des femmes qui ont eu accès à une première visite de suivi de grossesse dès le premier trimestre[16] a été calculée. La figure suivante présente la situation à Laval.

FIGURE 41 RÉPARTITION DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ EN 2008 SELON LA PÉRIODE DU PREMIER RENDEZ-VOUS DE SUIVI DE GROSSESSE, LAVAL, 2007-2008



Source : Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011.

Environ une femme lavalloise sur trois n'a pas son premier suivi de grossesse au premier trimestre (31,8 %). Au Québec (données non montrées), la situation est légèrement plus problématique avec une proportion de 35,5 %. Il faut dire que près d'une femme québécoise sur dix (9,3 %) a son premier suivi de grossesse seulement au 3e trimestre, alors que cela concerne moins de 4,0 % des femmes à Laval. Il s'agit de la plus faible proportion parmi l'ensemble des régions du Québec.

Il faut toutefois garder en tête que le moment du premier rendez-vous dépend de la disponibilité des médecins, mais également du comportement de la mère. En effet, cette dernière peut ne pas être au courant de sa grossesse ou encore retarder sa consultation de façon volontaire. À l'occasion, il se peut qu'une femme ait été suivie par une sage-femme au début de sa grossesse, mais que son cas ait été transféré à un médecin par la suite, car elle vivait une *grossesse à risque*.

[16] Le délai calculé entre le début de la grossesse et la date du premier suivi repose sur l'hypothèse selon laquelle la grossesse est de 40 semaines. Ainsi, cela peut causer problème dans le cas des naissances prématurées, et plus particulièrement des naissances très prématurées. On estime, malgré tout, que les statistiques présentées sont assez fiables, notamment parce que les naissances très prématurées sont très peu fréquentes.

ENJEU

Délai lors du premier suivi de grossesse : une question d'accès?

On estime que le tiers des femmes enceintes lavalloises n'ont pas eu leur premier suivi de grossesse au cours du premier trimestre. Pourtant, un premier suivi au cours de cette période est un élément extrêmement important pour la santé de la mère et de l'enfant.

Cette situation est certainement liée au faible accès aux médecins, ainsi qu'au petit nombre de médecins de famille qui acceptent de faire des suivis de grossesse. On peut aussi se demander si certaines femmes sont suffisamment informées des mécanismes qui permettent de trouver un médecin pour leur suivi de grossesse. Travaillons-nous suffisamment à rendre l'information accessible à tous? Cette question se pose, particulièrement dans le contexte de la forte hausse des naissances de parents immigrants à Laval, sachant que ces parents connaissent parfois peu les services offerts par le système de santé québécois.

En outre, il est impossible de connaître les données du guichet d'accès pour clientèle orpheline de médecin de famille (GACO) à Laval en ce qui concerne les femmes enceintes se cherchant un médecin traitant, rendant ainsi difficile l'évaluation de l'efficacité de cette porte d'entrée aux services prénataux.

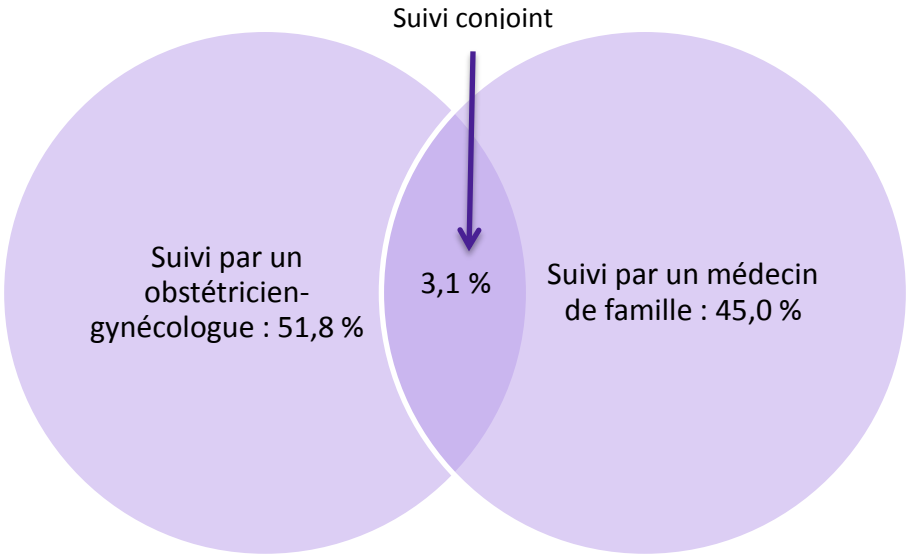
Quels sont les professionnels qui assurent le suivi de grossesse?

Les services médicaux de première ligne en ce qui concerne le suivi de grossesse sont prodigués par un médecin de famille, un obstétricien-gynécologue ou encore par une sage-femme (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011). Bien qu'encore en très petit nombre[17], les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne peuvent également assurer un suivi de grossesse en partenariat avec un médecin de famille.

Toujours avec la même cohorte de femmes enceintes, le *Rapport* (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011) nous informe de la répartition des grossesses selon le type de médecin ayant effectué la plus grande part du suivi. La figure suivante présente cette répartition parmi les femmes enceintes lavalloises.

[17] En 2014-2015, on compte sept infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sur le territoire lavallois.

FIGURE 42 RÉPARTITION DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ EN 2008 SELON LE TYPE DE MÉDECIN AYANT ASSURÉ MAJORITAIREMENT LE SUIVI†, LAVAL, 2007-2008



†Dans le cas où le suivi a été suffisamment partagé (entre 34 % et 65 % chez l'un ou l'autre des médecins), on a noté un suivi conjoint.

Source : Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011.

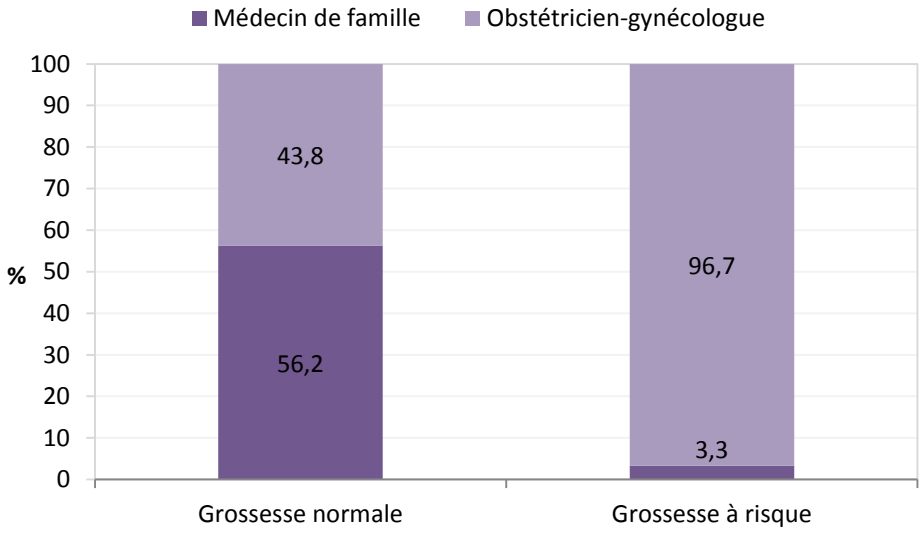
Selon la cohorte de femmes ayant accouché en 2008, un peu plus de la moitié des grossesses lavalloises est suivie par un obstétricien-gynécologue, soit 51,8 %, une proportion semblable à celle observée dans l'ensemble du Québec (49,8 %). Il est intéressant de mettre en parallèle la part des grossesses ayant été identifiées comme des grossesses à risque, soit 17,4 % (20,7 % au Québec).

Le suivi des grossesses à risque majoritairement assuré en obstétrique-gynécologie

Lorsque la grossesse présente des complications, le suivi est normalement transféré à un obstétricien-gynécologue. C'est effectivement ce que l'on peut observer des données tirées de la cohorte de femmes ayant accouché en 2008 (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011).

Les données régionales des services médicaux rémunérés à l'acte 2011-2012 de la RAMQ permettent également de constater que parmi les consultations qui indiquent un diagnostic de grossesse à risque chez les Lavalloises, 96,7 % sont faites par un obstétricien-gynécologue. Parmi les consultations où aucun diagnostic de grossesse à risque n'est indiqué, la part des consultations faites par un obstétricien-gynécologue est de 43,8 %. La situation est illustrée dans la figure suivante.

FIGURE 43 RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR SUIVI DE GROSSESSE SELON LE TYPE DE MÉDECIN ET SELON LE TYPE DE GROSSESSE, LAVALLOISES, 2011-2012



Source : RAMQ, Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, 2011-2012.

Une grande part des suivis de grossesse en médecine familiale est assurée par un groupe restreint de médecins

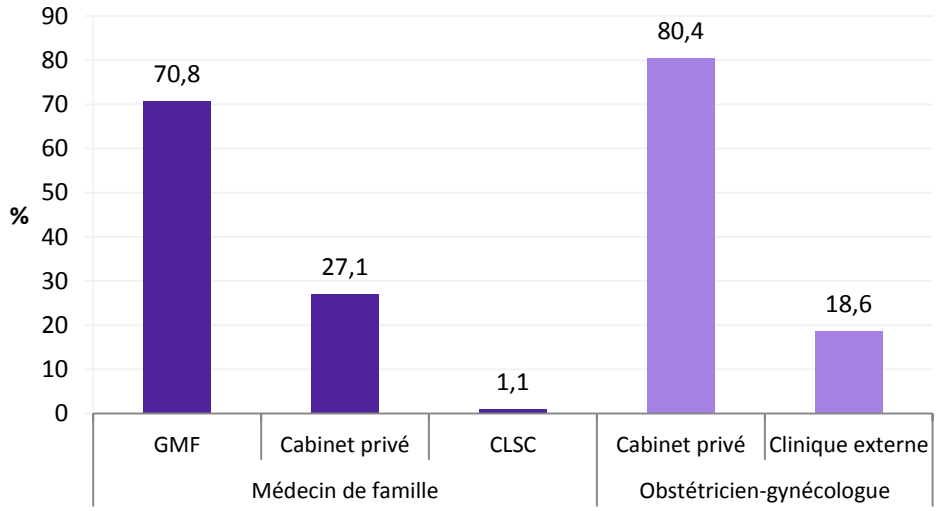
Par ailleurs, il semble qu'une petite part des médecins de famille effectue une grande partie des suivis de grossesse et des accouchements (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011). En effet, des données lavalloises[18] concernant l'année financière 2011-2012 nous indiquent que si l'on s'attarde aux consultations de suivi de grossesse lavalloise faites par un médecin de famille, on remarque que 10 % des médecins de famille identifiés ont effectué près des trois quarts de ces consultations.

Le lieu de suivi varie selon le type de médecin consulté

Les données de la cohorte 2008 nous informent aussi sur le lieu du suivi. Selon que le suivi se fasse par un médecin de famille ou par un obstétricien-gynécologue, le lieu de consultation varie. La figure suivante illustre la situation.

[18] Ces données proviennent de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et concernent les actes médicaux des médecins rémunérés à l'acte. Toutefois, ces données ne permettent pas nécessairement de suivre les femmes tout au long de leur grossesse comme c'est le cas pour la cohorte 2008 (Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011), car elles se limitent à une année financière (2011-2012). On peut tout de même en tirer certaines informations.

FIGURE 44 RÉPARTITION DE LA PROPORTION DU LIEU DE SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ EN 2008 SELON LE TYPE DE MÉDECIN, LAVAL, 2007-2008



Source : Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS, 2011.

ENJEU

Lors des suivis de grossesses normales : médecin spécialiste ou omnipraticien?

On constate que plus de la moitié des grossesses lavalloises sont suivies par un obstétricien-gynécologue, alors que l'on estime à 17,4 % la part des grossesses à risque parmi l'ensemble des grossesses. C'est dire que près de la moitié des grossesses suivies par un obstétricien-gynécologue sont normales.

Dans une optique d'optimisation des ressources en santé, il vaudrait mieux tendre à diminuer cette proportion, car le suivi des grossesses normales pourrait être assuré par les médecins de famille. On peut penser que le faible nombre de médecins de famille qui acceptent de faire des suivis de grossesse est en partie responsable de cette situation. D'autres hypothèses pourraient aussi être explorées, telles que la capacité des patients à avoir un accès direct aux obstétriciens-gynécologues ou encore le besoin d'un changement de culture.

La rétention des femmes enceintes lavalloises

Selon les données des actes médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ, en 2011-2012, près des trois quarts des suivis de grossesse effectués par un médecin de famille ont lieu dans un point de service lavallois, alors que cette proportion n'est que de 30,1 % parmi celles faites par un obstétricien-gynécologue. Le tableau suivant présente le lieu de consultation selon le type de médecin consulté.

TABLEAU 9 RÉPARTITION DE LA PROPORTION DES CONSULTATIONS DE SUIVI DE GROSSESSE SELON LA RÉGION DE DISPENSATION ET SELON LE TYPE DE MÉDECIN CONSULTÉ, LAVAL, 2011-2012

Région de dispensation	Type de médecin	
	Médecin de famille (%)	Obstétricien gynécologue (%)
Laval	71,2	30,1
Montréal	17,3	66,7
Laurentides	8,2	0,4
Lanaudière	2,1	0,8
Montérégie	0,5	1,3
Autres régions	0,7	0,7
Total	**100,0**	**100,0**

Source : RAMQ 2011-2012.

Qu'en est-il des femmes dites « orpheline de médecin de famille »?

Une femme enceinte qui n'a pas de médecin de famille a la possibilité de s'inscrire au guichet d'accès pour clientèle orpheline de médecin de famille (GACO). Malgré l'importance du suivi de grossesse, les femmes enceintes sont catégorisées dans le niveau de priorité 2[19]. Ainsi, selon le rapport de la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS (2011), « les femmes enceintes ont donc peu de chance de se trouver un médecin avec ce niveau de priorité; tout au plus reçoivent-elles une liste de médecins à joindre. »

Malheureusement, aucunes données lavalloises ne sont disponibles en ce qui concerne les femmes qui s'inscrivent au GACO et qui indiquent être enceintes ni en ce qui concerne les femmes ayant déjà un médecin de famille qui se retrouvent à chercher un autre médecin en raison du refus du médecin de famille d'effectuer le suivi de grossesse.

L'accès à une maison de naissance est limité pour les Lavalloises

À ce jour, aucune maison de naissance n'a été mise sur pied sur le territoire lavallois. Les Lavalloises qui souhaitent bénéficier d'un suivi par une sage-femme doivent donc recourir aux services d'une maison de naissance d'une région voisine. Toutefois, comme elles proviennent d'une région différente du point de service, les Lavalloises ne sont pas considérées comme une clientèle prioritaire dans ces maisons de naissance.

En 2012, on trouve tout de même 23 naissances lavalloises dont l'accoucheur était une sage-femme, ce qui représente seulement 0,5 % des naissances.

[19] L'échelle des priorités du GACO va de 0 à 5, la valeur 0 correspondant à la clientèle la plus prioritaire.

Quand la prévention fait partie intégrante du suivi de grossesse

Comme mentionné précédemment, les consultations médicales de suivi de grossesse permettent, entre autres, de détecter certaines situations qui pourraient nuire à la santé de l'enfant ou de la mère et idéalement d'y remédier. Dans cette optique, certains actes pourraient être effectués par le professionnel de la santé rencontré. Parmi ceux-ci, on retrouve les interventions préventives relatives aux ITSS ou encore le soutien médical à l'abandon du tabagisme. Malheureusement, peu de données sont disponibles pour documenter ces interventions préventives.

Visites postnatales

Bien que ne faisant pas partie du suivi de grossesse en tant que tel, les visites postnatales en sont la suite logique. La Politique de périnatalité 2008-2018 (Laverdière *et coll.*, 2008) visait à mettre sur pied un suivi systématique des femmes par un appel téléphonique dans les 24 heures suivant le retour à domicile, ainsi que par une visite à domicile dans les 24 à 72 heures. À Laval, le CSSS s'est fixé comme objectif de rencontrer toutes les femmes primipares dans les 24 à 72 heures suivant le retour à domicile, ainsi que de contacter toutes les femmes multipares par téléphone. Pour les multipares, un suivi à domicile est fait en cas de besoin ou encore la mère est invitée à se rendre à une clinique de suivi postnatal (CLSC du Marigot ou Sainte-Rose).

3.1.2 Comportements et milieux de vie de la mère

La période périnatale est une période cruciale du développement pendant laquelle plusieurs facteurs peuvent influencer la santé future de l'enfant, mais également la santé de la mère. Certaines habitudes et certains comportements de la mère sont reconnus comme pouvant avoir des effets bénéfiques ou néfastes, selon le cas.

La présente section dresse d'abord un portrait des comportements et habitudes de la mère pendant la grossesse en s'appuyant principalement sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Seuls certains facteurs ont été étudiés, tels que la consommation de cigarettes, la consommation d'alcool, ainsi que la prise d'un supplément d'acide folique avant la conception. Nous avons également pu inclure les données liées au retrait préventif des femmes de leur milieu de travail.

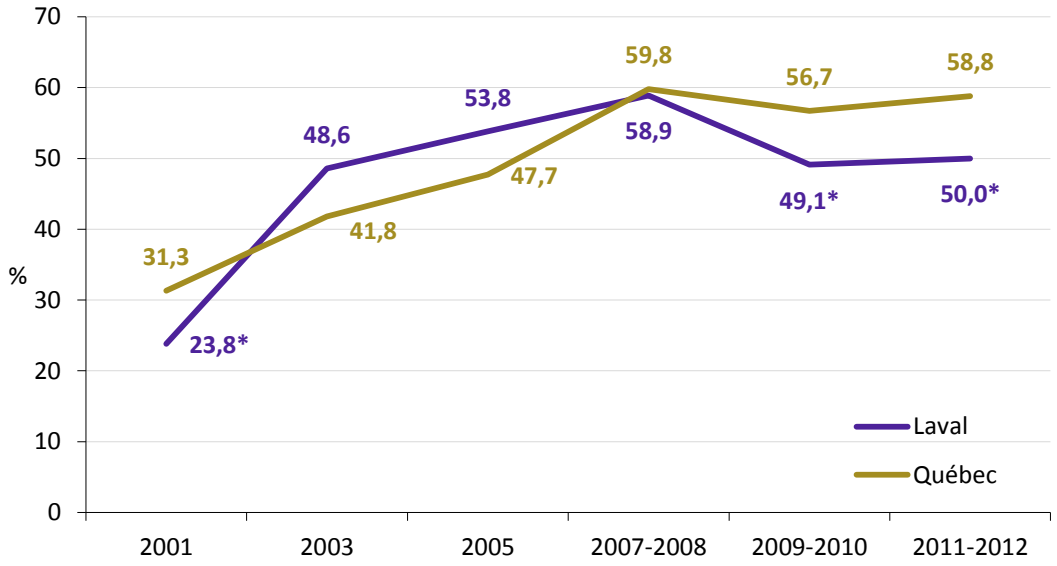
Parmi les facteurs non traités dans cette section, on retrouve la consommation de drogues, la pratique d'activités physiques, ainsi que certains facteurs environnementaux comme les polluants atmosphériques (par exemple le monoxyde de carbone, le dioxyde d'azote, le dioxyde de soufre), les radiations, les perturbateurs endocriniens, etc.

Étant donné la trop petite taille de l'échantillon lavallois de femmes ayant accouché au cours des cinq années précédentes, les données régionales sont souvent trop peu fiables. Par conséquent, lorsque c'est nécessaire, seules les données québécoises sont montrées.

PRISE D'UN SUPPLÉMENT D'ACIDE FOLIQUE

La prise d'un supplément d'acide folique avant la conception d'un enfant est recommandée afin de réduire le risque d'anomalie du tube neural (ATN) et possiblement de certaines autres anomalies congénitales (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

FIGURE 45 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES FEMMES AYANT PRIS UN SUPPLÉMENT D'ACIDE FOLIQUE AVANT LEUR GROSSESSE PARMI LES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ AU COURS DES CINQ ANNÉES PRÉCÉDENTES, LAVAL, QUÉBEC, 2001 À 2011-2012



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2001, 2003 et 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.

Autant à Laval qu'au Québec, la proportion de femmes ayant pris un supplément vitaminique contenant de l'acide folique avant leur grossesse n'a cessé d'augmenter entre 2001 et 2007-2008, passant de 23,8 % à 58,9 % (31,3 % à 59,8 % au Québec). Cette amélioration marquée de la situation fait suite à une campagne nationale de sensibilisation lancée en mars 2002 par Santé Canada. Celle-ci avait pour objectif de promouvoir l'importance de ce supplément vitaminique pour les femmes planifiant une grossesse, ainsi que pour les trois premiers mois de grossesse. La légère baisse observée entre 2007-2008 et 2011-2012 n'est pas significative et semble donc due à la variabilité de l'échantillon de l'enquête. Cette variabilité explique également l'écart qui semble exister entre Laval et l'ensemble du Québec. On ne peut donc conclure à une différence entre les Lavalloises et les Québécoises quant à la prise de supplément d'acide folique avant la grossesse.

La hausse de la prise d'acide folique observée au cours de la dernière décennie est encourageante, mais il subsiste toujours un écart significatif entre les femmes favorisées et celles qui le sont moins. En effet, selon l'ESCC 2011-2012, parmi les femmes québécoises ayant accouché au cours des cinq dernières années, seulement 33,3 % ont pris un supplément d'acide folique chez celles dont le revenu du ménage se situe entre 0 et 39 999 $. Chez celles dont le revenu varie entre 40 000 et 79 999 $, cette proportion grimpe à 57,7 % et elle atteint 75,2 % pour un revenu de 80 000 $. Ce gradient est aussi observable par rapport au niveau de scolarité de la femme. Parmi les femmes n'ayant aucun diplôme, 39,8 % ont consommé un supplément d'acide folique, alors que chez celles ayant un diplôme d'études secondaires et ayant des études ou un diplôme d'études postsecondaires, cette proportion est de respectivement 51,4 % et 62,9 %.

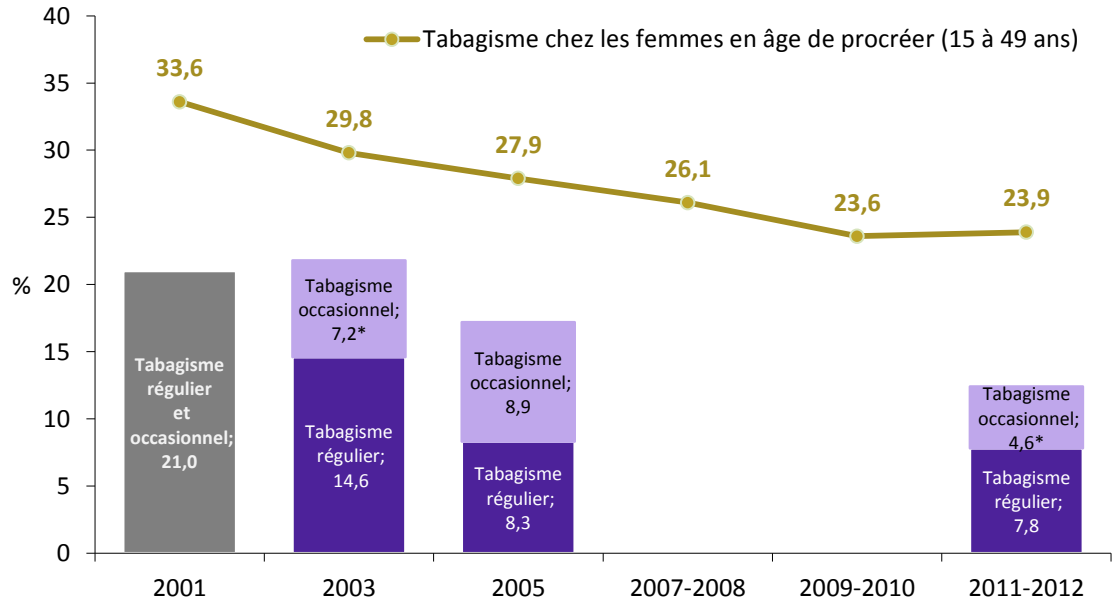
TABAGISME

> « La consommation de cigarettes durant la grossesse peut avoir des effets indésirables sur la santé du fœtus et de l'enfant. Elle accroît le risque de *retard de croissance intra-utérin*, de *prématurité*, d'*avortement spontané*, de complications placentaires, de mortinaissance et de syndrome de mort subite du nourrisson. On associe aussi le tabagisme prénatal à un risque global accru de mortalité et de morbidité infantiles. » (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Selon l'ESCC, 23,9 % des femmes québécoises en âge de procréer (de 15 à 49 ans) fumaient, soit à l'occasion (7,3 %), soit régulièrement (16,6 %) en 2011-2012. Lors de cette même enquête, on a demandé aux femmes ayant donné vie au cours des cinq dernières années si elles avaient fumé durant leur grossesse. Le taux québécois[20] de tabagisme pendant la grossesse était alors beaucoup moins élevé (12,4 %) que celui observé dans la population féminine âgée de 15 à 49 ans (23,9 %). On pourrait donc penser que plusieurs fumeuses abandonnent le tabagisme lorsqu'elles planifient une grossesse ou lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes.

En comparaison, le taux de tabagisme maternel total (fumeurs réguliers ou occasionnels) était de 21,0 % en 2001, de 21,8 % en 2003 et de 17,2 % en 2005. Il y a donc eu une amélioration notable de la situation. Toutefois, on remarque que la baisse observée entre les deux dernières périodes analysées (2005 et 2011-2012) est presque totalement le fait de la diminution du tabagisme occasionnel. Celui-ci a effectivement diminué de moitié, passant de 8,9 à 4,6 %. Ces données contrastent avec l'évolution observée entre 2003 et 2005, période au cours de laquelle c'est plutôt le tabagisme régulier qui a chuté.

FIGURE 46 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES FEMMES AYANT FUMÉ DURANT LEUR GROSSESSE SELON LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION PARMI LES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ AU COURS DES CINQ ANNÉES PRÉCÉDENTES, QUÉBEC, 2001, 2003, 2005 ET 2011-2012



Note : Aucune estimation n'est disponible pour ces années.

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2001, 2003 et 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.

[20] Compte tenu de l'effet des petits nombres, les données régionales étaient trop peu fiables.

Il est intéressant de noter que la proportion de femmes ayant fumé durant leur grossesse, lors de l'ESCC 2005, est similaire à celle obtenue au Québec lors de l'Enquête sur l'allaitement maternel 2005-2006 (17,7 %) de l'Institut de la statistique du Québec. Cette enquête permet d'ailleurs de comparer Laval avec l'ensemble du Québec. Ainsi, elle démontrait que le tabagisme maternel était statistiquement moins présent à Laval (10,8 %) que dans l'ensemble du Québec.

ENJEU

Tabagisme au cours de la grossesse : l'importance de ne pas baisser les bras

Bien que le tabagisme au cours de la grossesse ait connu une diminution au cours des dernières années, il n'en reste pas moins que plus d'une femme enceinte sur dix fume toujours au Québec, ce qui n'est pas négligeable. Étant donné tous les impacts que ce comportement peut avoir, d'autres efforts doivent être déployés afin de trouver des moyens qui pourront réduire davantage la fréquence de ce comportement.

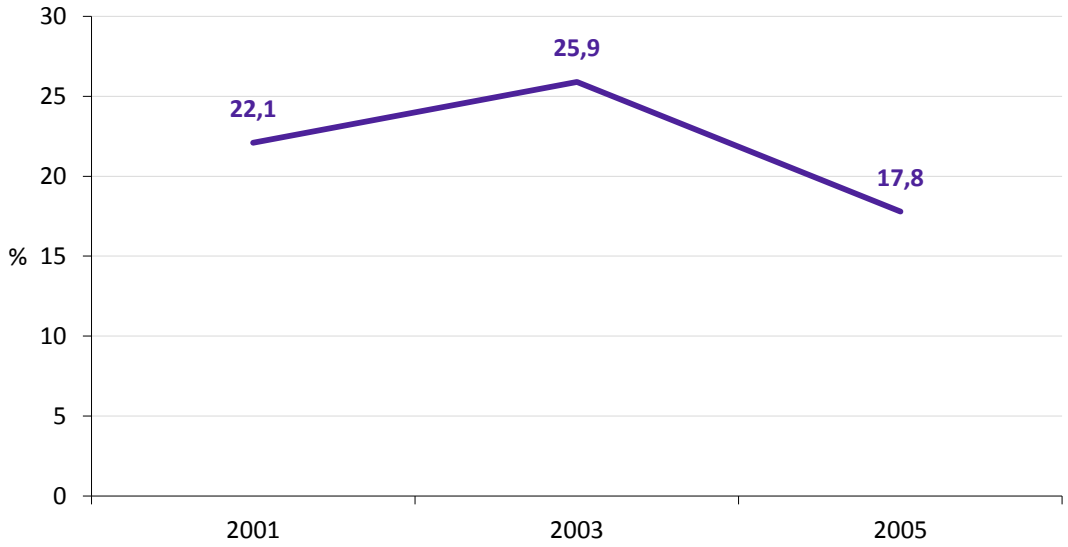
CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool durant la grossesse peut causer plusieurs troubles, dont le syndrome d'alcoolisation fœtal. Ce dernier est caractérisé par un retard de croissance prénatal et postnatal, une dysmorphologie faciale caractéristique, ainsi que par des atteintes du système nerveux central (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Le seuil de consommation sécuritaire, c'est-à-dire ne comportant aucun risque pour la santé du bébé et de la mère, est inconnu. On recommande donc, selon le principe de précaution, de s'abstenir complètement de consommer de l'alcool au cours de la grossesse.

À partir des données de l'ESCC 2005, soit la dernière donnée disponible, on estime que la proportion de femmes québécoises[21] ayant bu durant leur grossesse était de 17,8 %. Les données ne permettent pas de déceler une tendance dans le temps en ce qui concerne la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Toutefois, il est important de noter qu'en étudiant la fréquence de consommation de ces femmes, on remarque que moins d'une sur cinq (18 %) buvait plus d'une fois par mois. Ces constats nous amènent à conclure que la consommation d'alcool des femmes enceintes ne semble pas être un enjeu à l'échelle populationnelle. En effet, la consommation d'alcool au cours de la grossesse semble être peu prévalente : la majorité des femmes ne consomme pas ou très peu d'alcool. L'Enquête sur l'allaitement maternel 2005-2006 de l'ISQ dresse un portrait plus sévère de la situation avec une proportion de femmes ayant consommé de l'alcool durant leur grossesse de l'ordre de 34,1 % au Québec (32,3 % à Laval), mais le rapport ne donne pas de détails sur la fréquence de consommation.

[21] Compte tenu de l'effet des petits nombres, les données régionales étaient trop peu fiables.

FIGURE 47 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES FEMMES AYANT CONSOMMÉ DE L'ALCOOL DURANT LEUR GROSSESSE PARMI LES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ AU COURS DES CINQ ANNÉES PRÉCÉDENTES, QUÉBEC, 2001, 2003 ET 2005



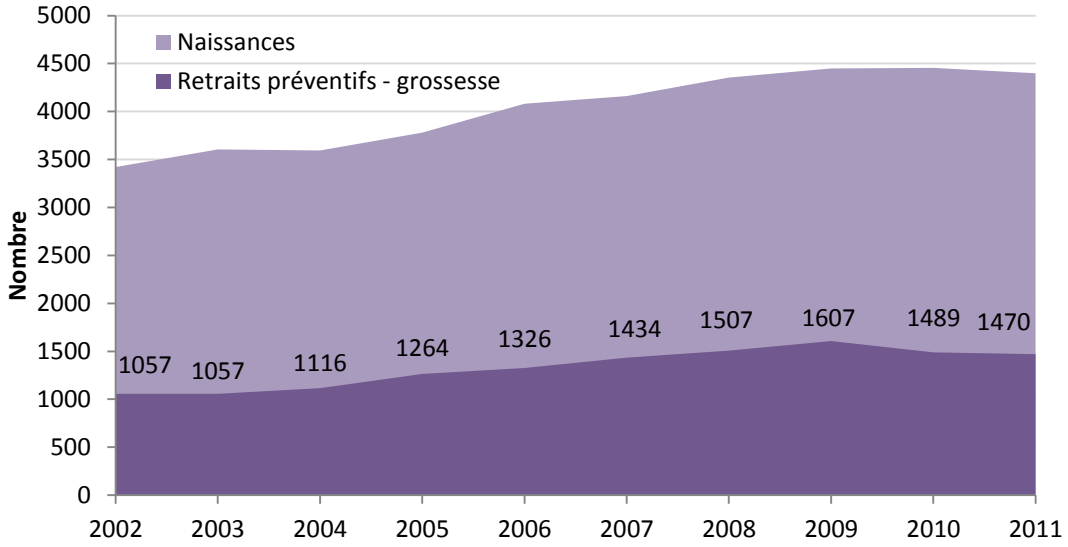
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2001, 2003 et 2005

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

L'exposition à la fumée secondaire au cours de la période périnatale peut avoir des conséquences, notamment sur le risque de faible poids à la naissance et de prématurité. Entre 2001 et 2005, l'ESCC a permis de mesurer la proportion de femmes ayant été exposées durant et après leur grossesse (environ 6 mois après celle-ci) parmi les femmes non fumeuses ayant accouché au cours des cinq dernières années. Cette proportion a varié de 11,5 % en 2001 à 8,4 et 8,3 % en 2003 et 2005, respectivement. Il est à noter qu'on ne peut toutefois par encore affirmé qu'il y a eu une amélioration significative depuis 2001. Malheureusement, un changement dans la méthodologie de l'ESCC en 2011-2012 a rendu impossible le calcul du même indicateur pour cette année-là. Nous ne pouvons donc pas savoir quelle a été l'évolution de la situation depuis 2005 en ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire chez les femmes enceintes.

Enfin, certains milieux de travail présentent un risque pour la santé maternelle et infantile. Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) vise à appliquer le programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Il permet d'éviter d'exposer la femme et l'enfant à des conditions dangereuses pour leur santé. Plusieurs types de risque sont pris en compte, soit les contraintes ergonomiques, les agresseurs physiques, chimiques et biologiques, ainsi que les risques à la sécurité. La figure suivante présente l'évolution du nombre de bénéficiaires retirées lors de leur grossesse.

FIGURE 48 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE RETRAIT PRÉVENTIF POUR GROSSESSE, LAVAL, 2002 À 2011

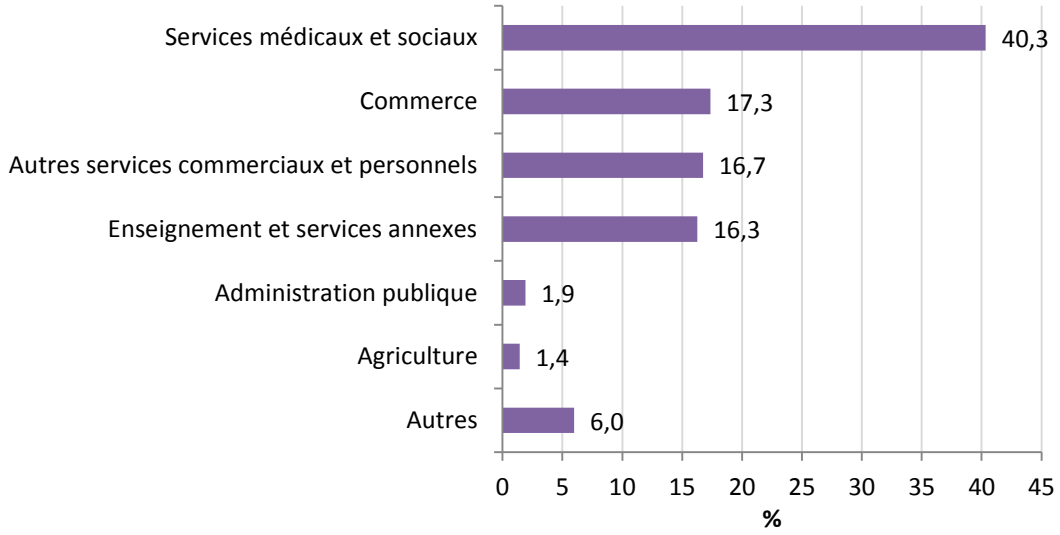


Source : CSST, Fichier des lésions professionnelles, 2002 à 2011.

Entre 2002 et 2011, le nombre de retraits préventifs pendant la grossesse a augmenté de 39,1 %, passant de 1 057 à 1 470. Il a même atteint 1 607 en 2009, année où le nombre de naissances lavalloises était très proche de son sommet de 2010. Malgré cela, le rapport entre le nombre de retraits préventifs pour grossesse et le nombre de naissances a eu tendance à diminuer, passant de 30,9 retraits pour 100 naissances vivantes en 2002 à 24,0 retraits pour 100 naissances vivantes en 2011. Par rapport au nombre de retraits préventifs pour grossesse, le nombre de retraits pour allaitement est très faible, variant entre 11 et 26 au cours de la période observée (données non présentées).

Les bénéficiaires proviennent de divers secteurs d'activité économique. Toutefois, une grande part provient du secteur des services médicaux et sociaux (40,3 % en 2011). Les secteurs du commerce, des autres services commerciaux et personnels et de l'enseignement et services annexes sont également importants avec environ 17 % des bénéficiaires chacun. Les données de l'année 2011 sont illustrées à la figure suivante.

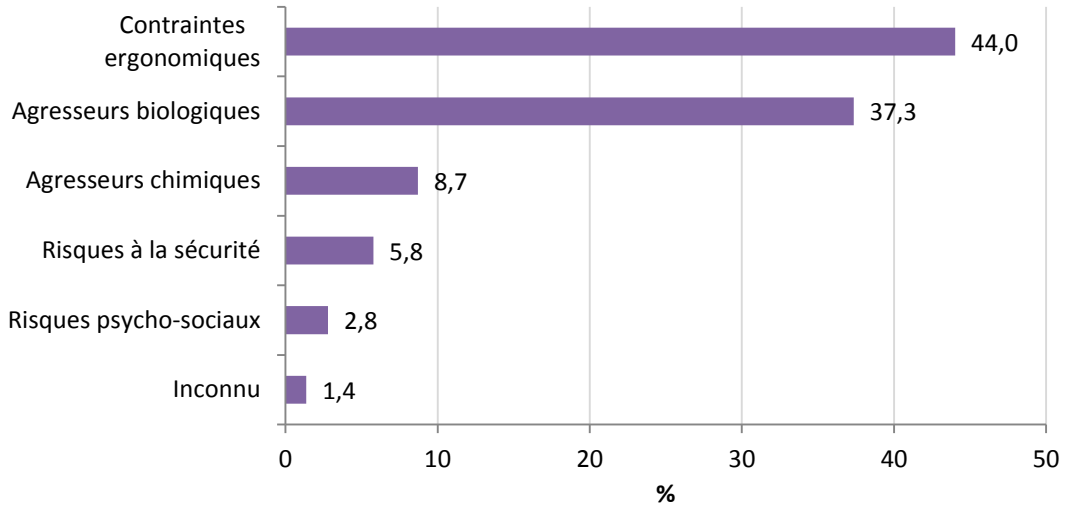
FIGURE 49 RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DU RETRAIT PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE SELON LES SECTEURS D'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE, LAVAL, 2011



Source : CSST, Fichier des lésions professionnelles, 2011.

La figure suivante nous renseigne sur le type de risque le plus fréquent. On remarque que dans la grande majorité des cas, ce sont les contraintes ergonomiques et les agresseurs biologiques qui sont cités, soit dans 44,0 % et 37,3 % des cas, respectivement.

FIGURE 50 RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DU RETRAIT PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE SELON LES FACTEURS DE RISQUE ET AGRESSEURS, LAVAL, 2011



Source : CSST, Fichier des lésions professionnelles, 2011.

3.1.3 Grossesse et déterminants socioéconomiques

D'autres caractéristiques liées à l'adaptation et à l'intégration sociale des parents sont déterminantes pour le développement et l'état de santé de l'enfant au cours de la grossesse.

Dans cette optique, le faible revenu et la sous-scolarisation des parents – plus particulièrement chez la mère – sont des facteurs déterminants de l'état de santé des enfants (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007). De nombreux risques sont reconnus, notamment l'anémie au cours de la grossesse, la prématurité, le retard de croissance intra-utérine (RCIU), la mortinatalité et la *mortalité infantile* (Chen *et coll.*, 1998; Kramer *et coll.*, 2000; Boyer *et coll.*, 2001; Gayral-Taminh *et coll.*, 2005).

Comment explique-t-on ces inégalités?

Certaines hypothèses liées aux mécanismes sous-jacents à ces inégalités ont été soulevées. À ce sujet, Kramer *et coll.* (2000) se sont penchés plus particulièrement sur la question de la prématurité et du RCIU. Ils ont ainsi identifié certains facteurs proportionnellement plus présents chez les personnes ayant un faible statut socioéconomique, qui expliqueraient les taux de prématurité et de RCIU plus élevés dans ces populations. Du côté du RCIU, les principaux facteurs identifiés sont le tabagisme, le faible gain de poids au cours de la grossesse, le faible poids de la mère et, dans une moindre mesure, la consommation excessive d'alcool et de drogues, ainsi que l'occupation d'un emploi avec une charge de travail intense (en station debout prolongée ou demandant de grands efforts physiques). Pour la prématurité, on pointe du doigt la présence d'infections génito-urinaires (et plus particulièrement la vaginose bactérienne), le tabagisme et, dans une moindre mesure, la consommation de drogues et l'occupation d'un emploi physiquement pénible.

Bien que les études ne soient pas tout à fait concluantes, on pense aussi que le stress a un rôle à jouer. En effet, les femmes plus défavorisées vont plus fréquemment vivre des événements stressants au cours de leur grossesse. Elles vont également être plus à risque de subir un stress chronique, car la pauvreté est liée à l'insécurité financière, à de moins bonnes conditions de logement (surpopulation, insalubrité, etc.), à l'absence de partenaire, à une relation insatisfaisante ou à la violence conjugale, de même qu'à l'emploi dans des conditions plus stressantes (Kramer *et coll.*, 2000).

FAIBLE REVENU

On estime que 691 naissances sont issues d'une famille vivant sous le seuil de la *mesure de faible revenu* (MFR), ce qui représente 15,7 % des naissances[22].

[22] Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages 2011 de Statistique Canada nous permettent de connaître le nombre et la proportion de jeunes enfants lavallois vivant sous la MFR (enfants âgés de 0 à 5 ans). En couplant cette information avec la répartition des naissances sur le territoire lavallois, on obtient cette estimation du nombre de naissances dans des familles vivant sous le seuil de la MFR.

On estime qu'environ une naissance sur quatre est touchée par le faible revenu dans le centre-sud de Laval

Le tableau suivant présente la répartition de ces naissances sur le territoire lavallois.

TABLEAU 10 ESTIMATION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE NAISSANCES ISSUES DANS DES FAMILLES VIVANT SOUS LA MESURE DU FAIBLE REVENU SELON LE TERRITOIRE DES BML, LAVAL, 2012(p)

Bureau municipal lavallois	Naissances sous le seuil de la MFR	
	N^bre	%
1- Est de Laval	61	11,4
2- Laval-des-Rapides et Pont-Viau	217	25,8
3- Chomedey	210	23,6
4- Ouest de Laval	66	9,0
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	74	8,7
6- Auteuil et Vimont	65	11,7
Laval	691	15,7

(p) : Données provisoires

Source : MSSS, Fichier des naissances 2012(p); Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages 2011.

Les secteurs de chacun des BML vivent des réalités très différentes en ce qui a trait au faible revenu. En effet, environ une naissance sur quatre survient dans une famille vivant sous le seuil MFR dans les secteurs 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) et 3 (Chomedey). En comparaison, cette proportion est de moins de 9,0 % dans les secteurs 4 (ouest de Laval) et 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose). Quant aux secteurs 1 (est de Laval) et 6 (Auteuil et Vimont), ce sont 11,4 et 11,7 % des naissances qui surviennent dans des familles vivant sous le seuil MFR, respectivement.

ENJEU

Pour soutenir les familles à faible revenu : intensifier les actions dans certains secteurs lavallois

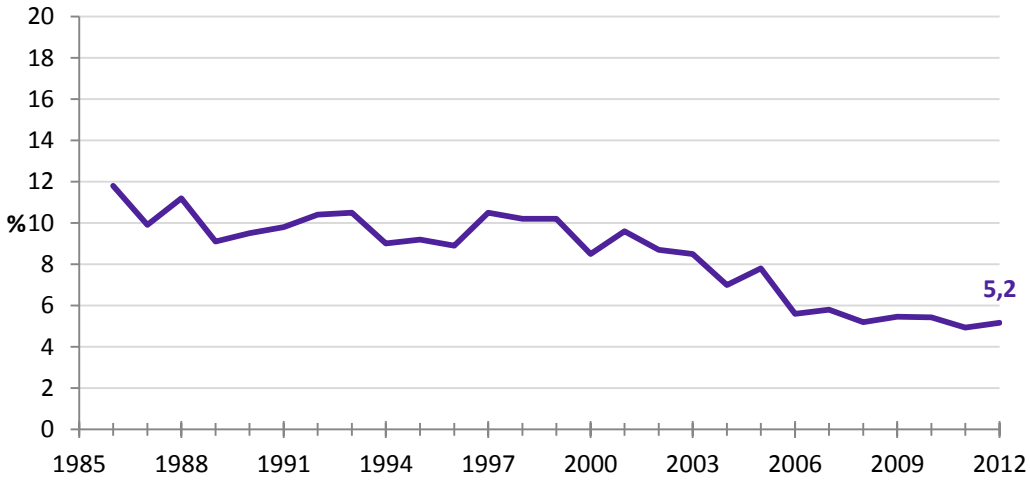
Bien que Laval soit souvent perçue comme une région généralement favorisée, certains secteurs sont particulièrement touchés par la pauvreté, ce qui peut avoir un impact important sur l'avenir des tout-petits lavallois. Les territoires de BML 2 et 3 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau, et Chomedey) en sont des exemples, car on estime qu'environ une naissance sur quatre est touchée par le faible revenu dans ces territoires. Ces derniers devraient donc faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne le faible revenu chez les mères.

Malgré la présence plus importante de familles plus défavorisées dans ces deux secteurs, il ne faut pas oublier qu'il existe des besoins dans les autres secteurs et qu'il ne faut pas les négliger pour autant.

SOUS-SCOLARISATION

La sous-scolarisation des mères fait référence aux naissances chez les mères ne détenant aucun diplôme. La proportion de naissances de mères sous-scolarisées est en diminution. En effet, dans les années 1990 et au début des années 2000, cette proportion oscillait autour de 10 % des naissances, alors que depuis 2006, elle demeure au-dessous de 6,0 %.

FIGURE 51 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE NAISSANCES DE MÈRES SOUS-SCOLARISÉES, LAVAL, 1986 À 2012(P)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1986 à 2012(p).

Ainsi, en 2012, 5,2 % des nouveau-nés lavallois se retrouvent dans cette situation, ce qui correspond à près de 230 naissances de mères sous-scolarisées.

Cette diminution est intimement liée à l'augmentation de la scolarisation des femmes et à l'augmentation de l'âge de la maternité. Comme on l'a vu dans la section 2.2.1, les femmes étudient plus longtemps et attendent souvent de terminer leurs études avant de fonder une famille.

Laval-des-Rapides et Pont-Viau sont les secteurs les plus touchés par la sous-scolarisation des mères

Le tableau suivant présente la répartition des naissances chez les mères sous-scolarisées sur le territoire lavallois.

TABLEAU 11 NOMBRE ET PROPORTION DE NAISSANCES CHEZ LES MÈRES SOUS-SCOLARISÉES SELON LE TERRITOIRE DES BML, LAVAL, 2012(p)

Bureau municipal lavallois	Mères sous-scolarisées	
	N^bre	%
1- Est de Laval	31	5,8
2- Laval-des-Rapides et Pont-Viau	65	7,7
3- Chomedey	51	5,8
4- Ouest de Laval	27	3,7
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	33	3,9
6- Auteuil et Vimont	19	3,5
Laval	227	5,2

(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2012(p).

Le secteur 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) se démarque des autres avec une proportion de naissances chez les mères sous-scolarisées plus importante que dans les autres secteurs. En fin de compte, ce sont près de 8 % des naissances (7,7 %) de ce secteur qui sont attribuables aux mères sous-scolarisées. En 2012, cela représentait 65 naissances. C'est d'ailleurs dans ce secteur que l'on retrouve la plus forte proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans vivant sous la mesure du faible revenu.

Dans les secteurs 1 (est de Laval) et 3 (Chomedey), la proportion de mères sous-scolarisées est la même, soit 5,8 %. Toutefois, cela correspond à un plus grand nombre de naissances dans le secteur 3 (Chomedey) que dans le secteur 1 (est de Laval) (51 comparativement à 31).

Globalement, les secteurs 4 (ouest de Laval), 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) et 6 (Auteuil et Vimont) présentent des proportions de mères sous-scolarisées plus faibles que les autres secteurs lavallois, soit moins de 4 %.

JEUNES PARENTS

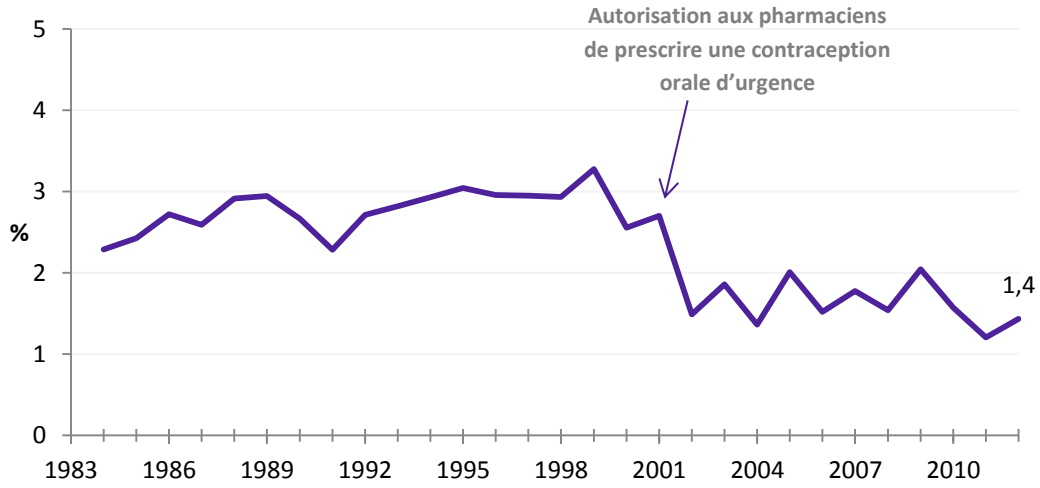
En lien étroit avec le faible revenu et la sous-scolarisation, le jeune âge des mères peut également être considéré comme un facteur de vulnérabilité. En effet, en s'appuyant sur les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ), Bonneau *et coll.* (2001) rapportent que 95 % des mères primipares de moins de 20 ans vivent l'une des conditions suivantes :

- ne pas avoir de diplôme d'études secondaires, vivre dans un ménage à faible revenu;
- ne pas habiter avec le père biologique de l'enfant; ou
- avoir eu au moins deux troubles de la conduite (fugue, vol, absentéisme scolaire, etc.) pendant l'enfance ou l'adolescence.

On rapporte aussi que les couples formés de jeunes âgés de moins de 20 ans qui ont un enfant sont souvent instables (Charbonneau, 1999). À titre d'illustration, dans la section 3.3.1, on démontre avec les données des naissances lavalloises que les jeunes mères et celles qui sont peu scolarisées ont plus fréquemment un enfant prématuré ou souffrant d'un RCIU.

Afin de rapporter le nombre de naissances de jeunes mères, on utilise le nombre de naissances de mères âgées de moins de 20 ans. Tout comme la proportion de naissances de mères sous-scolarisées, la proportion de naissances chez les jeunes femmes a diminué au cours des dernières décennies. En effet, dans les années 1990 et au début des années 2000, cette proportion frôlait 3,0 % des naissances, alors que depuis 2006, elle demeure égale à 2,0 % ou plus faible.

FIGURE 52 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE NAISSANCES CHEZ LES JEUNES FEMMES (MOINS DE 20 ANS), LAVAL, 1986 À 2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1986 à 2012(p).

Ainsi, en 2012, 1,4 % des nouveau-nés lavallois ont une mère de moins de 20 ans, ce qui correspond à 63 naissances.

Il est intéressant de noter qu'une diminution soudaine a eu lieu tout de suite après l'octroi de l'autorisation aux pharmaciens de prescrire une contraception orale d'urgence. Bien que nous ne puissions affirmer que cette diminution est la conséquence directe de ce changement, on peut penser qu'il a tout de même un rôle à jouer.

Le tableau suivant présente la répartition des naissances chez les jeunes femmes sur le territoire lavallois.

TABLEAU 12 NOMBRE ET PROPORTION DE NAISSANCES CHEZ LES JEUNES FEMMES (MOINS DE 20 ANS) SELON LE TERRITOIRE DES BML, LAVAL, 2012(p)

Bureau municipal lavallois	Mères de moins de 20 ans	
	N^bre	%
1- Est de Laval	10	1,9
2- Laval-des-Rapides et Pont-Viau	19	2,3
3- Chomedey	15	1,7
4- Ouest de Laval	12	1,6
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	4	0,5
6- Auteuil et Vimont	3	0,5
Laval	63	1,4

(p) : Données provisoires.

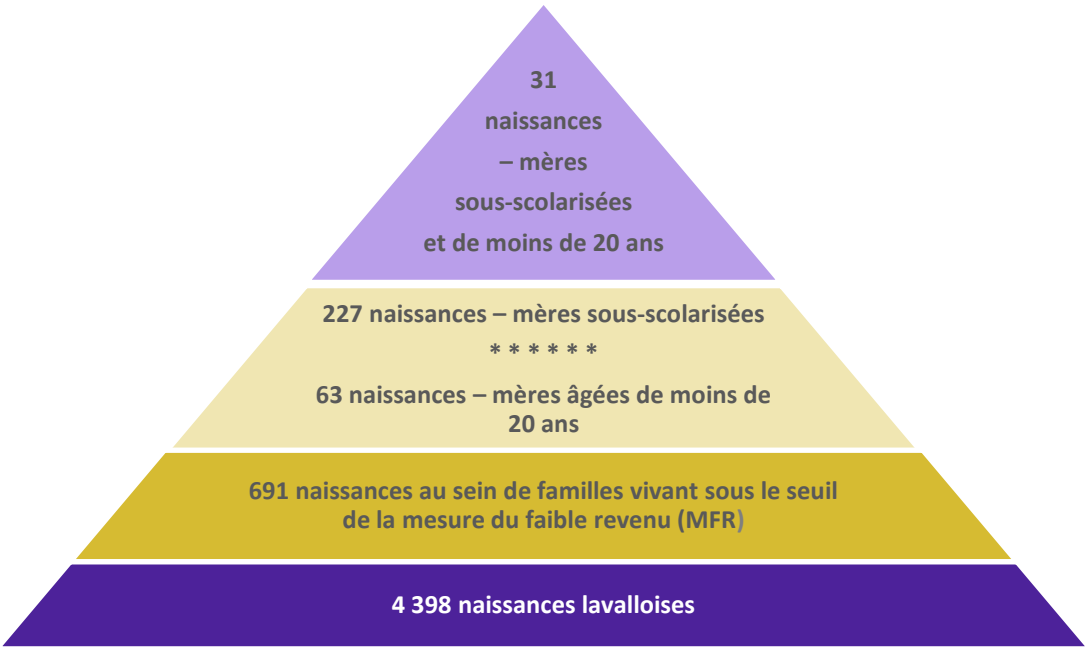
Source : MSSS, Fichier des naissances 1986 à 2012(p).

Le secteur 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) se démarque avec une proportion de jeunes mères atteignant 2,3 %, soit 19 naissances en 2012. Globalement, les secteurs 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) et 6 (Auteuil et Vimont) présentent des proportions de jeunes mères plus faibles que les autres secteurs lavallois, soit 0,5 %. Les secteurs 1 (est de Laval), 3 (Chomedey) et 4 (ouest de Laval) présentent respectivement des proportions de 1,9, 1,7 et 1,6 %.

En résumé, en 2012, parmi les 4 398 naissances lavalloises, on peut estimer qu'un peu moins de 700 naissances sont survenues au sein de familles vivant sous le seuil de la MFR si on adhère à l'hypothèse que la proportion de naissances survenues dans des familles vivant sous la MFR est similaire à la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans vivant sous la MFR, soit 15,3 %. En outre, on sait que 227 naissances sont attribuables aux mères sous-scolarisées[23] et que 63 naissances sont de mères âgées de moins de 20 ans. Enfin, 31 naissances cumulent plus d'un facteur de risque en étant issues d'une mère jeune et sous-scolarisée.

[23] Pour être catégorisée comme étant sous-scolarisée, une mère doit compter moins de 11 ans de scolarité.

FIGURE 53 FAMILLES EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ : DONNÉES SUR LES NAISSANCES LAVALLOISES, 2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages 2011; MSSS, Fichier des naissances 2012(p).

Bien qu'il y ait une plus grande concentration de mères présentant des caractéristiques liées à une certaine vulnérabilité dans les territoires des BML 2 (Laval-des-Rapides, Renaud-Coursol et Pont-Viau) et 3 (Chomedey), il ne faut pas perdre de vue que les autres territoires comptent également des familles dont les besoins sont grands. Il faut donc faire un effort pour les rejoindre partout sur le territoire lavallois.

Des programmes pour les parents en difficulté

Le programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) est un programme ciblant les femmes enceintes et les mères (y compris les pères ainsi que leurs enfants) vivant sous le *seuil de faible revenu* et n'ayant pas terminé leurs études secondaires.

Il vise à soutenir les futurs parents, les familles et les enfants, tant pendant la grossesse que lors de la petite enfance, afin de favoriser la santé et le bien-être des tout-petits. Ces services sont offerts dans toutes les régions du Québec.

Ce soutien adapté aux familles se décline en une diversité de services et d'activités, proposés par des professionnels de la santé et des services sociaux comme par des intervenants d'organismes communautaires de différents quartiers de Laval. Un accompagnement des parents et des enfants est offert par une intervenante du CISSS de Laval et s'appuie sur une équipe interdisciplinaire. Cette intervention individualisée se veut précoce (dès la 12e semaine de grossesse), intensive et peut se poursuivre jusqu'à la rentrée scolaire de l'enfant.

Les objectifs du programme sont de :

- favoriser le développement optimal des enfants âgés de 0 à 5 ans;
- maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants âgés de 0 à 5 ans;
- améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants.

Le tableau suivant décrit le nombre de naissances chez les femmes vivant en contexte de vulnérabilité et inscrites au programme SIPPE au cours de l'année correspondante. En 2013-2014, à Laval, 199 femmes ayant accouché au cours de l'année ont participé au programme SIPPE, ce qui représente 82,2 % de la population vulnérable visée. Entre 2009-2010 et 2013-2014, la majorité des femmes répondant aux critères d'admission ont été rejointes et ont reçu des services dans le cadre du programme. Les proportions varient entre 75,2 % et 85,1 %.

TABLEAU 13 NOMBRE ET PROPORTION DE FEMMES AYANT ACCOUCHÉ AU COURS DE L'ANNÉE ET VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SELON LEUR PARTICIPATION OU NON AU PROGRAMME SIPPE, LAVAL, 2009-2010 À 2013-2014

Bureau municipal lavallois	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Nombre total de femmes ayant accouché au cours de l'année de référence et suivies dans les SIPPE – *numérateur*	218	211	192	196	199
Nombre total estimé de femmes ayant accouché au cours de l'année de référence et répondant aux critères d'admission SIPPE† – *dénominateur*	290	248	239	231	242
Proportion (%) des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	75,2	85,1	80,3	84,8	82,2

Note : † Critères d'admission pour les SIPPE : mères sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles.

Le dénominateur a été obtenu à partir des données de projections (MSSS).

Source : MSSS, Rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion pour Laval, données extraites à partir du système GESTRED, version du 21 mai 2013.

Le **programme OLO (œuf, lait, orange)** est un programme prénatal dont l'objectif est de favoriser la naissance de bébés en santé dont le poids à la naissance est adéquat ainsi qu'une grossesse en santé.

Ce programme s'adresse aux femmes enceintes vivant dans un contexte de faible revenu. Il donne la possibilité d'obtenir gratuitement des aliments essentiels (un œuf, un litre de lait et un verre de jus d'orange par jour) ainsi que des suppléments de vitamines et de minéraux tout au long de la grossesse, et ce, dès la 12^{e} semaine de grossesse.

Ces aliments et suppléments permettent de satisfaire une part importante des besoins quotidiens en protéines, en calcium et en vitamines C et D, des éléments essentiels à la santé du bébé à naître, ainsi que les besoins nutritionnels de la mère (Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2012).

La distribution de suppléments alimentaires est combinée à un suivi nutritionnel et infirmier individuel ou de groupe.

3.1.4 Grossesse à risque

Dans certains cas, la présence d'un diagnostic ou d'un facteur clinique met à risque le déroulement de la grossesse, pouvant mettre en péril la santé de la mère et/ou de l'enfant. Ces grossesses à risque nécessitent un suivi médical particulier. Les diagnostics et facteurs de risque dont il est question peuvent aller de la nature de la grossesse, des antécédents de la mère ou de certaines pathologies.

Selon les données recueillies pour le Rapport du groupe de travail sur l'organisation des services de première ligne de la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS (2011), 17,4 % des grossesses lavalloises sont considérées à risque, comparativement à 20,7 % pour l'ensemble du Québec. Il est toutefois important de rappeler que cette statistique est extraite des données de facturation des actes médicaux.

Au CSSS de Laval, les critères de consultation à la clinique de *grossesse à risque élevé* (GARE) sont les suivants :

> « Femme enceinte de plus de 14 semaines nécessitant un suivi médical particulier en lien avec une condition médicale telle que : cardiopathie, *hypertension chronique*, pré éclampsie, diabète, autres maladies endocriniennes, maladie rénale, maladie gastro-intestinale, maladie auto-immune, obésité morbide, âge maternel (moins de 16 ans, plus de 35 ans), grossesse multiple, antécédent d'accouchement avant terme, menace de rupture prématurée des membranes, suspicion de retard de croissance *in utero*, antécédent de mort *in utero*, thrombophilie, oligohydramnios, *polyhydramnios*, évaluation présentation siège versus version, échographie pour index de liquide amniotique. » (Extrait d'un document de travail transmis par le CSSS de Laval le 29 janvier 2013).

Le suivi plus étroit offert dans ces conditions vise à diminuer les complications durant la grossesse, à diminuer l'occurrence de la prématurité ou du faible poids chez le nouveau-né et à diminuer la mortalité infantile.

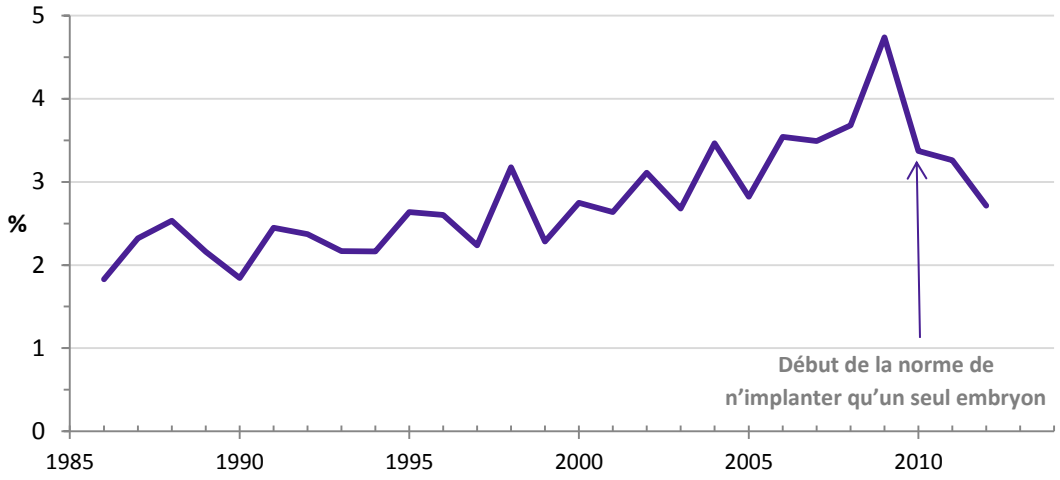
Nous avons sélectionné certains facteurs de risques qui ont, selon la littérature et selon les critères de la clinique GARE du CSSS de Laval, une influence importante sur la santé de la mère et du nouveau-né. Nous aborderons d'abord le cas des grossesses multiples, l'influence de l'âge de la mère et de son poids, la présence de certaines pathologies chroniques ou se présentant au cours de la grossesse, ainsi que certains antécédents lors de grossesses précédentes.

GROSSESSE MULTIPLE

Les grossesses multiples entraînent des risques plus élevés par rapport aux grossesses simples. L'Agence de la santé publique du Canada (2008) en dresse une liste : anémie, *prééclampsie*, prématurité, accouchement par césarienne, faible poids à la naissance, faible croissance fœtale, mortalité périnatale, présentation anormale lors de l'accouchement, paralysie cérébrale ou autres incapacités neurodéveloppementales à long terme.

Le taux d'accouchement multiple se dit du rapport entre le nombre de naissances issues d'une grossesse multiple par rapport à l'ensemble des naissances. Il est à noter que le calcul comprend à la fois les naissances vivantes et les mortinaissances. Le graphique suivant présente le taux d'accouchement multiple chez les Lavalloises depuis 1984.

FIGURE 54 ÉVOLUTION DU TAUX D'ACCOUCHEMENT MULTIPLE, LAVAL, 1984 À 2012(p)



(p) : Les données de 2012 sont provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1986 à 2012(p); MSSS, Fichier des mortinaissances 1986 à 2012(p).

Depuis le début des années 1980, la tendance du taux d'accouchement multiple est à la hausse. Un sommet a d'ailleurs été atteint en 2009 avec un taux de 4,7 pour 100 naissances totales. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2008), ce phénomène serait attribuable au recours aux techniques de *procréation médicalement assistée* (PMA) qui augmenteraient le risque de grossesse multiple par l'implantation de multiples embryons à la fois. Toutefois, dans le cadre du programme québécois visant à rembourser les soins reliés à la PMA qui a débuté en 2010, on a établi des règles, dont celles de n'implanter qu'un seul embryon. Ainsi, on souhaite diminuer les grossesses multiples, d'autant plus que les femmes ayant recours à la PMA sont souvent plus âgées et sont donc déjà confrontées à des risques accrus lors de leur grossesse. D'ailleurs, on peut penser que la baisse du taux d'accouchement multiple observée depuis 2010 résulte des nouvelles règles en vigueur en ce qui concerne la PMA.

ÂGE DE LA MÈRE

Les mères très jeunes (moins de 16 ans) et les mères plus âgées (35 ans et plus) sont plus à risque de connaître des complications lors de leur grossesse et de leur accouchement.

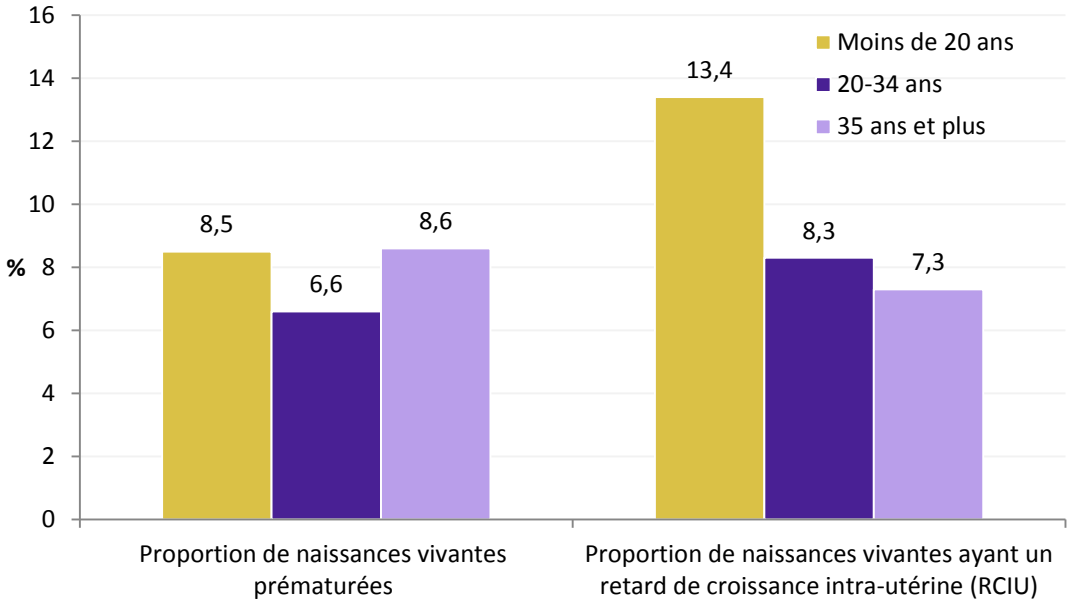
En ce qui concerne les femmes de moins de 16 ans, on évoque parfois l'immaturité biologique pour expliquer les risques engendrés par une grossesse. Cela se traduit par le fait que les enfants nés de mères de moins de 16 ans ont un taux de mortalité infantile et de faible poids à la naissance plus élevé que celui des mères plus âgées. Cette différence quant au taux de mortalité serait principalement attribuable au risque plus élevé de prématurité chez les très jeunes mères (Olausson *et coll.*, 1999; Gilbert *et coll.*, 2004; Chen *et coll.*, 2007). Chen *et coll.* (2007) rapportent également une fréquence plus grande d'un faible *score Apgar*. Certains ont aussi observé que la mère adolescente souffre plus fréquemment d'anémie ou de prééclampsie au cours de sa grossesse si on les compare aux mères de 25 à 29 ans (Liu et Zhang, 2014).

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a effectué une étude afin d'évaluer les impacts d'une grossesse tardive (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Une revue documentaire lui a permis de recenser de nombreux risques possibles. En ce qui concerne la mère, les grossesses tardives s'accompagnent d'un risque plus élevé d'hypertension préexistante ou

gestationnelle, de prééclampsie, de *diabète gestationnel*, de placenta prævia, d'accouchement par césarienne ou de décollement placentaire. Chez les nouveau-nés, les risques soulevés sont la prématurité, le fait d'être petit pour son âge gestationnel, les anomalies congénitales, chromosomiques et non chromosomiques.

Les données lavalloises nous permettent d'observer des différences entre les mères de différents groupes d'âge pour certains indicateurs. D'ailleurs, plusieurs de ces indicateurs se trouveront dans la section 3.3.1. Le graphique suivant présente deux indicateurs liés aux issues de grossesse.

FIGURE 55 ISSUES DE LA GROSSESSE SELON L'ÂGE DE LA MÈRE, LAVAL, 2008 À 2012(p)

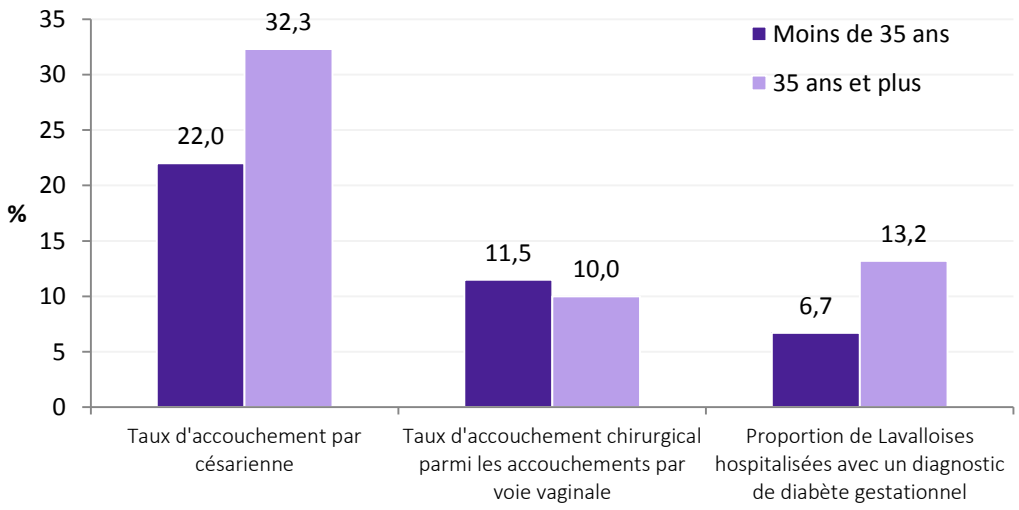


(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2008 à 2012(p).

Parmi les naissances lavalloises, celles issues de mères plus jeunes (moins de 20 ans) sont plus à risque de prématurité et de RCIU que celles issues de mères âgées de 20 à 34 ans. Pour les naissances issues de mères plus âgées (35 ans et plus), c'est uniquement le risque de prématurité qui semble plus élevé.

FIGURE 56 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA GROSSESSE SELON L'ÂGE DE LA MÈRE, LAVAL, 2008-2009 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2008-2009 à 2012-2013.

Relativement aux caractéristiques de l'accouchement et de la grossesse, on remarque que le *taux d'accouchement par césarienne* et que la proportion de Lavalloises hospitalisées avec un diagnostic de diabète gestationnel sont plus élevés chez les femmes de 35 ans ou plus que chez les plus jeunes.

À Laval, les grossesses de mères de moins de 16 ans sont rares. Au cours des cinq années les plus récentes (2008 à 2012), seules six naissances étaient attribuables à des mères de moins de 16 ans sur l'ensemble des naissances, soit près de 22 200 naissances (vivantes ou mortinaissances). Il faut dire que le taux de grossesse chez les très jeunes mères ne cesse de diminuer et que dans la très grande majorité des cas, les grossesses de jeunes mères se terminent en IVG (environ 90 %).

Au contraire, le nombre de grossesses de mères de plus de 35 ans augmente d'année en année. En 2012, à Laval, elles représentaient près d'une grossesse sur quatre (24,5 %) et près d'une naissance sur cinq (19,1 %). En comparaison, dans l'ensemble du Québec, les mères ont tendance à avoir leurs enfants plus jeunes, car la proportion des grossesses et la proportion des naissances chez les mères de plus de 35 ans n'atteignent que 18,1 % et 13,3 %, respectivement. Ce sont des proportions significativement plus faibles qu'à Laval.

POIDS DE LA MÈRE

De nombreuses études se sont penchées sur l'effet du poids de la mère sur la santé maternelle, fœtale et infantile. Il en ressort qu'un surplus de poids chez la mère avant la grossesse a beaucoup d'impact sur le déroulement et l'issue de la grossesse. Il semble également que l'effet augmente selon l'ampleur du surplus de poids.

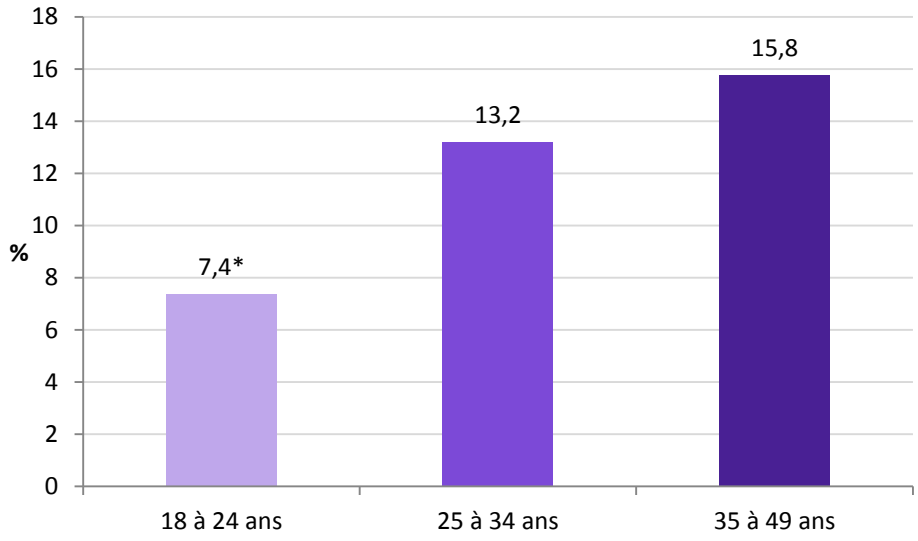
Chez les femmes enceintes souffrant d'obésité, on observe :

- une plus grande difficulté dans la conception : l'obésité diminuerait la fertilité, résultat de mécanismes complexes impliquant notamment le système endocrinien;
- un risque accru d'avortement spontané (Deruelle, 2011);
- de plus fréquentes complications lors de la grossesse, telles que l'*hypertension artérielle*, la prééclampsie et le diabète gestationnel (Chu *et coll.*, 2007; Deruelle, 2011; Ovesen *et coll.*, 2011);
- des conséquences touchant au déroulement du travail et de l'accouchement : un risque augmenté de dépassement de terme, de déclenchement du travail et de césarienne (Chu *et coll.*, 2007; Ovesen *et coll.*, 2011);
- des risques liés à la santé du nouveau-né : une fréquence plus élevée de macrosomie, de faible score Apgar, de mortalité périnatale, de même que de certaines anomalies (Stothard *et coll.*, 2009; Torloni *et coll.*, 2009; Ovesen *et coll.*, 2011). Ces anomalies seraient d'ailleurs liées à la fois à l'obésité en tant que telle, mais également à la présence plus importante de diabète gestationnel.

L'augmentation de l'obésité : un facteur à surveiller

Chez les femmes en âge de procréer, la prévalence est beaucoup plus faible. Bien que les données lavalloises doivent être interprétées avec prudence étant donné leur imprécision[24], elles sont relativement stables depuis dix ans (2001 à 2011-2012). Ainsi, on peut penser qu'un peu plus d'une femme sur dix se situe dans la catégorie de l'obésité à Laval parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données québécoises, plus précises, montrent une légère augmentation au cours de cette même période. En étudiant les données provinciales, on s'aperçoit également que la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Ainsi, chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, seulement 7,4 % sont obèses, alors que cette proportion double chez les femmes âgées de 35 à 49 ans (15,8 %).

FIGURE 57 PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES FEMMES SELON LE GROUPE D'ÂGE, QUÉBEC, 2011-2012



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012.

[24] Les coefficients varient généralement entre 16,6 et 33,3 %.

ENJEU

L'obésité augmente avec l'âge, alors que l'âge de procréer est en hausse

Comme l'âge de la maternité continue de reculer et que l'obésité est plus fréquente chez les femmes plus âgées, on peut penser que les problèmes liés à l'obésité lors des grossesses vont être de plus en plus présents. C'est notamment ce que l'on peut observer en ce qui concerne l'occurrence du diabète gestationnel.

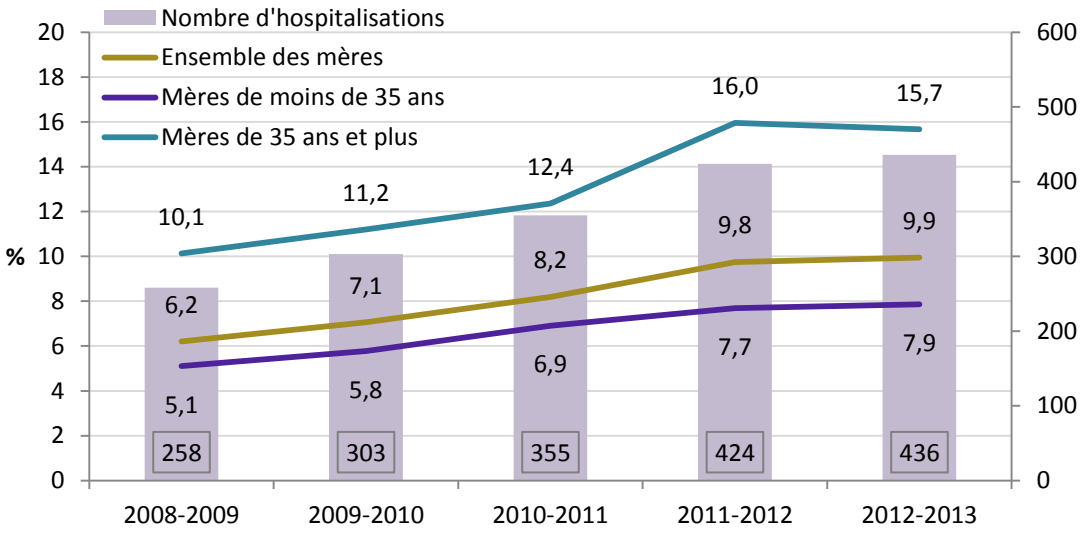
En outre, la région lavalloise compte une plus forte proportion de grossesses et de naissances issues de mères âgées de plus de 35 ans que dans le reste du Québec. On peut donc penser que la région sera davantage touchée par ce phénomène, ce qui pourra se traduire par des besoins accrus en matière de services préventifs et de soins de santé.

MALADIES LORS DE LA GROSSESSE

Certaines pathologies peuvent se développer au cours de la grossesse. C'est le cas du diabète gestationnel et des désordres hypertensifs de la grossesse. Les examens du suivi de grossesse incluent un dépistage de ces pathologies.

Le **diabète gestationnel** est une augmentation du taux de sucre dans le sang chez les femmes qui ne souffraient pas de diabète avant leur grossesse. Le diabète gestationnel apparaît habituellement vers la fin du deuxième ou au troisième trimestre (Diabète Québec *et coll.*, 2006). Au Canada, le diabète a été détecté dans environ 3 à 5 % des grossesses ayant donné lieu à une *naissance vivante* (Agence de la santé publique du Canada, 2011a). Il n'existe pas d'indicateurs précis de la prévalence du diabète gestationnel pour Laval et l'ensemble du Québec. On peut cependant s'appuyer sur les données d'hospitalisations. En comparant le nombre de femmes hospitalisées pour diabète de grossesse par rapport à toutes les femmes hospitalisées pour un accouchement ou pour des soins liés à leur grossesse, on obtient une estimation de la prévalence du diabète gestationnel. On remarque que cette proportion augmente d'année en année pour atteindre 9,9 % en 2012-2013. Ainsi, en 2012-2013, 436 femmes ont été hospitalisées avec un diagnostic de diabète gestationnel.

FIGURE 58 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE LAVALLOISES HOSPITALISÉES AVEC UN DIAGNOSTIC DE DIABÈTE GESTATIONNEL, 2008-2009 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2008-2009 à 2012-2013.

On a identifié plusieurs effets possibles du diabète gestationnel autant chez la mère que chez l'enfant (Abramowicz *et coll.*, 2004; Hunt et Schuller, 2007; Zhang *et coll.*, 2008; Moore, 2012).

Les femmes souffrant de diabète gestationnel vont plus fréquemment souffrir de prééclampsie et subir une césarienne, alors que les nouveau-nés sont exposés à un plus grand risque de macrosomie et de mortalité périnatale. Il faut dire que la macrosomie engendre un risque plus élevé de complications diverses. Chez la mère, on parle de lacérations du périnée, du vagin ou du col de l'utérus et d'accouchement par césarienne. Pour le fœtus, on a observé le traumatisme durant l'accouchement, la *dystocie* des épaules et le décès périnatal. Enfin, chez le nouveau-né, il est question d'hypoglycémie et d'anomalie des électrolytes (Abramowicz *et coll.*, 2004; Zhang *et coll.*, 2008; Moore, 2012).

Les femmes plus âgées souffrent plus fréquemment de diabète de grossesse que les plus jeunes. Le surplus de poids ou un gain de poids très important au cours de la grossesse, de même que les antécédents de diabète sont également des facteurs de risque du diabète gestationnel (Diabète Québec *et coll.*, 2006; Hedderson *et coll.*, 2010). Il a cependant été démontré que la pratique d'activités physiques avant et pendant la grossesse diminuait le risque de développer un diabète gestationnel (Hegaard *et coll.*, 2007; Tobias *et coll.*, 2011).

Celles qui ont souffert de diabète gestationnel vont plus fréquemment développer un diabète de type II au cours de leur vie que celles qui n'en ont pas souffert (Cheung et Byth, 2003; Bellamy *et coll.*, 2009). Ainsi, parmi les femmes ayant souffert de diabète gestationnel, environ une sur cinq (19 %) développera un diabète de type II sur une période approximative de 10 ans (Feig *et coll.*, 2008). Il est donc important que les femmes qui ont souffert de diabète gestationnel soient suivies sur une base régulière. C'est pourquoi le fait d'avoir souffert de diabète gestationnel est un élément important dans l'évaluation des risques de développer le diabète de type II. Dépendant des autres facteurs de risque présents, la recommandation quant à la fréquence de dépistage du diabète de type II variera.

ENJEU

Le diabète gestationnel : une opportunité d'intervention

Au cours des dernières années, la prévalence du diabète de type I et II a augmenté de façon importante. On estime qu'en 2012-2013, 7,7 % des Lavallois âgés de 1 an et plus en souffrent, alors que la prévalence tournait plutôt autour de 4,7 % dix ans plus tôt.

Cette augmentation est inquiétante, mais des moyens de prévention existent, à savoir agir dès l'apparition du diabète gestationnel. En effet, les femmes souffrant de diabète gestationnel sont plus à risque de développer un diabète de type II au cours de leur vie, ce qui permet d'identifier les femmes à risque à un jeune âge. Ainsi, le diabète gestationnel constitue une occasion d'intervention précoce dans le cas du diabète de type II et n'est pas nécessairement une fatalité.

On parle de **prééclampsie** (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) :

- lorsqu'il y a combinaison d'hypertension et de *protéinurie* au-delà de la 20e semaine de grossesse; ou
- lorsqu'aucune *protéinurie* n'est détectée, mais qu'il y a combinaison d'hypertension et d'autres symptômes précis (*thrombopénie,* insuffisance rénale ou hépatique, œdème pulmonaire, symptômes visuels ou cérébraux).

Selon Beaufils (2010), on observerait une hypertension de grossesse dans 6 à 8 % des cas et une prééclampsie dans 2 % des cas. La nature des symptômes, leur nombre et leur gravité varient d'une grossesse à l'autre et d'une femme à l'autre. Ils peuvent également être évolutifs, expliquant la nécessité une surveillance soutenue. La situation peut se résumer à une hypertension artérielle sans aucun autre symptôme, mais il peut également y avoir une insuffisance rénale, des œdèmes diffus (membres supérieurs, inférieurs, lombes, face), un ralentissement ou une interruption de la croissance fœtale ou une *thrombopénie.* Il est à noter que la prééclampsie peut également apparaître en post-partum après une grossesse qui a semblé normale.

La prééclampsie : des conséquences au-delà de l'accouchement

Les conséquences de la prééclampsie peuvent aller jusqu'à l'insuffisance rénale aiguë, l'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, la coagulation intravasculaire disséminée majeure et la nécrose corticale. Ces complications peuvent nécessiter des soins intensifs et peuvent même conduire à la mort. En ce qui concerne l'enfant, la situation peut engendrer un retard ou un arrêt de croissance, ou même la mort *in utero*. Les cas les plus graves exigent une interruption de grossesse afin d'éviter le pire (Beaufils, 2010).

Parmi les facteurs de risque de la prééclampsie, on compte le fait de vivre sa première grossesse ou d'être enceinte d'un nouveau partenaire, des antécédents personnels ou familiaux de prééclampsie, le fait qu'il s'agisse d'une grossesse multiple et la présence de certaines pathologies chroniques préexistantes, dont le syndrome métabolique, le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale. Les mères très jeunes ou plus âgées sont également sont plus exposées au risque de souffrir de prééclampsie, de même que celles qui sont obèses (Duckitt et Harrington, 2005; Young *et coll.*, 2010).

Tout comme pour le diabète gestationnel, l'activité physique avant ou durant la grossesse est un facteur de protection contre la prééclampsie. Enfin, on sait que les femmes qui ont vécu une grossesse avec prééclampsie sont plus à risque de souffrir ultérieurement d'hypertension artérielle, de diabète de type II, d'une maladie cardiovasculaire ou d'une pathologie rénale (Beaufils, 2010; Jonard *et coll.*, 2013).

Entre 2008-2009 et 2012-2013, 61 Lavalloises ont été hospitalisées en moyenne chaque année avec un diagnostic de prééclampsie. Par rapport au nombre de femmes hospitalisées pour un accouchement ou pour des soins liés à leur grossesse, cela représente 1,4 % (1,8 % au Québec), une proportion comparable à la fréquence de 2 % proposée par Beaufils (2010).

MALADIES CHRONIQUES

Plusieurs maladies chroniques préexistantes contribuent à augmenter les risques lors de la grossesse. Selon le cas, la pathologie peut compliquer le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement, ou encore avoir un impact sur la santé de l'enfant. En outre, il y a parfois un risque que la grossesse aggrave la pathologie. Les principales maladies chroniques dont il est question sont le diabète, l'hypertension artérielle chronique, les pathologies cardiaques et rénales, ainsi que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Qu'il s'agisse de **diabète de type I ou de type II (préexistant à la grossesse)**, une attention particulière doit être portée aux femmes qui vivent une grossesse avec cette maladie. La grossesse affecte le métabolisme des glucides de façon importante (Chaudry *et coll.*, 2007) pouvant compliquer la gestion d'un diabète préexistant et demandant un réajustement fréquent du traitement.

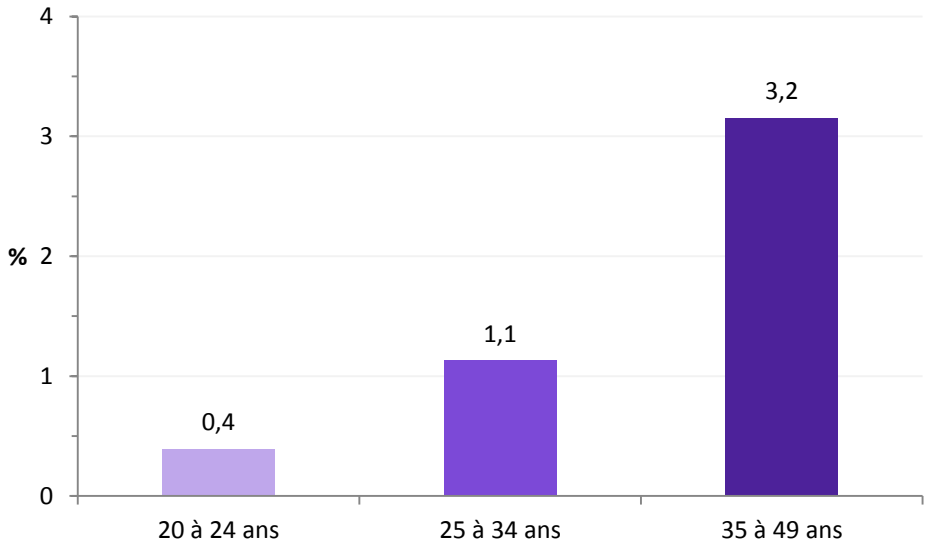
Parmi les risques les plus souvent notés, il y a :

- les malformations congénitales, d'autant plus si le contrôle glucidique est inadéquat au cours des huit premières semaines de grossesse;
- l'avortement spontané ou la mortinaissance;
- la macrosomie, l'hypoglycémie et le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né;
- un risque de jaunisse accru;
- chez les mères, le développement de la prééclampsie, la polyhydramnios et la dystocie.

Selon l'état de la mère avant la grossesse en ce qui a trait au diabète ou à la présence d'autres pathologies chroniques, les risques peuvent être amplifiés.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge. Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, cette condition est presque inexistante. Chez les 25-34 ans, seulement 1,1 % des femmes sont atteintes, alors que chez les 35-49 ans, la proportion grimpe à 3,2 %. Cette réalité illustre une fois de plus les enjeux liés au recul de l'âge de la maternité.

FIGURE 59 PRÉVALENCE DU DIABÈTE CHEZ LES FEMMES SELON LE GROUPE D'ÂGE, LAVAL, 2011-2012



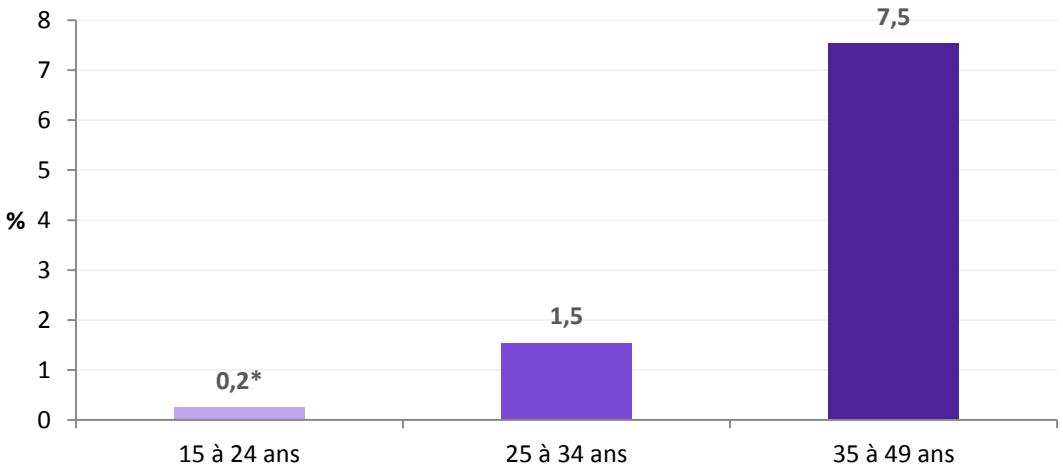
Source : INSPQ, SISMACQ 2011-2012.

Plus précisément, **l'hypertension artérielle chronique** augmente le risque de prééclampsie et de RCIU et, par le fait même, de leurs complications (Gaudebout *et coll.*, 2010). L'ampleur du risque dépend de la sévérité de l'hypertension, de ses impacts cardiaques et rénaux, de sa cause et d'autres éléments contextuels, entre autres l'obésité, le diabète et les antécédents de grossesse (Pourrat, 2013).

La prévalence de l'hypertension artérielle chronique augmente avec l'âge. Chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, cette condition est presque inexistante. Chez les 25-34 ans, seules 1,5 % des femmes

sont atteintes, alors que chez les 35 à 49 ans, la proportion grimpe à 7,5 %. Cette réalité illustre une fois de plus les enjeux liés au recul de l'âge de la maternité.

FIGURE 60 PRÉVALENCE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHRONIQUE CHEZ LES FEMMES SELON LE GROUPE D'ÂGE, LAVAL, 2011-2012



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : INSPQ, SISMACQ 2011-2012.

Les **pathologies cardiaques** peuvent être autant congénitales qu'acquises. Les risques d'une grossesse sont surtout liés aux complications cardiaques, dont l'œdème pulmonaire et la tachyarythmie[25]. Il faut dire que la grossesse a de nombreux impacts sur l'appareil circulatoire (Abbas *et coll.*, 2005), affectant entre autres le volume sanguin, le débit et le rythme cardiaque. Dépendant du type de pathologie cardiaque dont il est question, l'augmentation du risque de complications obstétricales et d'issues de grossesse défavorables pour le fœtus et l'enfant varie. Il est ici question (Abbas *et coll.*, 2005; Drenthen *et coll.*, 2007) :

- d'*hypertension gestationnelle* et de prééclampsie;
- de prématurité ou d'être petit pour son âge gestationnel;
- d'avortement spontané ou de mortalité infantile.

Les **pathologies rénales** chroniques font aussi partie des maladies chroniques préoccupantes lors de grossesse. Nevis *et coll.* (2011) ont publié une revue systématique à ce sujet. Si l'on considère l'ensemble des issues maternelles de grossesse (entre autres l'hypertension gestationnelle, la prééclampsie, l'éclampsie et la mortalité maternelle), on arrive à un risque qui est deux fois plus élevé chez les femmes qui souffrent d'une pathologie rénale par rapport aux autres. Il en serait de même en ce qui concerne les risques de prématurité. Toutefois, cette estimation du risque est à considérer avec prudence, car la plupart des études publiées s'appuient sur un échantillon assez restreint et qu'elles sont souvent de piètre qualité méthodologique. Les risques varient également selon la présence d'autres pathologies.

Plusieurs études ont analysé l'effet des **maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)** telles que la maladie de Crohn (MC) et la colite ulcéreuse (CU). Certaines ont démontré une augmentation du risque de prématurité et de RCIU, mais les études sont parfois contradictoires (Heetun *et coll.*, 2007; Ducarme *et coll.*, 2010). On sait aussi que la fertilité est affectée lorsqu'une femme souffrant de CU a déjà subi une chirurgie colorectale. Par contre, les MICI ne sont pas

[25] La tachyarythmie fait référence à un rythme cardiaque à la fois irrégulier et rapide.

aggravées par une grossesse. Enfin, les possibles chirurgies liées aux MICI peuvent influencer le type d'accouchement.

3.1.5 Avortement spontané et grossesse ectopique

AVORTEMENT SPONTANÉ

Au Québec, les morts fœtales impliquant un fœtus d'au moins 500 grammes doivent être déclarées comme mortinaissances, peu importe la durée de gestation (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Par conséquent, l'avortement spontané ou « fausse couche » signifie la mort du fœtus lorsque ce dernier pèse moins de 500 grammes. La plupart des avortements spontanés se terminent avant la fin du premier trimestre.

Plus d'une grossesse sur vingt se termine en avortement spontané

Il est difficile de déterminer avec exactitude la part des grossesses se terminant en avortement spontané, car plusieurs ne sont pas déclarées. Certaines études rapportent que lorsqu'on exclut les cas d'interruption volontaire de grossesse, plus d'une grossesse sur dix (10,9 %) se termine en avortement spontané (Andersen *et coll.*, 2000). Si l'on soustrait aux grossesses lavalloises des trois années les plus récentes (2010 à 2012) le nombre de mortinaissances, le nombre d'IVG, le nombre de naissances vivantes et le nombre de grossesses ectopiques, on estime qu'il y a environ 285 avortements spontanés annuellement à Laval. Cela représente environ 5 % des grossesses. Toutefois, il faut se rappeler que ce nombre est estimé à partir des grossesses déclarées : il s'agit donc d'une sous-estimation.

Bien que dans la majorité des cas, l'avortement spontané est causé par une malformation du fœtus qui rend ce dernier non viable, certains facteurs augmentent les risques. Parmi ceux-ci, on retrouve un antécédent de fausse couche (Risch *et coll.*, 1988), le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire (Pineles, 2013), la consommation d'alcool et de fortes doses de caféine (Rasch, 2003), la consommation de drogues ou de médicaments (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009a), l'exposition à certains produits chimiques, les contraintes physiques, notamment en milieu de travail, et certaines infections au début de la grossesse (exemples : rubéole, listériose ou chlamydia) (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2009-2010; Agence de la santé publique du Canada, 2012).

Le risque augmente aussi avec l'âge

Andersen *et coll.* (2000) rapportent que le taux d'avortement spontané (toujours en excluant les interruptions volontaires de grossesse) passe d'environ une grossesse sur dix chez les femmes plus jeunes (10,6 % chez les 12-19 ans; 8,9 % chez les 20-24 ans; 9,5 % chez les 25-29 ans) à une grossesse sur cinq chez les 35-39 ans (19,7 %), à 40,8 % chez les 40-44 ans et à trois grossesses sur quatre chez les femmes âgées de 45 ans et plus (74,7 %).

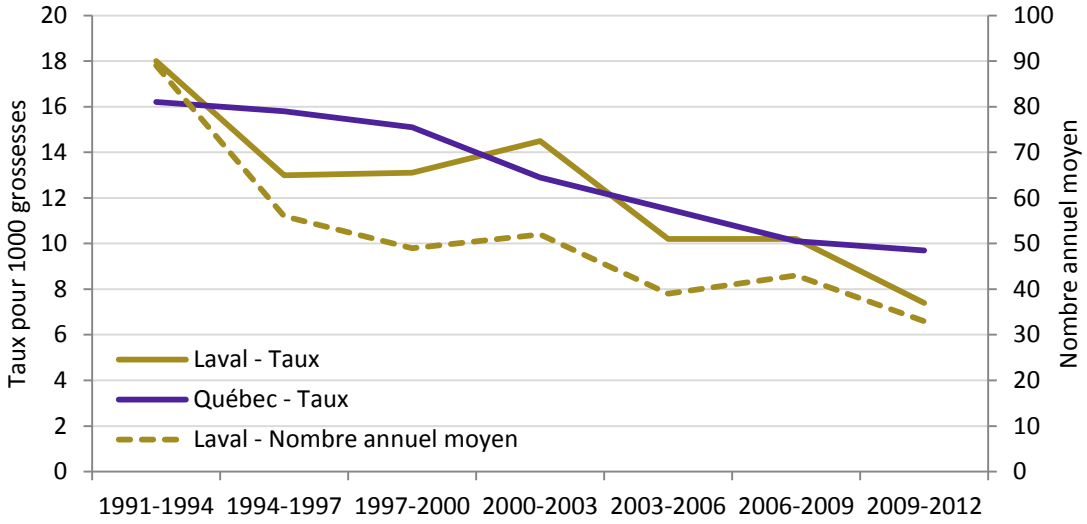
GROSSESSE ECTOPIQUE

La *grossesse ectopique*, aussi appelée grossesse extra-utérine, est définie comme étant un développement de l'ovule hors de la cavité utérine, soit dans une des trompes de Fallope (G. tubaire), soit dans l'ovaire (G. ovarienne), soit dans la cavité péritonéale (G. abdominale) (Delamare et Garnier, 1995). Selon Le Grand Dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française, « [u]ne grossesse extra-utérine ne peut être menée à terme : il y aura avortement spontané ou rupture du site d'implantation menant à une hémorragie grave. Une intervention chirurgicale abortive sera souvent pratiquée afin d'éviter cette dernière éventualité ».

Une tendance à la baisse pour les grossesses ectopiques

Au cours des dix dernières années, heureusement, aucun décès lavallois n'a été constaté à la suite d'une grossesse extra-utérine. Le graphique suivant présente l'évolution du taux de grossesse ectopique, qui correspond au rapport entre le nombre d'hospitalisations pour grossesse et le nombre de grossesses déclarées.

FIGURE 61 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DU TAUX DE GROSSESSES ECTOPIQUES, LAVAL, QUÉBEC, 1991-1994 À 2009-2012

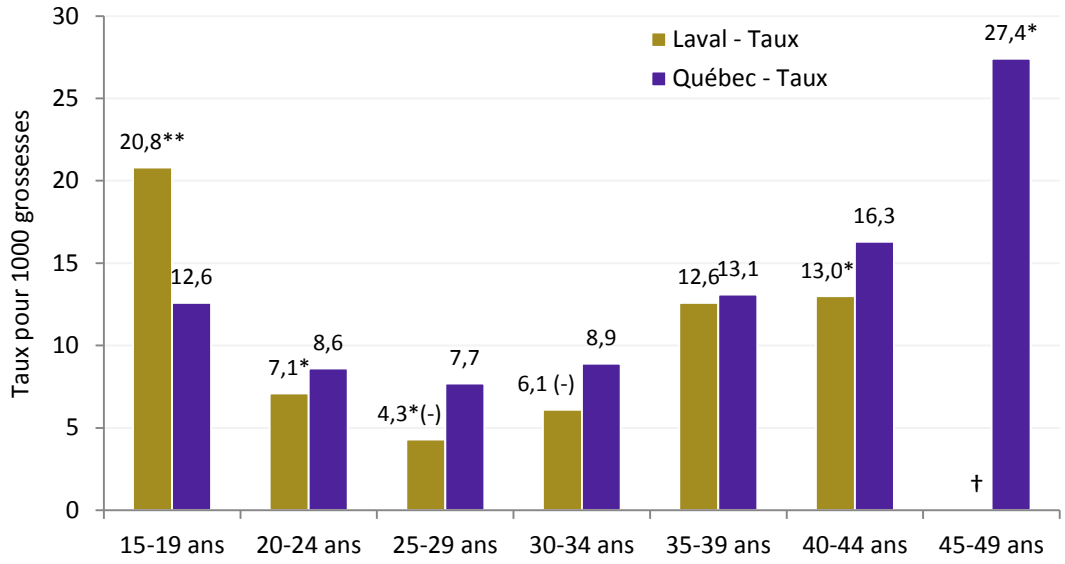


Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 1991-1994 à 2009-2012.

Entre le début des années 1990 et la période 2009-2012, le taux de grossesse ectopique a chuté de moitié, autant à Laval qu'au Québec. Et au cours de la période la plus récente illustrée, Laval affiche un taux significativement plus faible que celui du Québec (7,4 grossesses ectopiques pour 1000 grossesses comparativement à 9,7). La tendance est donc fortement à la baisse. Le nombre annuel moyen de grossesses ectopiques a lui aussi baissé, passant de 89 en 1991-1994 à 33 en 2009-2012, ce qui représente une baisse de 62,9 %.

Le risque de grossesse ectopique varie selon plusieurs facteurs. Une précédente grossesse ectopique, des antécédents d'infections et le tabagisme seraient les plus importants facteurs de risque. Pour les deux derniers facteurs, l'étude de Bouyer *et coll.* (2003) a calculé un risque attribuable de l'ordre de 0,33 et de 0,35, respectivement. On sait, entre autres, que les femmes qui ont été infectées par la chlamydia courent un plus grand risque de subir une grossesse ectopique. Cela s'expliquerait par l'effet durable de l'infection (Agence de la santé publique du Canada, 2011b). Non seulement les femmes fumeuses, mais également celles ayant été exposées à la fumée secondaire sont davantage à risque de vivre une grossesse extra-utérine (Whiteman, 2014), de même que les femmes ayant des antécédents d'infertilité ou ayant subi des infections ou des chirurgies pelviennes (Bouyer *et coll.*, 2003; Karaer *et coll.*, 2006). Enfin, l'usage d'un stérilet augmente le risque de vivre une grossesse ectopique (Bouyer *et coll.*, 2003; Karaer *et coll.*, 2006). L'âge joue aussi un rôle : chez les femmes plus âgées, le risque est plus élevé (Andersen *et coll.*, 2000). La figure suivante illustre d'ailleurs la situation selon le groupe d'âge pour les cinq années les plus récentes.

FIGURE 62 TAUX DE GROSSESSE ECTOPIQUE SELON L'ÂGE DE LA MÈRE, LAVAL, QUÉBEC, 2008-2009 À 2012-2013



(-) Taux significativement plus faible que celui du reste du Québec.

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; estimation à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation de plus de 33,3 %. L'estimation n'est présentée qu'à titre indicatif.

†Données lavalloises non montrées étant donné la trop grande variabilité de l'estimation.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2008-2009 à 2012-2013.

Le taux de grossesse ectopique s'avère plus élevé chez les jeunes mères (15-19 ans) et chez celles plus âgées (35 ans et plus). À Laval, ce sont les 35-39 ans qui représentent le plus grand nombre de grossesses ectopiques sur cinq ans (43), suivies de près par les 30-34 ans (41). Au Québec, ce sont plutôt les 30-34 ans qui se situent en tête de peloton, et les 25-29 ans sont non loin derrière.

Il est difficile d'expliquer la baisse observée du taux de grossesse ectopique, alors que l'âge de la maternité ne cesse d'augmenter et que l'on sait que le risque de grossesse ectopique croît avec l'âge (à l'exception des très jeunes mères). Toutefois, comme le tabagisme fait partie des principaux facteurs de risque, on peut penser que la baisse de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire a eu un impact positif et a donc contribué à la réduction du taux de grossesse ectopique.

3.2 Accouchement

Dans le cadre de la Politique de périnatalité du Québec 2008-2018, on rappelle que « l'accouchement est un événement physiologique naturel qui n'implique pas, *a priori*, d'interventions médicales » (Laverdière *et coll.*, 2008). Toutefois, dans un grand nombre de cas, certaines actions sont posées afin de protéger la santé de la mère ou de l'enfant. Cela peut se traduire par le recours à plusieurs pratiques.

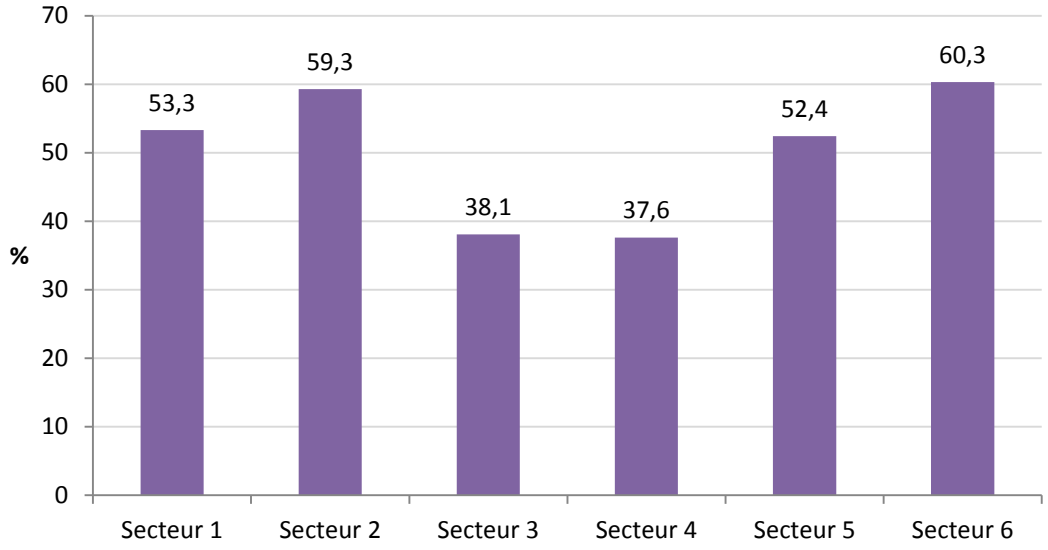
La présente section se penche sur certaines d'entre elles, dont le *déclenchement artificiel du travail*, le soulagement de la douleur lors des accouchements par voie vaginale, l'*épisiotomie*, l'utilisation du forceps et de la ventouse, de même que la césarienne. Les données sur les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) ont également été traitées. Dans chacun des cas, on illustre les données des accouchements des Lavalloises et des Québécoises, ainsi que de l'ensemble des accouchements ayant eu lieu à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Il est à noter que les statistiques présentées reflètent

les accouchements ayant eu lieu dans un hôpital. Des changements de codification ont eu lieu en 2006-2007, causant certains problèmes de correspondance entre les données recueillies avant et après cette date. Par conséquent, il a été décidé de ne présenter que les données à partir de 2006-2007.

Le *taux de rétention* lavallois en ce qui concerne les naissances frôle les 50 %. Et lorsque les femmes lavalloises accouchent en dehors de la région de Laval, elles vont principalement à l'Hôpital général juif (8,7 % des naissances entre 2009 et 2012), au Centre hospitalier de St. Mary (8,6 %), à l'Hôpital Royal Victoria (8,1 %), à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (7,6 %) et au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (6,5 %).

Selon le secteur de résidence, le taux de rétention varie considérablement, ce qu'illustre la figure suivante.

FIGURE 63 TAUX DE RÉTENTION LAVALLOIS SELON LE TERRITOIRE DES BML, 2009-2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2009 à 2012(p).

Alors que le taux de rétention est sous la barre des 40 % dans l'ouest de Laval (secteur 4) et dans Chomedey (secteur 3), il est d'environ 60 % dans Laval-des-Rapides et Pont-Viau (secteur 2) et dans Auteuil et Vimont (secteur 6).

Il faut dire que les naissances de mères résidant au sein du territoire du BML 3 (Chomedey) ont fréquemment lieu à Montréal, soit à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (14,1 %), au Centre hospitalier St. Mary (13,6 %), à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (10,3 %) ainsi qu'à l'Hôpital Royal Victoria (9,7 %). En ce qui concerne les naissances du secteur 4 (ouest de Laval), l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et le Centre hospitalier St. Mary accueillent, chacun, environ une naissance sur dix (11,4, 11,3 et 9,0 %, respectivement).

La majorité des naissances chez les mères immigrantes ont lieu à Montréal

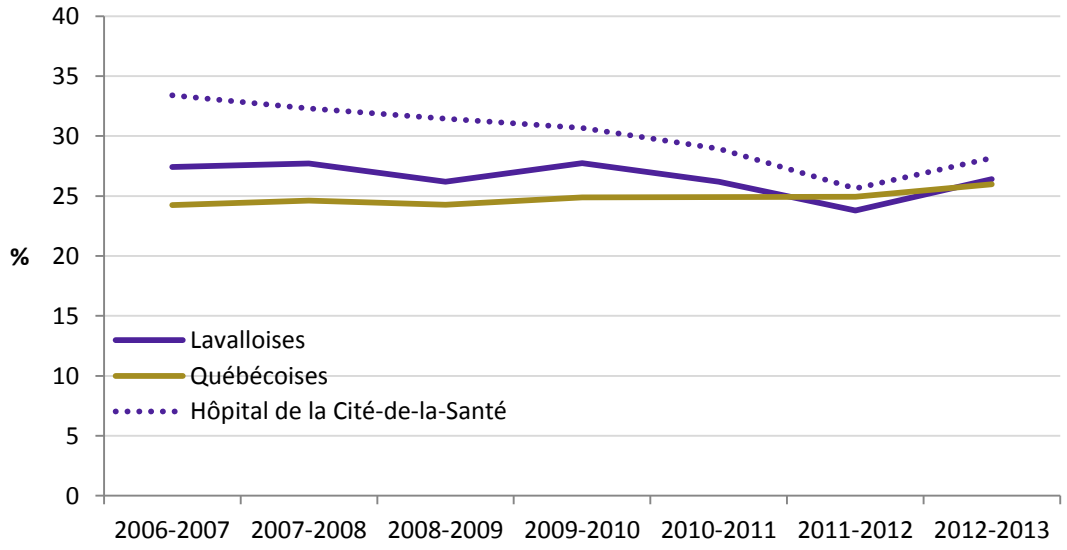
Chez les mères immigrantes, le taux de rétention n'est que de 41,3 %. C'est d'ailleurs au Centre hospitalier St. Mary que les mères immigrantes se retrouvent le plus fréquemment lorsqu'elles accouchent à Montréal (12,5 % des naissances chez les mères immigrantes).

3.2.1 Déclenchement du travail

Dans certaines situations, le travail est déclenché de manière artificielle, soit par des moyens chirurgicaux (exemple : rupture artificielle des membranes), soit par des moyens médicaux (exemples : administration d'ocytocine ou de prostaglandine). Cette intervention a ses avantages et ses inconvénients, déterminés selon différents facteurs, dont la méthode choisie (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec *et coll.*, 2012).

L'évolution de la proportion des accouchements pour lesquels il y a eu déclenchement du travail est présentée à la figure suivante. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation, car il est possible qu'il y ait sous-déclaration de cette pratique.

FIGURE 64 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES ACCOUCHEMENTS POUR LESQUELS IL Y A EU DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL PAR MOYENS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX, LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

Selon les déclarations des médecins, la proportion des accouchements pour lesquels il y a eu déclenchement du travail par moyens médicaux ou chirurgicaux correspond à environ un accouchement sur quatre au Québec. Il faut dire que la fréquence du recours au déclenchement artificiel du travail a beaucoup augmenté au Québec durant les deux dernières décennies du XX^{e} siècle (données non présentées) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec *et coll.*, 2012). Depuis 2006-2007, comme le démontre la figure précédente, la tendance est toujours à la hausse pour les Québécoises, bien que celle-ci soit très peu prononcée. Chez les Lavalloises, la proportion était significativement plus élevée que celle du Québec jusqu'en 2009-2010. Elle a ensuite fléchi et est maintenant comparable à celle du Québec. Cela pourrait s'expliquer, en partie, par l'importante diminution survenue à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et qui présentait des taux élevés.

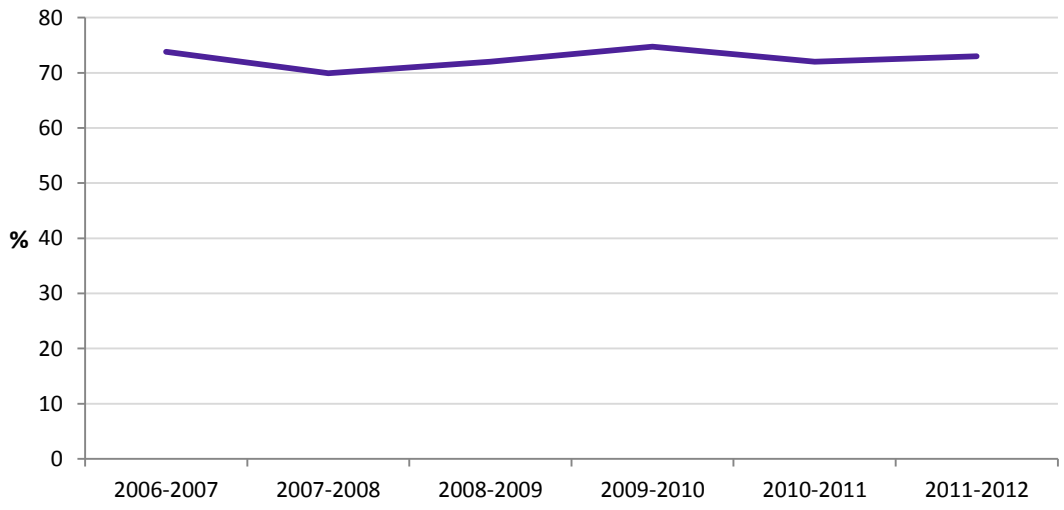
3.2.2 Anesthésie péridurale

L'*Anesthésie péridurale* , y compris l'épidurale et la rachidienne, est une des interventions les plus fréquentes lors des accouchements. Son utilisation a connu une forte hausse au cours des années 1990. L'anesthésie péridurale permet, bien sûr, d'offrir un soulagement de la douleur, mais comporte également des inconvénients, notamment le risque d'augmenter la durée de la deuxième phase du travail, l'hypotension et la température maternelle, ainsi que le risque d'avoir besoin de recourir à d'autres interventions médicales. Des complications ou des infections bactériennes peuvent également résulter du recours à l'anesthésie péridurale (Laverdière *et coll.*, 2008). L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux du Québec (2012) traite de la gestion de la douleur durant l'accouchement. L'analyse des revues systématiques et des méta-analyses portant sur le sujet a permis de dégager la conclusion suivante :

> « Toutes les modalités de contrôle de la douleur pendant le travail ont un point en commun : tous les auteurs s'accordent pour souligner l'importance de la préparation à l'accouchement et du soutien à donner aux femmes pendant l'accouchement. Dans cette perspective, le soutien pendant le travail est considéré comme une approche mixte dans laquelle toutes les modalités de contrôle de la douleur (non pharmacologiques et pharmacologiques) ont leur place dans une gestion globale. En effet, il ne s'agit pas ici d'identifier les situations où l'intervention est "évitable", mais plutôt de considérer l'analgésie péridurale comme un complément à un ensemble comprenant l'accompagnement, les approches non pharmacologiques de contrôle de la douleur et des environnements favorables. Ces éléments permettent de réduire le recours à l'analgésie péridurale. »

Parmi les accouchements par voie vaginale, lesquels représentent environ les trois quarts des accouchements, le taux d'anesthésie épidurale a varié entre 70 et 75 % au cours des dernières années. L'utilisation de cette méthode pour soulager la douleur s'avère donc plutôt constante et très répandue.

FIGURE 65 ÉVOLUTION DU TAUX D'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE LORS DES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX, LAVAL, 2006-2007 À 2011-2012



Note : En ce qui concerne le taux d'anesthésie épidurale, nous n'avons pu obtenir que les données des Lavalloises, et ce, seulement jusqu'en 2011-2012.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2011-2012.

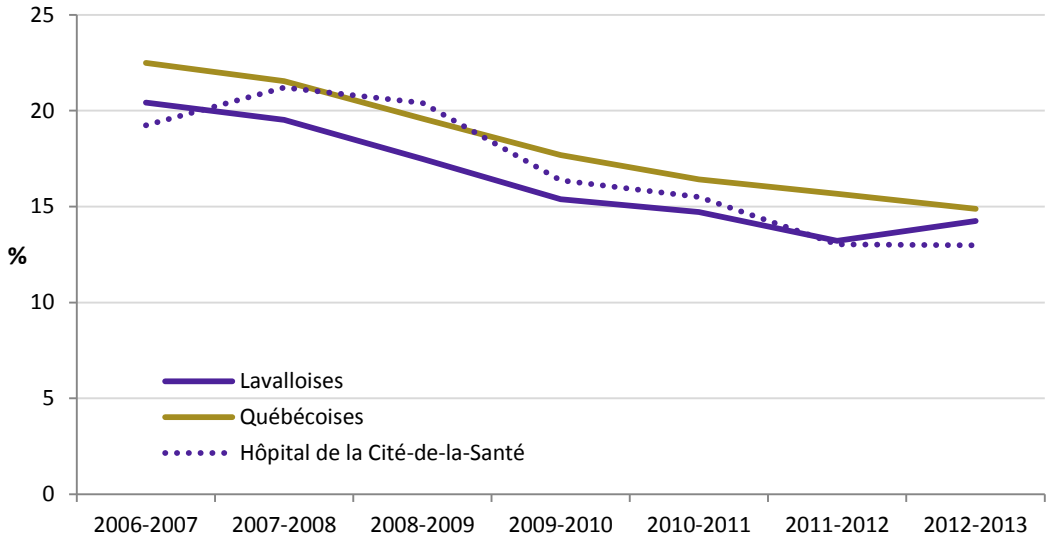
3.2.3 Épisiotomie

Le taux de *traumatisme périnéa*l chez les Lavalloises varie autour de 75 % (donnée non présentée). C'est dire qu'environ trois femmes sur quatre qui ont accouché par voie vaginale ont subi une épisiotomie ou une déchirure du premier, deuxième, troisième ou quatrième degré.

Forte diminution du recours à l'épisiotomie

La pratique de l'épisiotomie a fortement reculé à la suite des changements dans les recommandations. En effet, alors qu'on encourageait autrefois un recours quasi systématique à l'épisiotomie, il a été démontré que cette pratique ne réduisait pas le risque de déchirure grave du vagin ou du périnée et augmentait même le risque de déchirure postérieure du périnée, en plus d'obliger à des sutures (Agence de la santé publique du Canada, 2008). La baisse du taux d'épisiotomie est d'ailleurs observable autant chez les Lavalloises que chez les Québécoises, ainsi qu'à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. À titre d'illustration, le taux lavallois était de 20,4 % en 2006-2007 et a diminué à 14,3 % en 2012-2013. Il est également à noter que le taux d'épisiotomie, chez les Lavalloises, est demeuré significativement plus faible que chez les Québécoises, à l'exception de la dernière année présentée, soit 2012-2013.

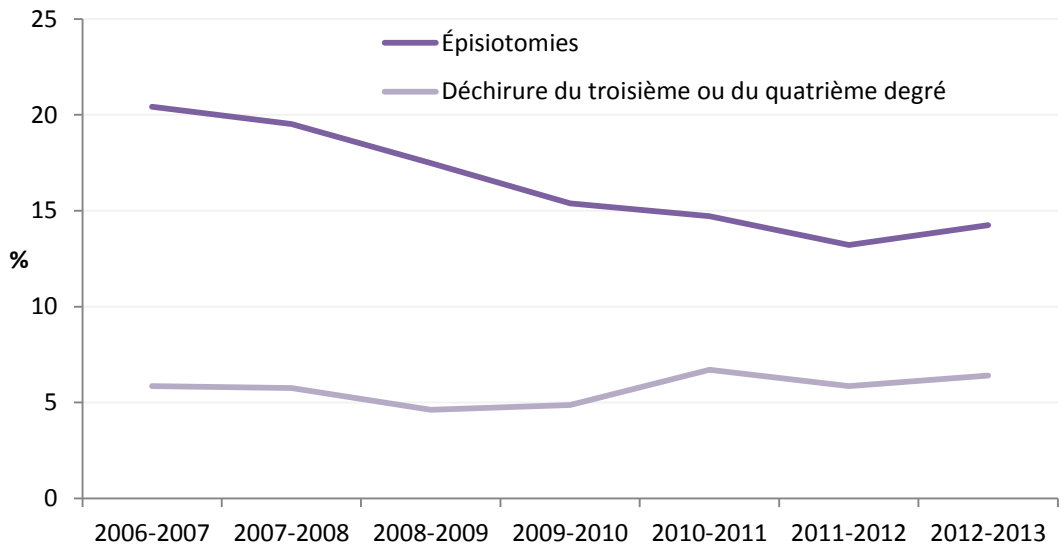
FIGURE 66 ÉVOLUTION DU TAUX D'ÉPISIOTOMIE LORS DES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX, LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

Les données concernant les accouchements chez les Lavalloises donnent raison aux nouvelles recommandations. En effet, malgré la baisse du taux d'accouchement avec épisiotomie, le taux de traumatisme périnéal du troisième ou du quatrième degré est demeuré plutôt stable. Ainsi, en 2012-2013, 6,4 % des accouchements par voie vaginale ont engendré une déchirure du périnée au troisième ou quatrième degré.

FIGURE 67 ÉVOLUTION DU TAUX D'ÉPISIOTOMIE ET TAUX DE DÉCHIRURE DU TROISIÈME OU DU QUATRIÈME DEGRÉ DU PÉRINÉE, LAVAL, 2006-2007 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

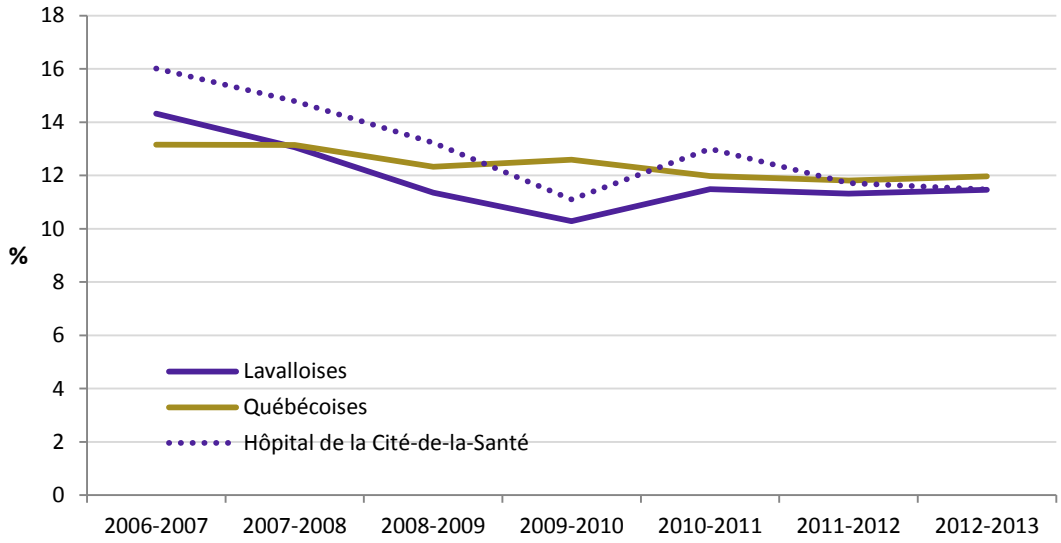
3.2.4 Accouchement chirurgical par voie vaginale

Les *accouchements chirurgicaux par voie vaginale*[26] comprennent les accouchements utilisant la ventouse obstétricale et ceux utilisant le forceps. Le taux d'accouchements chirurgicaux est calculé par rapport à l'ensemble des accouchements par voie vaginale. La Politique de périnatalité (Laverdière *et coll.*, 2008) note que « chacune [de ces deux techniques] a ses avantages et ses inconvénients. Selon les circonstances, l'une sera préférable à l'autre ».

[26] Les mots en italiques dans le texte sont définis dans le lexique.

La figure suivante présente l'évolution du taux d'accouchement chirurgical par voie vaginale.

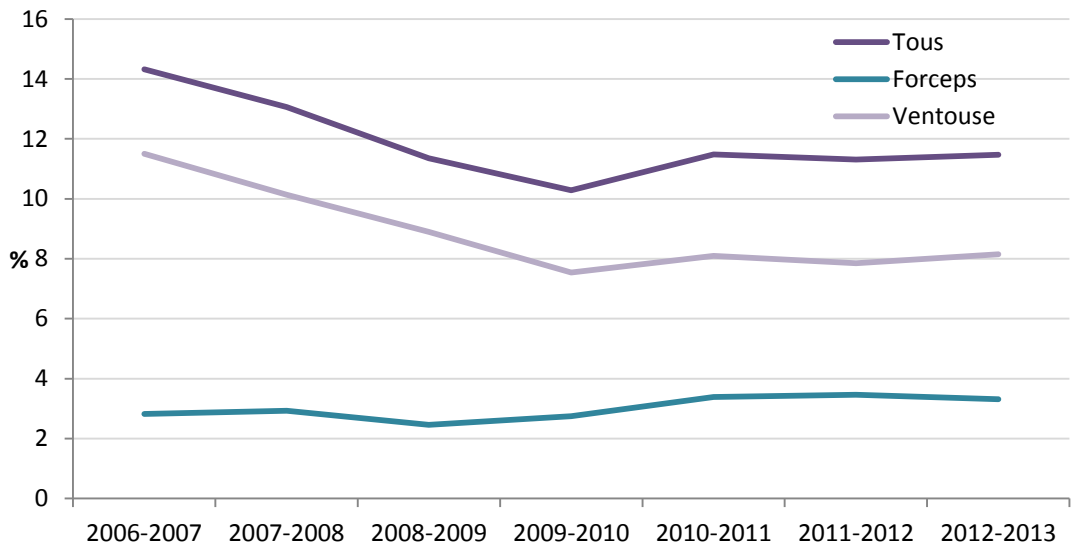
FIGURE 68 ÉVOLUTION DU TAUX D'ACCOUCHEMENT CHIRURGICAL PARMI LES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE VAGINALE, LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

On remarque une diminution de ce taux pour tous les groupes étudiés depuis 2006-2007. Chez les Lavalloises, il était de 14,3 % en 2006-2007 et de 11,5 % en 2012-2013. La figure suivante, illustrant la situation détaillée parmi les accouchements des Lavalloises, montre que cette tendance semble principalement due à une diminution de l'utilisation de la ventouse. Résultat : alors que le taux d'accouchement assisté avec ventouse a diminué de près du tiers depuis 2006-2007, le taux d'accouchement assisté avec forceps a été plutôt stable au cours de la même période, ou légèrement en hausse, quoique la tendance ne soit pas significative. Il n'en reste pas moins que le taux d'accouchement assisté avec ventouse demeure nettement plus élevé que le taux d'accouchements assistés avec forceps (8,1 % comparativement à 3,3 % en 2012-2013).

FIGURE 69 ÉVOLUTION DU TAUX D'ACCOUCHEMENT CHIRURGICAL PARMI LES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE VAGINALE SELON LE TYPE D'ASSISTANCE, LAVAL, 2006-2007 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

3.2.5 Césarienne

Le recours à la césarienne a beaucoup augmenté au cours des dernières décennies du XX^{e} siècle (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec *et coll.*, 2012). L'Institut canadien d'information sur la santé (2009) rapporte que ce phénomène pourrait être dû à l'évolution des pratiques en soins obstétriques, ainsi qu'à l'évolution des caractéristiques des femmes.

Parmi les facteurs augmentant le risque de césarienne, on note le fait d'accoucher d'un premier enfant, un âge avancé de la mère, l'obésité et les naissances multiples. Du côté des pratiques obstétriques, on compte la surveillance accrue du fœtus et le recours à l'anesthésie péridurale. La Politique de périnatalité 2008-2018 du gouvernement du Québec (Laverdière *et coll.*, 2008) évoque une étude canadienne qui a également identifié les césariennes de convenance comme faisant partie des facteurs expliquant la hausse du *taux de césarienne* (Liu *et coll.*, 2004).

Ce phénomène est préoccupant étant donné que le recours élevé aux césariennes non nécessaires peut entraîner une hausse de la morbidité et de la mortalité maternelles, en plus d'une hausse des coûts de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Effectivement, on reconnaît un certain nombre d'impacts sur la femme en ce qui concerne les grossesses et les accouchements ultérieurs : augmentation du risque de décollement placentaire, de placenta prævia, de grossesse ectopique, d'avortement spontané et de mort fœtale tardive (Laverdière *et coll.*, 2008). Du côté du nouveau-né, on parle de risque augmenté « de dépression du système nerveux central, de difficultés relatives à l'alimentation, de lacérations fœtales et de détresse respiratoire ».

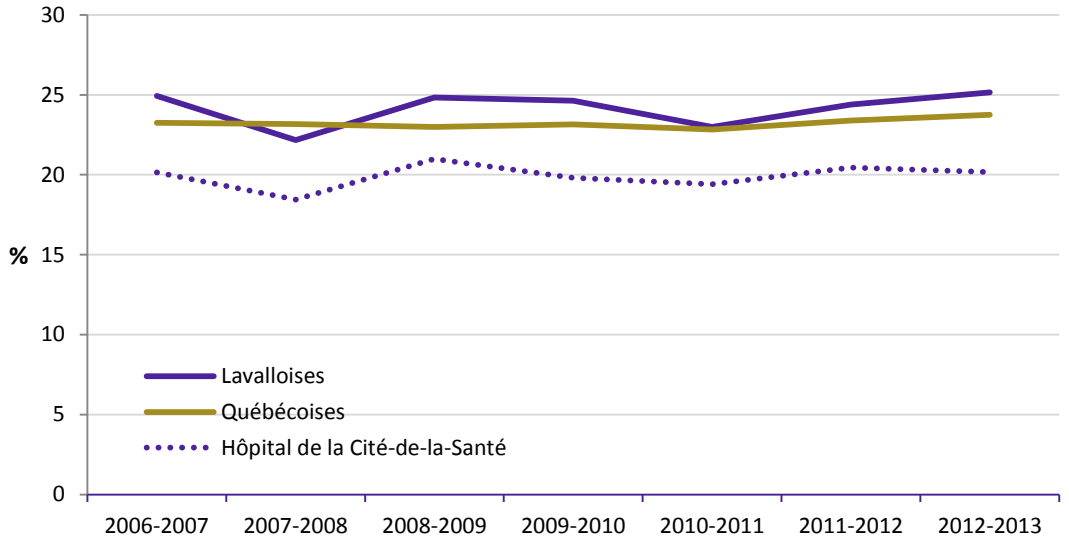
Moins de césariennes à Laval (Hôpital de la Cité-de-la-Santé)

La tendance du taux de césarienne était toujours en hausse au début des années 2000 (données non présentées) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec *et coll.*, 2012). Toutefois, depuis 2006-2007, à Laval tout comme au Québec, le taux de césarienne est demeuré plutôt stable, oscillant autour de 24,0 %.

On remarque également que le taux de césarienne à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé demeure significativement moins élevé que celui des Lavalloises et des Québécoises, reflétant un recours moins fréquent à cette intervention dans cet établissement, possiblement dû aux transferts de cas plus compliqués, notamment au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. En effet, si l'on s'attarde au taux de césarienne des Lavalloises selon l'hôpital où elles accouchent, le taux est beaucoup plus élevé au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à l'Hôpital Royal Victoria, à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis et au Centre hospitalier St. Mary comparativement à celles qui se retrouvent à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Dans le premier groupe, le taux approche un accouchement sur trois, alors que dans le deuxième, il est plutôt question d'un accouchement sur cinq.

L'OMS a proposé les cibles populationnelles suivantes, qui sont toujours en vigueur : un taux de césarienne de 15 % ou moins pour les naissances chez les mères n'ayant jamais subi une césarienne et de 63 % chez les mères avec un antécédent de césarienne (Centers for Disease Control; Organisation mondiale de la Santé, 1985).

FIGURE 70 ÉVOLUTION DU TAUX D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE, LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007 À 2012-2013



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

Une femme sur trois âgée de 35 ans et plus subit une césarienne lors de son accouchement

Les données nous permettent également d'observer l'écart entre le taux de césarienne chez les femmes de moins de 35 ans par rapport à celui des femmes de 35 ans et plus. À titre d'illustration, alors que le taux de césariennes des Lavalloises plus jeunes est de 22,0 %, entre 2008-2009 et 2012-2013, celui des femmes plus âgées est plutôt de l'ordre de 32,3 % (données non présentées). Ceci s'explique par le fait que les grossesses au-delà de cet âge comportent plus de risque, comme il a été mentionné précédemment.

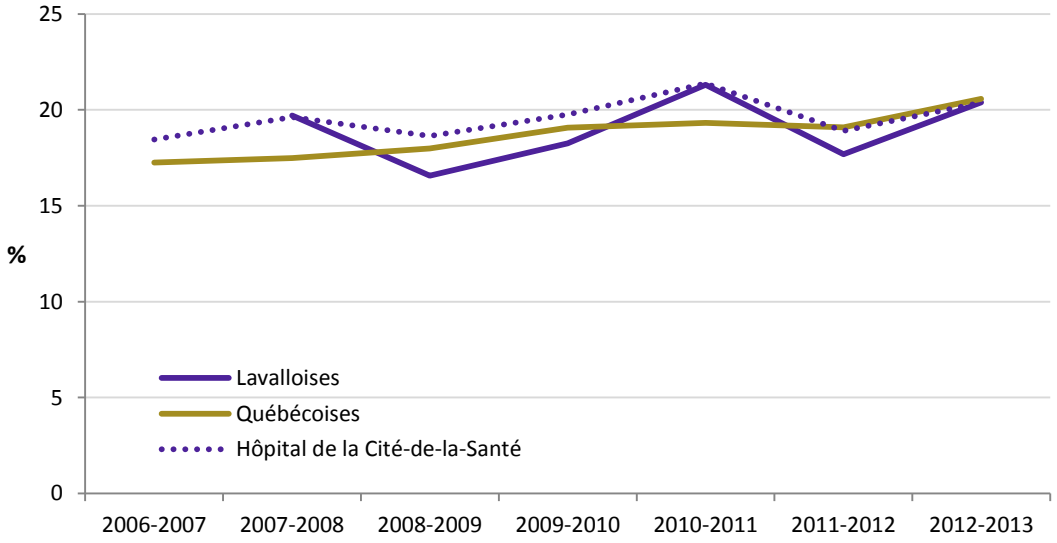
Les femmes ayant un antécédent de césarienne sont plus enclines à accoucher par césarienne de nouveau par rapport à celles qui n'ont jamais subi de césarienne. En effet, en 2012-2013, le *t* était de 16,2 %, alors le *taux de césarienne répétée* était d'environ 79,6 % (données non présentées), et ce, même si *Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)* n'est pas contre-indiqué la plupart du temps.

3.2.6 Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)

Comme mentionné à la section précédente, chez les femmes ayant un antécédent de césarienne, il est fort probable que les accouchements suivants aient lieu par césarienne également. Toutefois, un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) est également envisageable. On sait que l'AVAC a connu une baisse de popularité au début des années 2000 à la suite d'études qui amenaient à défavoriser cette pratique. Toutefois, d'autres études ont davantage décrit l'AVAC comme une procédure sécuritaire (Laverdière *et coll.*, 2008). Dans *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (Doré et Le Hénaff, 2015), on mentionne certains avantages de l'accouchement vaginal, soit l'absence de risque de complications liées à une chirurgie, un contact immédiat et soutenu avec le bébé dès sa naissance et un temps de récupération moins long. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (Martel et MacKinnon, 2005) recommande un essai de travail de 30 minutes dans la plupart des accouchements après césarienne. On estime que cet essai de travail devrait réussir dans 50 à 85 % des cas. Il est d'ailleurs intéressant de constater que, selon les données transmises par le CSSS de Laval, parmi les tentatives d'AVAC à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en 2010-2011, 84,5 % sont réussis (données non présentées).

La figure suivante présente le taux d'AVAC des six dernières années, soit la proportion d'accouchements par voie vaginale parmi les femmes ayant déjà subi une césarienne. Chez les Lavalloises, certaines variations ont eu lieu au cours des six dernières années, mais celles-ci demeurent non significatives étant donné l'imprécision engendrée par le petit nombre d'AVAC. Au Québec, on a observé une légère hausse : 17,3 % en 2006-2007 comparativement à 20,6 % en 2012-2013.

FIGURE 71 ÉVOLUTION DU TAUX D'ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS CÉSARIENNE (AVAC), LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007† À 2012-2013



† La donnée de l'année 2006-2007 concernant les Lavalloises n'est pas présentée en raison d'un fort risque de donnée aberrante.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

3.3 Période postnatale

La *période postnatale* s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'à la fin de la première année de vie. C'est une étape cruciale qui est riche en bouleversements. Dans cette section, les caractéristiques liées à la santé physique pendant cette période sont abordées en premier lieu. Parmi celles-ci, on retrouve les issues de grossesse (l'*insuffisance de poids à la naissance*, les anomalies et la mortalité chez le nouveau-né) qui peuvent avoir d'importantes conséquences sur la santé du nouveau-né et sur ses futures possibilités. La mortalité et la *morbidité maternelles*, de même que les hospitalisations au cours de la première année de vie sont également étudiées. Enfin, les questions de l'allaitement et de l'alimentation sont abordées, de même que l'adaptation et l'intégration sociales, un thème sous lequel ont été regroupées la notion d'attachement et la dépression post-partum.

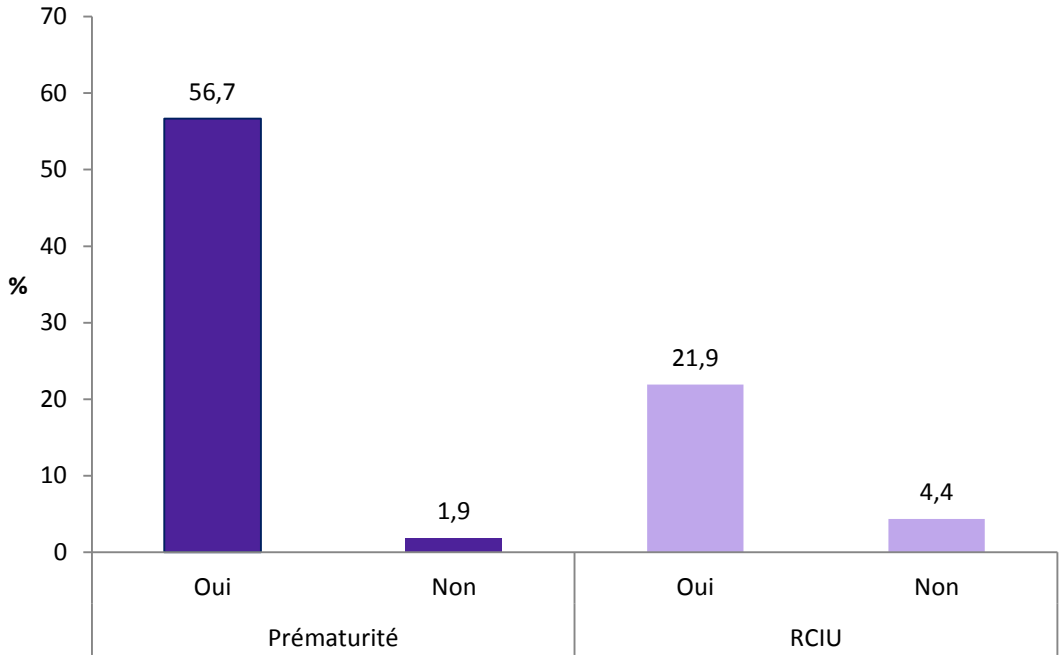
3.3.1 Insuffisance de poids à la naissance

Un nouveau-né de petit poids se dit d'un enfant né dont le poids est inférieur à 2500 g. Cette condition a de multiples conséquences sur l'enfant et s'avère intimement associée à la mortalité fœtale et néonatale, ainsi qu'à la morbidité. Au cours de leur vie, ces bébés présentent une incidence élevée de retard de croissance, de développement cognitif et de l'apparition de maladies chroniques. À l'âge adulte, on observe plus précisément une forte incidence de diabète de type 2, d'hypertension et de maladies cardiovasculaires. Ajoutons à ceci un risque supplémentaire pour les bébés de sexe féminin, celui de mettre au monde à leur tour un bébé de faible poids (Wardlaw, 2004).

L'insuffisance de poids à la naissance résulte soit d'une naissance prématurée, soit d'un *retard de croissance intra-utérine* (Institut canadien de la santé infantile, 1996). C'est pourquoi cette section analyse à la fois les naissances de faible poids, les naissances prématurées, ainsi que les naissances

pour lesquelles on constate un RCIU. La figure suivante illustre clairement le lien causal qui existe entre la prématurité ou le RCIU et le faible poids à la naissance. On remarque que parmi les naissances vivantes prématurées, la proportion de naissances de faible poids est de 56,7 % comparativement à la très faible proportion observée chez les naissances non prématurées (1,9 %). Quant aux naissances présentant un retard de croissance intra-utérine, la proportion de naissances de faible poids est de 21,9 %, alors qu'elle n'est que de 4,4 % chez ceux ne souffrant pas d'un retard de croissance.

FIGURE 72 PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS SELON LA PRÉSENCE DE PRÉMATURITÉ OU DE RCIU, LAVAL, 2008-2012(p)



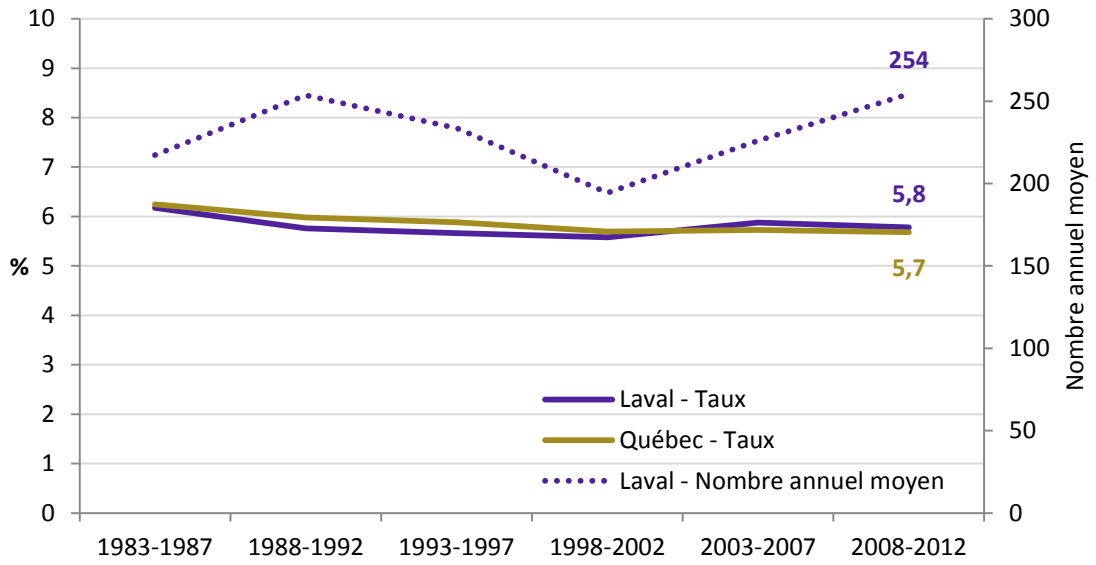
(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2008 à 2012(p).

Au Québec, au cours des 30 dernières années, la proportion de naissances vivantes de faible poids a diminué lentement, mais sûrement. Comme la proportion lavalloise ne s'est jamais écartée de celle du Québec au cours de cette période, on peut penser que les données lavalloises suivent la même tendance. Il faut toutefois souligner qu'à elles seules, les données lavalloises ne permettent pas de dégager une tendance significative.

Ainsi, au cours de la plus récente période, la proportion lavalloise de naissances vivantes de faible poids est de 5,8 %, une proportion semblable à celle du Québec (5,7 %). Quant au nombre de nouveau-nés lavallois de faible poids, il a fluctué de façon similaire au nombre total de naissances vivantes. La figure suivante illustre l'évolution de la situation depuis 1983.

FIGURE 73 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(p)



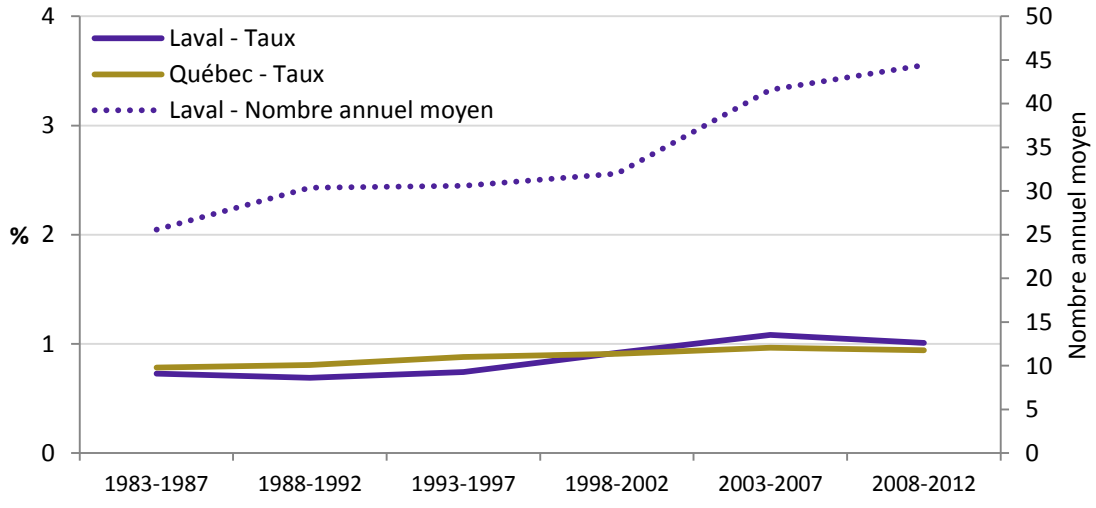
(p) : Données provisoires.

Note : Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 g ne sont pas comprises dans les données.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec jusqu'en 2010.

Parmi les naissances de faible poids, on distingue les naissances de très faible poids (moins de 1 500 grammes) de celles qui se situent entre 1 500 et 2 499 grammes. Les naissances de très faibles poids sont les plus à risque de subir les conséquences liées au faible poids. Au fil des années, la proportion de naissances vivantes de très faible poids a très légèrement augmenté, passant de 0,7 % à 0,9 %.

FIGURE 74 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE TRÈS FAIBLE POIDS, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(p)



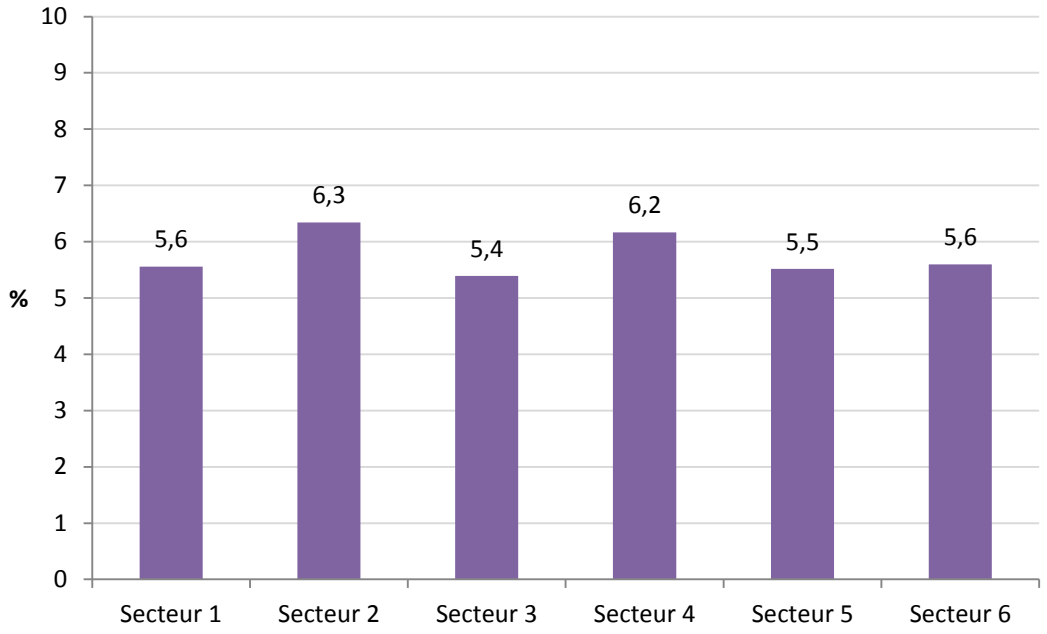
(p) : Données provisoires.

Note : Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 g ne sont pas comprises dans les données.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec jusqu'en 2010.

La proportion de naissances vivantes de faible poids ne diffère pas significativement d'un secteur de BML à l'autre. La figure suivante présente l'état de la situation au cours de la période de 2008 à 2012. En chiffres absolus, les proportions illustrées correspondent à une moyenne annuelle de 32 naissances vivantes de faible poids dans l'est de Laval (secteur 1), de 50 dans Laval-des-Rapides et Pont-Viau (secteur 2), et de 46, 50, 45 et 31 dans Chomedey (secteur 3), l'ouest de Laval (secteur 4), Fabreville-Est et Sainte-Rose (secteur 5) et Auteuil et Vimont (secteur 6), respectivement.

FIGURE 75 PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2008-2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2008 à 2012(p).

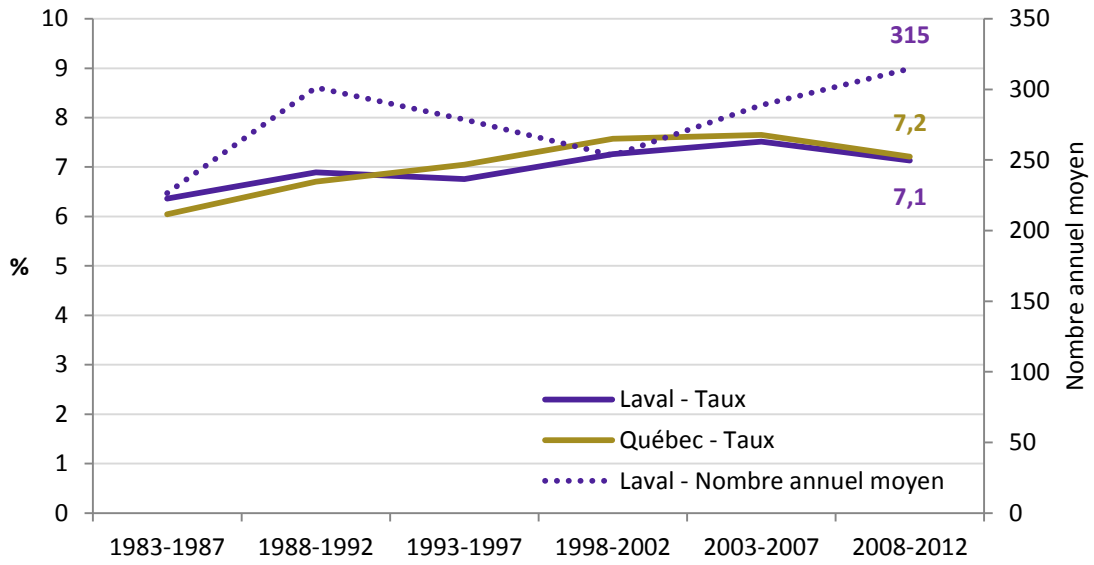
PRÉMATURITÉ

Un nouveau-né prématuré se dit d'un enfant né après une période de gestation de moins de 37 semaines. La prématurité est une cause importante de la mortalité et de la morbidité chez les nouveau-nés. Elle peut engendrer de nombreuses complications. Certaines études rapportent des effets sur le développement neurologique, des risques de complications respiratoires et gastro-intestinales, d'asphyxie à la naissance, d'instabilité de la température corporelle, de détresse respiratoire, d'infections, d'hypoglycémie, de crise cardiaque, d'apnée, etc. (Goldenberg *et coll.*, 2008; Simmons *et coll.*, 2010).

Hausse de la prématurité

À Laval, tout comme au Québec, la proportion de naissances prématurées est à la hausse. Elle a augmenté de 6,4 % à 7,1 % entre 1983-1987 et 2008-2012. Résultat : le nombre de naissances vivantes prématurées a subi une hausse de près de 40 % à Laval au cours des 30 dernières années, atteignant plus de 300 naissances annuellement entre 2008 et 2012. Cette hausse est aussi liée à l'augmentation du nombre de naissances observée au cours de cette période. La figure suivante présente l'évolution des naissances vivantes prématurées.

FIGURE 76 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES PRÉMATURÉES, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(p)



(p) : Données provisoires.

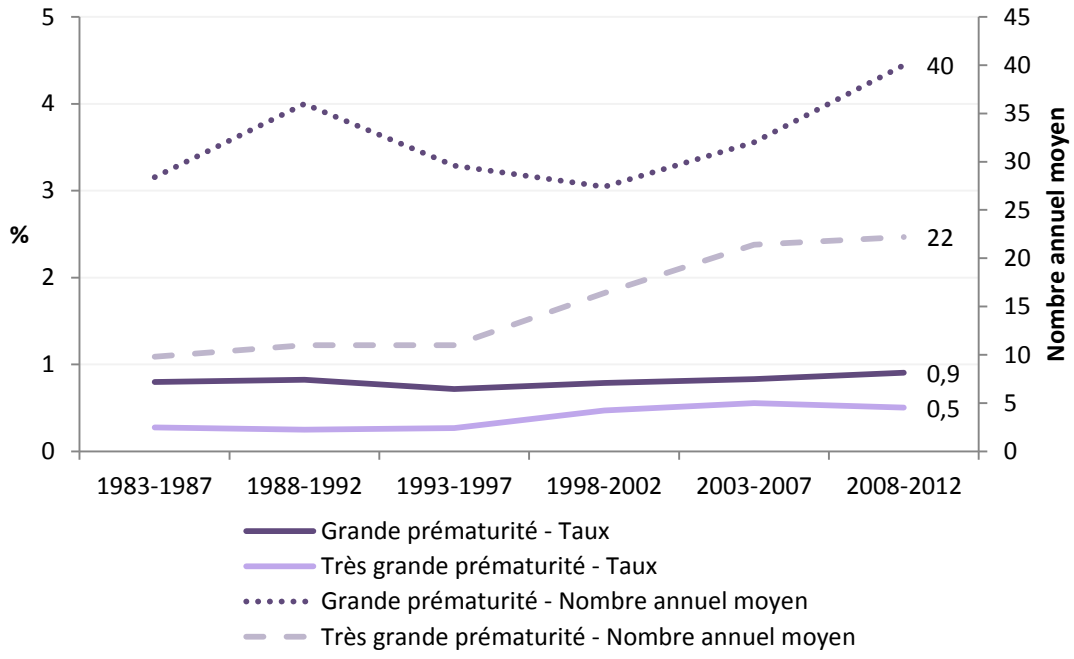
Note : Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 g ne sont pas comprises dans les données.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec jusqu'en 2010.

La tendance à la hausse de la proportion de naissances vivantes prématurées pourrait être attribuable à l'augmentation de l'âge de la maternité et de l'occurrence des grossesses multiples, deux facteurs augmentant le risque de prématurité, comme il a été expliqué précédemment. L'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) et une plus fréquente utilisation de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel pourraient aussi contribuer à expliquer la hausse des naissances vivantes prématurées (Santé Canada, 2003; Laverdière *et coll.*, 2008; Institut national de santé publique du Québec, 2009b).

Parmi les naissances prématurées, on distingue les naissances dites « moyennement prématurées » (de 33 à 36 semaines de gestation) à celles dites « grandement prématurées » (de 27 à 32 semaines) ou « très grandement prématurées » (moins de 27 semaines). Il faut savoir que ce sont les naissances très grandement prématurées qui ont connu une hausse au cours des dernières années. Ainsi, le nombre annuel moyen de nouveau-nés très grandement prématurés est passé d'environ 10 à 22 nouveau-nés. La figure suivante illustre le phénomène. Toutefois, comme mentionné précédemment, il se peut que cette hausse s'explique par l'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées.

FIGURE 77 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES GRANDEMENT ET TRÈS GRANDEMENT PRÉMATURÉES, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(P)



(p) : Données provisoires.

Note : Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 g ne sont pas comprises dans les données.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec jusqu'en 2010.

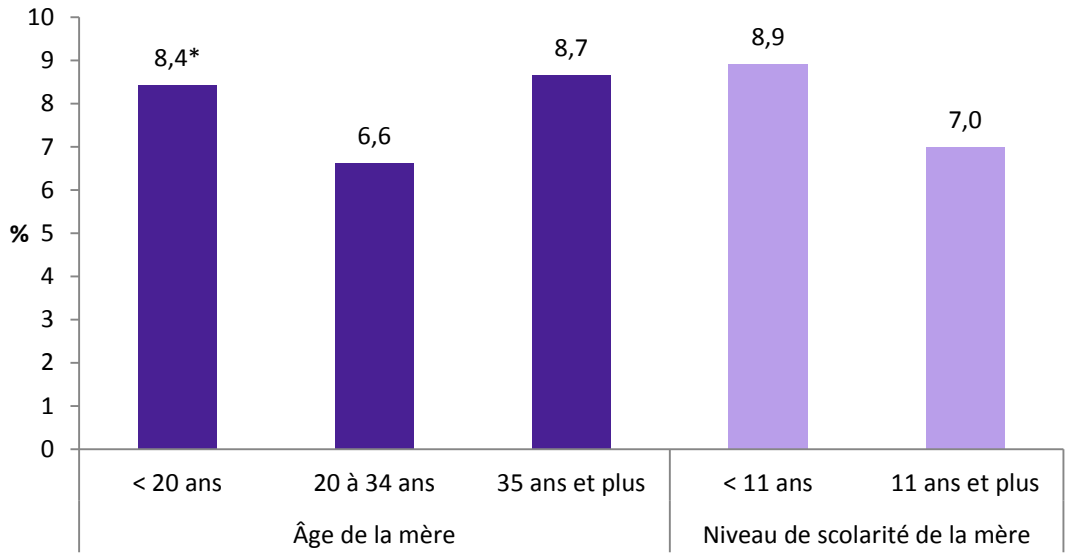
L'occurrence de la prématurité est influencée par de nombreux éléments. Plusieurs facteurs de risque sont évoqués dans les études (Goldenberg *et coll.*, 2008; Laverdière *et coll.*, 2008; Simmons *et coll.*, 2010; Flood et Malone, 2012).

- Certains facteurs sont liés aux **habitudes de la mère**, que ce soit le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, l'hygiène dentaire ou une alimentation insuffisante (et plus particulièrement en ce qui concerne certains nutriments, dont le fer, le folate, le zinc et la vitamine C).
- D'autres facteurs de risque touchent plutôt à la situation ou aux **caractéristiques de la mère** : faible IMC, faible statut socioéconomique, jeune âge ou âge plus avancé, présence de dépression ou de stress important (par exemple au travail, au sein de la relation conjugale ou de la vie familiale, événements stressants, etc.), antécédents de naissance prématurée.
- Le **type de grossesse** (simple ou multiple) et le fait qu'elle ait lieu dans un court délai après une précédente grossesse.
- Certaines **conditions cliniques de la mère** génèrent également un risque plus élevé de prématurité chez le nouveau-né : l'hypertension lors de la grossesse et les infections urogénitales.
- Les **traitements ou choix médicaux**, par exemple les accouchements induits et la procréation médicalement assistée qui ont aussi une influence sur le risque de prématurité.
- Enfin, **certaines substances polluantes** sont pointées du doigt : pesticides, monoxyde de carbone, ozone, plomb, dioxyde d'azote, dioxyde de soufre.

Les données des dernières années démontrent bien l'effet de plusieurs de ces facteurs de risque. D'abord, entre 2008 et 2012, la proportion de naissances vivantes prématurées est beaucoup plus

élevée pour les naissances multiples (50,6 %) que pour les autres (5,5 %). En ce qui concerne les caractéristiques de la mère, la prématurité est plus fréquente lorsque la mère est plus âgée : 6,6 % chez les mères de 20 à 34 ans comparativement à 8,7 % chez les mères de 35 ans et plus. Les mères plus jeunes (moins de 20 ans) sont également plus à risque d'accoucher de manière prématurée (8,4 %[27]) bien que la variabilité de la statistique lavalloise empêche de conclure à une différence statistiquement significative. Cependant, les données québécoises permettent de confirmer cette différence. En ce qui concerne la scolarité[28], la proportion de naissances vivantes prématurées est plus élevée chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité (8,9 %) par rapport à celles qui ont étudié pendant 11 ans et plus (7,0 %).

FIGURE 78 PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES PRÉMATURÉES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE, LAVAL, 2008-2012(P)



(p) : Données provisoires.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2008 à 2012(p). Compilation par l'Infocentre de santé publique du Québec jusqu'à 2010.

Il ne faut toutefois pas oublier que même si le risque de prématurité est plus élevé chez les mères plus âgées ou plus jeunes, ou encore faiblement scolarisées, la majorité des nouveau-nés prématurés ont une mère étant âgée entre 20 et 34 ans ou ayant au moins 11 ans de scolarité. Cela illustre l'importance de rejoindre l'ensemble des mères lavalloises dans nos interventions préventives.

[27] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

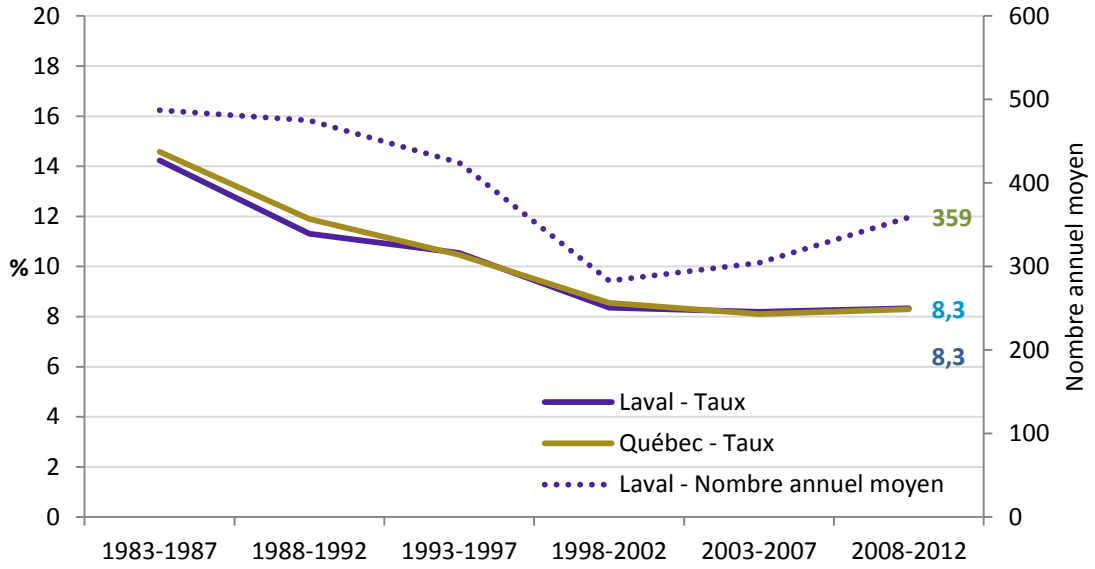
[28] Le niveau de scolarité de la mère indiqué dans le Fichier des naissances est utilisé comme indicateur socioéconomique.

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE

Un retard de croissance intra-utérine est diagnostiqué si le nouveau-né se situe au-dessous du 10e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance par rapport à son âge gestationnel (Institut national de santé publique du Québec, 2009a). Tout comme la prématurité, le RCIU contribue fortement à la mortalité et à la morbidité chez les nouveau-nés. Elle peut engendrer de nombreuses complications, dont une naissance prématurée. Un RCIU peut entraîner plusieurs complications néonatales, dont l'aspiration du méconium, des désordres métaboliques, hématologiques et cognitifs, une paralysie cérébrale. Un nouveau-né souffrant de RCIU est aussi plus à risque de souffrir d'hypertension, de diabète ou d'une maladie cardiovasculaire plus tard au cours de sa vie (Nardozza *et coll.*, 2012).

Il est encourageant de constater **qu'au cours des trois dernières décennies, la proportion de nouveau-nés présentant un RCIU parmi les naissances simples a diminué de moitié à Laval**[29], tout comme au Québec. On a effectivement vu passer cette proportion de 14,2 % en 1983-1987 à 8,3 % en 2008-2012. Ainsi, on a compté annuellement 359 naissances présentant un RCIU au cours de la période 2008-2012. On note toutefois une certaine stagnation depuis le début des années 2000. C'est ce qu'illustre la figure suivante.

FIGURE 79 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET TAUX DE RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE (RCIU) PARMI LES NAISSANCES VIVANTES SIMPLES, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(p)



(p) : Données provisoires.

Note : Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 g ne sont pas comprises dans les données.

Source : MSSS, Fichier des naissances 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec jusqu'à 2010.

[29] Bien que le concept de RCIU s'applique autant aux naissances simples que multiples, l'indicateur présenté dans ce document ne tient compte que des naissances simples dont l'âge gestationnel se situe entre 22 et 43 semaines. Cela s'explique par le fait que la courbe de référence utilisée dans le calcul est basée sur les naissances simples et que le profil de croissance intra-utérine des naissances vivantes multiples est différent de celui des naissances simples. Santé Canada, 2003, *Rapport de surveillance de la santé des femmes*.

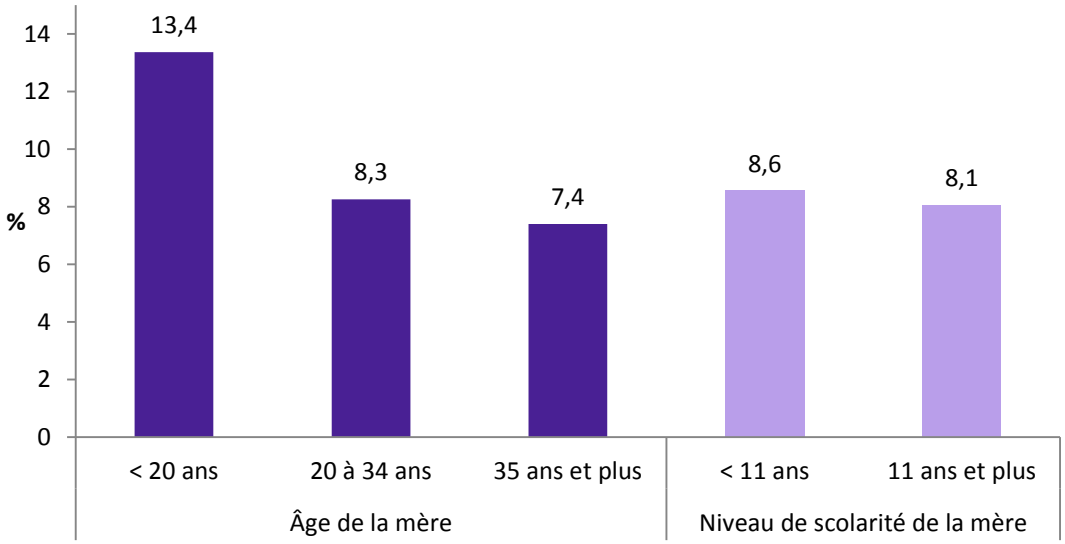
On peut penser que cette amélioration en ce qui concerne la fréquence du RCIU pourrait s'expliquer par la diminution du tabagisme, l'amélioration du dépistage des problèmes fœtaux et une meilleure prise en charge prénatale, de même que la diminution de la proportion de jeunes mères.

L'occurrence du retard de croissance intra-utérine est influencée par de nombreux éléments. Plusieurs facteurs de risque sont évoqués dans les études (Laverdière *et coll.*, 2008; Flood et Malone, 2012; Nardozza *et coll.*, 2012; Cetin *et coll.*, 2013; Salomon et Malan, 2013).

- Certains sont liés aux **habitudes de la mère**, que ce soit le tabagisme, la consommation de drogues ou d'alcool, une alimentation insuffisante (et plus particulièrement en ce qui concerne certains nutriments, dont le calcium) et même une alimentation trop abondante.
- D'autres facteurs de risque touchent plutôt à la situation ou aux **caractéristiques de la mère** : jeune âge ou âge plus avancé (40 ans et plus), présence de dépression ou de stress important (par exemple au travail, au sein de la relation conjugale ou de la vie familiale, événements stressants, etc.).
- Le **type de grossesse** (simple ou multiple) a aussi une influence sur le risque de retard de croissance intra-utérine.
- Des **anomalies chromosomiques, des mutations génétiques ou encore des infections intra-utérines** peuvent causer un RCIU.
- Certaines **conditions cliniques de la mère** génèrent également un risque plus élevé de RCIU chez le nouveau-né : prééclampsie, diabète insulinodépendant, insuffisance rénale ou anémie sévères, prise de certains médicaments, etc.
- Enfin, plusieurs **agresseurs chimiques ou physiques** sont pointés du doigt : certains médicaments, fumée secondaire, pesticides, monoxyde de carbone, ozone, plomb, dioxyde d'azote, radiations.

Les données des dernières années démontrent bien l'effet de plusieurs de ces facteurs de risque. En prenant en compte les données de la période 2008 à 2012, si l'on s'attarde à certaines caractéristiques de la mère, on remarque d'abord que l'âge de la mère semble jouer un grand rôle en ce qui concerne le risque de donner naissance à un enfant ayant un RCIU. En effet, chez les mères de moins de 20 ans, la proportion de naissances vivantes ayant un RCIU est près de deux fois plus élevée (13,4 %) que chez les mères âgées de 20 à 34 ans (8,3 %) ou même chez les plus âgées (7,4 %). D'ailleurs, les mères plus âgées (35 ans et plus) présentent un risque encore plus faible que celles âgées de 20 à 34 ans, une tendance confirmée par les données québécoises. Toutefois, en étudiant la situation plus en détail, on s'aperçoit que le risque est plus faible chez les mères âgées de 35-39 ans, mais plus élevé chez les mères de 40 ans et plus. Quant au niveau de scolarité, les femmes ayant un faible niveau de scolarité (moins de 11 ans) présentent une fréquence de RCIU plus élevé (8,6 %) que les femmes ayant étudié pendant 11 ans et plus (8,1 %). Cette différence n'est toutefois pas significative à l'échelle lavalloise, mais les données du Québec vont dans ce sens et montrent une différence significative.

FIGURE 80 PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES AYANT UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE, LAVAL, 2008-2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances 2008 à 2012(p).

Tout comme pour la prématurité, il est important de rappeler que bien que le risque relatif soit plus élevé chez les mères plus jeunes et sous-scolarisées, le risque absolu est plus élevé chez les autres mères. En effet, un plus grand nombre de nouveau-nés souffrant d'un RCIU sont de mères qui ne présentent pas ces facteurs de risque.

3.3.2 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

Les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques sont rares au Québec. Les tableaux suivants présentent les statistiques couvrant les deux dernières décennies.

Bien que rares, les cardiopathies congénitales sont plus fréquentes à Laval que dans l'ensemble du Québec

Les cardiopathies congénitales sont les malformations les plus fréquentes avec un taux annuel de 149,5 cas pour 10 000 naissances à Laval, soit un taux statistiquement plus élevé que celui du Québec pour la même période (128,6 cas pour 10 000). Cela représente environ 60 naissances chaque année à Laval.

CARDIOPATHIES CONGÉNITALES

TABLEAU 14 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET TAUX ANNUEL MOYEN DE CARDIOPATHIES CONGÉNITALES, LAVAL, QUÉBEC, 1991-1996 À 2003-2008

		1991-1996	1997-2002	2003-2008
Nombre annuel moyen	Laval	61	54	59
Taux annuel moyen pour 10 000	Laval	138,5(+)	152,8	149,5(+)
	Québec	111,2	138,5	128,6

(+) Taux significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Source : MSSS, Fichier des naissances, Fichier des mortinaissances et Fichier MED-ÉCHO 1989 à 2008.

SYNDROME DE DOWN

Parmi les anomalies chromosomiques, c'est le syndrome de Down, aussi appelé trisomie 21, que l'on voit le plus souvent avec un taux de 12,3 pour 10 000 naissances, un taux semblable à celui du Québec (10,0 pour 10 000). À Laval, cinq nouveau-nés, en moyenne, sont touchés par ce syndrome chaque année.

TABLEAU 15 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET TAUX ANNUEL MOYEN DU SYNDROME DE DOWN, LAVAL, QUÉBEC, 1991-1996 À 2003-2008

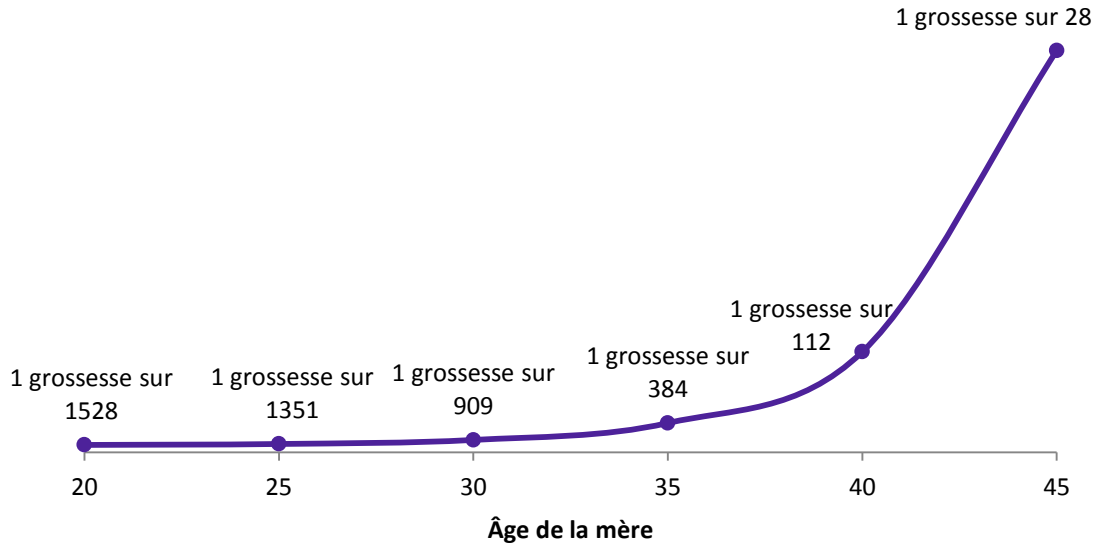
		1991-1996	1997-2002	2003-2008
Nombre annuel moyen	Laval	5	5	5
Taux annuel moyen pour 10 000	Laval	11,1*	14,1*	12,3*
	Québec	12,5	11,3	10,0

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : MSSS, Fichier des naissances, Fichier des mortinaissances et Fichier MED-ÉCHO 1989 à 2008.

Le risque que le bébé soit atteint de ce syndrome augmente avec l'âge de la mère, comme l'illustre la figure suivante. Toutefois, il faut faire la part des choses entre le risque relatif et le risque absolu. En effet, bien que le risque relatif soit moins élevé chez les mères de moins de 35 ans, ce n'est certainement pas le cas dans l'absolu, c'est-à-dire lorsque le risque est évalué selon le nombre de cas, car la majorité des femmes enceintes sont âgées de moins de 35 ans.

FIGURE 81 PROBABILITÉ DE DONNER NAISSANCE À UN ENFANT AYANT LA TRISOMIE 21 SELON L'ÂGE DE LA FEMME



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b.

AUTRES ANOMALIES

D'autres anomalies, plus rares, peuvent survenir. Le tableau suivant présente les statistiques associées à certaines d'entre elles.

TABLEAU 16 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET TAUX ANNUEL MOYEN D'AUTRES ANOMALIES, LAVAL, QUÉBEC, 1991-1996 À 2003-2008

> FENTE LABIALE ASSOCIÉE OU NON À UNE FENTE PALATINE				
		1991-1996	1997-2002	2003-2008
Nombre annuel moyen	Laval	3	2	4
Taux annuel moyen pour 10 000	Laval	5,7*	6,6*	8,9*
	Québec	8,2	7	6,7
> FENTE PALATINE				
		1991-1996	1997-2002	2003-2008
Nombre annuel moyen	Laval	3	2	1
Taux annuel moyen pour 10 000	Laval	6,1*	4,7*	**
	Québec	6,8	7,6	6,7
> ANOMALIE DU TUBE NEURAL				
		1991-1996	1997-2002	2003-2008
Nombre annuel moyen	Laval	2	2	1
Taux annuel moyen pour 10 000	Laval	4,2*	4,7*	**
	Québec	6,7	4,8	2,8
> ANOMALIE RÉDUCTIONNELLE DES MEMBRES				
		1991-1996	1997-2002	2003-2008
Nombre annuel moyen	Laval	2	2	1
Taux annuel moyen pour 10 000	Laval	4,2*	6,6*	**
	Québec	4,9	4,9	4,3

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation de plus de 33,3 % : la valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : MSSS, Fichier des naissances, Fichier des mortinaissances et Fichier MED-ÉCHO 1989 à 2008. Données compilées par la Direction de la surveillance de l'état de santé du MSSS.

DÉPISTAGE PRÉNATAL ET NÉONATAL

Au Québec, depuis 1976, les femmes enceintes âgées de 35 ans et plus ou étant considérées plus à risque de donner naissance à un enfant atteint de la trisomie 21 bénéficient d'un *dépistage prénatal* de cette maladie par amniocentèse. Le programme a été élargi en 2010 afin d'offrir à toutes les femmes un dépistage, mais avec une méthode moins invasive (prises de sang). Le dépistage peut s'effectuer à partir de la 10^{e} semaine de grossesse.

Le Québec offre également à tous ses nouveau-nés des tests de dépistage néonataux, soit plusieurs tests sanguins et urinaires afin de détecter certaines maladies graves qui ne sont pas nécessairement manifestes à la naissance. Dans le cas où l'enfant est atteint d'une de ces maladies, il pourra être traité rapidement. Ainsi, un test sanguin est effectué à la naissance de l'enfant, puis un test urinaire est effectué à 21 jours. En novembre 2013, on a ajouté à ce dépistage, dans les régions de Laval et de Montréal, les syndromes drépanocytaires majeurs, dont l'anémie falciforme fait partie. Le tableau suivant résume les maladies incluses dans le programme de *dépistage néonatal* du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015).

TABLEAU 17 LISTE DES MALADIES DÉPISTÉES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE NÉONATAL DU QUÉBEC

Maladies métaboliques	Phénylcétonurie Tyrosinémie de type 1 Déficit en acil-CoA déshydrogénase des acides gras à chaînes moyennes (MCAD) 3-méthylcrotonylglycinurie de type 1 Acidurie arginosuccinique Acidurie glutarique de type 1 Acidurie méthylmalonique Acidurie propionique Acidurie pyroglutamique Aminoacidurie dicarboxylique Citrullinémie Cystinurie Déficit en prolidase Hyperargininémie Maladie de Hartnup Syndrome de Fanconie-Bickel Syndrome du triple H Hypothyroïdie congénitale Anémie falciforme Autres formes sévères de maladies de l'hémoglobine
Maladies endocriniennes	Hypothyroïdie congénitale
Maladies de l'hémoglobine	Anémie falciforme Autres formes sévères de maladie de l'hémoglobine

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015.

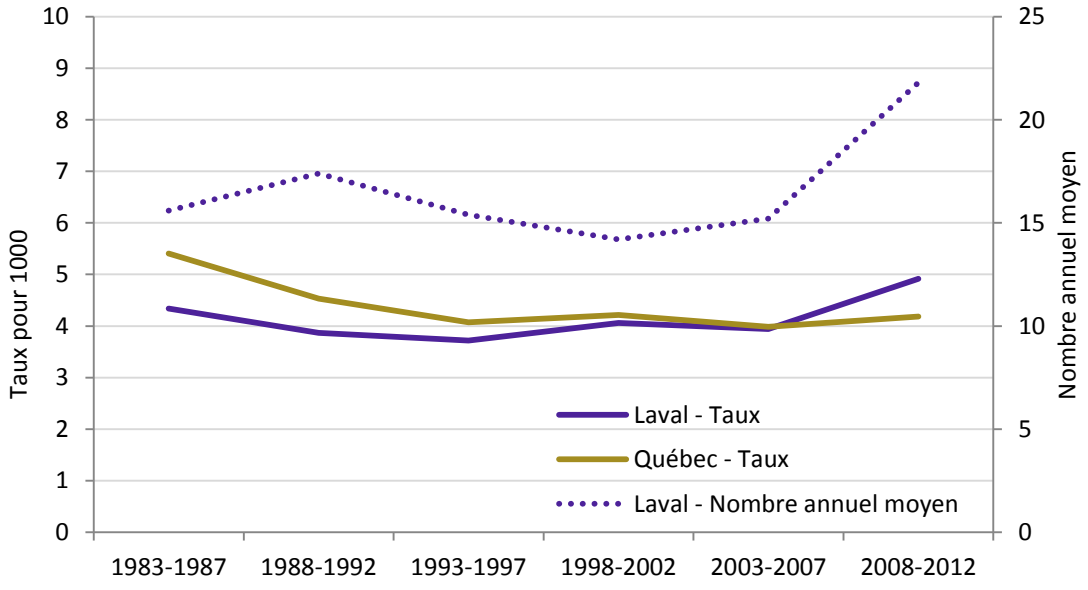
En 2014, le gouvernement du Québec a commencé à déployer le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés, un déploiement qui devrait être complété d'ici 2017 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014). Ce programme vise à offrir à tous les parents dont l'enfant naît au Québec des tests pour le dépistage de la surdité dès les premiers jours de vie. Une surdité non détectée peut mener à un retard de développement. Le dépistage néonatal vise donc à réduire le délai de détection de la surdité et permet ainsi une prise en charge plus rapide de l'enfant (Roy et Alain, 2012).

3.3.3 Mortalité du nouveau-né

MORTINAISSANCES

Une mortinaissance se définit comme étant un décès qui survient avant l'expulsion ou l'extraction complète hors de la mère. Les morts fœtales sont déclarées comme une mortinaissance uniquement lorsque le poids à la naissance est d'au moins 500 grammes, indépendamment de la durée de la gestation (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Le taux est calculé par rapport au total des naissances, soit la somme des naissances vivantes et des mortinaissances. À Laval, le taux de mortinaissance a peu varié au cours des 30 dernières années, oscillant entre 3,7 et 4,9 mortinaissances pour 1000 naissances. La situation est demeurée semblable au Québec au cours de la période observée.

FIGURE 82 ÉVOLUTION DU NOMBRE ET TAUX DE MORTINAISSANCES POUR 1 000 NAISSANCES, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(p)



(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances; MSSS, Fichier des mortinaissances; MSSS, Fichier des décès 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec pour les périodes 1983-1987 à 2003-2007.

Le tableau suivant présente la répartition du nombre de mortinaissances selon les causes. Ainsi, les statistiques de la décennie 2003-2012 nous révèlent qu'une grande part des mortinaissances sont causées par des complications de la grossesse ou de l'accouchement (37,3 %). Les anomalies congénitales (14,6 %) et d'autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (9,7 %) expliquent également une part importante des mortinaissances. Notons qu'une mortinaissance sur quatre (26,5 %) est de cause non précisée.

TABLEAU 18 RÉPARTITION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MORTINAISSANCES SELON LA CAUSE DE DÉCÈS, LAVAL, 2003-2012(P)

Causes (code CIM-10)	Nombre	Proportion (%)
Nouveau-né affecté par des complications de grossesse ou à l'accouchement (P00-P04)	69	37,3
Anomalies congénitales (Q00-Q99)	27	14,6
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P90-P96)	18	9,7
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus (P05-P08)	9	4,9
Hypoxie intra-utérine ou asphyxie obstétricale (P20 et P21)	4	2,2
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques au fœtus et au nouveau-né (P70-P74)	3	1,6
Affections concernant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né (P80-P83)	2	1,1
Affections hémorragiques et hématologiques spécifiques au fœtus et au nouveau-né (P50-P61)	2	1,1
Infections spécifiques à la période périnatale (P35-P39)	1	0,5
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né (P75-P78)	1	0,5
Mort fœtale de cause non précisée (P95)	49	26,5
Total	**185**	**100,0**

(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des mortinaissances 2003 à 2012(p).

Quels sont les facteurs de risque pouvant amener une mortinaissance?

Le faible poids à la naissance, le type de naissance (simple ou multiple) et, dans une moindre mesure, l'âge de la mère sont identifiés comme des facteurs de risque de la mortinaissance (Duchesne, 2001). Rappelons que le faible poids serait soit le résultat d'une courte gestation (prématurité) ou d'un RCIU. Ces derniers sont associés à divers facteurs de risques de type contextuels (ethnicité, défavorisation, isolement social), environnementaux (pollution, agents toxiques), comportementaux (habitudes de vie et caractéristiques de la mère) et bien d'autres. Les facteurs de risque de ces deux problématiques sont présentés plus en détail à la section 3.3.1.

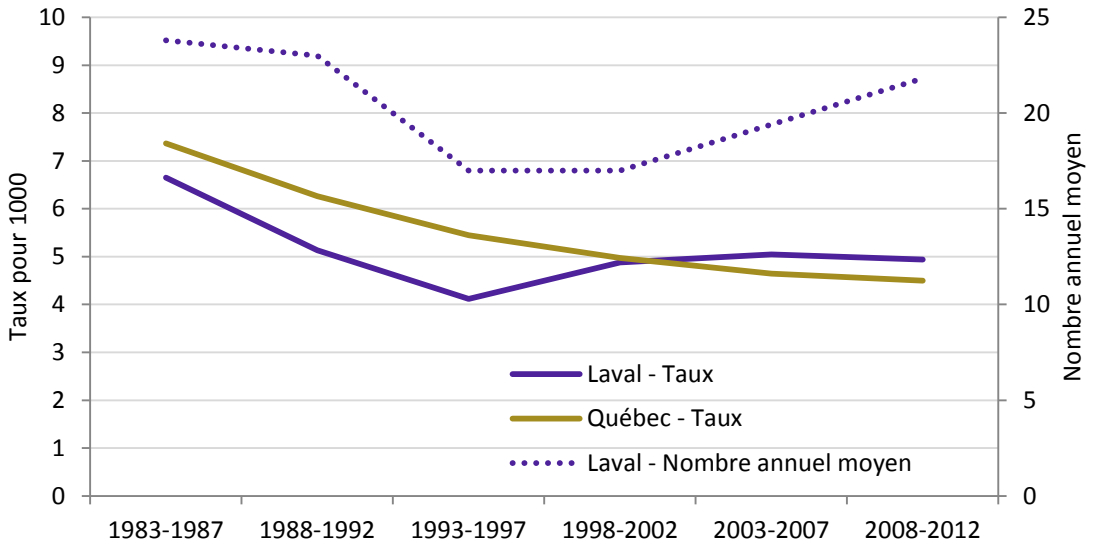
Les statistiques portant sur la période 2003-2012 semblent confirmer la littérature. À Laval, chez les bébés de petit poids, le taux de mortinaissance est de 55,4 décès pour 1 000 naissances comparativement à ceux ayant un poids normal, dont le taux est de 1,1 ‰. Aussi, le taux de mortinaissance est plus élevé pour les naissances multiples que pour les naissances simples (10,7 comparativement à 4,2 décès pour 1 000 naissances). Enfin, on remarque une fréquence plus élevée de mortinaissances chez les mères âgées de 35 ans et plus (5,8 décès pour 1 000 naissances) comparativement à celles âgées de 20 à 34 ans (3,9 ‰). À l'échelle du Québec, les plus jeunes mères affichent également un taux de mortinaissance plus élevé que chez les 20-34 ans. Les données lavalloises (5,9 décès pour 1 000 naissances chez les mères de moins de 20 ans) ne permettent pas

de déceler une différence statistiquement significative, mais vont dans le même sens que celles du Québec.

MORTALITÉ INFANTILE

La mortalité infantile correspond au nombre de décès d'enfants de moins d'un an parmi l'ensemble des naissances vivantes. Au début des années 1980, le taux de mortalité infantile atteignait 6,6 décès pour 1000 naissances vivantes à Laval (7,4 au Québec). Par la suite, le taux lavallois a diminué rapidement jusqu'à 4,1 décès pour 1000 naissances vivantes lors de la période 1993-1997. Laval se démarquait alors du Québec, qui n'avait pas vécu une chute aussi importante. Toutefois, au cours de la décennie suivante, la mortalité infantile a continué de décroître au Québec, alors qu'elle s'est légèrement accrue à Laval, bien que cette variation ne soit pas statistiquement significative. Ainsi, en 2008-2012, le taux lavallois de mortalité infantile est semblable à celui du Québec, soit 4,9 décès pour 1000 naissances vivantes (4,4 au Québec).

FIGURE 83 ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, LAVAL, QUÉBEC, 1983-1987 À 2008-2012(p)



(p) : Données provisoires.

Note : Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 g ne sont pas comprises dans les données.

Source : MSSS, Fichier des naissances; MSSS, Fichier des mortinaissances; MSSS, Fichier des décès 1983 à 2012(p). Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec pour les périodes 1983-1987 à 2008-2011.

En ce qui concerne la mortalité infantile, la majorité des décès est causée par l'un ou l'autre des regroupements suivants : les complications de la grossesse ou de l'accouchement (22,4 %), les anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus (21,5 %), ainsi que les anomalies congénitales (20,0 %).

TABLEAU 19 RÉPARTITION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DES MORTALITÉS INFANTILES SELON LA CAUSE DE DÉCÈS, LAVAL, 2003-2012[(p)]

Causes (code CIM-10)	Nombre	Proportion (%)
Nouveau-né affecté par des complications de grossesse ou à l'accouchement (P00-P04)	46	22,4
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus (P05-P08)	44	21,5
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	41	20,0
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P90-96)	13	6,3
Hypoxie intra-utérine ou asphyxie obstétricale (P20 et P21)	12	5,9
Infections spécifiques de la période périnatale et autres infections (P35-P39, A39, A40, G00)	9	4,4
Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques à la période périnatale et autres affections cardiovasculaires (P23-P29, I21, I42, I51, I62, J86)	8	3,9
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né (P50-P61)	8	3,9
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né, et autres affections de l'appareil digestif (P75-P78, K56, K63, K75)	6	2,9
Maladies du système nerveux (G01-G99)	5	2,4
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques au fœtus et au nouveau-né et autres anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires (P70-P74, E16, E88)		3
Noyade et autres accidents affectant la respiration (W65-W84)	3	1,5
Tumeurs malignes (C00-C97)	2	1,0
Agression (X85-Y09)	2	1,0
Détresse respiratoire du nouveau-né (P22)	1	0,5
Syndrome de la mort subite du nourrisson (R95)	1	0,5
Affections concernant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né (P80-P83)	1	0,5
Total	**205**	**100,0**

(p) : Données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances; MSSS, Fichier des décès 2003 à 2012[(p)].

Depuis le milieu des années 1980, on observe une baisse significative du taux de mortalité causé par le syndrome de mort subite du nourrisson. Selon le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (Doré et Le Hénaff, 2015), les principaux facteurs de risque de ce syndrome sont : être exposé au tabagisme de la mère durant la grossesse, dormir sur le ventre et se retrouver la tête totalement recouverte par les couvertures. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à la diminution observée de la mortalité par syndrome de mort subite du nourrisson, notamment la baisse du tabagisme pendant la grossesse depuis au moins le début des années 2000. Le facteur qui semble avoir contribué de façon plus importante à la baisse est le changement de recommandation en matière de sommeil sécuritaire. En 1999, Santé Canada lançait la campagne « Dodo sur le dos » à la suite d'études démontrant une diminution importante du risque de mort subite du nourrisson simplement en faisant dormir l'enfant sur le dos (Cotroneo, 2001). D'autres recommandations se

sont depuis ajoutées à cet élément, notamment le danger de la présence d'accessoires dans le lit du bébé, entre autres les articles mous (oreillers, édredons, etc.) (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Les effets de ces nouvelles recommandations sont visibles même à l'échelle lavalloise : entre les périodes 1997-1999 et 2000-2002, le taux de mortalité par syndrome de mort subite du nourrisson a chuté de moitié.

3.3.4 Mortalité et morbidité maternelles

MORTALITÉ MATERNELLE

Depuis 1981, seuls trois décès lavallois ont eu lieu à la suite de complications de grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, décès qui ont eu lieu au cours des années 1980[30]. Au Québec, on compte également peu de cas annuellement, soit une moyenne de six par année entre les années 2006 et 2010.

MORBIDITÉ MATERNELLE GRAVE

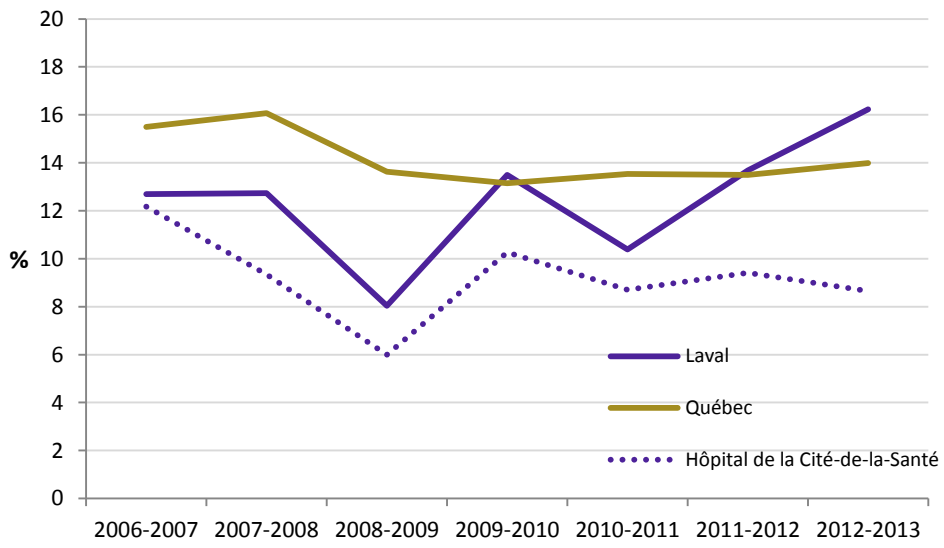
Bien que les décès liés à une grossesse soient rarissimes, certains événements surviennent et mettent la vie de la mère en danger. C'est ce qu'on appelle une morbidité maternelle grave. Le taux est calculé par rapport à 1 000 accouchements. La morbidité maternelle grave est définie soit selon un code diagnostic, soit selon un code d'intervention. Tous les codes utilisés sont présentés en annexe.

La figure suivante présente l'évolution du taux de morbidité maternelle grave[31] depuis 2006-2007 chez les Lavalloises, les Québécoises, et parmi les accouchements ayant eu lieu à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

[30] Nombre de décès déterminé selon la cause principale seulement. À Laval, seul un décès s'ajouterait si l'on tenait compte des causes secondaires.

[31] Les taux de morbidité maternelle grave des Lavalloises et des Québécoises sont calculés par rapport aux accouchements ayant eu lieu dans un hôpital. Ils excluent donc les accouchements ayant eu lieu en maison de naissance.

FIGURE 84 ÉVOLUTION DU TAUX DE MORBIDITÉ MATERNELLE GRAVE, LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007 À 2012-2013



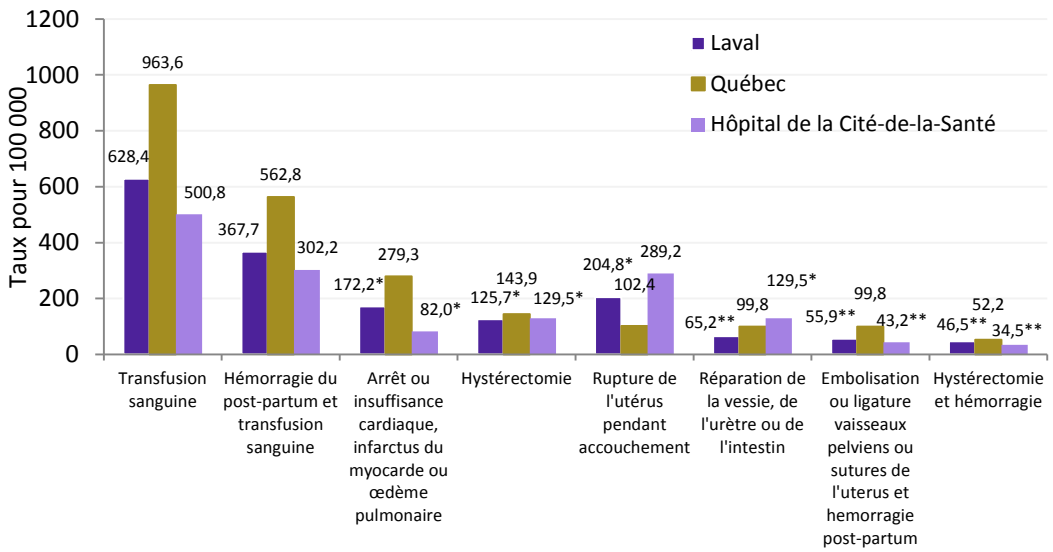
Note : Plusieurs coefficients de variation des courbes « Lavalloises » et « Hôpital de la Cité-de-la-Santé » varient entre 15 et 25 %. Les valeurs doivent donc être interprétées avec prudence.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

Étant donné le petit nombre de cas observés, le taux annuel de morbidité maternelle grave est plutôt instable chez les Lavalloises, variant entre 8,0 et 16,2 pour 1000 accouchements. Cela représente une moyenne annuelle de 53 Lavalloises au cours des cinq années les plus récentes, soit de 2008-2009 à 2012-2013. Les taux de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé sont également assez variables, ce qui n'empêche pas de remarquer qu'ils se situent bien en dessous des taux québécois, et ce, de façon statistiquement significative. En effet, le taux annuel moyen de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé sur cinq ans est de 8,6, comparativement à 13,6 pour 1000 accouchements dans l'ensemble du Québec. Ce taux québécois est semblable à celui des Lavalloises (12,4 pour 1000 accouchements).

Entre 2006-2007 et 2012-2013, les causes de morbidité maternelle grave les plus fréquentes parmi les Lavalloises sont la transfusion sanguine, l'hémorragie du post-partum, suivies de la rupture de l'utérus pendant l'accouchement et de l'arrêt ou insuffisance cardiaque, de l'infarctus du myocarde et de l'œdème pulmonaire.

FIGURE 85 TAUX DE MORBIDITÉ MATERNELLE GRAVE SELON LES CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES, LAVAL, QUÉBEC, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2006-2007 À 2012-2013



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation plus élevé que 25 % : valeur présentée à titre indicatif seulement.

Note : Les causes sont non exclusives. Une femme peut donc se retrouver dans plusieurs catégories à la fois.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2006-2007 à 2012-2013.

Tout comme on l'observe pour l'ensemble de la morbidité maternelle grave, les taux québécois des plus fréquentes morbidités maternelles graves sont généralement plus élevés que ceux des Lavalloises, et souvent encore plus éloignés des taux de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

3.3.5 Hospitalisations au cours de la première année de vie

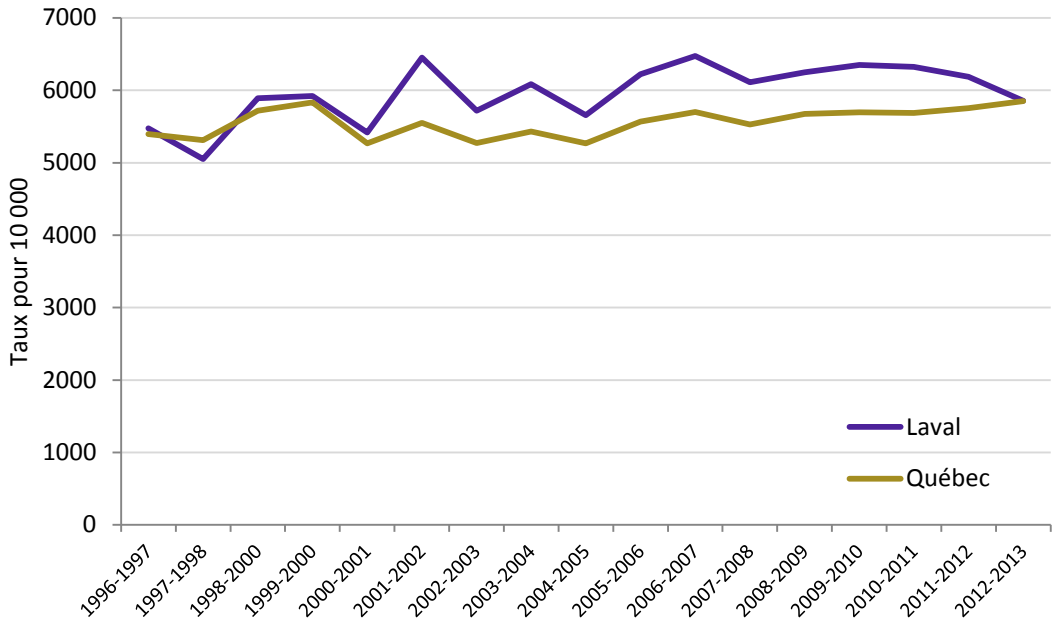
Les hospitalisations au cours de la première année de vie permettent d'évaluer l'état de santé des nouveau-nés (Institut national de santé publique du Québec, 2011b). Elles sont divisées en deux catégories, soit les hospitalisations à la naissance, qui peuvent représenter une naissance normale où il y a eu un problème bénin jusqu'à un problème plus grave, et les hospitalisations au cours de la première année de vie excluant celles à la naissance[32].

HOSPITALISATIONS À LA NAISSANCE

Les hospitalisations à la naissance sont plutôt fréquentes. À titre d'illustration, en 2012-2013, on compte 2 679 hospitalisations à la naissance, comparativement à 4 415 naissances au cours de cette année financière. La figure suivante présente l'évolution du taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie pour les hospitalisations à la naissance depuis 1996-1997. Il est à noter que ce taux est calculé en fonction de la population âgée de moins d'un an.

[32] Le total d'hospitalisations à la naissance et d'hospitalisations dans la première année de vie excluant celles à la naissance peut différer légèrement de celui présenté à partir du Portail de l'Infocentre de l'Institut de santé publique du Québec.

FIGURE 86 ÉVOLUTION DU TAUX D'HOSPITALISATION À LA NAISSANCE†, LAVAL, QUÉBEC, 1996-1997 À 2012-2013



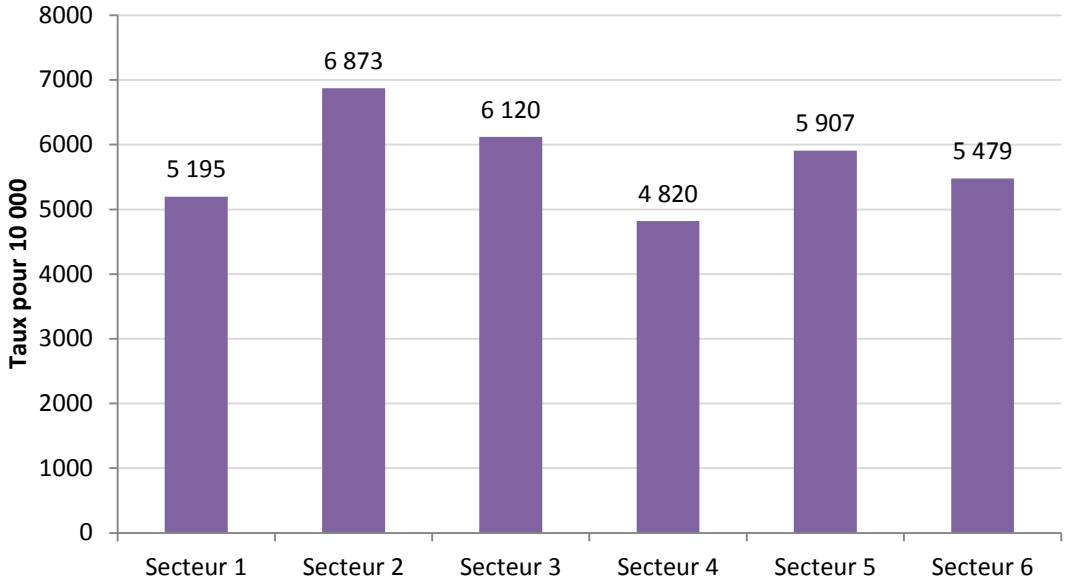
† Hospitalisations à la naissance seulement. Le dénominateur est défini par la population des enfants âgés de moins d'un an.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 1996-1997 à 2012-2013.

Les données montrent une légère hausse depuis 1996-1997. Ainsi, en 2012-2013, le taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie en ce qui concerne les hospitalisations à la naissance se situe à 5 857 pour 10 000 enfants, un taux semblable à celui du Québec (5 853 pour 10 000).

Les taux d'hospitalisation à la naissance varient d'un territoire de BML à l'autre. L'ouest de Laval (secteur 4) se démarque par un plus faible taux (4 820 hospitalisations à la naissance pour 10 000 enfants âgés de moins d'un an). Les secteurs 1 (est de Laval) et 6 (Auteuil et Vimont) affichent également des taux significativement plus faibles que l'ensemble du territoire lavallois. À l'inverse, le secteur de Laval-des-Rapides et Pont-Viau (secteur 2) affiche un taux plus élevé.

FIGURE 87 TAUX D'HOSPITALISATION À LA NAISSANCE† SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2012-2013



† Hospitalisations à la naissance seulement. Le dénominateur est défini par la population des enfants âgés de moins d'un an.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2012-2013.

Les hospitalisations à la naissance constituent la très grande majorité de l'ensemble des hospitalisations au cours de la première année de vie (plus des trois quarts). On remarque, par exemple, qu'elles sont surtout causées par des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (83,9 %). Parmi ces affections, ce sont les anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du nouveau-né qui sont les plus fréquentes. Les affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né sont également souvent en cause. En fait, ces deux dernières causes sont responsables de 31,2 % et de 15,3 % de l'ensemble des hospitalisations, respectivement.

TABLEAU 20 NOMBRE ET PROPORTION D'HOSPITALISATIONS SELON LA CAUSE PRINCIPALE D'HOSPITALISATIONS À LA NAISSANCE, LAVAL, 2012-2013

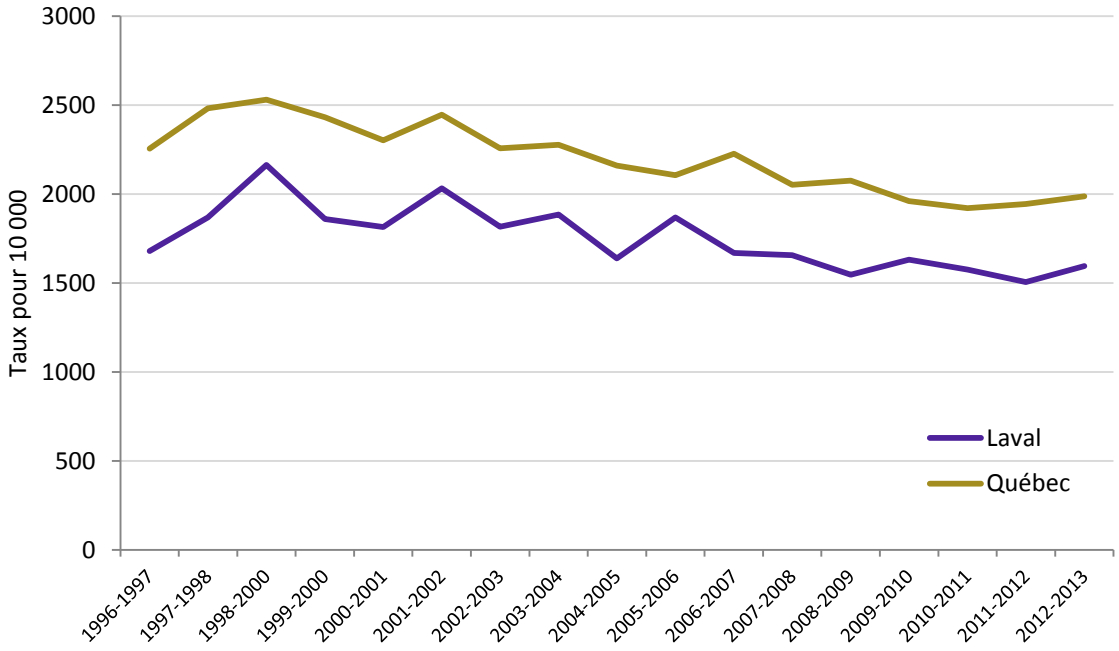
Causes (code CIM-10)	Nombre	Proportion (%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)	**2 247**	**83,9**
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du nouveau-né (P05-P08)	835	31,2
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né (P50-P61)	411	15,3
Affections concernant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né (P80-P83)	193	7,2
Détresse respiratoire du nouveau-né (P22)	168	6,3
Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques à la période périnatale (P23-P29)	153	5,7
Nouveau-né affecté par des complications de grossesse ou de l'accouchement (P00-P04)	147	5,5
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques au fœtus et au nouveau-né (P70-P74)	116	4,3
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P90-P96)	80	3,0
Traumatismes obstétricaux (P10-P15)	80	3,0
Hypoxie intra-utérine ou asphyxie obstétricale (P20-P21)	41	1,5
Infections spécifiques à la période périnatale (P35-P39)	18	0,7
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né (P75-P78)	5	0,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	**307**	**11,5**
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)	**36**	**1,3**
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non répertoriés ailleurs (R00-R99)	**36**	**1,3**
Autres	**53**	**2,0**
Total	**2 679**	**100,0**

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2012-2013.

HOSPITALISATIONS AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE EXCLUANT CELLES À LA NAISSANCE

Les hospitalisations au cours de la première année de vie excluant celles à la naissance représentent 729 hospitalisations en 2012-2013. La figure suivante présente l'évolution du taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie excluant les hospitalisations à la naissance depuis 1996-1997. De la même façon que pour les hospitalisations à la naissance, ce taux est calculé en fonction de la population âgée de moins d'un an.

FIGURE 88 ÉVOLUTION DU TAUX D'HOSPITALISATION AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE EXCLUANT CELLES À LA NAISSANCE†, LAVAL, QUÉBEC, 1996-1997 À 2012-2013



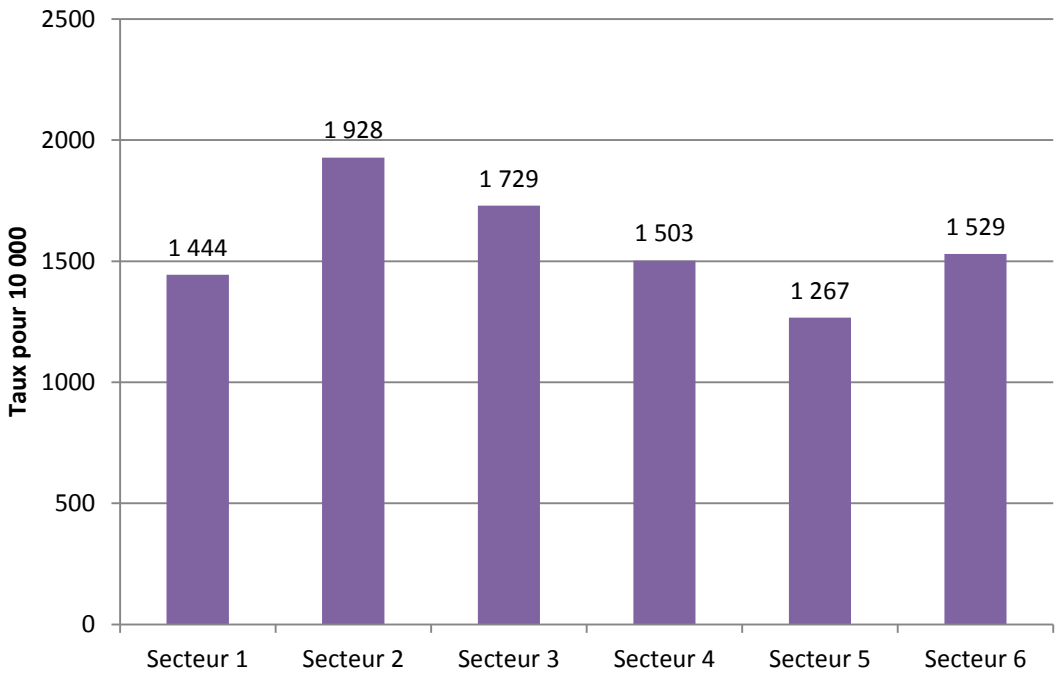
† Le dénominateur est défini par la population des enfants âgés de moins d'un an.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 1989-1990 à 2012-2013. Données compilées par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Le taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie excluant celles à la naissance a diminué depuis 1996-1997, bien que la tendance observée ne soit pas claire. Il semble toutefois se dessiner une certaine stabilisation depuis quelques années, ce qui pourrait se poursuivre au cours des prochaines années.

À l'échelle des BML, seul le secteur 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) se distingue par un taux plus élevé (1 928 hospitalisations pour 10 000) que dans l'ensemble de Laval. À l'opposé, le secteur 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) présente un taux significativement plus faible que l'ensemble de la région.

FIGURE 89 TAUX D'HOSPITALISATION AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE EXCLUANT CELLES À LA NAISSANCE SELON LE SECTEUR DES BML†, LAVAL, 2012-2013



† Le dénominateur est défini par la population des enfants âgés de moins d'un an.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2012-2013.

En ce qui concerne les hospitalisations au cours de la première année de vie excluant celles à la naissance, la part des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale chute à 29,8 %, mais demeurent responsables de la plus grande part des hospitalisations. Toutefois, les maladies de l'appareil respiratoire suivent non loin derrière, causant plus du quart (26,1 %) des hospitalisations, comparativement à 0,4 % chez les hospitalisations à la naissance. Les maladies infectieuses et parasitaires suivent avec une part de 11,5 %.

TABLEAU 21 NOMBRE ET PROPORTION D'HOSPITALISATIONS SELON LES CAUSES LORS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE EXCLUANT LES HOSPITALISATIONS À LA NAISSANCE, LAVAL, 2012-2013

Causes (code CIM-10)	Nombre	Proportion (%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)	**217**	**29,8**
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né (P50-P61)	59	8,1
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P90-P96)	42	5,8
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du nouveau-né (P05-P08)	41	5,6
Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques à la période périnatale (P23-P29)	22	3,0
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques au fœtus et au nouveau-né (P70-P74)	11	1,5
Infections spécifiques à la période périnatale (P35-P39)	11	1,5
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né (P75-P78)	11	1,5
Affections concernant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né (P80-P83)	9	1,2
Détresse respiratoire du nouveau-né (P22)	9	1,2
Hypoxie intra-utérine ou asphyxie obstétricale (P20-P21)	2	0,3
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	**190**	**26,1**
Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	**84**	**11,5**
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non répertoriés ailleurs (R00-R99)	**71**	**9,7**
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	**45**	**6,2**
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)	**38**	**5,2**
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)	**25**	**3,4**
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	**22**	**3,0**
Autres	**37**	**5,1**
Total	**729**	**100,0**

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2012-2013.

3.3.6 Allaitement et alimentation

Au cours de leur première année de vie, les enfants passent par plusieurs étapes en ce qui concerne l'alimentation. Entre zéro et six mois, il est préférable que les nourrissons soient nourris uniquement de lait. Par la suite, l'introduction d'autres aliments de différentes textures se fait graduellement.

ALLAITEMENT

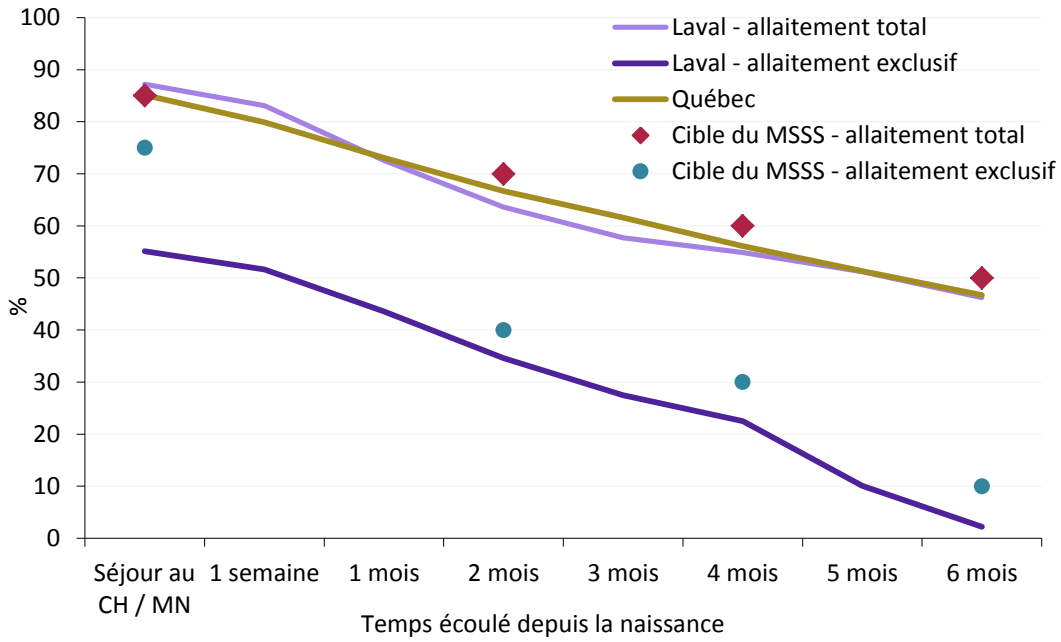
À la suite de l'accouchement, le corps de la mère est prêt pour l'allaitement. Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (Doré et Le Hénaff, 2015) rappelle que « partout dans le monde, les professionnels de la santé recommandent que les bébés soient nourris uniquement de lait maternel les six premiers mois de leur vie ». C'est ce qu'on appelle *Allaitement exclusif* jusqu'à six mois. On recommande également que l'allaitement se poursuive ensuite de façon non exclusive jusqu'à deux ans. Toutefois, pour différentes raisons, allant d'une décision personnelle à des circonstances involontaires, certaines femmes utilisent plutôt les préparations commerciales pour nourrissons pour nourrir leur enfant au cours des premiers mois de vie, que ce soit dès la naissance ou à partir d'un âge plus avancé.

Il existe de nombreux avantages à l'allaitement par rapport à l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons, des avantages qui sont évidemment liés à l'intensité (allaitement exclusif ou non) et à la durée de l'allaitement. Ainsi, les bébés ayant été allaités sont moins susceptibles que ceux ayant été nourris aux préparations commerciales pour nourrissons d'avoir certains problèmes à court et à long terme. Il est question, entre autres, d'infections et de maladies gastro-intestinales, d'infections respiratoires, d'otites, de mort subite du nourrisson, de diabète de type 1 et 2, ainsi que d'obésité plus tard au cours de la vie. L'allaitement maternel contribue également à un meilleur développement du système immunitaire du nourrisson, en plus d'être une occasion de renforcer le lien mère-enfant. Les femmes bénéficient aussi de ce geste : par exemple, elles risquent moins de souffrir d'une hémorragie, du cancer du sein ou des ovaires, ou encore d'ostéoporose. La perte de poids de la mère après la naissance de l'enfant serait également facilitée par l'allaitement. (Guay *et coll.*, 2001; Eidelman *et coll.*, 2012; Santé Canada *et coll.*, 2014).

Toutes ces raisons ont amené à mettre sur pied, au cours des dernières années, plusieurs actions afin de favoriser la réussite de l'allaitement chez les mères lavalloises, soit par la promotion de l'allaitement, soit par une offre de soutien aux femmes qui désirent allaiter.

La dernière enquête fournissant des données régionales sur ce sujet a eu lieu en 2005-2006. Il s'agit de l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006. Elle nous informe sur le taux d'allaitement selon le temps écoulé depuis la naissance de l'enfant.

FIGURE 90 TAUX D'ALLAITEMENT SELON LE TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA NAISSANCE DE L'ENFANT, LAVAL, QUÉBEC, 2005-2006



Note : L'allaitement exclusif n'inclut pas les compléments justifiés.

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sur l'allaitement maternel 2005-2006.

Si l'on observe le taux d'allaitement total durant les six mois suivant le séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance (MN), le taux lavallois d'allaitement passe de 87 % à 46 %. Les taux obtenus sont assez près des objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fixés à 85 % à la sortie du CH/MN et respectivement à 70 %, 60 % et 50 % aux deuxième, quatrième et sixième mois de vie (Guay *et coll.*, 2001). Les taux d'allaitement exclusif sont toutefois beaucoup plus faibles, passant de 55,1 % à 2,2 % entre le séjour au CH/MN et six mois après la naissance. Ils sont donc un peu en dessous des cibles du MSSS, et plus spécialement lors du séjour au CH/MN.

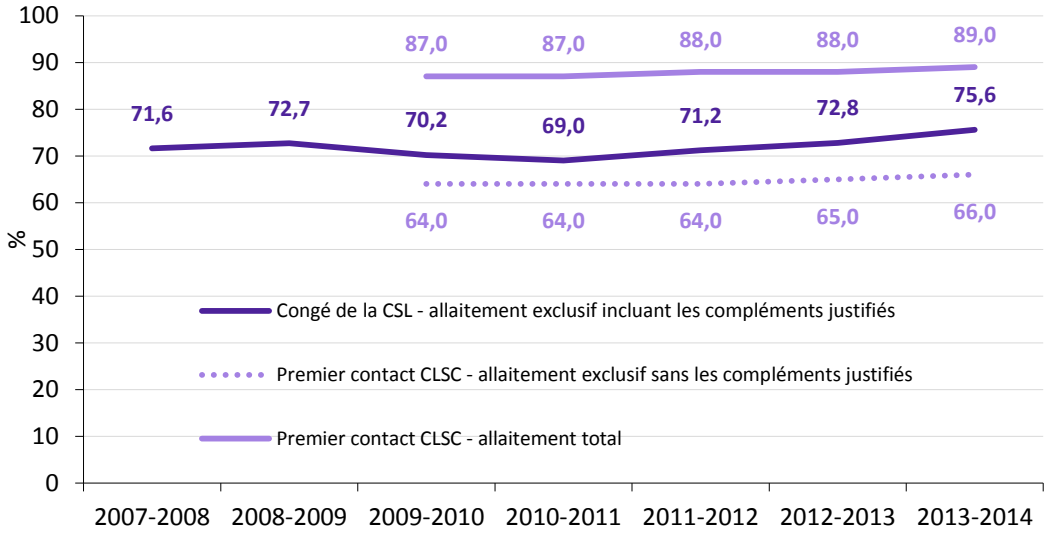
L'ISQ (Haiek, 2006) fait valoir qu'il y aurait eu des gains en matière d'allaitement au cours de la décennie précédant 2006. Ce constat s'appuie sur la comparaison entre les données de l'Enquête sur l'allaitement maternel 2005-2006 et celles des naissances de 1997-1998 de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ). Selon ces sources de données, parmi les enfants québécois nés en 1997-1998, seulement 72 % d'entre eux avaient consommé du lait maternel au moins une fois, comparativement à un taux d'allaitement de 85,1 % à la sortie du CH/MN en 2005-2006. À deux mois, le taux d'allaitement était de 49 % et, à six mois, de 28 %. En comparaison, ces taux se situaient à 66,7 % et à 46,7 % en 2005-2006, respectivement.

Pour apprécier l'évolution qui a eu lieu après 2005-2006, certaines données locales sont disponibles. Toutefois, elles ne concernent pas la même population que l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec[33]. D'abord, depuis 2007-2008, l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé compile le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital. Notons que, contrairement aux données de l'Enquête sur l'allaitement

[33] En effet, les données de la situation au congé de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé concernent les femmes ayant accouché à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, peu importe leur région de résidence. Le bassin de population n'est donc pas le même que celui de l'Enquête sur l'allaitement maternel 2005-2005, qui tient compte plutôt de toutes les mères lavalloises, peu importe le lieu d'accouchement. Enfin, les données de la situation au premier contact concernent les femmes contactées par un CLSC de Laval pour un suivi postnatal.

maternel au Québec, les données sur l'allaitement exclusif incluent les cas où il y a utilisation de compléments justifiés selon les critères UNICEF-OMS (Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, 2009). La banque I-CLSC nous permet également d'avoir une idée du taux d'allaitement au premier contact avec l'infirmière du CLSC à la suite du retour à la maison des parents et de leur enfant.

FIGURE 91 ÉVOLUTION DU TAUX D'ALLAITEMENT À LA SORTIE DU CENTRE HOSPITALIER ET AU PREMIER CONTACT, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, 2007-2008 À 2013-2014(P)



Note : La statistique compilée au congé de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

(p) : Données provisoires.

Source : I-CLSC 2007-2008 à 2013-2014. Données compilées par l'Infocentre du Centre de santé et de services sociaux de Laval.

Depuis 2007-2008, ce sont environ deux tiers des mères qui allaitent de façon exclusive à la sortie du centre hospitalier. Ce taux grimpe environ aux trois quarts si l'on tient compte des mères qui utilisent des compléments justifiés par les critères UNICEF-OMS (Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, 2009). Autant les taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé que les taux d'allaitement au premier contact montrent une tendance incertaine, bien qu'il y ait eu une légère hausse au cours des années les plus récentes. Rappelons que le critère pour l'Initiative Amis des bébés est de 75 % en ce qui concerne le taux d'allaitement exclusif comprenant les compléments justifiés. Des efforts restent donc à faire pour dépasser ce critère et assurer une certaine stabilité.

Les freins à l'allaitement

Lors de l'ESCC 2009-2010, parmi les principales raisons pour ne pas avoir allaité, les mères québécoises évoquaient :

- qu'elles trouvaient plus facile de nourrir leur enfant au biberon (28,4 %);
- une césarienne ou à un autre état de santé (26,2 %);
- qu'elles trouvaient l'allaitement peu attrayant (14,5 %);
- leur croyance selon laquelle les préparations lactées pour nourrissons sont tout aussi bonnes que le lait maternel (9,8 %).

Chez celles qui avaient allaité, l'arrêt de l'allaitement était principalement dû au fait de ne pas avoir assez de lait (23,4 %), au fait que l'enfant était prêt à se nourrir d'aliments solides (15,4 %), qu'il s'était sevré lui-même (12,7 %) ou qu'elles devaient retourner au travail (10,6 %).

Les données de l'ESCC 2009-2010 démontrent également qu'il existe un écart significatif selon la situation socioéconomique de la femme quant au fait d'avoir essayé d'allaiter leur dernier enfant. En effet, parmi les femmes québécoises ayant accouché au cours des cinq dernières années, seulement 70,4 % ont essayé d'allaiter leur dernier enfant chez celles dont le revenu du ménage se situe entre 0 et 39 999 $. Chez celles dont le revenu varie entre 40 000 et 79 999 $, cette proportion grimpe à 83,1 % et elle atteint 91,5 % pour un revenu de 80 000 $ ou plus. Le niveau de scolarité joue également un rôle quant à la volonté d'allaiter. Parmi les femmes n'ayant aucun diplôme, 62,5 % ont essayé d'allaiter, alors que chez celles détenant un diplôme d'études secondaires et ayant des études ou un diplôme d'études postsecondaires, cette proportion est de 63,6 % et 86,5 %, respectivement.

ENJEU

Allaitement

La baisse rapide du taux d'allaitement après la sortie du centre hospitalier ou de la maison de naissance apporte son lot de questionnements. C'est donc dire que le désir d'allaiter est souvent présent, mais que certaines difficultés sont difficiles à surmonter. Il importe donc d'offrir à toutes les femmes le soutien dont elles ont besoin pour qu'elles puissent atteindre leur objectif en matière d'allaitement et vivre cette expérience de façon positive.

Il serait aussi important de s'attarder aux inégalités sociales de santé par rapport à l'allaitement : les femmes financièrement moins favorisées et moins scolarisées vont moins souvent essayer d'allaiter. Pourtant, elles et leurs enfants bénéficieraient énormément des bienfaits de l'allaitement. Il serait important de s'attarder à bien comprendre ce qui limite ce comportement dans ce sous-groupe de la population afin de mieux le rejoindre dans le cadre des activités de promotion.

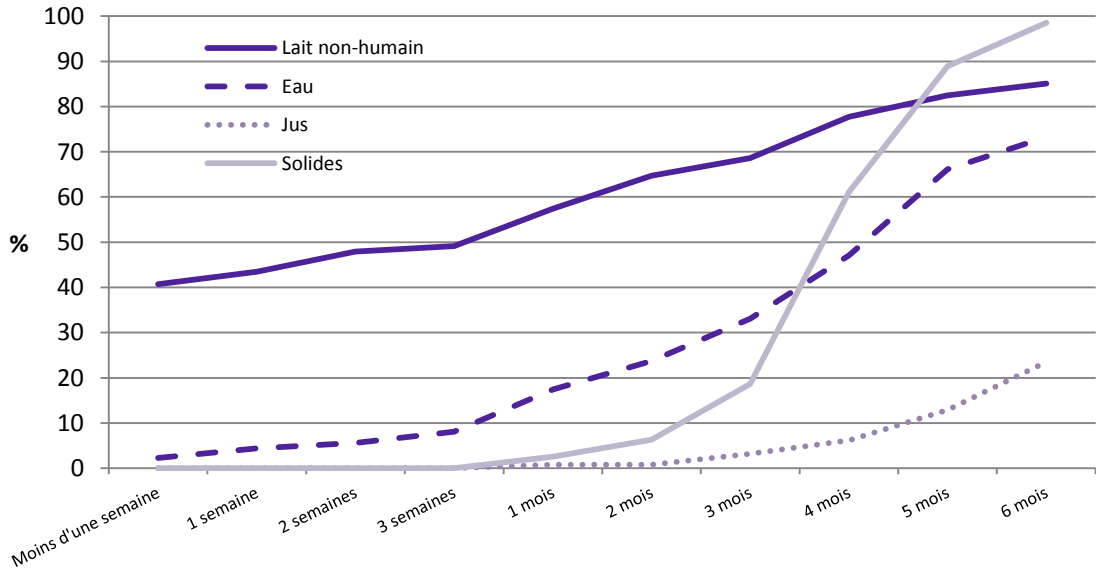
ALIMENTATION

Selon l'INSPQ (Doré et Le Hénaff, 2015), les parents peuvent introduire les liquides autres que le lait maternel, de même que les solides, vers l'âge de six mois. Comme l'enfant a besoin, à partir de cet âge, d'un apport important en fer, on recommande de commencer à introduire des aliments riches en fer, tels que les céréales pour nourrissons, des viandes et des substituts (exemples : tofu, œufs et légumineuses). De plus, on suggère d'introduire rapidement les fruits et légumes riches en vitamine C, lesquels favorisent l'absorption du fer. D'autres aliments devraient ensuite être

introduits de façon graduelle. Pour plus d'information, veuillez consulter le guide *Mieux vivre avec note enfants de la grossesse à deux ans*, disponible sur le site Web de l'INSPQ.

L'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006 s'est également intéressée à l'introduction des solides et des liquides autres que le lait maternel chez les enfants. Ainsi, on a collecté de l'information sur l'âge à l'introduction du lait non humain, de l'eau, du jus et des solides chez ceux qui ont été allaités au moins une fois. L'information recueillie est résumée dans la figure suivante.

FIGURE 92 PROPORTION DES ENFANTS AYANT ÉTÉ INTRODUITS À DES SOLIDES ET DES LIQUIDES AUTRES QUE LE LAIT MATERNEL SELON L'ÂGE PARMI CEUX AYANT ÉTÉ ALLAITÉS AU MOINS UNE FOIS, LAVAL, 2005-2006



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sur l'allaitement maternel 2005-2006.

Quatre mères sur dix (40,7 %) disent avoir introduit le lait non humain moins d'une semaine après la naissance de leur enfant. À trois mois, ce sont près des deux tiers (64,7 %) des enfants qui consomment du lait non humain. L'introduction de l'eau semble se faire graduellement, surtout à partir de trois mois. En ce qui concerne les solides, l'introduction se fait principalement à quatre ou cinq mois. Ainsi, la proportion d'enfants qui consomment des solides passe de 18,6 % à 61,1 % entre trois et quatre mois, puis à 88,9 % à cinq mois. Enfin, les jus sont très peu consommés par les enfants de six mois et moins. Moins d'un enfant sur quatre (23,5 %) consomme du jus lorsqu'il atteint l'âge de six mois.

3.3.7 Adaptation et intégration sociales

Les caractéristiques de l'environnement dans lequel évolue l'enfant au cours de sa première année de vie influencent son état de santé et son développement. Un élément ne peut prédire à lui seul l'évolution des enfants, car c'est surtout l'addition de plusieurs facteurs de risque qui peut poser problème. La temporalité est également importante, en ce sens où l'exposition à un facteur de risque de manière temporaire n'a pas le même effet qu'une exposition prolongée, cette dernière situation engendrant davantage de conséquences. Dans cette section, plusieurs facteurs liés à l'adaptation et à l'intégration sociales seront abordés : la pauvreté, la monoparentalité, le *statut d'immigrant* des parents, ainsi que la santé mentale des parents.

PAUVRETÉ

On définit la pauvreté comme étant

> « […] la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation à la société ». (Gouvernement du Québec, 2002)

Les multiples répercussions de la pauvreté chez les jeunes enfants engendrent une accumulation de facteurs de risque

La pauvreté a des répercussions dans de nombreuses sphères de la vie : qualité de vie durant l'enfance, sécurité alimentaire, niveau de scolarité auquel un individu parviendra, type d'emploi auquel il aura accès, niveau socioéconomique qui sera atteint à l'âge adulte (Raphael, 2004). À titre d'illustration, l'ESCC 2011-2012 nous informe que 24,2 %[34] des Lavallois de 12 ans et plus vivant dans un ménage ayant un revenu de moins de 40 000 $ sont en état d'insécurité alimentaire modérée ou grave, une proportion significativement plus élevée que dans les ménages ayant un revenu plus élevé (5,6 %[35]).

L'analyse des données de l'ELDEQ a démontré que les enfants vivant dans un milieu défavorisé cumulent davantage de facteurs de risque (Paquet et Hamel, 2003) : les enfants défavorisés vont moins souvent être allaités durant six mois, vont plus souvent avoir une mère fumeuse, vont moins souvent fréquenter la garderie et vont plus fréquemment vivre dans une famille monoparentale. On sait aussi que la pauvreté est le facteur de risque le plus documenté en ce qui concerne la négligence (Mayer, 2007). Et même indépendamment de ces nombreux facteurs de risque, la défavorisation a un impact négatif sur l'état de santé de l'enfant (Paquet et Hamel, 2003).

La pauvreté affecte la santé des enfants

Paquet et Hamel (2003) ont étudié le lien entre la position sociale de la famille et la santé des tout-petits. Ils ont observé que le fait d'avoir vécu en contexte de faible statut socioéconomique depuis la naissance se traduit par un risque plus élevé de séjourner à l'hôpital, de souffrir d'une infection des voies respiratoires et d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé. La pauvreté au cours des premières années de vie peut également engendrer des conséquences plus tard dans l'enfance et au cours de la vie. Comeau et Beauregard (2010) rapportent d'ailleurs que

> « comparativement à un enfant plus favorisé, celui qui a connu la pauvreté au cours de ses cinq premières années court un plus grand risque de souffrir de problèmes de santé et de comportement, d'être moins bien préparé pour son entrée à l'école et d'y éprouver des difficultés ».

Davantage d'impacts lorsque la pauvreté s'installe à long terme

Les impacts de la pauvreté sont modulés par la durée de l'état de pauvreté. Le troisième rapport national sur l'état de santé de la population (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007) évoque la revue de Phipps (2003) qui démontre que l'importance des dommages causés par la pauvreté est corrélée positivement avec la durée de cette situation et que les premières années de vie sont déterminantes par rapport à ce facteur. En d'autres termes, plus l'épisode de pauvreté est long, plus les conséquences sont grandes.

[34] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.
[35] Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : valeur à interpréter avec prudence.

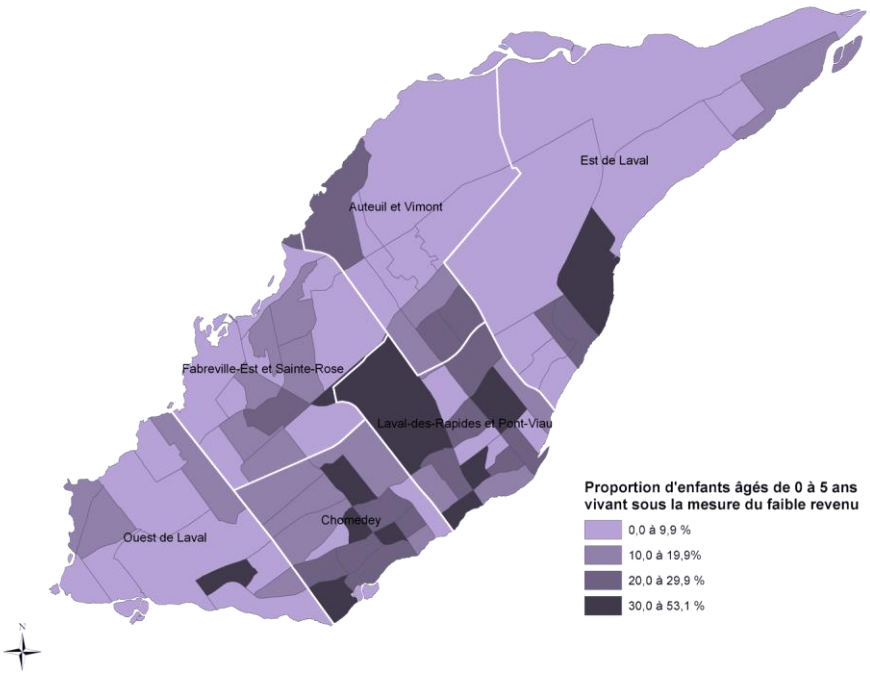
Les résultats de l'ELDEQ démontrent toutefois que l'impact négatif d'une position sociale défavorable chez un jeune enfant peut être réduit en présence de certains facteurs protecteurs tels que (Paquet et Hamel, 2003) :

- l'allaitement;
- le soutien des grands-parents;
- une très bonne santé de la mère; et
- la fréquentation d'un service de garde.

La proportion d'enfants de moins de six ans vivant sous la MFR varie fortement sur le territoire lavallois

Le niveau de revenu est bien sûr étroitement lié à la pauvreté. De nombreuses familles lavalloises ont peine à subvenir à leurs besoins; on peut penser que cette situation a des répercussions sur les enfants qui les composent. Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages 2011 nous permettent de connaître le nombre et la proportion de jeunes enfants lavallois vivant sous la MFR (0 à 5 ans). Ainsi, 15,3 % de ces enfants se retrouvent dans cette situation. En 2014, cela représente plus de 4 400 enfants. La proportion d'enfants de moins de six ans vivant sous la mesure du faible revenu varie beaucoup à Laval, passant de 0,0 à 53,1 % dépendant du secteur. Voilà qui illustre bien les inégalités présentes sur le territoire lavallois. La plupart des secteurs plus vulnérables se situent dans la moitié sud de l'île, bien que certains d'entre eux se retrouvent ailleurs.

FIGURE 93 PROPORTION D'ENFANTS VIVANT SOUS LA MESURE DU FAIBLE REVENU, 0 À 5 ANS, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages 2011.

Environ un enfant sur quatre de moins de six ans vit sous la mesure du faible revenu dans le centre-sud de Laval

Environ un enfant sur quatre de moins de six ans dans les secteurs 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) et 3 (Chomedey) vit sous la mesure du faible revenu, ce qui représente environ 1 200 enfants dans chacun de ces secteurs. C'est beaucoup plus que dans les autres secteurs.

Dans chacun des autres secteurs, on compte entre 400 et 500 enfants de moins de six ans vivant sous la mesure du faible revenu. Cela représente autour de 9,0 % d'entre eux dans les secteurs 4 (ouest de Laval) et 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) et plus de 11,0 % d'entre eux dans les secteurs 1 (est de Laval) et 6 (Auteuil et Vimont).

TABLEAU 22 NOMBRE ET PROPORTION D'ENFANTS VIVANT SOUS LA MESURE DU FAIBLE REVENU SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

Bureau municipal lavallois	Enfants de 0-5 ans vivant sous la MFR	
	N^bre estimé en 2014	%
1- Est de Laval	470	11,6
2- Laval-des-Rapides et Pont-Viau	1 200	26,9
3- Chomedey	1 260	23,9
4- Ouest de Laval	490	8,9
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	540	9,3
6- Auteuil et Vimont	430	11,7
Laval	4 434	15,3

Note : En raison de nombres qui ont été arrondis, certaines sommes peuvent ne pas arriver au nombre total indiqué.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages 2011; MSSS, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux des services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010; Agence de la santé et des services sociaux de Laval, Projections de la population de Laval, selon le territoire de BML, le sexe et le groupe d'âge de 5 ans au 1er juillet, 2012 à 2021 (juin 2014).

FAMILLES MONOPARENTALES

Selon l'ELDEQ, à leur naissance, près de 8 % des enfants vivaient avec un seul parent. À deux ans et demi, cette proportion grimpe à 12,0 %. Il faut toutefois savoir que cette réalité est souvent transitoire et que les parcours sont multiples. Par exemple, pour la moitié des enfants nés hors union, un nouveau conjoint ou leur père biologique s'est joint au foyer familial avant que l'enfant atteigne deux ans et demi (Neill *et coll.*, 2006).

La monoparentalité génère son lot de défis, notamment sur le plan socioéconomique. Il faut savoir que les enfants ayant vécu au moins un épisode de monoparentalité avant l'âge de deux ans et demi ont plus fréquemment une mère étant peu ou pas intégrée au marché du travail. En outre, ceux qui ont toujours vécu dans une famille monoparentale ont moins souvent une mère possédant un diplôme d'études postsecondaires. Enfin, ceux qui sont nés dans une famille monoparentale sont plus à risque d'avoir vécu dans des conditions socioéconomiques particulièrement précaires entre leur naissance et l'âge de deux ans et demi (Neill *et coll.*, 2006). On sait par exemple que parmi les familles de recensement lavalloises, les familles comptant un couple avec des enfants ont un revenu après impôt moyen de 83 580 $, alors que pour les familles monoparentales, ce revenu moyen est de 47 380 $. Toutefois, il faut savoir qu'indépendamment de la position sociale[36] de la famille, les

[36] Il est question de nombreuses caractéristiques socioéconomiques des familles, notamment du niveau de revenu familial ou du statut d'emploi de la mère.

nourrissons vivant dans une famille monoparentale vont être plus enclins à avoir des problèmes de santé (Paquet et Hamel, 2003).

La section 1.3.1 présente la proportion de familles monoparentales, ainsi que leur répartition et certaines caractéristiques. Le tableau suivant présente la répartition des familles monoparentales ayant des enfants âgés de 0 à 5 ans parmi les différents secteurs lavallois.

TABLEAU 23 NOMBRE ET PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES AVEC ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

Bureau municipal lavallois	Familles monoparentales	
	N^bre	%
1- Est de Laval	330	12,2
2- Laval-des-Rapides et Pont-Viau	610	18,9
3- Chomedey	525	14,1
4- Ouest de Laval	300	7,9
5- Fabreville-Est et Sainte-Rose	330	8,5
6- Auteuil et Vimont	285	10,8
Laval	2 380	12,0

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

PARENTS IMMIGRANTS

L'immigration, bien que non problématique en tant que telle, peut toutefois être la source de certains obstacles, notamment en lien avec l'emploi et le revenu, l'isolement, une faible connaissance du français, une difficulté d'accès aux services de santé, etc. Ces difficultés peuvent avoir un impact sur l'état de santé des enfants, notamment en ce qui concerne son développement.

À titre d'illustration, les données de l'ENM 2011 ont permis de mettre en lumière le fait que malgré une plus grande proportion de diplômés universitaires chez les immigrants récents, c'est dans ce groupe que l'on observe le taux d'emploi le plus faible, de même qu'un taux de chômage très élevé. Cette réalité a des conséquences en ce qui concerne le revenu. Ainsi, les non-immigrants ont un revenu moyen 15,0 % plus élevé que les immigrants non récents et 73,4 % plus élevé que les immigrants récents. On observe également que les immigrants récents sont plus fréquemment sans revenu en 2010 (15,4 %) par rapport aux immigrants non récents (3,1 %) et aux non-immigrants (5,6 %) (Blais, 2014).

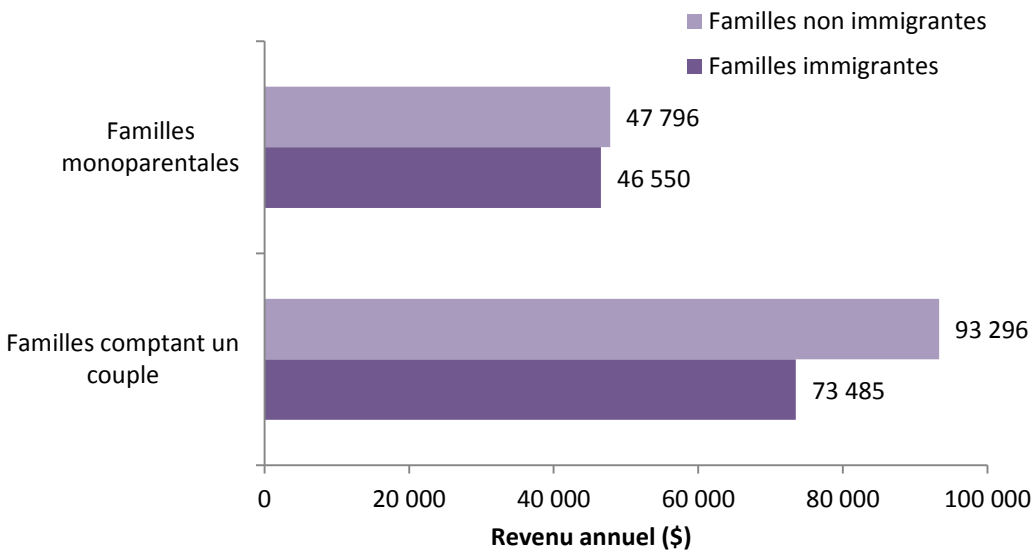
Comme il a été montré dans la section 1.3.2, le nombre de naissances issues de parents immigrants n'a cessé d'augmenter au cours des 15 dernières années. L'évolution est si rapide qu'en 2012, plus de quatre naissances lavalloises sur dix (41,2 %) sont attribuables aux mères immigrantes, alors que cette proportion atteint 50,6 % si l'on considère également le lieu de naissance du père.

Les enfants de familles immigrantes vivent plus souvent en contexte de pauvreté

Cette réalité a un effet direct sur l'état de pauvreté des enfants : selon le rapport 2012 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada, les enfants de familles immigrantes vont plus fréquemment être pauvres que les enfants de familles non immigrantes (Campagne, 2000 et Friendly, 2012).

En définissant une famille immigrante comme étant une famille dont au moins un des membres est immigrant, on retrouve près de 33 000 familles immigrantes à Laval en 2011. On remarque effectivement une différence importante entre les familles immigrantes et non immigrantes en ce qui concerne le revenu moyen après impôt, et plus particulièrement parmi les familles composées d'un couple avec enfants.

FIGURE 94 REVENU ANNUEL MOYEN APRÈS IMPÔT SELON LE STATUT D'IMMIGRATION DE LA FAMILLE ET LE TYPE DE FAMILLE PARMI LES FAMILLES AVEC ENFANTS, LAVAL, 2011



Source : Statistique Canada, ENM 2011.

Chez les enfants lavallois qui sont eux-mêmes immigrants, la situation est d'autant plus préoccupante, car en 2011, 41,3 % d'entre eux vivent sous la mesure du faible revenu. En comparaison, la proportion est de 14,2 % chez les enfants non immigrants.

Il est toutefois important de se rappeler que les familles immigrantes ne forment pas un bloc homogène, vivant chacune une expérience unique, influencée par de nombreux facteurs (Bédard *et coll.*, 2014). Une analyse de Statistique Canada (Ahmed, 2005) s'appuyant sur les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) abonde en ce sens. En effet, on remarque que les résultats en matière de santé des enfants de familles immigrantes diffèrent selon le sous-groupe d'immigrants étudié. Cette étude a également permis de faire ressortir certains facteurs de protection en ce qui a trait à la santé des enfants de parents immigrants : le revenu du ménage et le niveau de scolarité de la mère. En outre, il semble que la santé des enfants s'améliore en fonction de la durée de résidence des parents. On a aussi identifié quelques facteurs de risque :

- le nombre d'heures de travail de la mère;
- la faible santé de la mère;
- la monoparentalité;
- les mouvements résidentiels; et
- le fait de vivre dans une région rurale.

Moins de familles monoparentales parmi les familles immigrantes

En définissant une famille immigrante comme étant une famille dont au moins un des membres est immigrant, on compte 32 760 familles immigrantes avec enfants à Laval. Bien que les familles immigrantes soient confrontées à certains obstacles, elles sont toutefois proportionnellement moins nombreuses à être monoparentales. En effet, 19,2 % d'entre elles sont monoparentales, alors que c'est le cas de 31,4 % des familles non immigrantes.

TABLEAU 24 NOMBRE ET PROPORTION DE FAMILLES IMMIGRANTES AVEC ENFANTS ET RÉPARTITION SELON LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

BML	Familles formées d'un couple avec enfants				Familles monoparentales		Total Familles avec enfants	
	Couples mariés	Couples vivant en union libre	Sous-total		Sous-total			
	N^bre	N^bre	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
1	2 990	360	3 350	12,7	1 000	15,9	4 350	13,3
2	3 875	450	4 325	16,3	1 280	20,3	5 605	17,1
3	6 925	375	7 300	27,6	1 820	28,9	9 120	27,8
4	4 000	430	4 430	16,7	630	10,0	5 060	15,4
5	3 465	350	3 815	14,4	725	11,5	4 540	13,9
6	2 905	345	3 250	12,3	830	13,2	4 080	12,5
Laval	24 160	2 310	26 470	100,0	6 290	100,0	32 760	100,0

Source : Statistique Canada, Recensement et ENM 2011.

Le secteur 3 (Chomedey) regroupe plus de 9 000 familles immigrantes avec enfants, dont 1 820 sont monoparentales. Le secteur 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) est le deuxième secteur en importance en ce qui concerne le nombre de familles immigrantes avec enfants avec un total de 5 600 familles. Le nombre total de famille dans chacun des autres secteurs oscille entre 4 080 et 5 060.

SANTÉ MENTALE DES PARENTS

L'état de santé mentale des parents a un rôle non négligeable à jouer sur le développement de l'enfant, notamment du fait de son lien étroit avec la qualité de l'attachement. Le tableau suivant présente certains indicateurs liés à la santé mentale des parents québécois[37] selon deux facteurs socioéconomiques : le revenu et la situation conjugale.

[37] Les données lavalloises sont trop peu fiables pour être utilisées.

TABLEAU 25 PROPORTION DES PARENTS PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SELON LE NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE ET LA SITUATION CONJUGALE DU PARENT, QUÉBEC, 2009-2010

	Niveau de revenu††		Situation conjugale		Total
	Faible	Élevé	Avec conjoint/ partenaire	Seul	
	%	%	%	%	%
Parents subissant un stress assez ou extrêmement élevé	29,0	45,5	34,2	37,8	34,8
Parents subissant une détresse psychologique élevée	8,6	2,4*	6,2	14,3	7,4
Parents souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé	13,3	5,8*	7,3	16,9	8,8
Parents ayant vécu une dépression majeure†	5,9*	1,9*	2,7	10,5*	3,9

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % : valeur à interpréter avec prudence.

† Selon l'échelle élaborée par Kessler et Mroczek à partir du Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

†† Un ménage se retrouve dans la catégorie « faible » s'il se trouve dans les 30 % des ménages québécois les plus pauvres. À l'inverse, il se trouve dans la catégorie « élevé » s'il se trouve dans les 30 % des ménages québécois les plus riches.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010.

Plus du tiers des parents québécois vivent un stress assez ou extrêmement élevé, 7 % vivent une détresse psychologique élevée, 9 % souffrent d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et 4 % ont vécu une dépression majeure.

On observe que le niveau de revenu influence considérablement le degré de stress, de détresse psychologique, la présence d'un trouble de l'humeur et la présence d'une dépression majeure. Les parents moins bien nantis sont plus à risque d'être affectés par ces problèmes de santé mentale. Toutefois, la relation est inverse en ce qui concerne le degré de stress, car les parents mieux nantis se disent plus stressés. Peut-être y a-t-il un lien entre le type d'emploi occupé par ces parents et le stress qu'ils ressentent.

La situation conjugale est aussi liée à la santé mentale des parents. En effet, un parent seul a une probabilité plus élevée de présenter un degré de détresse psychologique élevé, de souffrir d'un trouble de l'humeur ou de vivre une dépression majeure. Il n'existe toutefois pas de différence significative entre les groupes étudiés quant au fait de vivre un degré de stress assez ou extrêmement élevé.

Les changements physiologiques majeurs qui s'opèrent chez la mère, en plus de toutes les répercussions qui découlent de l'arrivée d'un enfant, peuvent avoir des effets sur son état psychologique et conduire jusqu'à la dépression. Plusieurs formes de troubles dépressifs peuvent survenir chez les parents.

> Selon l'American Psychiatric Association (1994), on décrit le *trouble dépressif* comme étant un état qui se caractérise par
>
> « au moins une période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités normales, associée à des symptômes tels qu'une réduction de l'énergie, un changement du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires ».

1) **Dépression prénatale :** lorsque la dépression a lieu au cours de la grossesse.
2) **Dépression post-partum** : si elle survient après la naissance de l'enfant.
3) ***Baby blues* :** déprime passagère qui ne dure que quelques jours après l'accouchement. À ne pas confondre avec la dépression post-partum.
4) ***Psychose post-partum*** : dans certains cas plus graves, on peut assister à une dépression post-partum qui se traduit par des hallucinations, de la paranoïa, une confusion extrême ou des comportements irrationnels et incohérents (Tu, 2011).
5) **« Dépression paternelle »** : les nouveaux pères peuvent également souffrir de dépression. Chez les hommes, la dépression a tendance à se manifester par des comportements agressifs, plutôt que par de l'excès de sensibilité ou de tristesse, comme c'est le cas chez les femmes (Portail d'information prénatale).

La dépression périnatale : un phénomène plus fréquent que l'on croit

Selon le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (Doré et Le Hénaff, 2015), on estime qu'environ une femme sur dix vit un épisode de dépression au cours de sa grossesse. On ajoute que la dépression post-partum est encore plus fréquente, touchant environ une femme sur cinq. Gaynes *et coll.* (2005) rapportent effectivement une statistique du même ordre dans le cadre d'une méta-analyse : selon eux, 19,2 % des femmes souffriraient de dépression post-partum à un moment ou à un autre au cours des trois premiers mois de vie de leur enfant. On précise que la proportion diminue à 7,2 % si l'on ne retient que les cas de dépression majeure. La dépression paternelle, quant à elle, toucherait environ 10 % des hommes (Institut national de santé publique du Québec, 2011a). En appliquant ces proportions aux naissances lavalloises de 2012, on estime qu'environ 440 mères lavalloises souffriraient de dépression prénatale annuellement, et un même nombre de pères de dépression paternelle. En ce qui a trait à la dépression post-partum, elle toucherait environ 880 femmes[38].

[38] Il est impossible d'extraire des statistiques sur les consultations médicales liées à la dépression périnatale, car la classification CIM-9, disponible dans les données RAMQ, ne permettait pas de distinguer ce trouble.

Les conséquences sur les parents

La dépression prénatale comme la dépression post-partum ont des impacts importants, autant pour la personne elle-même que pour son enfant, de même que pour tous les autres membres de la famille. Les conséquences reconnues sur la femme et sur l'enfant sont nombreuses. L'INSPQ rapporte que les femmes souffrant de dépression prénatale seraient moins enclines à recevoir des soins prénataux, à se nourrir et à se reposer adéquatement (Desjardins et Beauregard, 2008). Elles peuvent également, tout comme un homme souffrant de dépression paternelle, voir leurs relations interpersonnelles se détériorer à la suite de la modification de leur comportement et de leur difficulté à gérer le stress et l'anxiété (Tu, 2012). Chez les pères, on évoque également un risque de consommer de l'alcool et des drogues de façon abusive, de manifester des comportements violents ou de se suicider (Institut national de santé publique du Québec, 2011a).

Et les enfants dans tout ça?

Du côté de l'enfant, on évoque un risque plus élevé de fausse couche, de naissance prématurée ou de faible poids. Il a aussi été démontré que les personnes qui ont été exposées à un stress prénatal important sont plus à risque de développer, au cours de leur vie, de l'asthme, des troubles de l'humeur et du développement. Ces impacts seraient liés à l'exposition du fœtus à une dose élevée de glucocorticoïdes (Tu, 2011). Enfin, si la dépression prénatale n'est pas traitée convenablement, elle peut perdurer pendant la période post-partum (Société canadienne de pédiatrie, 2014).

Tu (2011) indique qu'en ce qui concerne la dépression post-partum, les impacts, bien que non négligeables, seraient moins importants que ceux liés au stress lors de la *période prénatale*. En fait, les effets des troubles mentaux chez la mère ou chez le père après la naissance de l'enfant surviendraient surtout à la suite d'une exposition prolongée. Ces effets sont principalement liés aux difficultés qui peuvent survenir dans la relation mère-enfant ou père-enfant. Le parent, affecté par la maladie, aura tendance à avoir un comportement inconstant, ce qui peut nuire au lien d'attachement. Les effets rapportés chez les bébés sont les suivants : difficulté à interagir avec le parent, troubles du sommeil, retards de développement, coliques fréquentes, passivité. Un peu plus tard, cela peut se traduire par de jeunes enfants moins indépendants, plus asociaux, ayant de la difficulté à accepter la discipline, étant plus agressifs et éprouvant plus de difficultés à l'école. À plus long terme, certains troubles peuvent en résulter, tels que des troubles de comportement, d'apprentissage, de déficit de l'attention avec hyperactivité, de santé mentale, ainsi que des difficultés scolaires (Société canadienne de pédiatrie, 2014).

Certaines femmes plus touchées que d'autres

Il semble que certaines femmes sont plus à risque de souffrir de dépression prénatale ou post-partum (Lancaster *et coll.*, 2010; Tu, 2011) :

- les femmes ayant déjà vécu un épisode de trouble mental;
- les mères monoparentales;
- les femmes plus isolées ou ne bénéficiant pas d'un soutien suffisant;
- celles dont la relation conjugale est de piètre qualité (allant jusqu'à la violence conjugale);
- celles qui vivent une grossesse non planifiée;
- celles qui fument; et
- celles dont le statut socioéconomique est faible (revenu ou éducation).

Chez les pères, les facteurs de risque sont assez semblables (Institut national de santé publique du Québec, 2011a). On a également observé que les femmes immigrantes courent un plus grand risque de souffrir de dépression périnatale (Zelkowitz et Milet, 1995; Zelkowitz *et coll.*, 2004; Miszkurka *et coll.*, 2012). À titre d'illustration, la proportion de femmes souffrant de dépression prénatale varierait entre 38 et 50 % chez les femmes appartenant à un groupe vulnérable comme celui des femmes immigrantes ou des femmes ayant un faible revenu (Zelkowitz *et coll.*, 2004). Ce risque supérieur à celui de l'ensemble de la population s'expliquerait, entre autres, par leur plus grande

propension à être isolées, à vivre dans un contexte de pauvreté et/ou de logement de taille non convenable, de même qu'à être confrontées à des événements stressants ou à un contexte conjugal ou familial difficile.

ENJEU

Dépression périnatale : les femmes immigrantes à surveiller

On a observé que le risque de dépression périnatale est plus élevé chez les mères immigrantes que chez celles non immigrantes. Ce constat est d'autant plus préoccupant que ce groupe est de plus en plus important au sein de la population lavalloise, et particulièrement en ce qui concerne les naissances. En effet, la proportion de naissances chez les mères immigrantes a augmenté rapidement au cours de la dernière décennie et atteint maintenant plus de 40 % (50 % si l'on tient compte du lieu de naissance à la fois de la mère et du père).

Compte tenu de la nature de la problématique, il serait important d'intensifier et d'adapter les actions préventives s'adressant à cette population.

Tu (2012) mentionne que

> « bien que plusieurs services et programmes soient offerts pour guider les femmes durant leur grossesse, on aborde encore très peu avec elles les risques de faire une dépression. Il convient donc de rappeler l'importance de procurer une formation en santé mentale à tous les intervenants qui travaillent en périnatalité ».

Afin de réduire la survenue ou les impacts de la dépression périnatale, elle propose de mieux renseigner les femmes sur la dépression prénatale et post-partum, de promouvoir l'activité physique, de travailler à réduire le stress lié à la venue de l'enfant, ainsi que d'offrir certains traitements, tels que la luminothérapie, la psychothérapie et la médication en cas de nécessité. En outre, elle indique qu'il a d'ailleurs été démontré que le soutien apporté à la mère souffrant de dépression post-partum chez les mères vulnérables est bénéfique (Shaw *et coll.*, 2006).

ENJEU

Dépression périnatale

La dépression périnatale affecte un grand nombre de mères, touchant environ une femme sur cinq, et par le fait même autant d'enfants.

La présence de dépression périnatale chez la mère a un effet important sur la santé des enfants à long terme et peut entraîner des conséquences potentiellement sévères. Des moyens efficaces sont disponibles pour prévenir et intervenir précocement afin de diminuer l'ampleur de ces impacts. Par conséquent, l'investissement de plus importantes ressources en lien avec ce problème produirait certainement des avancées notables dans le domaine du développement des jeunes enfants.

3.3.8 Attachement

Dans le document *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an* (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005), on utilise la définition de l'attachement de Bowlby (1969), soit :

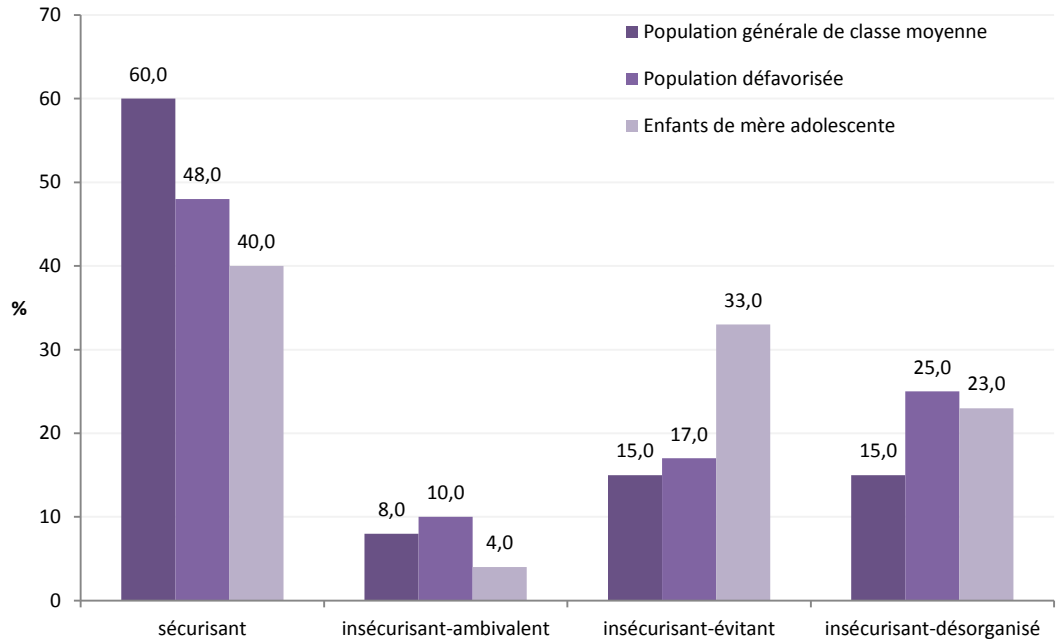
> « […] un lien affectif durable d'un enfant envers un adulte qui en prend soin (généralement le parent) et qui se manifeste par divers comportements permettant à l'enfant, dans les moments de détresse surtout, d'interagir avec cet adulte. »

Un attachement sécurisant est un premier pas vers une santé mentale et un développement optimaux de l'individu. En effet, ce lien permettra à l'enfant de plonger avec confiance dans sa trajectoire de vie et toutes les expériences qu'elle comporte. Le Center on the Developing Child de l'Université Harvard (2010) rapporte que des recherches démontrent qu'une relation stable suffisamment réceptive aux besoins de l'enfant favorise une meilleure santé mentale au cours de la vie, une capacité supérieure à gérer le stress, de même qu'une meilleure résistance immunologique. Un attachement sécurisant favoriserait aussi l'adoption de saines habitudes de vie. Cela serait lié à l'influence que ce lien sécurisant exerce sur le développement du cerveau, des systèmes neuroendocrinien, immunologique et inflammatoire de l'enfant. Le lien d'attachement se développe principalement au cours de la première année de vie, et c'est donc au bout de 12 à 18 mois que l'on peut le caractériser, c'est-à-dire l'associer à un type particulier d'attachement. On dénote quatre types d'attachement :

- l'attachement sécurisant;
- l'attachement insécurisant-ambivalent;
- l'attachement insécurisant-évitant;
- l'attachement insécurisant-désorganisé.

Le premier, l'*Attachement sécurisant* , est celui qui est le plus favorable au développement et au bien-être de l'enfant. Comme l'enfant se sent protégé, il n'a pas peur d'expérimenter son environnement. Il interagit fréquemment avec le parent et recherche les contacts physiques (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005). Le deuxième type, soit *l'Attachement* insécurisant-ambivalent , résulte d'un comportement incohérent de l'adulte par rapport au fait de répondre aux besoins de l'enfant, rendant ce dernier anxieux. *L'Attachement insécurisant-évitant* , quant à lui, se développe à la suite de comportements de rejet de l'adulte envers l'enfant. Ce dernier en vient finalement à éviter les contacts avec le parent et recherche plutôt le réconfort chez d'autres personnes. Enfin, le dernier type, soit *l'aAttachement insécurisant-désorganisé* , apparaît chez les enfants victimes de grave négligence ou de violence. La figure suivante résume les conclusions de la méta-analyse de Van Izjendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg (1999) rapportée par le *Guide* (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005) quant à la répartition des enfants selon le type d'attachement.

FIGURE 95 RÉPARTITION DES ENFANTS SELON LE TYPE D'ATTACHEMENT ET SELON LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE



Source : Van Izjendoorn *et coll.*, 1999

On remarque que selon les résultats de la méta-analyse de Van Izjendoorn *et coll.* (1999) [39], une proportion élevée d'enfants développe un attachement sécurisant, mais que cette proportion varie selon les conditions socioéconomiques et sociodémographiques. En effet, **chez les enfants ayant une mère adolescente ou vivant dans un contexte de défavorisation, le risque de développer un attachement insécurisant atteint 60 % et 52 %, respectivement**. Chez les mères adolescentes, le type insécurisant-évitant serait le plus prévalent parmi les cas d'attachement insécurisant (33 %), alors que chez la population défavorisée, ce serait plutôt le type insécurisant-désorganisé (25 %).

Malheureusement, aucune donnée lavalloise n'est disponible en ce qui concerne l'attachement. Toutefois, il est possible d'estimer, à partir des statistiques révélées dans la figure précédente, un nombre d'enfants lavallois susceptibles de développer un attachement insécurisant. Par exemple, en 2012, on dénombre 63 enfants lavallois nés de mère de moins de 20 ans (5 de moins de 18 ans) et

[39] Méta-analyse ayant tenu compte d'études provenant de divers pays. Les enfants faisant l'objet de ces études sont donc de diverses origines ethniques, de divers milieux socioéconomiques et proviennent de différentes cultures.

on estime à 673 le nombre d'enfants nés dans un ménage à faible revenu selon la MFR ainsi qu'à 3 725 le nombre d'enfants que l'on associe à la catégorie « population générale de classe moyenne ». Ainsi, parmi ceux-ci, on estime qu'environ 370 enfants sont susceptibles de développer un attachement insécurisant-ambivalent, 690 un attachement insécurisant-évitant, et 740 un attachement insécurisant-désorganisé. Il est à noter que ces estimations ne prétendent pas être exactes et devraient être interprétées avec prudence[40].

Plusieurs facteurs influencent l'établissement d'une relation chaleureuse entre le parent et l'enfant. Dans l'*Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe* (Comeau *et coll.*, 2013), deux aspects sont mis en lumière, soit les pratiques parentales et la santé mentale des parents. Cette dernière est elle-même influencée par le stress parental, le sentiment de bien-être lié au rôle parental, le soutien social et la relation conjugale, ces deux derniers éléments étant évidemment fortement liés l'un à l'autre. Le sentiment de bien-être lié au rôle parental est décrit comme étant influencé par le sentiment de compétence parentale, ainsi que par la satisfaction parentale. La figure suivante résume ces relations. On pourrait facilement substituer « attachement » à « qualité de la relation parent-enfant ».

Dans le même avis scientifique, on mentionne que

> « de la naissance à la fin de la petite enfance, il est reconnu que les pratiques parentales sensibles, réceptives et encourageant la réciprocité entre l'enfant et le parent favorisent le développement d'un attachement sécurisant ». (Comeau *et coll.*, 2013)

C'est pourquoi des interventions de santé publique visent à encourager de saines pratiques parentales, notamment auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cette affirmation de l'Avis scientifique illustre également l'impact que peut avoir la survenue d'une dépression post-partum étant donné que la capacité du parent à combler les besoins de l'enfant est alors affaiblie. Des interventions à l'échelle populationnelle sont également favorables à l'établissement d'un lien sécurisant, telles que le fait d'encourager le contact peau à peau prolongé immédiatement après l'accouchement, ainsi que la promotion de l'allaitement maternel. Du côté de la santé mentale des parents, certaines données seront présentées dans les prochains volumes du profil thématique.

[40] Il faut savoir que ces estimations s'appuient sur des statistiques non lavalloises, en plus d'être calculées à partir d'une estimation des naissances sous la MFR. En outre, certains enfants peuvent avoir été comptés plus d'une fois en raison du caractère non exclusif des catégories « enfant de mère adolescente » et « enfant né d'un ménage vivant sous la MFR ». Les différentes interventions qui sont offertes dans la population, notamment chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité, peuvent également avoir favorisé l'attachement sécurisant chez les deux groupes plus vulnérables. Enfin, l'ensemble de ces limites nous amène à croire que l'estimation proposée démontre probablement un portrait plus négatif qu'il ne l'est en réalité.

Conclusion

Comparativement à l'ensemble du Québec, Laval se démarque par une plus grande proportion de familles avec enfants et par des familles plus nombreuses, renvoyant ainsi l'image d'un territoire accueillant pour les familles avec enfants. Au cours des dernières années, une évolution rapide a eu lieu qui a affecté à la fois leur structure et leur visage.

Si la première idée que l'on se fait d'une famille est encore celle d'une famille biparentale avec des enfants, elle est aujourd'hui plus diversifiée que jamais. La monoparentalité, bien que parfois transitoire, est commune, correspondant à plus d'une famille lavalloise avec enfants sur quatre en 2011. Les familles recomposées se présentent également en grand nombre sous plusieurs formes. L'homoparentalité est aussi une réalité de plus en plus visible. Les couples mariés, bien que toujours majoritaires, sont de moins en moins fréquents, mais les couples lavallois se marient tout de même davantage que dans le reste du Québec. D'ailleurs, ils ont aussi davantage d'enfants, et donc de familles nombreuses.

Famille et périnatalité

Trois grands enjeux :

- L'évolution de la structure familiale;
- Le report de la parentalité;
- L'augmentation des familles immigrantes.

On observe en outre que le moment de la constitution de la famille s'est déplacé. Les femmes participent beaucoup plus au marché du travail et sont plus scolarisées. Elles ont maintenant tendance à attendre la fin de leurs études avant de devenir mères, repoussant alors l'âge de la maternité de plus en plus tard. La situation économique précaire des jeunes dans la vingtaine est aussi une hypothèse soulevée pour expliquer le report de la conception d'un premier enfant. De même en ce qui concerne la tendance à l'allongement de la jeunesse. Les jeunes veulent d'abord vivre certaines expériences de vie avant de fonder une famille, ils veulent également se sentir prêts et en mesure d'offrir le meilleur à leur enfant. Les jeunes lavallois âgés de 20 à 29 ans sont d'ailleurs beaucoup plus nombreux que dans le reste du Québec à demeurer chez leurs parents. Du même coup, le report de la maternité touche particulièrement Laval : l'âge moyen des mères lavalloises est plus élevé que celui du reste du Québec, et cet écart tend à se creuser.

Laval fait partie des régions comptant la plus grande population d'immigrants. En dix ans, la proportion d'immigrants est passée de 15 à 25 %, ce qui a un impact significatif sur les familles de Laval, car non seulement les immigrants sont-ils plus nombreux, mais ils ont également davantage d'enfants. Ainsi, en 2012, plus d'une naissance lavalloise sur deux est issue d'au moins un parent immigrant, alors qu'il était question d'environ une naissance sur quatre dix ans plus tôt. Ainsi, l'augmentation des naissances observée au début des années 2000 est essentiellement due aux mères immigrantes. Parallèlement, on retrouve en 2011 plus d'un enfant âgé de 0 à 4 ans sur cinq qui ne connaît pas le français.

Ces trois phénomènes, soit la diversification de la structure familiale, le report de la parentalité et l'augmentation importante de la proportion de parents immigrants supposent plusieurs enjeux. En outre, on peut s'attendre à ce que les impacts qui en découlent soient encore plus prononcés à l'avenir étant donné le fait que, dans les trois cas, l'évolution observée ne semble toujours pas être freinée.

D'abord, la diversification de la structure familiale est liée à une évolution des rôles familiaux. Aujourd'hui, les deux parents jouent souvent plusieurs rôles : parent, pourvoyeur et amoureux. Ces

multiples rôles peuvent être la source de stress et d'anxiété. Cette diversification des types de famille engendre aussi une demande d'adaptation des services. Par exemple, certaines familles sont plus susceptibles de vivre en contexte de précarité, par exemple les familles monoparentales. Comme elles sont de plus en plus nombreuses, il faut savoir que leurs besoins vont aussi augmenter. En outre, les changements structuraux ont un impact sur le développement des communautés. En effet, comme la famille ne constitue plus nécessairement un noyau solide, l'entraide entre citoyens et les initiatives communautaires peuvent jouer un rôle encore plus important dans la dynamique sociale. Dans un même ordre d'idée, les grands-parents sont parfois appelés à s'impliquer davantage dans l'éducation des enfants, notamment lorsque les familles sont fragilisées.

En ce qui concerne le recul de la fondation de la famille, il peut avoir un effet sur la santé des mères et des enfants. Comme le fait d'avoir des enfants après 35 ans est de plus en plus commun, le phénomène est banalisé. Pourtant, les mères âgées de 35 ans et plus sont plus à risque de connaître des complications lors de leur grossesse et de leur accouchement. Il faut toutefois savoir qu'il existe aussi des avantages à avoir des enfants plus tard et qu'étant donné le fait que le risque augmente avec l'âge, les femmes plus jeunes parmi les 35 ans et plus sont tout de même moins à risque que celles dont l'âge tourne plutôt autour de 40 ans. En outre, on peut penser que ce recul de la fondation des familles a un lien avec la diminution de l'occurrence des naissances chez les mères jeunes ou sous-scolarisées.

Enfin, bien que l'immigration ne soit pas quelque chose de négatif en soi, elle modifie tout de même le portrait de la population. D'abord, elle semble contribuer à l'augmentation de l'âge des mères, car les mères immigrantes sont, en moyenne, plus âgées que les mères non immigrantes. D'un autre côté, elles contribuent significativement à la fécondité, car elles ont davantage d'enfants. L'augmentation de la présence des parents immigrants à Laval demande aussi une certaine adaptation des services de divers milieux, notamment le système de santé, les services de garde éducatifs à l'enfance, le système scolaire, les organismes communautaires, etc. Certains enjeux reposent sur la plus faible connaissance des parents immigrants en ce qui concerne les services publics, sur la communication avec ces derniers qui sont parfois allophones, ou encore sur la présence plus importante de dépression périnatale au sein de cette population. Pensons également à l'intégration des enfants dont la langue maternelle est autre que le français dans le système scolaire et aux implications d'une langue maternelle autre que le français dans le développement des enfants. En outre, on sait que les enfants de famille immigrante vivent plus souvent en contexte de pauvreté, ce qui peut affecter leur santé. Rappelons tout de même que la population immigrante n'est pas homogène et qu'il faut donc l'aborder en tenant compte de plusieurs facteurs.

En conclusion, plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour évaluer les conséquences de ces bouleversements. En trame de fond, certains indicateurs s'améliorent et pallient certains impacts négatifs, alors que d'autres nécessitent une surveillance accrue. Ils sont présentés dans l'encadré suivant.

Des constats positifs chez les Lavallois :

- ↘ du tabagisme maternel depuis 2001;
- ↘ du taux de grossesse chez les jeunes depuis la fin des années 1990;
- ↘ de la proportion des naissances chez les jeunes mères : elle oscille maintenant entre 1 et 2 %;
- ↘ de la proportion des naissances chez les mères sous-scolarisées depuis le milieu des années 1980;
- ↘ du taux de grossesse ectopique depuis les années 1990;
- ↘ de la proportion des nouveau-nés ayant un retard de croissance intra-utérine au cours des années 1980 et 1990, et elle tend maintenant à se stabiliser;
- ↗ importante de la prise d'un supplément d'acide folique avant la grossesse au cours de la dernière décennie;
- la très grande majorité des femmes enceintes ne consomment pas du tout ou très peu d'alcool.

Des éléments à surveiller :

- ↗ de la monoparentalité : elle concerne maintenant une famille avec enfants sur quatre;
- Légère ↗ de la proportion de naissances vivantes de très faible poids depuis le milieu des années 1980;
- ↗ de la proportion de naissances vivantes prématurées depuis le milieu des années 1980, et particulièrement les naissances de très grande prématurité;
- ↗ légère du taux d'hospitalisation à la naissance depuis la fin des années 1990.
- environ une femme lavalloise sur trois n'a pas son premier suivi de grossesse au premier trimestre;
- l'accès à une maison de naissance est limité pour les Lavalloises : à ce jour, aucune maison de naissance n'a été mise sur pied sur le territoire lavallois;
- le taux de césarienne a cessé de grimper et s'est stabilisé, mais est toujours plutôt élevé.
- plus d'un tiers des parents disent vivre un stress assez ou extrêmement élevé.

Lexique

A

Accouchement chirurgical par voie vaginale : Comprend les accouchements utilisant la ventouse obstétricale et ceux utilisant le forceps. Le taux d'accouchement chirurgical est calculé par rapport à l'ensemble des accouchements par voie vaginale.

Accouchement vaginal après césarienne (AVAC) : Accouchement vaginal chez une femme ayant un antécédent de césarienne.

Accroissement naturel : Variation de l'effectif d'une population durant une période propre à la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès.

Allaitement exclusif : Allaitement où l'enfant ne boit que du lait maternel.

Allaitement mixte : Allaitement qui combine à la fois le lait maternel et le biberon.

Allaitement total : Allaitement qui inclut tant les cas d'l'allaitement exclusif et d'allaitement mixte

Anesthésie péridurale : Anesthésie possible lors d'un accouchement, qu'elle soit épidurale ou rachidienne.

Attachement insécurisant-ambivalent : Résulte d'un comportement incohérent de l'adulte par rapport à la réponse aux besoins de l'enfant, rendant ce dernier anxieux.

Attachement insécurisant-évitant : Se développe à la suite de comportements de rejet de l'adulte envers l'enfant. Celui-ci en vient finalement à éviter les contacts avec le parent et recherche plutôt le réconfort chez d'autres personnes.

Attachement insécurisant-désorganisé : Se développe dans des situations de négligence ou de maltraitance. Leur représentation primaire d'eux-mêmes est une représentation dans laquelle ils se sentent non désirables et non aimables.

Attachement sécurisant : Découle d'une relation stable entre un enfant et son parent, qui est suffisamment réceptive aux besoins de l'enfant. Elle favorise un meilleur développement et une santé physique et mentale optimale.

Avortement spontané : Également appelé fausse couche. Perte par causes naturelles d'un produit de conception pesant moins de 500 grammes.

B

Baby blues : Déprime passagère qui ne dure que quelques jours après l'accouchement.

C

Contraception d'urgence : Également appelée pilule du lendemain. Contraception pouvant être utilisée afin d'éviter une grossesse à la suite d'une relation sexuelle non protégée.

Contraception de type « barrière » : Empêche le contact entre les spermatozoïdes et l'ovule à l'aide de produits chimiques (spermicides vaginaux) ou encore par une barrière physique (condom masculin et féminin, cape cervicale, diaphragme et éponge

contraceptive).

Contraception hormonale : Comprend les contraceptifs hormonaux combinés (CHC), contenant à la fois des œstrogènes et un progestatif, et les pilules à base de progestatif seulement.

Contraception hormonale combinée : Contraception hormonale contenant à la fois des œstrogènes et un progestatif (contraceptifs oraux [pilule], anneau contraceptif vaginal et timbre).

Contraception naturelle : Multiples méthodes naturelles visant à éviter une grossesse (par exemple, coït interrompu, méthode du calendrier).

D

Déclenchement artificiel du travail : Accouchement dont le travail est déclenché de manière artificielle, soit par moyens chirurgicaux (exemple : rupture artificielle des membranes), soit par des moyens médicaux (exemples : administration d'ocytocine ou de prostaglandine).

Dépistage prénatal : Dépistage de certaines maladies avant la naissance de l'enfant (au cours de la grossesse).

Dépistage néonatal : Dépistage de certaines maladies après la naissance de l'enfant.

Diabète gestationnel : Diabète qui se développe au cours de la grossesse et causant une augmentation du taux de sucre dans le sang. Autrement dit, on parle de diabète gestationnel lorsque la femme ne souffrait pas de diabète avant sa grossesse.

Dispositif intra-utérin : Également appelé stérilet. Petit objet en forme de T, inséré dans l'utérus, qui prévient à la fois la fécondation et la nidation. On en retrouve soit en cuivre, soit avec un dispositif libérant du lévonorgestrel.

Dystocie : Terme recouvrant l'ensemble des difficultés pouvant survenir lors de l'accouchement, en gêner ou en empêcher le déroulement normal.

E

Épisiotomie : Incision de la vulve et des muscles du périnée, pratiquée pour faciliter certains accouchements.

F

Famille de recensement, y compris les familles recomposées (Statistique Canada, Recensement 2011) : Couple marié (avec ou sans enfant de l'un ou l'autre des époux), couple en union libre (avec ou sans enfant de l'un ou l'autre des partenaires) ou parent seul, peu importe l'état matrimonial, avec au moins un enfant. Un couple peut être composé de personnes de sexe opposé ou de même sexe (famille homoparentale). Une famille comptant un couple avec enfants peut encore être classifiée comme étant soit une famille intacte dans laquelle tous les enfants sont les enfants biologiques et/ou adoptés des deux conjoints mariés ou des deux partenaires en union libre; soit une famille recomposée avec au moins un enfant biologique ou adopté d'un seul conjoint marié ou d'un seul partenaire en union libre dont la naissance ou l'adoption est survenue avant la relation actuelle. Une famille recomposée simple est une famille comptant un couple dont tous les enfants sont les enfants biologiques ou adoptés d'un seul conjoint marié ou d'un seul partenaire en union libre et dont la naissance ou l'adoption est survenue avant

la relation actuelle.

Une **famille recomposée complexe** peut être :

- famille comptant un couple où au moins un enfant est issu des deux parents et au moins un enfant issu d'un seul parent;
- famille comptant un couple où il y a au moins un enfant de chaque parent;
- famille comptant un couple où au moins un enfant est issu des deux parents et au moins un enfant est issu de chaque parent.

Famille monoparentale (Statistique Canada, Recensement 2011) : Famille avec enfant où le parent est seul à avoir la responsabilité des enfants. Dans le cas d'une garde partagée où l'enfant vit autant chez l'un et l'autre de ses parents, l'enfant est considéré comme vivant là où il réside le jour même du recensement. Sinon, l'enfant est considéré comme vivant chez le parent chez qui il passe le plus de temps. Par conséquent, si l'enfant est considéré comme vivant chez un parent qui demeure maintenant avec un nouveau conjoint, il ne sera pas considéré comme vivant dans une famille monoparentale, et ce, même s'il passe la moitié de son temps chez son autre parent qui n'a pas de conjoint.

Fécondité : Capacité de se reproduire. On mesure la fécondité à l'échelle populationnelle en estimant le nombre moyen d'enfants qu'ont les femmes dans une population.

G

Grossesses : Somme des naissances vivantes, des avortements provoqués et des morts fœtales (lesquelles comprennent les mortinaissances et les cas hospitalisés d'avortements spontanés, d'avortements provoqués illégaux et d'autres types d'avortements non précisés).

Grossesse à risque : Grossesse qui nécessite un suivi médical particulier étant donné la présence d'un diagnostic ou d'un facteur clinique mettant à risque le déroulement de la grossesse, pouvant mettre en péril la santé de la mère et/ou de l'enfant.

Grossesse à risque élevé (selon les critères de consultation de la clinique GARE du CSSS de Laval) : les critères d'une grossesse à risque élevée (GARE) sont les suivants :

- Femme enceinte de plus de 14 semaines nécessitant un suivi médical particulier en lien avec une condition médicale telle que :
  - cardiopathie, hypertension chronique, prééclampsie, diabète, autres maladies endocriniennes, maladie rénale, maladie gastro-intestinale, maladie auto-immune,
  - obésité morbide,
  - âge maternel (moins de 16 ans, plus de 35 ans),
  - grossesse multiple,
  - antécédent d'accouchement avant terme,
  - menace de rupture prématurée des membranes, suspicion de retard de croissance *in utero*,
  - antécédent de mort *in utero*, thrombophilie, oligohydramnios, polyhydramnios,
  - évaluation présentation siège versus version,
  - échographie pour index de liquide amniotique.

Grossesse ectopique : Ce type de grossesse, aussi appelée grossesse extra-utérine, est définie comme étant un développement de l'ovule hors de la cavité utérine, soit dans une des trompes de Fallope, soit dans l'ovaire, soit dans la cavité péritonéale. Une grossesse extra-utérine ne peut être menée à terme : il y aura avortement spontané ou rupture du site d'implantation menant à une hémorragie grave.

H

Hypertension artérielle : Hypertension diagnostiquée lorsqu'une personne présente une pression artérielle systolique de plus de 140 mm Hg ou une pression diastolique de plus de 90 mm Hg.

Hypertension chronique : Hypertension diagnostiquée lorsqu'une personne présente, à plusieurs reprises, une pression artérielle systolique de plus de 140 mm Hg ou une pression diastolique de plus de 90 mm Hg.

Hypertension gestationnelle : Hypertension qui est constatée pour la première fois après la 20^{e} semaine de grossesse.

I

Indice synthétique de fécondité : Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme compte tenu des taux de fécondité par âge observés au cours d'une période donnée. Afin d'assurer un remplacement des générations, cet indice devrait se situer au-dessus de 2,1 enfants par femme.

Indice de défavorisation matérielle : indice reflétant surtout la faiblesse du revenu, de la scolarité et de l'emploi. Cet indice est calculé à partir des trois indicateurs suivants : 1. Proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires. 2. Ratio emploi/population âgée de 15 ans ou plus. 3. Revenu moyen des personnes âgées de 15 ans ou plus.

Indice de défavorisation sociale : Indice reflétant la composante sociale. Cet indice est calculé à partir des trois indicateurs suivants : 1. Proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus vivant seules à leur domicile. 2. Proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves. 3. Proportion de familles monoparentales.

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) : Infections qui se transmettent par voie sexuelle ou sanguine.

Insuffisance de poids à la naissance : Nouveau-né dont le poids est inférieur à 2 500 g.

Interruption volontaire de grossesse (IVG) : Avortement provoqué au tout début de la grossesse. Les expressions équivalentes sont entre autres : avortement provoqué, avortement artificiel, avortement thérapeutique et interruption de grossesse.

M

Ménage (Statistique Canada, Recensement 2011) : Personne ou groupe de personnes occupant le même logement. La plupart des données du recensement portent sur les personnes dans les ménages privés. Quand il est question de **ménage privé**, il s'agit dans la plupart des cas d'une unité familiale (famille de recensement; définie précédemment). Mais il existe aussi des ménages non familiaux (personnes hors famille de recensement) de divers types. Il peut s'agir de personnes vivant avec des personnes apparentées autres que des conjoints ou des enfants. Il peut aussi s'agir de personnes vivant avec des gens non apparentés. Toutefois, dans la plupart des cas, les personnes hors famille sont des individus vivant seuls.

Mesure de faible revenu (Statistique Canada, Recensement 2011) : Pourcentage fixe (50 %) du revenu ménager médian « ajusté », ce dernier terme traduisant la prise en compte des besoins du ménage. L'ajustement en fonction de la taille rend compte du fait que les besoins d'un ménage augmentent à mesure que le nombre de membres croît. La mesure est calculée à partir de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR).

Migrations internationales : Mouvements en provenance et à destination de l'extérieur du Canada. Les données sont produites par Statistique Canada et par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec.

Migrations interprovinciales : Échanges migratoires entre le Québec et les autres provinces canadiennes. Les résultats proviennent de Statistique Canada.

Migrations interrégionales : Déplacements résidentiels entre les régions administratives ou les MRC. Ces données sont compilées à partir du Fichier d'inscription des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Morbidité maternelle : Événements qui surviennent et mettent la vie de la mère en danger lors de l'accouchement. La morbidité maternelle grave est définie soit selon un code diagnostic, soit selon un code d'intervention.

Mortalité infantile : Décès d'enfant de moins d'un an parmi l'ensemble des naissances vivantes.

Mortinaissance : Aussi appelée mort fœtale. Décès d'un produit de conception lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, comme les battements du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté. Le Québec exige uniquement que soient déclarées les morts fœtales (mortinaissances) pour lesquelles le poids à la naissance est au moins de 500 grammes, indépendamment de la durée de la gestation.

N

Naissance vivante : Expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, comme les battements du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Natalité : Rapport entre le nombre d'enfants nés vivants et l'effectif de la population dans un lieu donné et pendant une période déterminée.

P

Périnatalité : Période qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception jusqu'à la fin de la première année de vie du nouveau-né.

Période d'immigration (selon Statistique Canada, Enquête nationale sur les ménages, 2011) : Réfère à la période pendant laquelle l'immigrant a obtenu pour la première fois son statut d'immigrant reçu/résident permanent.

Période postnatale : Période qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'à la fin de la première année de vie.

Période prénatale : Période qui s'étend de la grossesse à l'accouchement; période précédant la naissance.

Placenta prævia : Anomalie de localisation du placenta, inséré trop bas dans l'utérus, c'est-à-dire sur son segment inférieur (partie inférieure), pendant la grossesse.

Polyhydramnios : Accumulation de liquide amniotique.

Prééclampsie : Affection lors de la grossesse diagnostiquée lorsque : 1) il y a combinaison d'hypertension et de protéinurie au-delà de la 20^{e} semaine de grossesse; ou 2)

lorsqu'aucune protéinurie n'est détectée, mais qu'il y a combinaison d'hypertension et d'autres symptômes particuliers (thrombopénie, insuffisance rénale ou hépatique, œdème pulmonaire, symptômes visuels ou cérébraux).

Prématurité : On considère comme prématuré un bébé né vivant avant 37 semaines de gestation. Cette notion recouvre trois sous-catégories : la prématurité extrême (<28 semaines); la grande prématurité (entre la 28e et la 32e semaine); la prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32e et la 37e semaine).

Procréation médicalement assistée : Tout soutien apporté à la reproduction humaine par des techniques médicales ou pharmaceutiques ou par des manipulations de laboratoire. Les activités suivantes sont notamment visées : l'utilisation de procédés pharmaceutiques pour la stimulation ovarienne; le prélèvement, le traitement, la manipulation *in vitro* et la conservation des gamètes humains; l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou le sperme d'un donneur; le diagnostic génétique préimplantatoire; la conservation d'embryons; le transfert d'embryons chez une femme.

Protéinurie : Présence de protéine dans l'urine supérieure à 0,3g/24 h en l'absence d'infection urinaire.

Psychose post-partum : Forme la plus grave et rare de la dépression post-partum pouvant survenir dans les mois suivant l'accouchement.

R

Retard de croissance intra-utérine (RCIU) : Nouveau-né se situant au-dessous du 10e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance par rapport à son âge gestationnel.

S

Score Apgar : Système mis au point par l'anesthésiste américaine Virginia Apgar pour évaluer les grandes fonctions vitales du nouveau-né dès sa première minute de vie et en apprécier l'évolution 3, 5 ou 10 minutes plus tard. Cinq éléments sont notés à la naissance : la fréquence cardiaque; les mouvements respiratoires; la coloration de la peau (bleue en cas d'appauvrissement en oxygène du sang, ou trop pâle); le tonus musculaire; les réactions à la stimulation. Chaque élément est noté de 0 à 2, le total pouvant atteindre 10. Si le score Apgar mentionné dans les carnets de santé est inférieur à 7, il signifie simplement que des soins urgents ont été nécessaires.

Seuil de faible revenu (selon Statistique Canada) : Correspond à un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne. L'approche consiste essentiellement à estimer un seuil de revenu à partir duquel on s'attend à ce que les familles dépensent 20 points de plus que la famille moyenne pour l'alimentation, le logement et l'habillement.

Statut d'immigrant (selon Statistique Canada) : Indique si le répondant est un non-immigrant, un immigrant ou un résident non permanent.

- **Non-immigrant** désigne une personne qui est un citoyen canadien de naissance.
- **Immigrant** désigne une personne qui est ou qui a déjà été un immigrant reçu/résident permanent. Il s'agit d'une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Certains immigrants résident au Canada depuis un certain nombre d'années, alors que d'autres sont arrivés récemment. Certains immigrants sont citoyens canadiens, d'autres non. La plupart des immigrants sont nés à l'extérieur du Canada, mais un petit nombre d'entre eux sont nés au Canada. Dans l'Enquête

nationale auprès des ménages de 2011, « immigrants » comprend les immigrants arrivés au Canada avant le 10 mai 2011.

- **Résident non permanent** désigne une personne originaire d'un autre pays qui est titulaire d'un permis de travail ou d'un permis d'études, ou qui revendique le statut de réfugié, ainsi que tout membre de sa famille né à l'extérieur du Canada vivant avec elle au Canada.

Syndrome d'alcoolisme fœtal : Anomalies congénitales évitables causées par la consommation d'alcool durant la grossesse.

T

Taux d'activité : Rapport entre le nombre de personnes actives (c'est-à-dire occupant un emploi ou étant au chômage) et la population de 15 ans et plus.

Taux d'accouchement par césarienne : Rapport entre le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre total d'accouchements (à un endroit et à un moment donnés).

Taux de césarienne primaire : Rapport entre le nombre d'accouchements par césarienne pratiqués chez des femmes qui n'ont pas eu de césarienne auparavant, et le nombre total des accouchements chez les femmes qui n'ont pas subi de césarienne auparavant. Ce taux comprend les primipares (c.-à-d. les femmes qui donnent naissance pour la première fois) et les multipares (c.-à-d. les femmes qui ont accouché au moins une fois auparavant).

Taux de césarienne répétée : Rapport entre le nombre de femmes qui accouchent à nouveau par césarienne après avoir accouché de la même façon auparavant, et le nombre total des accouchements chez les femmes qui ont déjà accouché par césarienne.

Taux de rétention : Proportion d'épisodes de soins reçus dans la région de résidence.

Thrombopénie : Diminution du nombre de plaquettes sanguines.

Traumatisme périnéal : Différents types de traumatismes périnéaux lors d'un accouchement normal en raison de lacérations périnéales spontanées ou à la suite d'une épisiotomie.

Trouble dépressif : État qui se caractérise par au moins une période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités normales, associée à des symptômes tels qu'une réduction de l'énergie, un changement du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires.

ANNEXES

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

TABLEAU 26 NOMBRE DE FAMILLES AVEC ENFANTS SELON L'ÂGE DES ENFANTS ET LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

BML	Familles ayant des enfants de 0-5 ans		Familles ayant des enfants de 6-14 ans		Familles ayant des enfants de 15-17 ans		Familles ayant des enfants de 0-17 ans		Familles ayant des enfants, peu importe l'âge	
	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
1	2 350		2 855		935		5 660		7 830	
2	2 611		2 462		865		5 387		7 629	
3	3 220		3 275		925		6 725		9 995	
4	3 530		3 880		1 120		7 555		9 815	
5	3 560		3 885		1 175		7 720		10 255	
6	2 354		2 958		915		5 873		8 471	
Laval	17 600	100,0	19 370	100,0	5 930	100,0	38 955	100,0	54 045	100,0

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

TABLEAU 27 NOMBRE DE FAMILLES MONOPARENTALES ET PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES AYANT DES ENFANTS SELON L'ÂGE DES ENFANTS ET LE SECTEUR DES BML, LAVAL, 2011

BML	Familles ayant des enfants de 0-5 ans		Familles ayant des enfants de 6-14 ans		Familles ayant des enfants de 15-17 ans		Familles ayant des enfants de 0-17 ans		Familles ayant des enfants, peu importe l'âge	
	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%	N^bre	%
1	345	12,5	745	20,1	375	28,7	1 490	20,9	2 740	25,9
2	610	19,0	1 125	31,8	455	35,4	2 110	28,2	4 071	34,8
3	560	14,9	890	21,0	375	27,5	1 845	21,4	3 905	28,1
4	275	7,2	755	15,9	315	20,5	1 475	16,4	2 530	20,5
5	355	9,2	975	20,5	430	27,0	1 720	18,2	2 960	22,4
6	320	12,0	765	20,4	360	26,6	1 490	20,0	2 774	24,7
Laval	2 405	12,0	5 215	21,2	2 380	28,6	10 215	20,8	18 910	25,9

Source : Statistique Canada, recensement 2011.

Bibliographie

Abbas, Amr E, Lester, Steven J et Connolly, Heidi. 2005. « Pregnancy and the cardiovascular system ». *International journal of cardiology*, vol. 98, n° 2, p. 179-189.

Abramowicz, Jacques S, Ahn, JM, Levine, Deborah et Barss, Vanessa A. 2004. « Fetal macrosomia ». In *UpToDate.*

Administrateur en chef de la santé publique, L'. 2009. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2009 - Grandir sainement - Priorités pour un avenir en santé*. Coll. « Agence de la santé publique du Canada », 141 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval. 2012. « Si je dois faire des compromis sur la qualité ou la quantité de ma nourriture ». En ligne. <http://www.lavalensante.com/>.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval. 2014. *Portrait lavallois sur le développement global des jeunes enfants 2014. Agir ensemble pour l'avenir des tout-petits lavallois.* 53 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval, Direction régionale de santé publique. 2014. « La population immigrante à Laval : le portrait socioéconomique témoigne d'importantes inégalités ». Sélections Santé Laval. vol. 11, n° 3, p. 1-4.

Agence de la santé publique du Canada. 2008. *Rapport sur la santé périnatale au Canada* 2008. Ottawa, 227 p.

Agence de la santé publique du Canada. 2011a. *Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, [Préparé à l'aide des données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques de 2008-2009]., 120 p.

Agence de la santé publique du Canada. 2011b. « Les scientifiques expliquent le lien entre la chlamydia et la grossesse extra-utérine ». En ligne. <http://www.phac-aspc.gc.ca/>.

Agence de la santé publique du Canada. 2012. « La rubéole ». En ligne. <http://www.phac-aspc.gc.ca/>.

Agence de la santé publique du Canada. 2014. « Sommeil sécuritaire pour votre bébé - la brochure ». En ligne. <http://www.phac-aspc.gc.ca/>.

Ahmed, Nina 2005. Effet intergénérationnel de la sélection et de l'assimilation des immigrants sur les résultats en matière de santé des enfants, Statistiques Canada, Direction des études analytiques.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013. « Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy ». *Obstetrics and gynecology*, vol. 122, n° 5, p. 1122.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*, IV. Coll. «Washington, DC: American psychiatric association. », 886 p.

Andersen, Anne-Marie Nybo, Wohlfahrt, Jan, Christens, Peter, Olsen, Jørn et Melbye, Mads. 2000. « Maternal age and fetal loss: population based register linkage study ». *Bmj*, vol. 320, n° 7251, p. 1708-1712.

Anderson, Robert N, Miniño, Arialdi M, Hoyert, Donna L et Rosenberg, Harry M. 2001. « Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10 : preliminary estimates». *National vital statistics reports*, vol. 49, n° 2, p. 1-32.

Baillargeon, Denyse 1996. Les politiques familiales au Québec. Une perspective historique. Lien social et Politiques: 21-32 p.

Beaufils, Michel. 2010. « Hypertensions de la grossesse ». *Néphrologie & Thérapeutique*, vol. 6, n° 3, p. 200-214.

Bellamy, Leanne, Casas, Juan-Pablo, Hingorani, Aroon D et Williams, David. 2009. « Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes : a systematic review and meta-analysis ». *The Lancet*, vol. 373, n° 9677, p. 1773-1779.

Bernard, Paul. 2006. « The Interconnected Dynamics of Population Change and Life-Course Processes ». *Horizons*, vol. 9, n° 4, p. 54.

Black, A., Francoeur, D. et Rowe, T. 2004a. « Consensus canadien sur la contraception [partie 2] ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada/Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 26, n° 3, p. 255-296.

Black, A., Yang, Q., Wen, S. W., Lalonde, A. B., Guilbert, E. et Fisher, W. 2009. « Contraceptive use among Canadian women of reproductive age: results of a national survey ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 31, n° 7, p. 627-640.

Black, Amanda, Francoeur, Diane, Rowe, Timothy, O'Grady, Teresa , Pymar, Helen et Smith, Thirza 2004b. « Consensus canadien sur la contraception [partie 1] ». *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, vol. 26, n° 2, p. 158-174.

Bonneau, J, Ménard, M, Paquet, G et Pampalon, R 2001. Programme de soutien aux jeunes parents. Rapport sur la clientèle à cibler, Québec, Institut national de santé publique du Québec

Bouyer, Jean, Coste, Joël, Shojaei, Taraneh, Pouly, Jean-Luc, Fernandez, Hervé, Gerbaud, Laurent et Job-Spira, Nadine. 2003. « Risk factors for ectopic pregnancy : a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France ». *American journal of epidemiology*, vol. 157, n° 3, p. 185-194.

Bowlby, John. 1969. « Attachement et perte, vol. 1 : L'attachement ». *Paris : PUF*, p. 540.

Boyer, Ginette, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Direction de la santé publique et Université de Montréal. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. 2001. *Étude des effets de la phase prénatale du Programme naître égaux - grandir en santé*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Direction de la santé publique, xvi, 150, [129] p.

British Medical Journal. 2004. « Smoking and Reproductive Life : The Impact of Smoking on Sexual, Reproductive and Child Health ». *British Medical Journal*, p. 65.

Campagne 2000, Anita Khanna, Laurel Rothman, Sid Frankel, Laurell Ritchie, Martha et Friendly, Liyu Guo. 2012. *Rapport 2012 de Campagne 2000 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada*. Toronto, 21 p.

Carr, Dara. 2000. *Rapport de politique générale. L'éducation est-elle le meilleur moyen de contraception?* Washington : Population Reference Bureau, 4 p.

Center on the Developing Child at Harvard University. 2010. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*, 29 p.

Centers for Disease Control CDC DATA2010 the Healthy people 2010 database. October 2011.

Cetin, Irene, Mando, Chiara et Calabrese, Stefania. 2013. « Maternal predictors of intrauterine growth restriction ». *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, vol. 16, n° 3, p. 310-319.

Charbonneau, Johanne. 1999. « La maternité adolescente ». *Magazine Réseau, INRS--Urbanisation et Centres jeunesse de la Montérégie*, vol. 30, n° 7, avril 1999, p. 14-19. En ligne. <http://www.uquebec.ca/>.

Charton, Laurence et Lévy, Joseph Josy. 2011. *La contraception* : PUQ, 288 p.

Chaudry, R, Gilby, P et Carroll, PV. 2007. « Pre-existing (type 1 and type 2) diabetes in pregnancy ». *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, vol. 17, n° 12, p. 339-344.

Chen, J, Fair, M, Wilkins, R et Cyr, M. 1998. « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec ». *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, p. 57-70.

Chen, Xi-Kuan, Wen, Shi Wu, Fleming, Nathalie, Demissie, Kitaw, Rhoads, George G et Walker, Mark. 2007. « Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study ». *International journal of epidemiology*, vol. 36, n° 2, p. 368-373.

Cheung, N Wah et Byth, Karen. 2003. « Population health significance of gestational diabetes». *Diabetes care*, vol. 26, n° 7, p. 2005-2009.

Chu, Susan Y, Callaghan, William M, Kim, Shin Y, Schmid, Christopher H, Lau, Joseph, England, Lucinda J et Dietz, Patricia M. 2007. « Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus ». *Diabetes care*, vol. 30, n° 8, p. 2070-2076.

Collectif Quartier. 2013. « Le Socioscope ». Ville de Monitréal. En ligne. <http://www.collectifquartier.org/>.

Collège des médecins du Québec. 2004. *L'interruption volontaire de grossesse. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec.*, 16 p.

Comeau, Liane et Beauregard, Daniel. 2010. « Pour un développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité : l'intervention précoce et le soutien parental ». *Quintessence*, vol. 2, n° 6, p. 1-2.

Comeau, Liane, Desjardins, Nicole et Poissant, Julie. 2013. *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe* : Institut national de santé publique du Québec, 107 p.

Conseil de l'Europe. 2014. « Politique de la santé. Les aspects psychosociaux des familles monoparentales. ». En ligne. <http://www.coe.int/>.

Cotroneo, Shelley. [2001]. « Dodo Sur Le Dos - Campagne de Marketing Social de Santé Canada Sur le SMSN ». En ligne. <http://www.toolsofchange.com/>.

D'onofrio, Brian M. . 2011. « Conséquences de la séparation ou du divorce pour les enfants ». *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, p. 1-7.

Dallaire, Louise, Marchand, Paul, Migneault, Joanie et Québec (Province). Ministère de la Famille et des Aînés 2011. Un portrait statistique des familles au Québec. Québec, Direction des communications. En ligne. <http://collections.banq.qc.ca/>.

Delamare, Jacques et Garnier, M. 1995. *Dictionnaire des termes de médecine*, 24e éd. rev. et augm. /. Paris: Maloine, xxxi, 1095 p.

Deruelle, P. 2011. « Obésité et grossesse ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 39, n° 2, p. 100-105.

Desjardins, Nicole et Beauregard, Daniel. 2008. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux* : Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 150 p.

Desrosiers, Hélène, Cardin, Jean-François et Belleau, Luc. 2012. *L'impact de la séparation des parents sur la santé mentale des jeunes enfants*, n° novembre 2012, 16 p.

Desrosiers, Hélène et Simard, Micha. 2010. « Diversité et mouvance familiales durant la petite enfance ». *Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2010*, vol. 4, n° 4, Décembre 2010, p. 1-24.

Diabète Québec, Association canadienne du diabète et Association médicale canadienne. 2006. « Le diabète de grossesse ». En ligne. <http://www.diabete.qc.ca/>.

Doré, Nicole et Le Hénaff, Danielle. 2015. *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 776 p.

Drenthen, Willem, Pieper, Petronella G, Roos-Hesselink, Jolien W, van Lottum, Willem A, Voors, Adriaan A, Mulder, Barbara JM, van Dijk, Arie PJ, Vliegen, Hubert W, Yap, Sing C et Moons, Philip. 2007. « Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease: a literature review ». *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 49, n° 24, p. 2303-2311.

Ducarme, G, Amate, P, Seirafi, M, Bouhnik, Y et Luton, D. 2010. « Maladies inflammatoires chroniques intestinales et grossesse ». Mises à jour en gynécologie et obstétrique CNGOF, p. 119-143.

Duchesne, Louis. 2001. La situation démographique au Québec : Bilan 2001. Les naissances : les jumeaux, le poids des nouveau-nés et la mortalité infantile. Québec : Institut de la statistique du Québec, 276 p.

Duchesne, Louis 2005. La situation démographique au Québec. Bilan 2005 : Les familles au tournant du XXIème siècle [The demographic situation in Quebec. 2005 report : families in the early 21st century], Ste-Foy : Institut de la statistique du Québec.

Duckitt, Kirsten et Harrington, Deborah. 2005. « Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking : systematic review of controlled studies ». *Bmj*, vol. 330, n° 7491, p. 565.

Dunn, M., Quirion, M.-É, Parent, N., LaRue, P., Grabowiecka, S. et Charbonneau, J. 2010. *Le point sur les services d'avortement au Québec*. Ottawa : Association canadienne pour la liberté de choix (ACLC), Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), 74 p. En ligne. <http://www.fqpn.qc.ca/contenu/pdf/RechercheACLCFQPN2010.pdf>.

Eidelman, Arthur I, Schanler, Richard J, Johnston, Margreete, Landers, Susan, Noble, Larry, Szucs, Kinga et Viehmann, Laura. 2012. « Breastfeeding and the use of human milk ». *Pediatrics*, vol. 129, n° 3, p. e827-e841.

Fédération canadienne pour la santé sexuelle [2009]. Bref historique de la contraception En ligne. <http://www.cfsh.ca/files/PDF/SRH_Day/History_Lesson_fr.pdf>.

Feig, Denice S, Zinman, Bernard, Wang, Xuesong et Hux, Janet E. 2008. « Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 179, n° 3, p. 229-234.

Fisher, W. A. et Black, A. 2007. « Contraception in Canada: a review of method choices, characteristics, adherence and approaches to counselling ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, n° 7, p. 953-961.

Fisher, W., Boroditsky, R. et Morris, B. 2004. « The 2002 Canadian Contraception Study : part 1 ». *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, n° 6, p. 580-590.

Flood, Karen et Malone, Fergal D. 2012. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. Elsevier, 58-63 p.

Gaudebout, Nathalie, Lantelme, Pierre et Audra, Philippe. 2010. « Hypertension artérielle préexistante et grossesse ». *Le praticien en anesthésie réanimation*, vol. 14, n° 3, p. 151-157.

Gaudreau, Valérie. 2009. « Encore plus de bébés en 2009 ». *Le Soleil* (Québec), 9 décembre 2009. En ligne. <http://www.lapresse.ca/>.

Gauthier, Madeleine et Charbonneau, Johanne. 2002. « Jeunes et fécondité : les facteurs en cause : revue de la littérature et synthèse critique ». p. p.17-39.

Gaynes, Bradley N, Gavin, Norma, Meltzer-Brody, Samantha, Lohr, Kathleen N, Swinson, Tammeka, Gartlehner, Gerald, Brody, Seth et Miller, William C. 2005. « Perinatal depression : prevalence, screening accuracy, and screening outcomes : summary ». n° 119.

Gayral-Taminh, M, Daubisse-Marliac, L, Baron, M, Maurel, G, Rème, J-M et Grandjean, H. 2005. « Caractéristiques sociodémographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, n° 1, p. 23-32.

Gilbert, William, Jandial, Danielle, Field, Nancy, Bigelow, Pamela et Danielsen, Beate. 2004. « Birth outcomes in teenage pregnancies ». *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 16, n° 5, p. 265-270.

Goldenberg, Robert L, Culhane, Jennifer F, Iams, Jay D et Romero, Roberto. 2008. « Epidemiology and causes of preterm birth ». *The Lancet*, vol. 371, n° 9606, p. 75-84.

Gouvernement du Québec. 1997. *Nouvelles dispositions de la politique familiale : Les enfants au coeur de nos choix.* Québec : Ministère du Conseil exécutif, 13 p.

Gouvernement du Québec 2002. Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. L.R.Q., chapitre L-7 2002 c.61, a.2.

Gregory, Elizabeth. 2007. *Ready : Why women are embracing the new later motherhood* : Basic Books, 336 p.

Guay, Louise, Jetté, Sylvie, Veilleux, Sylvie, Dionne, Suzanne et Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du. 2001. *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, 75 p.

Guilbert, É. 2010. Portrait statistique de l'avortement au Québec. l'avortement, Colloque de l'INRS sur En ligne. <http://partenariat-familles.inrs-ucs.uquebec.ca/DocsPDF/CommunicationGuilbert.pdf>.

Haiek, Laura. 2006. « L'allaitement maternel au Québec: coup d'oeil sur les pratiques provinciales et régionales ». *Zoom santé*, n° octobre 2006, p. 1-4.

Hedderson, Monique M, Gunderson, Erica P et Ferrara, Assiamira. 2010. « Gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus ». *Obstetrics and gynecology*, vol. 115, n° 3, p. 597.

Heetun, ZS, Byrnes, C, Neary, P et O'morain, C. 2007. « Review article: reproduction in the patient with inflammatory bowel disease ». *Alimentary pharmacology & therapeutics*, vol. 26, n° 4, p. 513-533.

Hegaard, Hanne K, Pedersen, Bente K, Bruun Nielsen, Birgitte et Damm, Peter. 2007. « Leisure time physical activity during pregnancy and impact on gestational diabetes mellitus, preeclampsia, preterm delivery and birth weight : a review ». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 86, n° 11, p. 1290-1296.

Hicks, Peter. 2008. *The Olivia Framework - Concepts for Use in Finely-Grained, Integrated Social Policy Analysis*. Coll. « School of Policy Studies - Queen's University », 41 p.

Higgins, Jenny A et Hirsch, Jennifer S. 2008. « Pleasure, power, and inequality : incorporating sexuality into research on contraceptive use ». *American journal of public health*, vol. 98, n° 10, p. 1803.

Hunt, Kelly J et Schuller, Kelly L. 2007. « The increasing prevalence of diabetes in pregnancy ». *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, vol. 34, n° 2, p. 173-199.

Institut canadien d'information sur la santé. 2011 « Le moment propice pourquoi l'âge de la mère est déterminant ». *Analyse en bref*, p. 1-25.

Institut canadien d'information sur la santé. 2009. *Indicateurs de santé 2009*. Ottawa (Ont.) : ICIS, 133 p.

Institut canadien de la santé infantile. [1996]. *Petit poids à la naissance* 3. Ottawa, 2 p.

Institut de la statistique du Québec. 2002. *Rapport sur la qualité des fichiers du Registre des évènements démographiques, Québec, 1995 à 1998*. Québec, 79 p.

Institut de la statistique du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec 2012. Interruptions volontaires de grossesse (nombre, rapport pour 100 naissances et taux pour 1 000 femmes), hystérectomies, ligatures, vasectomies, réanastomoses et vasovasostomies, Québec, 1971-2011, Institut de la statistique du Québec En ligne. <http://www.stat.gouv.qc.ca/>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec, Rossignol, Michel, Boughrassa, Faiza et Moutquin, Jean-Marie. 2012. *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* Trad. de : *fre*. Québec: INESSS, 1 texte électronique p. En ligne. <http://collections.banq.qc.ca/>.

Institut national de santé publique du Québec. 2009a. *Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine*, n° 123, 4 p.

Institut national de santé publique du Québec. 2009b. *Proportion de naissances vivantes pré-maturées*, n° 122, 4 p.

Institut national de santé publique du Québec 2011a. Le portail d'information prénatale En ligne. <http://www.inspq.qc.ca/>.

Institut national de santé publique du Québec. 2011b. *Taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie selon le diagnostic principal,* n° 147-157, 5 p.

Institut national de santé publique du Québec. 2012. *Taux de mortalité infantile*, n° 47, 4 p.

Johnson, Jo-Ann et Tought, Suzanne. 2012. « Report de la grossesse ». *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 34, n° 1, p. S1-S17.

Jonard, M, Decambron, M et Jourdain, M. 2013. « Insuffisance rénale aiguë et prééclampsie ». *Réanimation*, vol. 22, n° 4, p. 373-381.

Joyal, René 2003. Les modèles familiaux élaborés par Daniel Dagenais et l'évolution récente du droit québécois de la famille Argument. 5 : 6 p En ligne. <www.revueargument.ca/>.

Karaer, Abdullah, Avsar, Filiz A et Batioglu, Sertac. 2006. « Risk factors for ectopic pregnancy : A case-control study ». *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 46, n° 6, p. 521-527.

Kramer, Michael S, Seguin, Louise, Lydon, John et Goulet, Lise. 2000. « Socio-economic disparities in pregnancy outcome : why do the poor fare so poorly? ». *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 14, n° 3, p. 194-210.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. 1997. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, Oxford University Press : 317 p.

Lancaster, Christie A, Gold, Katherine J, Flynn, Heather A, Yoo, Harim, Marcus, Sheila M et Davis, Matthew M. 2010. « Risk factors for depressive symptoms during pregnancy : a systematic review ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 202, n° 1, p. 5-14.

Lapierre-Adamcyk, Évelyne 2010. « L'évolution de la fécondité et la politique familiale québécoise ». *Santé, société et solidarité*, n° 2, p. 63-74.

Laverdière, France, Anctil, Hervé, Renaud, Martin, Bureau, Michel A et Auger, Jeannine. 2008. *Politique de périnatalité 2008-2018 : synthèse: un projet porteur de vie* : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, 164 p.

Lefebvre, Brigitte. 2003. « L'évolution de la notion de conjoint en droit québécois ». p. 3-25.

Liu, S, Rusen, ID, Joseph, KS, Liston, R, Kramer, MS, Wen, SW et Kinch, R. 2004. « Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada ». *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, vol. 26, n° 8, p. 735-742.

Liu, X. et Zhang, W. 2014. « Effect of maternal age on pregnancy : a retrospective cohort study ». *Chin Med J (Engl)*, vol. 127, n° 12, p. 2241-2246.

Martel, Marie-Jocelyne et MacKinnon, Catherine Jane. 2005. « Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth ». *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, vol. 27, n° 2, p. 164-188.

Mayer, Micheline. 2007. « La pauvreté comme facteur de risque de négligence ». *Revue de psychoéducation*, vol. 36, n° 2, p. 353-362.

McDonald, Peter. 2000. « The "toolbox" of public policies to impact on fertility–a global view ». In *seminar "Low fertility, families and public policies"* (September 15-16, 2000) : European Observatory on Family Matters.

Ministère de la Famille et des Aînés du Québec. 2013. « Historique de la politique familiale au Québec ». Gouvernement du Québec. En ligne. <http://www.mfa.gouv.qc.ca/>.

Ministère de la Famille et des Aînés du Québec. 2014. « Révision du programme des services de garde ». Gouvernement du Québec. En ligne. <http://www.mfa.gouv.qc.ca/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2005. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Québec : Gouvernement du Québec, 177 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2007. *Troisième rapport national sur la population du Québec - Riche de tous nos enfants*. Québec : Gouvernement du Québec, 162 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2009a. *Grossesse : Alcool et drogues ce qu'il faut savoir*. Québec : Gouvernement du Québec, 16 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2009b. *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 181 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2015. « Dépistage sanguin et dépistage urinaire chez les nouveau-nés ». Gouvernement du Québec. En ligne. <http://www.msss.gouv.qc.ca/>.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 2009-2010 « Listeria ». Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. En ligne. <http://www.health.gov.on.ca/>.

Miszkurka, Malgorzata, Goulet, Lise et Zunzunegui, Maria Victoria. 2012. « Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec : differential exposure and vulnerability to contextual risk factors ». *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 47, n° 10, p. 1639-1648.

Moore, T. R. *et coll.* 2012. « Pregnancy risks in women with type 1 and type 2 diabetes mellitus ». In *UPToDate*.

Nardozza, Luciano Marcondes Machado, Júnior, Edward Araujo, Barbosa, Maurício Mendes, Caetano, Ana Carolina Rabachini, Lee, Desireé Ji Re et Moron, Antonio Fernandes. 2012. « Fetal growth restriction : current knowledge to the general Obs/Gyn ». *Archives of gynecology and obstetrics*, vol. 286, n° 1, p. 1-13.

Neill, Ghyslaine, Gingras, Lucie, Vachon, Nathalie et Desrosiers, Hélène. 2006. *Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours : colloque international de Dakar (10-13 décembre 2002)*. INED, 220 p.

Nevis, Immaculate F, Reitsma, Angela, Dominic, Arunmozhi, McDonald, Sarah, Thabane, Lehana, Akl, Elie A, Hladunewich, Michelle, Akbari, Ayub, Joseph, Geena et Sia, Winnie. 2011. « Pregnancy outcomes in women with chronic kidney disease: a systematic review ». *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, vol. 6, n° 11, p. 2587 2598.

Olausson, Petra Otterblad, Cnattingius, Sven et Haglund, Bengt. 1999. « Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality ». *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 106, n° 2, p. 116-121.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [2014]. Dépistage de la surdité chez les nouveaux-nés En ligne. <http://www.oiiq.org/>.

Organisation mondiale de la Santé. 1993. « Genève ». *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes—Dixième révision*.

Ovesen, Per, Rasmussen, Steen et Kesmodel, Ulrik. 2011. « Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome ». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 118, n° 2, Part 1, p. 305-312.

Paquet, Ginette et Hamel, Denis. 2003. « Conditions socioéconomiques et santé, section II Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs ». *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec–De la naissance à 29 mois*, vol. 2, n° 3, p. 47-77.

Phipps, Shelley Ann. 2003. *Répercussions de la pauvreté sur la santé : aperçu de la recherche* : Initiative sur la santé de la population canadienne : Institut canadien d'information sur la santé, 32 p.

Pineles, Beth Leong. 2013. « Smoking in pregnancy : From effects to solutions ». University of Southern California, 223 p.

Plante, N. et Courtemanche, R. 2006. *Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006. Cahier méthodologique*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 19 p.

Pourrat, O. 2013. « Conduite à tenir chez une hypertendue artérielle chronique pendant la grossesse et le postpartum ». *La Revue de médecine interne*, vol. 36, n° 3, p. 191-197.

Projet de recherche sur les politiques. 2004. *A Life-Course Approach to Social Policy Analysis : A Proposed Framework* : Policy Research Initiative, 42 p.

Raphael, Dennis. 2004. « Introduction to the social determinants of health ». *Social determinants of health : Canadian perspectives*, p. 1-18.

Rasch, Vibeke. 2003. *« Cigarette, alcohol, and caffeine consumption : risk factors for spontaneous abortion ». Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,* vol. 82, n° 2, p. 182-188.

Richard, Caroline, Bossé, Marie-Andrée, Cadieux, Élizabeth et La Salle, Lynne. 2006. *Rejoindre et mobiliser les garçons en prévention des grossesses et des ITSS à l'adolescence. Une étude exploratoire dans Lanaudière :* Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 87 p.

Risch, HARVEY A, Weiss, NOEL S, Clarke, E AILEEN et Miller, ANTHONY B. 1988. *« Risk factors for spontaneous abortion and its recurrence ». American journal of epidemiology,* vol. 128, n° 2, p. 420-430.

Robert, Paul. 1995. *Le nouveau petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Nouv. éd. du Petit Robert /. Paris : Dictionnaires Le Robert, xxxv, 2551 p.

Roy, Guy et Alain, Louise. 2012. *Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés : cadre de référence*: Gouvernement du Québec p.

Roy, Laurent et Bernier, Jean. 2006. *La politique familiale, les tendances sociales et la fécondité au Québec : une expérimentation du modèle nordique?* : Direction des relations publiques et des communications, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 113 p.

Salomon, L. J. et Malan, V. 2013. « Bilan étiologique du retard de croissance intra-utérin (RCIU) ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, p. 929-940.

Santé Canada. 2003. *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, 11 p. En ligne. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/pdf/WHSR_Chap_24_f.pdf>.

Santé Canada. 2005. « Les effets nets du report de la reproduction ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 10, p. 25-28.

Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Société des Diététistes du Canada et Comité canadien pour l'allaitement. 2014. « La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois ». Santé Canada. En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca/>.

Shaw, Elizabeth, Levitt, Cheryl, Wong, Sharon et Kaczorowski, Janusz. 2006. « Systematic review of the literature on postpartum care : effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health ». *Birth*, vol. 33, n° 3, p. 210-220.

Simmons, LaVone E, Rubens, Craig E, Darmstadt, Gary L et Gravett, Michael G. 2010. *Seminars in perinatology*. Elsevier, 408-415 p.

Société canadienne de pédiatrie. 2014. « La dépression chez les femmes enceintes et chez les mères : Comment elle vous touche, vous et votre enfant ». En ligne. <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/>.

Soufir, J.-C. 2010. « Contraception hormonale masculine par les androgènes seuls : acquis et perspectives ». *Réalités en gynécologie-obstétrique*, vol. 144, n° mars 2010, p. 4. En ligne. <http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/144/04.pdf>.

Statistique Canada. 2008. « Familles, ménages et logement ». *Annuaire du Canada 2008*, p. 181-194.

Statistique Canada. 2009. « Table 106-9013 - Induced abortions in hospitals and clinics, by area of residence of patient, Canada, provinces and territories, annual. CANSIM (database). ».

Statistique Canada. 2012. « Dictionnaire du recensement. Famille de recensement. ». En ligne. <http://www12.statcan.gc.ca/>.

Statistique Canada. [2008]. *Rapport sur l'état de santé de la population 2005 et 2006* : p. En ligne. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/91-209-x2004000-fra.pdf>.

Stothard, Katherine J, Tennant, Peter WG, Bell, Ruth et Rankin, Judith. 2009. « Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies : a systematic review and meta-analysis ». *JAMA*, vol. 301, n° 6, p. 636-650.

Table de concertation nationale en surveillance. 2014. *Guide pratique pour le traitement et la diffusion des données de l'ENM 2011. Un document destiné aux acteurs de surveillance de l'état de santé au Québec.*, 19 p.

Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS. 2011. « Rapport du groupe de travail organisation des services de première ligne ».

Thévenon, Olivier et Gauthier, Anne H. 2010. « L'influence des politiques d'aide aux familles sur la fécondité dans les pays développés ». *Santé, société et solidarité*, vol. 9, n° 2, p. 53-62.

Tobias, Deirdre K, Zhang, Cuilin, van Dam, Rob M, Bowers, Katherine et Hu, Frank B. 2011. « Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus A meta-analysis ». *Diabetes care*, vol. 34, n° 1, p. 223-229.

Torloni, Maria Regina, Betrán, Ana Pilar, Daher, Silvia, Widmer, Mariana, Dolan, Siobhan M, Menon, Ramkumar, Bergel, Eduardo, Allen, Tomas et Merialdi, Mario. 2009. « Maternal BMI and preterm birth: a systematic review of the literature with meta-analysis ». *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 22, n° 11, p. 957-970.

Traoré, I., Beauvais, B. et Dimitru, V. 2006. *Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006. Cahier technique*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 172 p.

Tu, Mai Thanh. 2011. « Le stress durant la grossesse ». *Bulletin de santé publique| Automne 2011*, p. 19.

Tu, Mai Thanh. 2012. « Dépression chez la femme durant la période périnatale : survol des facteurs de risque, conséquences et interventions ». vol. 4, n° 2.

Uppal, Sharanjit et LaRochelle-Côté, Sébastien. 2014. *La surqualification des nouveaux diplômés universitaires au Canada* Trad. De : *French* : Statistique Canada, 13 p.

Van Ijzendoorn, Marinus H, Schuengel, Carlo et Bakermans-Kranenburg, Marian J. 1999. « Disorganized attachment in early childhood : Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae ». *Develop-ment and psychopathology*, vol. 11, n° 2, p. 225-250.

Ville de Laval. 2007. *Politique familiale de Laval*. Laval, 33 p.

Vogel, Joachim. 2000. « Welfare production models and income structure ». In *A Comparative and Longitudinal Perspective: European Union : mid 1990s and Sweden* (20-21 October 2000) : International Sociological Association.

Vogel, Joachim. 2002. « European welfare regimes and the transition to adulthood : A comparative and longitudinal perspective ». *Social indicators research*, vol. 59, n° 3, p. 275-299.

Wardlaw, Tessa M. 2004. *Low Birthweight : Country,* regional and global estimates : UNICEF, 27 p.

Whiteman, Honor. 2014. « Passive smoking 'increases risk of miscarriage, stillbirth and ectopic pregnancy' ». Medical News Today. En ligne <http://www.medicalnewstoday.com/>.

Organisation mondiale de la Santé. 1985. *« Appropriate technology for birth ». The Lancet,* vol. 24 august 1985, p. 436-437.

Young, Brett C, Levine, Richard J et Karumanchi, S Ananth. 2010. *« Pathogenesis of preeclampsia ».* Annual Review of Pathological Mechanical Disease, vol. 5, p. 173-192.

Zelkowitz, Phyllis et Milet, Tamara H. 1995. *« Screening for post-partum depression in a* community sample ». The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie.

Zelkowitz, Phyllis, Schinazi, Joy, Katofsky, Lilly, Saucier, Jean François, Valenzuela, Marta, Westreich, Ruta et Dayan, Joelle. 2004. « Factors associated with depression in pregnant immigrant women ». Transcultural psychiatry, vol. 41, n° 4, p. 445-464.

Zhang, Xun, Decker, Adriana, Platt, Robert W et Kramer, Michael S. 2008. « How big is too big? The perinatal consequences of fetal macrosomia ». American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 198, n° 5, p. 517. e511-517. e516.

La surveillance continue de l'état de santé de la population constitue un levier important pour dresser un portrait de l'état de santé, déterminer les besoins de la population, anticiper les tendances démographiques et sanitaires ainsi que les problèmes en émergence.

Cette surveillance constitue le fondement des actions de la Direction de santé publique. Elle contribue à offrir à la population des services appropriés afin d'aider les Lavallois à améliorer leur état de santé ou à demeurer en santé.

La présente collection vise à cerner les principales facettes de l'état de santé de la population lavalloise, lesquelles seront réexaminées périodiquement afin d'en suivre l'évolution.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec

800, boul. Chomedey, Tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : 450 978-2121
Télécopieur : 450 978-2100
Site internet : www.lavalensante.ca