PROFIL THÉMATIQUE

Famille-enfance-jeunesse 2015

VOLUME 1
FAMILLE ET PÉRINATALITÉ

Synthèse

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
Céline Dufour, agente de planification, de programmation et de recherche, DSP – CISSS de Laval
Aude-Christine Guédon, agente de planification, de programmation et de recherche, DSP – CISSS de Laval

Pour consulter le profil complet, veuillez vous référer à la section « Documentation » du site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval au www.lavalensante.com

Révision et mise en page
Suzanne Francoeur

Conception visuelle
Hélène Major

Graphisme
Tabasko

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 : 978-2-550-74226-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-74227-2 (version PDF)

Québec

Table des matières

MISE EN CONTEXTE 1

SECTION 1 - Évolution de la famille 3

SECTION 2 - Constitution de la famille 7

SECTION 3 - Périnatalité 11

3.1 Période prénatale 11

3.1.1 Suivis de grossesse 12

3.1.2 Contexte de vulnérabilité 13

3.1.3 Grossesses à risque 15

3.2 Accouchement 17

3.3 Période postnatale 18

3.3.1 Santé physique du nouveau-né 19

3.3.2 L'allaitement maternel 20

3.3.3 Adaptation et intégrations sociales 21

CONCLUSION 23

RÉFÉRENCES 25

Liste des figures

Figure 1 Nombre de familles selon leur structure, Laval, 2011 3

Figure 2 Répartition du nombre annuel moyen de grossesses selon l'issue, Laval, 2010 à 2012(p) 11

Figure 3 Répartition des femmes ayant accouché en 2008 selon le type de médecin ayant assuré majoritairement le suivi†, Laval, 2007-2008 12

Figure 4 Répartition des consultations pour suivi de grossesse selon le type de médecin et selon le type de grossesse, Laval, 2011-2012 13

Figure 5 Familles en contexte de vulnérabilité : données sur les naissances lavalloises, 2012(p) 15

Figure 6 Évolution du taux d'accouchement par césarienne, Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007 à 2012-2013 17

Figure 7 Évolution du taux d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), Laval, Québec, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, 2006-2007† à 2012-2013 18

Abréviations

AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
DSP	Direction de santé publique
FEJ	Famille-enfance-jeunesse
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MFR	Mesure du faible revenu
RCIU	Retard de croissance intra-utérine

Mise en contexte

Dans le cadre du plan régional de surveillance, la Direction de santé publique (DSP) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval s'est engagée à produire divers profils thématiques traitant des principales clientèles et sujets en matière de santé publique. L'exercice sera repris périodiquement afin de mettre à jour l'information et de dégager les tendances et les problématiques émergentes.

Ces profils thématiques ne visent pas à dresser un portrait des services, mais ont plutôt pour buts premiers de :

- dresser un portrait de la santé des Lavallois le plus complet possible selon le sujet choisi;
- identifier les enjeux à surveiller;
- orienter les gestionnaires, les intervenants et les partenaires du réseau de la santé.

Le Profil thématique Famille-enfance-jeunesse (FEJ) sera divisé en plusieurs volumes. Le premier volume porte sur la famille et la période périnatale. Il présente l'évolution du concept de la famille ainsi qu'un portrait global de la région en termes de données sociodémographiques liées à la famille. Il 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 (IVG). Enfin, il aborde la période périnatale (prénatal, accouchement, postnatal). Les déterminants de la santé périnatale, de la santé maternelle et de la santé du nouveau-né sont tour à tour abordés.

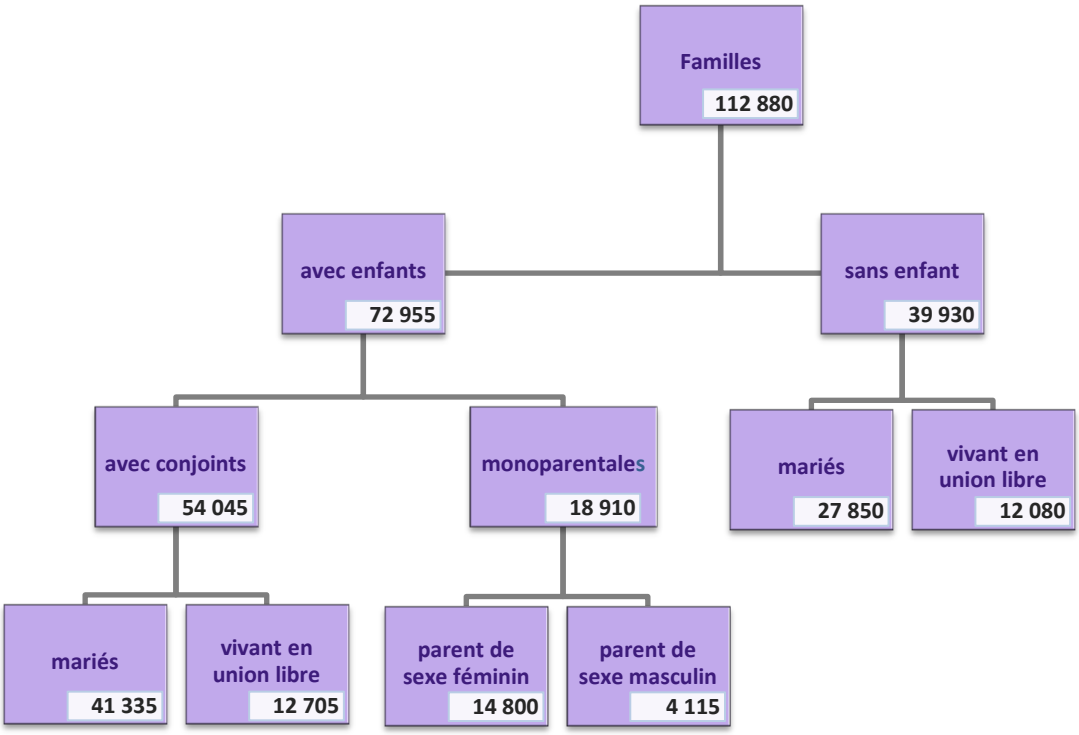
Le présent document trace une synthèse du
Profil thématique Famille-enfance-jeunesse – Volume 1 : Famille et périnatalité
et fait ressortir les principaux faits saillants de la version complète.

Section 1
Évolution de la famille

La famille québécoise connaît, à partir des années 1960, une **transformation profonde de la définition de la famille** en ce qui a trait à ses valeurs, aux normes qui la régissent, ainsi qu'à sa structure. Si la première idée que l'on se fait d'une famille est encore celle de la famille nucléaire, elle est, aujourd'hui, plus diversifiée que jamais : on retrouve différents statuts de couple (marié, conjoint de fait, hétérosexuel, homosexuel, avec enfants, sans enfant) et différentes formes de famille (biparentale intacte, biparentale recomposée, monoparentale, couple sans enfant, etc.).

Dans la section ci-dessous, vous constaterez que jusqu'à tout récemment, Laval a présenté des tendances semblables à l'ensemble du Québec, mais tend de plus en plus à se distinguer des autres régions.

FIGURE 1 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.

En 2011, Laval compte 113 000 familles avec ou sans enfants et de différents statuts (ex. : monoparental ou biparental, couples mariés ou en union libre) (Figure 1). Près des deux tiers (64,6 %) comptent au moins un enfant, alors que l'autre tiers est formé de couples sans enfant, représentant environ 73 000 et 40 000 ménages, respectivement.

Les couples sans enfant sont de plus en plus nombreux

À Laval, la proportion de couples sans enfant a sensiblement augmenté entre 1991 et 2011, allant de 38,5 % à 42,5 %. Alors que la tendance à la hausse se poursuit au Québec, la situation est plutôt à la stabilisation à Laval.

Les trois quarts des couples lavallois sont mariés

À Laval et au Québec, la proportion de couples mariés n'a cessé de décroître durant les deux dernières décennies. Celle de Laval s'est toutefois 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 %).

Les couples mariés forment de plus grandes familles. Ils ont plus fréquemment trois enfants ou plus (19,9 %), comparativement aux couples vivant en union libre (13,1 %). Cela est aussi vrai pour l'ensemble du Québec.

Le mini-baby-boom fait place à un boom des jeunes familles

Entre 1990 et 2002, Laval a connu une baisse de 26,4 % du nombre de naissances lavalloises (26,1 % au Québec). Entre 2002 et 2010, nous avons assisté à ce que plusieurs ont qualifié de mini-baby-boom. Le nombre de naissances lavalloises a augmenté de 30,2 %, passant de 3 421 à 4 455 naissances. Depuis 2010, cet élan semble pourtant s'être essoufflé, car le nombre de naissances s'est stabilisé. En 2011 et en 2012, on a même enregistré un léger recul par rapport à 2010 avec 4 399 et 4 398 naissances lavalloises, respectivement.

Au cours des dernières années, c'est chez les familles avec des jeunes enfants que l'on a observé 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.

Cette croissance est attribuable, en premier lieu, au dernier mini-baby-boom ainsi qu'aux migrations interrégionales et internationales. Entre les périodes 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. Pas moins de 5 136 sont partis, résultant en un solde de près de 2 000 jeunes. Enfin, on estime qu'entre 2006 et 2011, environ 700 enfants âgées de 0 à 4 ans ont immigré à Laval en provenance d'un autre pays que le Canada.

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 de services de santé et de services sociaux.

Laval compte plusieurs familles nombreuses

En 2011, Laval compte proportionnellement plus de familles de trois enfants ou plus comparée à l'ensemble du Québec. D'ailleurs, la proportion de familles québécoises de trois enfants ou plus a diminué légèrement depuis 1991 (15,8 % en 1991 à 14,9 % en 2011), alors qu'une tendance inverse a été observée à Laval (14 % en 1991 à 16,2 % en 2011).

En 2012, près du tiers des naissances de mères immigrantes concernent un troisième enfant ou plus (28,3 %) à Laval. Cette proportion est presque deux fois plus élevée que chez les mères nées au Canada (14,5 %).

À Laval, une naissance sur deux est issue d'un parent immigrant

En 2012, plus de quatre naissances sur dix étaient de mère immigrante (41,2 %). En tenant 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. Ainsi, l'augmentation des naissances du début des années 2000 est essentiellement due aux mères immigrantes.

Des parents de plus en plus âgés

L'âge des mères et des pères a beaucoup augmenté au cours des dernières années. Ce phénomène est encore plus présent à Laval qu'au Québec. Il sera présenté plus en détail à la section suivante.

Une famille lavalloise sur quatre est monoparentale

La monoparentalité est en augmentation, autant à Laval que dans l'ensemble du Québec. Entre 1991 et 2011, elle est passée d'une famille sur cinq à une famille sur quatre (25,9 %) à Laval. En 2011, la proportion observée au Québec dépasse celle de Laval et atteint 28,7 %.

La proportion de familles monoparentales dont le parent est un homme a également augmenté. Au cours des dernières années, celle-ci est passée de 18,1 % en 1991 à 21,8 % en 2011. Dans la majorité des cas (78,3 %), le parent responsable demeure toutefois une femme.

Section 2
Constitution de la famille

La décision de fonder ou d'agrandir une famille est l'une des plus importantes qu'un individu aura à prendre dans sa vie. On peut certes planifier une grossesse, mais des situations imprévues peuvent aussi survenir. Cette section aborde la fécondité (la capacité de se reproduire) ainsi que les facteurs qui l'influencent.

Diminution de la fécondité chez les mères plus jeunes

Depuis le début des années 1990, le taux de fécondité a beaucoup diminué chez les Lavalloises âgées de 20 à 29 ans. À l'opposé, depuis 2000, le taux a augmenté de façon importante chez les 30 à 39 ans. Ces deux phénomènes ont été observés autant à Laval qu'au Québec, mais davantage dans la région lavalloise.

Le taux de fécondité chez les Lavalloises âgées de 30 à 39 ans est beaucoup plus élevé que celui des 20 à 29 ans, alors que la situation était inversée il y a à peine dix ans.

Des mères plus âgées à Laval

La tendance à la hausse de l'âge de la maternité est claire et ne cesse d'augmenter. Par exemple, l'âge moyen des mères au premier enfant est passé de 25,5 ans en 1982-1986 à 28,8 ans en 2007-2011. L'âge moyen des femmes lavalloises au premier enfant est plus élevé que celui du Québec; cet écart tend à augmenter depuis le début des années 1980. Par rapport aux autres régions du Québec, 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 à 19 ans et des 20 à 24 ans. En contrepartie, les taux de fécondité lavallois sont parmi les plus élevés chez les 30 ans et plus.

Un phénomène qui 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 (Johnson et Tought, 2012). En plus d'implications cliniques, l'avancement de l'âge de la maternité, jumelé au vieillissement de la population, crée une génération « sandwich » qui doit s'occuper à la fois de jeunes enfants et de parents vieillissants. Cela, en plus d'un emploi souvent 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).

Qu'est-ce qui influence la constitution d'une famille?

Voici des facteurs qui se sont révélés déterminants dans le cadre du Profil thématique FEJ.

STATUT D'IMMIGRATION

Les mères immigrantes sont généralement plus âgées, mais donnent tout de même naissance à un plus grand nombre d'enfants.

FINALITÉ DU COUPLE ET DÉPLACEMENT DE LA « NORMALITÉ » DANS LA FORMATION DU COUPLE

Aujourd'hui, la finalité du couple se conçoit davantage dans l'atteinte du bonheur plutôt que dans la fondation d'une famille. Les couples vivent de plus en plus en union libre plutôt que de se marier. Les rôles économiques des hommes et des femmes ont également connu une évolution. La fréquence élevée des séparations et des divorces aurait comme effet de diminuer le nombre d'enfants d'une famille.

PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE

Le taux de chômage est deux fois plus élevé chez les moins de 30 ans par rapport à celui des 30 ans et plus. À Laval, en 2010, le revenu moyen chez les 15 à 24 ans était 11 930 $, peu importe leur niveau de scolarité et plus d'une personne sur quatre (25,5 %) n'avait aucun revenu.

SCOLARITÉ DES MÈRES

Les femmes sont de plus en plus nombreuses à détenir un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires. Elles sont plus scolarisées et retardent davantage le moment de leur première grossesse. Non seulement elles étudient plus longtemps, mais elles attendent de se faire une place dans le monde du travail avant de fonder une famille.

PHÉNOMÈNE « TANGUY »

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

ALLONGEMENT DE LA JEUNESSE

Cela correspond à l'acceptation du « droit » de réaliser ses aspirations personnelles avant de fonder une famille, ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les jeunes d'aujourd'hui. Ce phénomène est influencé par des facteurs intimement liés au report de la parentalité, soit la précarité économique des jeunes, la mobilité géographique des jeunes adultes, le report de l'insertion résidentielle stable, la possibilité de cohabitation avec la famille d'origine et le maintien de la sociabilité juvénile.

Une diminution des « avortements » chez les jeunes mères, mais une hausse chez les plus âgées

À Laval, le nombre annuel moyen d'IVG, communément des avortements, est de 1 708 au cours de la période 2010-2012. Le nombre d'IVG pratiquées par année est plutôt stable depuis 1998-2000, à l'exception de celles effectuées chez les plus jeunes et les plus âgées.

- Le nombre annuel moyen d'IVG chez les 14 à 17 ans a diminué de 51,1 %, passant de 139 au cours des années 1998-2000 à 68 en 2010-2012;
- À l'inverse, chez les 35 à 49 ans, le nombre annuel moyen d'IVG a connu une hausse (17,8 %).

La proportion de grossesses se terminant en IVG est beaucoup plus élevée chez les plus jeunes (89,5 % pour les 14 à 17 ans et 75,9 % pour les 18 à 19 ans). Près de la moitié des IVG sont pratiquées chez des femmes de moins de 25 ans (44,3 % en 2010-2012).

Les jeunes lavalloises auraient plus souvent recours à l'IVG en cas de grossesse que dans le reste du Québec. Bien que Laval affiche des taux de grossesse plus faibles que ceux du Québec parmi les moins de 25 ans, les taux d'IVG sont plus élevés. Ce recours plus fréquent aux IVG pourrait être le reflet d'une meilleure accessibilité du service dans la région. Il sera intéressant de surveiller cette tendance dans les prochaines années.

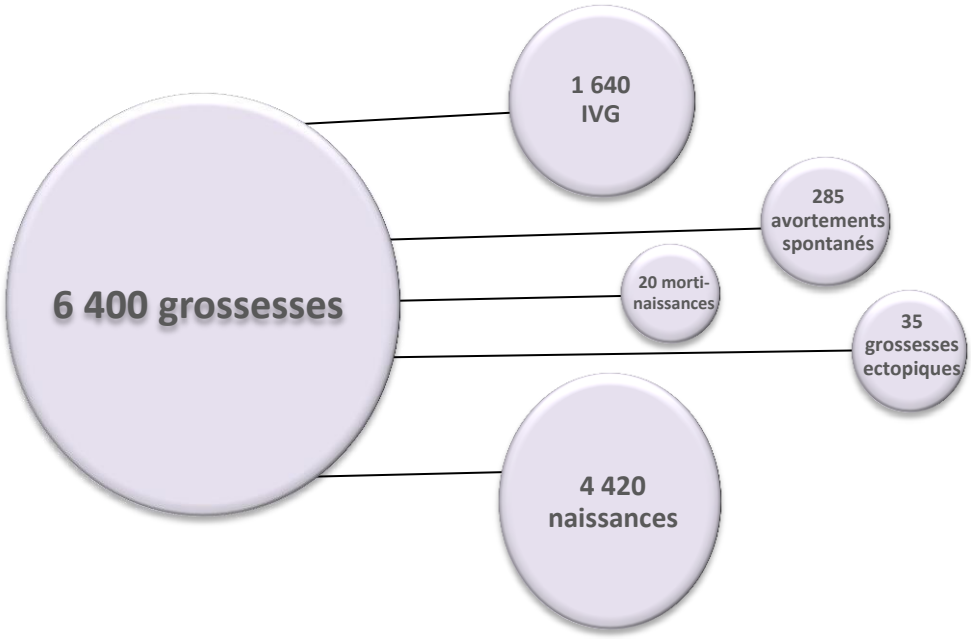
Section 3
Périnatalité

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.

3.1 Période prénatale

Au cours des années 2010 à 2012, environ 6 400 grossesses ont été déclarées annuellement chez les Lavalloises.

FIGURE 2 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 : Ministère de la Santé et des Services sociaux (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.

De ces grossesses, près de 70 % se sont soldées en une naissance (4 420), le quart (1 640) en une IVG et le 5 % restant est réparti comme suit :

- 285 avortements spontanés;
- 35 grossesses ectopiques;
- 20 mortinaissances.

3.1.1 Suivis de grossesse

Les suivis de grossesse : une question d'accès?

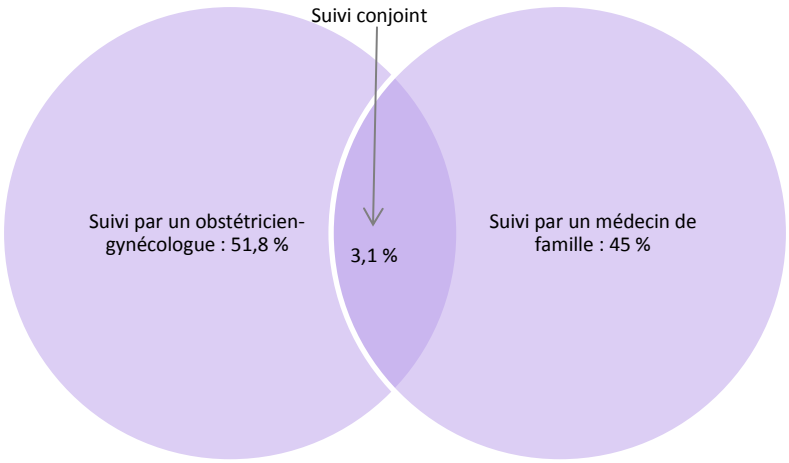
Environ trois femmes enceintes lavalloises sur quatre (77,6 %) ont au moins 10 visites de suivi au cours de leur grossesse, comparativement à 79,3 % dans l'ensemble du Québec. En revanche, 2,4 % d'entre elles n'ont qu'entre un et cinq suivis, une proportion plus de deux fois plus petite que dans l'ensemble du Québec (5,7 %).

Environ une femme lavalloise sur trois n'a pas son premier suivi de grossesse au premier trimestre (31,8 %). Au Québec, la situation est légèrement plus problématique avec une proportion de 35,5 %.

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

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 %).

FIGURE 3 RÉPARTITION DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ EN 2008 SELON LE TYPE DE MÉDECIN AYANT ASSURÉ MAJORITAIREMENT LE SUIVI†, LAVAL, 2007-2008



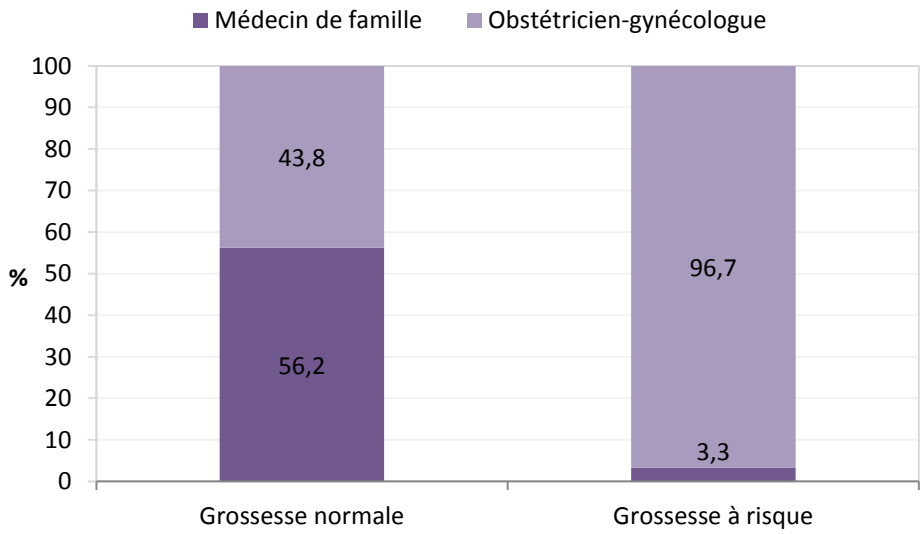
† Dans le cas où le suivi a été suffisamment partagé (entre 34 % et 65 % chez l'un ou l'autre des médecins), on a noté un suivi conjoint.

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

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 (20,7 % au Québec). C'est dire que près de la moitié des grossesses suivies par un obstétricien-gynécologue sont normales.

Le suivi des grossesses à risque est majoritairement assuré en obstétrique-gynécologie. Parmi les consultations qui indiquent un diagnostic de grossesse à risque chez les Lavalloises, 96,7 % sont réalisées par un obstétricien-gynécologue, alors que la proportion est de 43,8 % chez les consultations où aucun diagnostic de grossesse à risque n'est indiqué.

FIGURE 4 RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR SUIVI DE GROSSESSE SELON LE TYPE DE MÉDECIN ET SELON LE TYPE DE GROSSESSE, LAVAL, 2011-2012



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

Dans une optique d'optimisation des ressources en santé, le suivi des grossesses normales pourrait être assuré par les médecins de famille. On peut penser qu'un faible nombre de médecins de famille accepte de faire des suivis de grossesse. D'autres hypothèses pourraient aussi être explorées, telles que la capacité des femmes à avoir un accès direct aux obstétriciens-gynécologues ou encore le besoin d'un changement de culture.

Une amélioration significative des habitudes de vie lors de la grossesse

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).

Entre 2001 et 2011-2012, le **tabagisme maternel** est passé de 21 % à 12,4 % au Québec. La proportion de Québécoises enceintes exposées à la **fumée secondaire** est passée de 11,5 % en 2001 à 8,3 % en 2005.

On estime que la proportion de femmes québécoises ayant **consommé de l'alcool** durant leur grossesse était de 17,8 %. Toutefois, parmi celles qui ont consommé de l'alcool, moins d'une sur cinq (18 %) buvait plus d'une fois par mois. Les données ne permettent pas de connaître l'évolution.

3.1.2 Contexte de vulnérabilité

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 (MSSS, 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 les 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, ce 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;
- la consommation excessive d'alcool et de drogues (dans une moindre mesure);
- 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 identifie plutôt :

- la présence d'infections génito-urinaires;
- le tabagisme;
- la consommation excessive d'alcool et de drogues (dans une moindre mesure);
- l'occupation d'un emploi avec une charge de travail intense.

Le stress aurait également un rôle à jouer. En effet, les femmes plus défavorisées vont plus fréquemment vivre des événements stressants au cours de leur grossesse ou subir un stress chronique (Kramer *et coll.*, 2000).

Une naissance sur six est issue d'une famille vivant à faible revenu

À Laval, on estime que 691 naissances sont issues d'une famille vivant à faible revenu, représentant 15,7 % des naissances en 2012. Environ une naissance sur quatre est touchée par le faible revenu dans le centre-sud de Laval, soit dans les territoires de BML 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) et 3 (Chomedey).

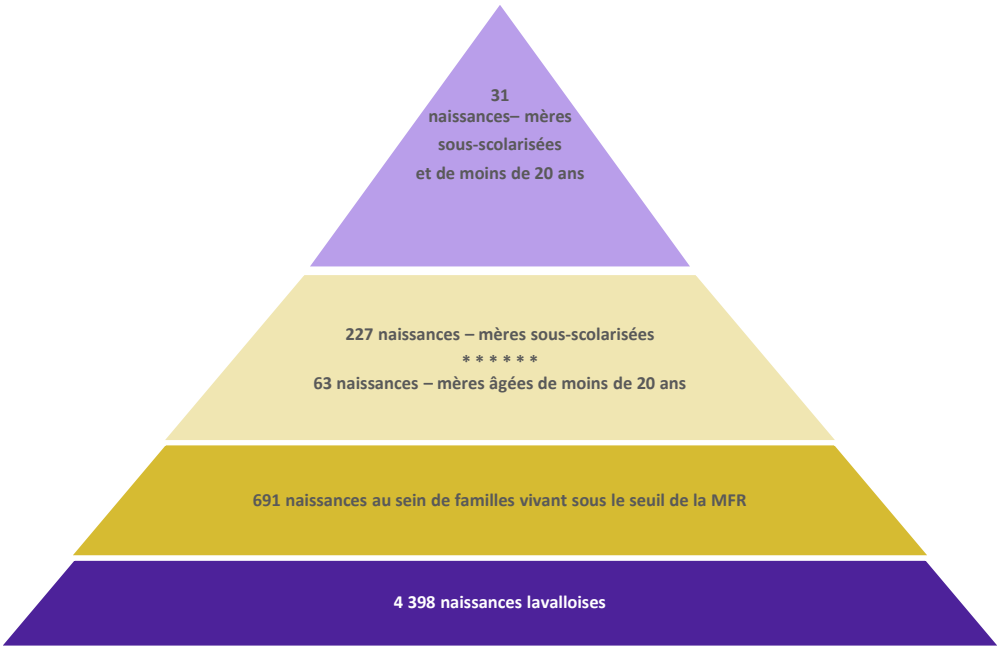
De moins en moins de mères sous-scolarisées

Les naissances de mères sous-scolarisées sont en diminution. En effet, dans les années 90 et au début des années 2000, la proportion oscillait autour de 10 %, alors que depuis 2006, elle demeure au-dessous de 6 %. En 2012, 227 naissances sont de mères sous-scolarisées.

De moins en moins de mères adolescentes

La proportion de naissances issues de jeunes mères a diminué au cours des dernières décennies. En effet, entre les années 90 et au début des années 2000, cette proportion frôlait 3 % des naissances, alors que depuis 2006, elle demeure égale ou plus faible que 2 %. En 2012, 1,4 % des nouveau-nés lavallois ont une mère de moins de 20 ans, ce qui correspond à 63 naissances.

FIGURE 5 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).

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 à faible revenu. En outre, on sait que 227 naissances sont attribuables aux mères sous-scolarisées[1] 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.

3.1.3 Grossesses 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 ou de l'enfant. Ces grossesses à risque nécessitent un suivi médical particulier. Les conséquences possibles sont, entre autres, l'anémie, la prééclampsie, la prématurité, la césarienne, le faible poids à la naissance, la faible croissance fœtale, la mortalité périnatale, la présentation anormale lors de l'accouchement, la paralysie cérébrale ou d'autres incapacités neurodéveloppementales.

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

Quels sont les facteurs pouvant mettre à risque le déroulement d'une grossesse?

GROSSESSE MULTIPLE

Les grossesses multiples entraînent des risques plus élevés par rapport aux grossesses simples. Depuis le début des années 80, 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. 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 procréation médicalement assistée.

ÂGE DE LA MÈRE

Les grossesses de mères plus jeunes (moins de 20 ans) et plus âgées (35 ans et plus) présentent des risques plus élevés que celles des femmes âgées de 20 à 34 ans.

POIDS DE LA MÈRE

On estime qu'un peu plus d'une femme sur dix se situe dans la catégorie de l'obésité à Laval parmi les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge : 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 %).

Sachant que l'obésité augmente avec l'âge et que l'âge de procréer est en hausse, la fréquence et le nombre de grossesses à risque liées à l'obésité risquent d'augmenter.

MALADIES CHRONIQUES, ANTÉCÉDENTS OU PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE

Diabète gestationnel : De 2008-2009 à 2012-2013 : 8,2 % des Lavalloises hospitalisées avaient à leur dossier un diagnostic de diabète gestationnel, soit 436 cas en 2012-2013. Cette proportion augmente d'année en année.

Prééclampsie : De 2008-2009 à 2012-2013 : 1,4 % des Lavalloises hospitalisées avaient à leur dossier un diagnostic de prééclampsie, soit en moyenne 61 cas par année.

Maladies chroniques préexistantes à la grossesse telles que le diabète de type I ou de type II, l'hypertension artérielle chronique, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les pathologies cardiaques et rénales.

Une sous-estimation du nombre de « fausses couches »

Selon certaines études (Andersen *et coll.*, 2000), plus d'une grossesse sur dix (10,9 %) se termine en avortement spontané ou communément appelé « fausses couches ». Ce risque augmente aussi avec l'âge. À Laval, il est difficile de déterminer avec exactitude la part des grossesses se terminant en avortement spontané, car plusieurs ne sont pas déclarées. De 2010 à 2012, on estime qu'il y a 285 avortements spontanés annuellement à Laval. Cela représente environ 5 % des grossesses, soit environ une grossesse sur 20. Toutefois, il faut se rappeler que ce nombre est estimé à partir des grossesses déclarées : il s'agit donc d'une sous-estimation.

La grossesse ectopique : un phénomène de plus en plus rare

Le taux de grossesse ectopique a diminué de moitié, autant à Laval qu'au Québec entre 1991-1994 (89 cas) et 2009-2012 (33 cas). En 2009-2012, le taux lavallois est significativement plus faible que celui du Québec (7,4 grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses comparativement à 9,7).

- Le taux de grossesse ectopique s'avère plus élevé chez les jeunes mères (15 à 19 ans) et chez les plus âgées (35 ans et plus). À Laval, ce sont les 35 à 39 ans qui représentent le plus grand nombre de grossesses ectopiques en cinq ans (43), suivi de près par les 30 à 34 ans (41).

3.2 Accouchement

Dans le cadre de la Politique de périnatalité du Québec 2008-2018, Laverdière *et coll.* (2008) précisent que « l'accouchement est un événement physiologique naturel qui n'implique pas, *a priori*, d'interventions médicales ». 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, dont le déclenchement artificiel du travail, le soulagement de la douleur, 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.

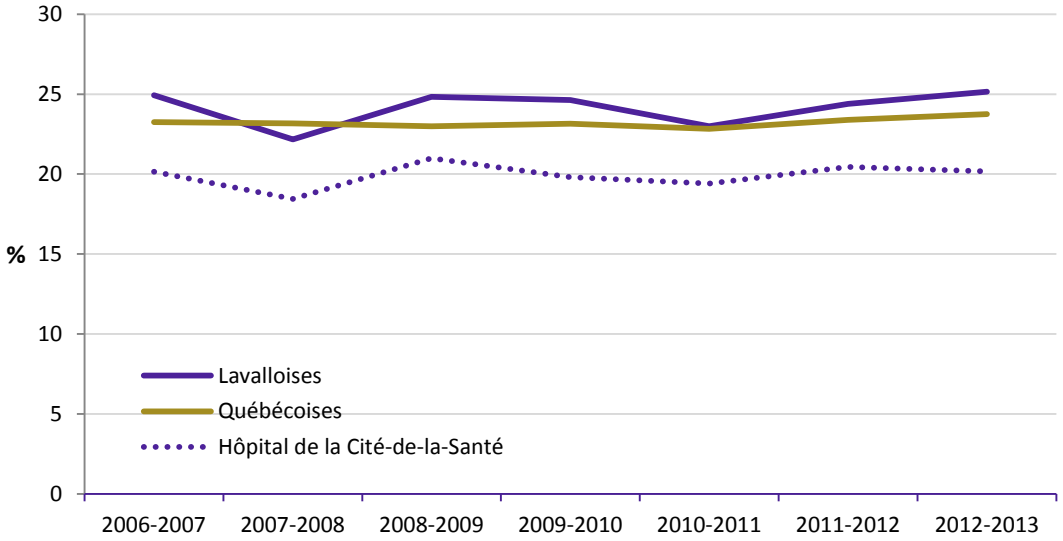
Environ la moitié des Lavalloises n'accouchent pas à Laval

Le taux de rétention lavallois en ce qui concerne les naissances frôle le 50 %. Lorsque les femmes lavalloises accouchent hors de la région, 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 %).

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 (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec *et coll.*, 2012). Toutefois, à Laval tout comme au Québec, le taux de césarienne est demeuré plutôt stable depuis 2006-2007, oscillant autour de 24 %.

FIGURE 6 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.

On remarque que le taux de césarienne à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé demeure significativement moins élevé qu'ailleurs. Ceci s'explique par un recours moins fréquent à cette intervention au sein de 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 (un accouchement sur trois), comparativement à celles qui se retrouvent à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ou à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (un accouchement sur cinq).

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

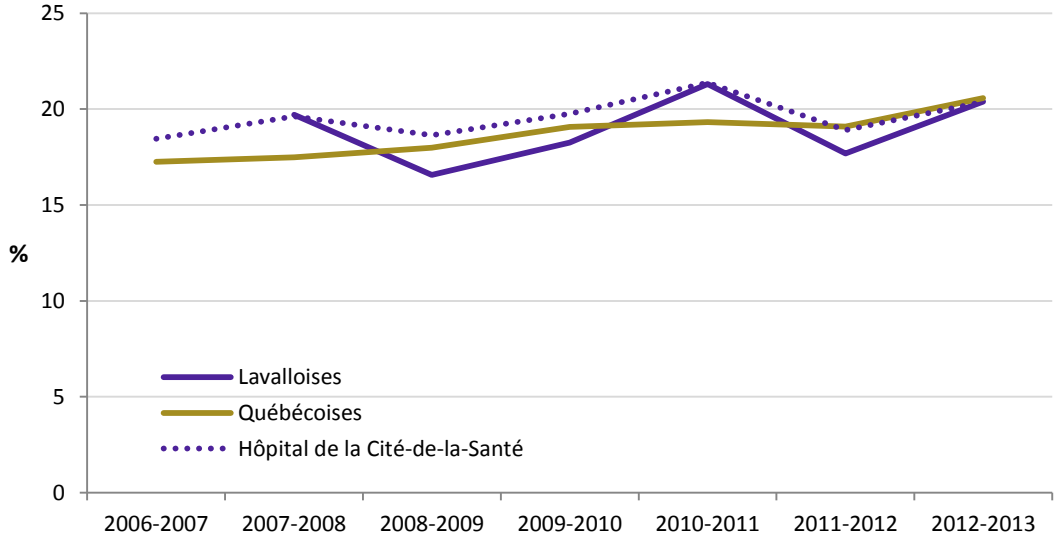
Le recours à la césarienne est plus élevé chez les mères plus âgées. Le taux de césariennes des Lavalloises de moins de 35 ans est de 22 % alors que celui des femmes plus âgées est plutôt de l'ordre de 32,3 % (2008-2009 à 2012-2013).

L'accouchement vaginal après césarienne connaît une légère hausse

Les femmes ayant un antécédent de césarienne sont plus enclines à accoucher par césarienne de nouveau que celles qui n'ont jamais subi de césarienne. En 2012-2013, le taux de césarienne primaire était de 16,2 % alors le taux de césarienne répétée était d'environ 79,6 %. Toutefois, un AVAC est également envisageable. Selon les données transmises par le Centre de santé et de services sociaux de Laval en 2010-2011, il est intéressant de constater que 84,5 % des tentatives d'AVAC à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé sont réussies.

Entre 2006-2007 et 2012-2013, on a observé au Québec une légère hausse en ce qui concerne le taux d'AVAC, passant de 17,3 % à 20,6 %. Le taux lavallois a fluctué sans montrer de tendance significative en raison des petits nombres comptabilisés.

FIGURE 7 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.
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). 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 postpartum.

3.3.1 Santé physique du nouveau-né

La proportion de naissances vivantes de faible poids (< 2500g) a diminué lentement

Au Québec, au cours des 30 dernières années, la proportion de naissances vivantes de faible poids (< 2500g) a diminué lentement, mais de façon significative. La proportion lavalloise ne s'est jamais écartée de celle du Québec au cours de cette période.

- En 2008-2012, la proportion lavalloise de naissances vivantes de faible poids est de 5,8 %, une proportion semblable à celle du Québec (5,7 %).
- Les naissances de très faible poids (< 1500g) représentent 1 % des naissances vivantes.

La proportion de naissances prématurées est à la hausse

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. Selon les dernières données disponibles, la proportion de naissances vivantes prématurée est plus élevée :

- chez les **naissances multiples** (50,6 %) que chez les autres (5,5 %);
- chez les **mères plus âgées** (6,6 % chez les 20 à 34 ans; 8,7 % chez les 35 ans et plus) que chez les jeunes mères (moins de 20 ans) (8,4 %);
- chez les **mères ayant un faible niveau de scolarité** (moins de 11 ans) (8,9 %) par rapport à celles qui ont étudié pendant 11 ans et plus (7 %).

La proportion de nouveau-nés ayant un retard de croissance intra-utérin (RCIU) a diminué

Au cours des trois dernières décennies, la proportion de nouveau-nés ayant un RCIU a diminué de moitié à Laval, tout comme au Québec. On a effectivement vu passer cette proportion de 14,2 % en 1983-1987 à 8,3 % en 2008-2012. Il n'en reste pas moins que près d'une naissance sur dix est touchée par un retard de croissance. Selon les dernières données disponibles, la proportion de naissances ayant un RCIU est plus élevée :

- chez les **mères âgées de moins de 20 ans** (13,4 %) que chez celles âgées de 20 à 34 ans (8,3 %) ou même plus âgées (7,4 %);
- chez les **mères ayant un faible niveau de scolarité** (moins de 11 ans) (8,6 %) comparativement à celles ayant étudié pendant 11 ans et plus (8,1 %).

Le taux de mortinaissance a peu varié

À Laval, le taux de mortinaissance a peu varié au cours des 30 dernières années, oscillant entre 3,7 et 4,9 pour 1 000 naissances. Le taux de mortinaissance est plus élevé :

- 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 ‰);
- chez les plus jeunes mères (moins de 20 ans) : elles obtiennent à l'échelle du Québec un taux de mortinaissance plus élevé que les mères âgées de 20 à 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 elles vont dans le même sens que celles du Québec.

Plus d'un nouveau-né sur deux est hospitalisé à la naissance

Environ 2 679 nouveau-nés ont été hospitalisés à la naissance. Ces hospitalisations 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.

Près du tiers des nouveau-nés est hospitalisé au cours de sa première année de vie

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 celles-ci 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 %.

3.3.2 L'allaitement maternel

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 l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. On recommande également que l'allaitement se poursuive ensuite de façon non exclusive jusqu'à deux ans.

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, entres 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).

Le taux d'allaitement chute drastiquement dans les mois suivant la sortie du lieu de naissance

Durant les six mois suivant le séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance, le taux d'allaitement lavallois passe de 87 % à 46 %. Les taux d'allaitement exclusif sont toutefois beaucoup plus faibles, passant de 55,1 % à 2,2 % entre le séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance et six mois après la naissance.

Les freins à l'allaitement

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 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 %),
- que l'enfant était prêt à se nourrir d'aliments solides (15,4 %),
- que l'enfant s'était sevré lui-même (12,7 %),
- qu'elles devaient retourner au travail (10,6 %).

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.

3.3.3 Adaptation et intégrations 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 et son exposition de manière temporaire qui peut poser problème. Voici les facteurs de risque abordés dans le Profil thématique FEJ :

La pauvreté

La proportion d'enfants de moins de six ans vivant sous la mesure du faible revenu (MFR) varie beaucoup à Laval, passant de 0,0 à 53,1 % dépendant du secteur; environ un enfant sur quatre de moins de six ans vit sous la MFR dans le centre-sud de Laval.

La monoparentalité

À leur naissance, près de 8 % des enfants vivaient avec un seul parent. À deux ans et demi, cette proportion grimpe à 12 %.

Le statut d'immigrant des parents

L'immigration peut 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.

Chez les enfants lavallois qui sont eux-mêmes immigrants, 41,3 % d'entre eux vivent sous la MFR en 2011. En comparaison, la proportion est de 14,2 % chez les enfants non immigrants.

La santé mentale des parents

Plus du tiers des parents québécois vivent un stress assez ou extrêmement élevé, 7 % vivent un niveau de détresse psychologique élevé, 9 % souffrent d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et 4 % ont vécu une dépression majeure.

Environ une femme sur dix vit un épisode de dépression au cours de sa grossesse. La dépression postpartum est encore plus fréquente, touchant environ une femme sur cinq (près de 900 mères lavalloises). (Doré et Le Hénaff, 2015).

Le lien d'attachement

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. (Van Ijzendoorn *et coll.*, 1999).

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.

À partir du travail accompli et les nombreuses analyses de données présentés dans le Profil thématique FEJ - Volume 1 : Famille et périnatalité, trois grands enjeux ont pu être dégagés :

1. **L'évolution de la structure familiale;**
2. **Le report de la parentalité;**
3. **L'augmentation des familles immigrantes.**

Bien que ces trois enjeux ne soient pas des phénomènes négatifs en soi, ceux-ci modifient tout de même le portrait de la population lavalloise. Ils influencent tous significativement la fécondité ainsi que la santé des jeunes lavallois. L'augmentation de la présence des parents immigrants à Laval, des familles monoparentales ou des parents plus âgés exigent par conséquent 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. En outre, puisque l'évolution observée de ces trois phénomènes ne semble pas s'essoufler, nous pouvons nous attendre à ce que les impacts qui en découlent soient encore plus prononcés à l'avenir.

En conclusion, plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour évaluer les conséquences de ces bouleversements. Certains indicateurs s'améliorent et pallient certains impacts négatifs, alors que d'autres nécessitent une surveillance accrue. Dans les encadrés suivants, ces indicateurs sont présentés.

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 de jeunes mères : elle oscille maintenant entre 1 et 2 %;

↘ de la proportion des naissances chez les mères sous-scolarisée depuis le milieu des années 1980;

↘ du taux de grossesse ectopique depuis les années 1990;

↘ de la proportion des nouveau-nés ayant un RCIU 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 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 s'est stabilisé, mais est toujours plutôt élevé;

Plus d'un tiers des parents disent vivre un niveau de stress assez ou extrêmement élevé.

Références

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.

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.

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.

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.

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.

Gregory, Elizabeth. 2007. *Ready : Why women are embracing the new later motherhood* : Basic Books, 336 p.

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/>.

Johnson, Jo-Ann et Tought, Suzanne. 2012. « Report de la grossesse ». *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 34, n° 1, p. S1-S17.

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.

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.

Van Ijzendoorn, Marinus H, Schuengel, Carlo et Bakermans-Kranenburg, Marian J. 1999. « Disorganized attachment in early childhood : Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae ». *Development and psychopathology*, vol. 11, n° 2, p. 225-250.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec