De la conception aux premiers pas

Indicateurs de périnatalité dans Lanaudière

Volume 1 - Données populationnelles

Service de surveillance, recherche et évaluation

André Guillemette

Avec la collaboration de :
Christine Garand
et Josée Payette

Octobre 2012

Québec

Conception, analyse et rédaction :
André Guillemette

Extraction, traitement des données, tableaux et graphiques :
Christine Garand et Josée Payette

Conception graphique et mise en pages :
Sylvie Harvey

Sous la coordination de :
Élizabeth Cadieux

Comité de lecture :
ASSS de Lanaudière :

- DRAMU : Marie-Claude René
- DSP : Dalal Badlissi
  Patrick Bellehumeur
  Marie-Andrée Bossé
  Abdoul Aziz Gbaya
  Louise Lemire
  Geneviève Marquis
  Jean-Pierre Trépanier

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au :
www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

GUILLEMETTE, André, Christine GARAND (coll.) et Josée PAYETTE (coll.). *De la conception aux premiers pas. Indicateurs de périnatalité dans Lanaudière. Volume 1. Données populationnelles*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, octobre 2012, 130 pages.

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2012

Dépôt légal
Quatrième trimestre 2012
ISBN : 978-2-89669-100-5 (version imprimée)
978-2-89669-101-2 (version PDF)
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS

Indice synthétique de fécondité

- Nombre moyen de naissances vivantes qu'auraient un groupe de femmes à la fin de leur vie reproductive si elles avaient, à chaque groupe d'âge, les taux de fécondité observés durant une période donnée. Une naissance vivante concerne un nouveau-né pesant 500 grammes et plus et présentant au moins un signe de vie après son expulsion complète du corps de la mère.

Indice synthétique de grossesse

- Nombre moyen de grossesses qu'auraient un groupe de femmes à la fin de leur vie reproductive si elles avaient, à chaque groupe d'âge, les taux de grossesse observés durant une période donnée.

Proportion de naissances vivantes ayant une croissance intra-utérine hypertrophique

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont le poids se situe au-dessus du 90e centile selon les normes canadiennes pour 100 naissances vivantes de même sexe et ayant une gestation identique.

Proportion de naissances vivantes ayant un retard de croissance intra-utérine

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont le poids se situe sous le 10e centile selon les normes canadiennes pour 100 naissances vivantes de même sexe et ayant une gestation identique.

Proportion de naissances vivantes de faible poids

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont le poids est inférieur à 2 500 grammes pour 100 naissances vivantes.

Proportion de naissances vivantes macrosomiques

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont le poids est égal ou supérieur à 4 500 grammes pour 100 naissances vivantes.

Proportion de naissances vivantes postmaturées

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont la durée de gestation est égale ou supérieure à 42 semaines pour 100 naissances vivantes.

Proportion de naissances vivantes prématurées

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes dont la durée de gestation est inférieure à 37 semaines pour 100 naissances vivantes.

Rapport de masculinité

- Nombre de garçons nés vivants pour 100 filles nées vivantes.

Taux d'accouchement vaginal assisté

- Nombre annuel moyen d'accouchements vaginaux impliquant l'utilisation d'un forceps ou d'une ventouse pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital.

Taux d'accouchement vaginal avec traumatisme périnéal

- Nombre annuel moyen d'accouchements vaginaux impliquant une épisiotomie ou une déchirure du périnée pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital.

Taux d'anomalie congénitale

- Nombre annuel moyen de mortinaissances et de naissances vivantes avec une anomalie congénitale pour 10 000 mortinaissances et naissances vivantes.

Taux de césarienne

- Nombre annuel moyen d'accouchements par césarienne pour 100 accouchements à l'hôpital.

Taux de déclenchement du travail

- Nombre annuel moyen d'accouchements provoqués artificiellement au moyen de médicaments ou au moyen d'une chirurgie pour 100 accouchements à l'hôpital.

Taux de fausse couche (ou d'avortement spontané)

- Nombre annuel moyen de pertes du fœtus avant la 20e semaine de gestation pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans.

Taux de fécondité

- Nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans.

Taux de grossesse

- Nombre annuel moyen de femmes ayant eu une grossesse, peu importe l'issue (naissance vivante, fausse couche, mortinaissance ou interruption volontaire de grossesse), pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans.

Taux de grossesse ectopique

- Nombre annuel moyen de grossesses dont l'embryon est implanté hors de la cavité utérine pour 1 000 grossesses.

Taux de morbidité maternelle grave

- Nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée de femmes affectées par une morbidité liée à la grossesse ou l'accouchement pour 1 000 accouchements à l'hôpital. Le problème de santé responsable de l'hospitalisation met en danger la vie de la mère.

Taux de mortalité infantile

- Nombre annuel moyen de décès d'enfant de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité maternelle

- Nombre annuel moyen de décès de femmes survenus durant la grossesse, l'accouchement ou au cours des 42 jours suivants l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes.

Taux de mortinaissance (ou de mort fœtale)

- Nombre annuel moyen de décès du fœtus avant son expulsion complète du corps de la mère pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans. Le fœtus ne doit manifester aucun signe de vie et son poids doit être de 500 grammes ou plus.

Taux d'hospitalisation infantile

- Nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée d'enfants de moins d'un an pour 10 000 enfants de moins d'un an.

Taux d'interruption volontaire de grossesse

- Nombre annuel moyen d'interventions médicales volontaires visant à mettre fin à une grossesse pour 1 000 femmes de 14 à 49 ans.

PRINCIPAUX CONSTATS

Profil démographique

- Le nombre de Lanaudois de moins d'un an devrait s'accroître entre 2011 et 2016 pour atteindre près de 5 700 individus, soit une hausse légèrement supérieure à 6 %;
- Le nombre de Lanaudoises en âge de procréer (14 à 49 ans) devrait augmenter entre 2011 et 2016 pour se chiffrer à 112 600 femmes, soit une croissance de 2 %.

Grossesses et fécondité

- Toutes proportions gardées, les fausses couches sont plus fréquentes parmi les femmes de 40 ans et plus;
- Une très faible proportion des grossesses se terminent par une mortinaissance;
- C'est chez les femmes de 18-24 ans que sont observés les plus forts taux d'interruption volontaire de grossesse. C'est toutefois à moins de 18 ans et à 40 ans et plus que le recours à l'IVG est, toutes proportions gardées, le plus fréquent;
- Entre les années 2000 et 2010, le taux d'interruption volontaire de grossesse s'est accru parmi les femmes de 35 ans et plus, alors qu'il a diminué chez celles de moins de 18 ans;
- Les taux de fécondité des Lanaudoises de 20-34 ans sont plus élevés que ceux des autres Québécoises. Ils sont par contre plus faibles chez les 35 ans et plus;
- La fécondité des femmes de moins de 25 ans est plus forte chez celles du territoire de RLS de Lanaudière-Nord comparativement à celles du sud lanaudois. La différence entre les deux territoires de RLS lanaudois est toutefois inverse pour les femmes de 25 ans et plus;
- Marquée par une forte hausse entre les années 2006 et 2008, la fécondité des Lanaudoises semble s'être stabilisée au cours des dernières années;
- Les femmes de moins de 25 ans vivant dans des milieux de vie défavorisés aux plans matériel et social présentent une fécondité plus élevée que celle des autres femmes du même âge. La situation est toutefois inversée chez les 25-39 ans;
- La proportion de naissances multiples sur l'ensemble des naissances vivantes s'est accrue au cours des dernières années;
- Le taux de naissances multiples augmente avec l'âge des mères.

Déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile

- La proportion de Lanaudoises ayant pris un supplément d'acide folique avant la grossesse s'est accrue au cours des dernières années;
- Environ le cinquième des nouveau-nés lanaudois a été exposé au tabagisme de leur mère durant la gestation;
- Le taux lanaudois de déclenchement médical du travail a augmenté durant les cinq dernières années, alors que ce n'est pas le cas pour le reste du Québec;
- Le pourcentage d'accouchements vaginaux assistés par ventouse est plus faible dans Lanaudière que dans le reste du Québec;
- Le taux de déchirure du 3e ou 4e degré du périnée est plus fréquent lors des accouchements vaginaux des femmes du territoire de RLS de Lanaudière-Sud que chez celles du RLS de Lanaudière-Nord;
- Le taux lanaudois de césarienne est plus faible que celui du reste du Québec;
- La proportion lanaudoise de naissances vivantes dont la mère a moins de 20 ans a diminué entre les années 2000 et 2009.

Indicateurs de santé

Santé maternelle

- La mortalité maternelle consécutive à une grossesse ou à un accouchement est négligeable dans Lanaudière et dans le reste du Québec;
- La morbidité hospitalière maternelle grave à la suite d'un accouchement demeure faible dans la région.

Prématurité

- Entre les années 2000 et 2009, la proportion de naissances vivantes prématurées n'a pas significativement diminué dans Lanaudière;
- La proportion de naissances vivantes prématurées est plus élevée dans le territoire de RLS de Lanaudière-Nord que pour le reste du Québec;
- Le risque d'accoucher prématurément est plus important chez les femmes de 35 ans et plus et de moins de 20 ans. Il est aussi plus élevé pour les naissances multiples, celles de 1er rang et de 3e rang ou plus ainsi que pour les naissances survenues moins de 12 mois après la précédente;
- La prématurité est plus fréquente chez les mères vivant dans un milieu de vie défavorisé au plan matériel.

Faible poids à la naissance

- Entre les années 2000 et 2009, la proportion de naissances de faible poids n'a pas significativement diminué dans Lanaudière;
- Le territoire de RLS de Lanaudière-Nord présente une proportion de naissances vivantes de faible poids supérieure à celle du reste du Québec;
- Le risque de donner naissance à un enfant de faible poids est plus important pour les mères de 35 ans et plus et de moins de 25 ans. Il est aussi plus grand pour les naissances multiples, celles de 3e rang ou plus et les naissances survenues moins de 12 mois après la précédente.

Santé infantile

- Comparativement au reste du Québec, Lanaudière présente une prévalence plus élevée d'enfants de moins d'un an avec une cardiopathie congénitale ou une fente palatine;
- Les enfants de moins d'un an des deux territoires de RLS lanaudois ont une morbidité hospitalière supérieure à celle des enfants du même âge du reste du Québec;
- Le taux de morbidité hospitalière des enfants de moins d'un an du territoire de RLS de Lanaudière-Nord est supérieur à celui du sud lanaudois;
- Le taux de mortalité infantile du territoire de RLS de Lanaudière-Sud est inférieur à celui du reste du Québec.

SURVOL STATISTIQUE

Chaque année dans Lanaudière (en 2007-2009)

- 7 000 grossesses dont :
  - 300 à 400 se concluent par une fausse couche;
  - 20 à 25 sont une mortinaissance;
  - 1 500 sont l'objet d'une interruption volontaire de grossesse, soit 28 IVG pour 100 naissances;
  - 5 200 se terminent par une naissance vivante.
- Parmi les naissances vivantes :
  - 140 sont des naissances multiples (jumeaux, triplés, quadruplés, etc.);
  - 165 ont une mère de moins de 20 ans;
  - 570 ont une mère de 35 ans et plus;
  - 2 300 sont de 1er rang et 1 000 de 3e rang et plus;
  - 24 surviennent moins de 12 mois après la naissance précédente;
  - 400 sont prématurées (moins de 37 semaines de gestation);
  - 300 ont un faible poids (moins de 2 500 grammes);
  - 425 présentent un retard de croissance intra-utérine;
  - 40 à 50 ont une anomalie congénitale.

Durant la grossesse des Lanaudoises

- 84 % des femmes enceintes prennent un supplément d'acide folique;
- 22 % des nouveau-nés sont exposés au tabagisme maternel;
- 34 % des nourrissons ont une mère qui a consommé de l'alcool.

Lors de l'accouchement des Lanaudoises, il y a chaque année

- 1 350 déclenchements médicaux ou chirurgicaux du travail (26 pour 100 accouchements);
- 400 accouchements vaginaux assistés avec ventouse ou forceps (10 pour 100 accouchements vaginaux);
- 270 accouchements vaginaux avec une déchirure du 3e ou 4e degré du périnée (6 pour 100 accouchements vaginaux);
- 770 accouchements vaginaux avec une épisiotomie (18 pour 100 accouchements vaginaux);
- 1 000 accouchements par césarienne (20 pour 100 accouchements).

Après l'accouchement des Lanaudoises

- Durant le séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance :
  - 80 % des nouveau-nés sont allaités (exclusivement ou non);
  - 52 % des nourrissons sont allaités exclusivement.
- Six mois après la naissance :
  - 36 % des bébés sont encore allaités (exclusivement ou non);
  - 2 % des bébés sont toujours allaités exclusivement.
- Au cours des douze mois suivants, il y a :
  - 310 hospitalisations de mères pour de graves problèmes de santé consécutifs à la grossesse ou à l'accouchement;
  - 4 900 hospitalisations d'enfants de moins d'un an en raison d'un problème de santé;
  - 35 à 40 enfants de moins d'un an affectés par une maladie à déclaration obligatoire;
  - 16 décès d'enfants de moins d'un an.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS 3
PRINCIPAUX CONSTATS 5
SURVOL STATISTIQUE 8
LISTE DES TABLEAUX 11
LISTE DES GRAPHIQUES 14
INTRODUCTION 16
1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES 17
2. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE 20
2.1 Population âgée de moins d'un an 20
2.2 Population féminine en âge de procréer 22
3. GROSSESSES ET FÉCONDITÉ 24
3.1 Grossesses 24
3.2 Indice synthétique de grossesse 28
3.3 Issues de la grossesse 30
3.4 Fausses couches 32
3.5 Mortinaissances 34
3.6 Interruptions volontaires de grossesse 36
3.7 Naissances vivantes et fécondité 40
3.8 Rapport de masculinité à la naissance vivante 46
3.9 Âge moyen des parents à la naissance vivante 48
3.10 Naissances multiples 50
3.11 Naissances vivantes et lieu d'accouchement 54
3.12 Qualité de l'accoucheur 56
3.13 Grossesses ectopiques 56
4. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MATERNELLE, FŒTALE ET INFANTILE 60
4.1 Supplément d'acide folique 60
4.2 Tabagisme et exposition à la fumée secondaire du tabac 62
4.3 Consommation d'alcool 64
4.4 Interventions prénatales 65

4.5 Déclenchement du travail 66
4.6 Accouchements vaginaux assistés 68
4.7 Traumatismes périnéaux 70
4.8 Césariennes 72
4.9 Mères de moins de 20 ans 74
4.10 Mères de 35 ans et plus 76
4.11 Rangs de naissance 78
4.12 Intervalles intergénésiques 80
4.13 Allaitement maternel 82
4.14 Interventions postnatales 84
4.15 Recours au service Info-Santé 84
5. INDICATEURS DE SANTÉ 86
5.1 Morbidité maternelle grave 86
5.2 Mortalité maternelle 88
5.3 Prématurité 88
5.4 Postmaturité 94
5.5 Faible poids à la naissance 96
5.6 Faible poids à la naissance et prématurité 100
5.7 Macrosomie fœtale 102
5.8 Retard de croissance intra-utérine 104
5.9 Croissance intra-utérine hypertrophique 108
5.10 Anomalies congénitales 110
5.11 Morbidité hospitalière infantile 112
5.12 Mortalité infantile 114
5.13 Maladies à déclaration obligatoire 116
5.14 Supplément pour enfant handicapé 118
CONCLUSION 121
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 123

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Enfants de moins d'un an selon le sexe, territoires de MRC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2011 et 2016 (N et %) 21

Tableau 2 Femmes de 14-49 ans selon le groupe d'âge, territoires de MRC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2011 et 2016 (N) 23

Tableau 3 Taux de grossesse selon le groupe d'âge de la femme et estimation du nombre de grossesses, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (taux pour 1 000 femmes et N moyen) 26

Tableau 4 Fausses couches suivies médicalement selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière, 1999 à 2003 (N et taux pour 1 000 femmes) 32

Tableau 5 Mortinaissances selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 100 naissances vivantes et mortinaissances) 34

Tableau 6 Estimation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen) 37

Tableau 7 Interruptions volontaires de grossesse selon le groupe d'âge de la femme et l'année, le Québec, 2000 à 2010 (N et taux pour 1 000 femmes) 37

Tableau 8 Estimation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour 100 naissances vivantes selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière, 2007-2009 (N moyen et IVG pour 100 naissances vivantes) 38

Tableau 9 Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la femme et nombre de naissances vivantes, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 1 000 femmes) 41

Tableau 10 Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la femme et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (taux pour 1 000 femmes) 44

Tableau 11 Taux de fécondité selon le groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (ISF) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (taux pour 1 000 femmes et nombre de naissances vivantes par femme) 45

Tableau 12 Âge moyen des mères et des pères à la naissance vivante, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (en années) 49

Tableau 13 Naissances vivantes simples et multiples, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 51

Tableau 14 Naissances vivantes multiples selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 52

Tableau 15 Naissances vivantes selon le lieu de l'accouchement, mères lanaudoises, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière, 2007-2009 (N moyen et %) 54

Tableau 16 Grossesses ectopiques, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2008 à 2009-2010 (N moyen et taux pour 1 000 grossesses) 57

Tableau 17 Enfants dont la mère a pris un supplément d'acide folique, Lanaudière et le Québec, 2005-2006 (taux pour 100 enfants) 60

Tableau 18 Mères ayant pris un supplément d'acide folique avant la dernière grossesse, femmes de 15 à 55 ans ayant eu au moins un bébé au cours des cinq dernières années, Lanaudière et le Québec, 2000-2001 à 2009-2010 (%) 61

Tableau 19 Mères ayant fumé la cigarette et mères exposées à la fumée du tabac durant ou après la dernière grossesse, femmes de 15 à 55 ans ayant eu au moins un bébé au cours des cinq dernières années, Lanaudière et le Québec, 2000-2001 à 2005 (%) 63

Tableau 20 Déclenchements médicaux ou chirurgicaux du travail, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements à l'hôpital) 67

Tableau 21 Accouchements vaginaux assistés avec ventouse ou forceps, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital) 68

Tableau 22 Accouchements vaginaux avec traumatisme périnéal, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital) 70

Tableau 23 Accouchements par césarienne, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements à l'hôpital) 72

Tableau 24 Naissances vivantes dont la mère a moins de 20 ans, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 75

Tableau 25 Naissances vivantes dont la mère a 35 ans et plus, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 76

Tableau 26 Naissances vivantes selon le rang de naissance, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 78

Tableau 27 Naissances vivantes survenues moins de douze mois après la naissance vivante précédente, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 80

Tableau 28 Taux d'allaitement total et exclusif pour différentes durées de vie du nouveau-né, Lanaudière et le Québec, 2005-2006 (taux pour 100 femmes) 83

Tableau 29 Appels au service Info-Santé concernant un enfant de moins d'un an, territoires de CLSC, RLS et Lanaudière, 2010 (N et taux pour 100 enfants de moins d'un an) 85

Tableau 30 Appels au service Info-Santé concernant un enfant de moins d'un an selon la raison, Lanaudière, 2010 (N et %) 85

Tableau 31 Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière maternelle grave, Lanaudière et reste du Québec, 2006-2011 (N moyen et taux pour 1 000 accouchements à l'hôpital) 87

Tableau 32 Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 90

Tableau 33 Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon la durée de gestation et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 91

Tableau 34 Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon certains facteurs de risque, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen, % et risque relatif) 92

Tableau 35 Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (N moyen et %) 93

Tableau 36 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 96

Tableau 37 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon la catégorie de poids et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 97

Tableau 38 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon certains facteurs de risque, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen, % et risque relatif) 98

Tableau 39 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (N moyen et %) 99

Tableau 40 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) et prématurées (moins de 37 semaines de gestation), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 100

Tableau 41 Naissances vivantes macrosomiques (4 500 grammes et plus), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 102

Tableau 42 Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 105

Tableau 43 Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile) selon certains facteurs de risque, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen, % et risque relatif) 106

Tableau 44 Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (N moyen et %) 107

Tableau 45 Naissances vivantes simples ayant une croissance intra-utérine hypertrophique (au-dessus du 90e centile), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %) 108

Tableau 46 Prévalence des anomalies congénitales, Lanaudière et reste du Québec, 2006-2007 à 2008-2009 (N moyen et taux pour 10 000 mortinaissances et naissances vivantes) 111

Tableau 47 Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière infantile, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 10 000 enfants de moins d'un an) 112

Tableau 48 Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière infantile selon le diagnostic principal, Lanaudière, 2010- 2011 (N et taux pour 10 000 enfants de moins d'un an) 113

Tableau 49 Décès et taux de mortalité infantile, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 1 000 naissances vivantes) 114

Tableau 50 Décès et taux de mortalité infantile selon l'âge, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 1 000 naissances vivantes) 115

Tableau 51 Maladies à déclaration obligatoire (MADO) chez les enfants de moins d'un an selon le type, Lanaudière, 2006-2010 (N moyen et taux pour 100 000 enfants de moins d'un an) 116

Tableau 52 Enfants de moins d'un an bénéficiaires du programme Supplément pour enfant handicapé selon le type de handicap, Lanaudière, 2006-2011 (N moyen et taux pour 1 000 enfants de moins d'un an) 118

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Indice synthétique de grossesse, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (nombre de grossesses par femme) 28

Graphique 2 Indice synthétique de grossesse, Lanaudière, 2000 à 2009 (nombre de grossesses par femme) 29

Graphique 3 Grossesses selon l'issue et le groupe d'âge de la femme, Lanaudière, 2007-2009 (%) 30

Graphique 4 Grossesses selon l'issue et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (%) 31

Graphique 5 Mortinaissances selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et taux pour 1000 naissances vivantes et mortinaissances) 35

Graphique 6 Estimation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour 100 naissances vivantes selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2010 (N) 39

Graphique 7 Indice synthétique de fécondité, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (nombre de naissances vivantes par femme) 42

Graphique 8 Naissances vivantes et indice synthétique de fécondité selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2010 (N et nombre de naissances vivantes par femme) 43

Graphique 9 Rapport de masculinité selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (nombre de naissances masculines pour 100 naissances féminines) 47

Graphique 10 Âge moyen des mères et des pères à la naissance vivante selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (en années) 49

Graphique 11 Naissances vivantes multiples selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 53

Graphique 12 Naissances vivantes issues de mères lanaudoises survenues dans Lanaudière selon l'année, 2000 à 2009 (N et %) 55

Graphique 13 Taux de grossesse ectopique selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière et le reste du Québec, 2007-2008 à 2009-2010 (taux pour 1 000 grossesses) 58

Graphique 14 Grossesses ectopiques selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (N et taux pour 1 000 grossesses) 59

Graphique 15 Déclenchements médicaux ou chirurgicaux du travail selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements à l'hôpital) 67

Graphique 16 Accouchements vaginaux assistés avec ventouse ou forceps selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital) 69

Graphique 17 Accouchements vaginaux avec traumatisme périnéal selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital) 71

Graphique 18 Accouchements par césarienne selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements à l'hôpital) 73

Graphique 19 Naissances vivantes dont la mère a moins de 20 ans selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 75

Graphique 20 Naissances vivantes dont la mère a 35 ans et plus selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 77

Graphique 21 Naissances vivantes de premier rang selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 79

Graphique 22 Naissances vivantes de troisième rang et plus selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 79

Graphique 23 Naissances vivantes survenues moins de douze mois après la naissance vivante précédente selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 81

Graphique 24 Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 90

Graphique 25 Naissances vivantes postmaturées (42 semaines et plus de gestation) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N) 95

Graphique 26 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 97

Graphique 27 Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) et prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 101

Graphique 28 Naissances vivantes macrosomiques (4 500 grammes et plus) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 103

Graphique 29 Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 105

Graphique 30 Naissances vivantes simples ayant une croissance intra-utérine hypertrophique (au-dessus du 90e centile) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %) 109

Graphique 31 Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière infantile selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (N et taux pour 10 000 enfants de moins d'un an) 113

Graphique 32 Décès et taux de mortalité infantile selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et taux pour 1 000 naissances vivantes) 115

Graphique 33 Maladies à déclaration obligatoire (MADO) chez les enfants de moins d'un an selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2010 (N et taux pour 100 000 enfants de moins d'un an) 117

Graphique 34 Enfants de moins d'un an bénéficiaires du programme Supplément pour enfant handicapé selon l'année, Lanaudière, 2006 à 2011 (N et taux pour 1 000 enfants de moins d'un an) 119

INTRODUCTION

> « Il y a quelques décennies à peine, la société québécoise affichait des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés des nations industrialisées. Grâce aux avancées médicales et à l'organisation des soins et des services périnataux, le Québec se classe aujourd'hui dans le peloton de tête des sociétés qui obtiennent les meilleurs résultats. D'autres facteurs ont contribué à un tel succès : l'amélioration des conditions de vie, l'adoption de mesures de prévention efficaces et l'apport inestimable de nombreuses ressources professionnelles et communautaires » (MSSS, 2008b, p. 1).

La santé des nourrissons constitue un bon indicateur de l'état de santé d'une population et de la qualité des soins auxquels elle a accès. Au-delà de cette considération, il faut surtout retenir que la santé et le développement des enfants et, ultimement, leurs capacités à s'intégrer pleinement dans la société reposent sur des conditions socioéconomiques, parentales, environnementales et sanitaires favorables. Celles-ci doivent être présentes dès la conception, tout au long de la gestation, à la naissance et durant les premiers mois de vie.

Soucieux de favoriser le développement et le maintien de conditions propices à la santé des enfants et de leur mère, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a élaboré trois politiques de périnatalité au cours des quatre dernières décennies. La première politique, adoptée en 1973, avait pour objectif de réduire la mortalité maternelle et périnatale ainsi que la morbidité périnatale (MSSS, 2008b). La seconde politique, rédigée en 1993, maintenait l'objectif de la politique initiale, mais elle orientait aussi les actions sur l'amélioration du contexte socioéconomique dans lequel se déroulent la grossesse et la première année de vie de l'enfant, la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des issues de grossesse défavorables (prématurité, insuffisance de poids à la naissance, anomalies congénitales, etc.) (MSSS, 2008b). La troisième politique, élaborée en 2008, s'inscrit dans la lignée des deux politiques précédentes. Elle innove toutefois en proposant une vision traduite par une volonté d'adapter les services du réseau de la santé et des services sociaux « aux besoins et aux situations particulières vécues par les parents et les enfants » (MSSS, 2008b, p. 3). La priorisation des activités en périnatalité ciblées dans la version mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2008a), le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* (ASSSL, 2009) et le futur plan d'action régional en périnatalité s'inspirent d'ailleurs de cette politique.

Plus récemment, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a diffusé son *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011* portant sur les services périnataux et de la petite enfance. Ce rapport fait état des forces et des faiblesses du système de santé et de services sociaux québécois, et il insiste sur l'obligation morale et juridique d'offrir des soins adéquats aux femmes enceintes et aux jeunes enfants (CSBE, 2012a).

En lien avec les préoccupations gouvernementales et pour appuyer le travail des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux lanaudois œuvrant en périnatalité, le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a produit le présent rapport. Il dresse, à l'aide des données les plus récentes disponibles, un portrait statistique et analytique des principaux indicateurs de périnatalité.

Le choix de ces indicateurs s'inspire, pour l'essentiel, des rapports de la santé périnatale produits par Santé Canada (2000 et 2003) et l'Agence de la santé publique du Canada (2008). La liste des indicateurs pertinents au suivi de la santé maternelle et périnatale réalisée par l'Euro-Perstat Project (2008) a aussi été mise à contribution.

Le rapport comprend deux volumes. Le premier comporte des données populationnelles, soit des statistiques sur les mères et les enfants lanaudois de moins d'un an. Le second est consacré aux indicateurs de consommation de services dans Lanaudière pour les hôpitaux et les CLSC rattachés aux deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) lanaudois, et ce, qu'importe le lieu de résidence des mères et de leurs enfants de moins d'un an.

Définir la période périnatale

Selon les sources consultées sur le Web, la définition de la période périnatale diffère selon le pays ou l'organisme concerné. En général, les définitions privilégiées situent le début de la période périnatale entre la 20e et la 28e semaine de gestation, alors qu'elles établissent sa fin entre la 1re et la 4e semaine après la naissance.

La *Politique de périnatalité 2008-2018* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008b) innove à cet égard puisqu'elle balise la période périnatale de façon beaucoup plus étendue. Ainsi, selon cette politique, 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 ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an » (p. 8). C'est sur la base de cette définition que ce document a été élaboré.

1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Les indicateurs retenus dans ce document sont issus de plusieurs sources de données. Ils présentent les statistiques démographiques et sanitaires les plus récentes produites par le MSSS, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Régie des rentes du Québec (RRQ), le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et Statistique Canada. Il reprend également des statistiques publiées dans certains rapports d'enquête et documents thématiques diffusés par le MSSS et l'ISQ.

Tous les indicateurs ont été quantifiés en respectant les modes de calcul préconisés par le MSSS, l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ou l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les statistiques sont généralement présentées pour la période triennale la plus récente afin de permettre des comparaisons infrarégionales ou avec le reste du Québec (l'ensemble du Québec dans certains cas). Elles sont aussi affichées par année pour l'ensemble de la région de Lanaudière dans le but d'illustrer leur évolution dans le temps.

Au moment du calcul des indicateurs de périnatalité relatifs aux naissances vivantes (année 2009) et aux mortinaissances (années 2008 et 2009), seules les données tirées des « fichiers provisoires » étaient disponibles. Par opposition aux « fichiers fermés », les « fichiers provisoires » ne sont pas exhaustifs, car il y manque entre autres des événements survenus hors du Québec. Ils comportent également un nombre plus élevé de valeurs manquantes à certaines variables.

Dans le cas des mortinaissances, les différences entre les deux types de fichier sont minimes et sans conséquence notables, alors qu'elles sont plus importantes pour les naissances vivantes. Dans leur cas, l'utilisation du « fichier provisoire » génère une sous-estimation de la fécondité, de la prématurité et du faible poids à la naissance. Cette sous-estimation demeure peu importante pour la région lanaudoise, car le « fichier fermé » de l'année 2009 compte cinq naissances vivantes de plus que le « fichier provisoire ». Elle est par contre plus importante pour le reste du Québec (écart de 1 646 naissances vivantes). Cette sous-estimation est toutefois atténuée par la combinaison des données du « fichier provisoire » de 2009 avec celles des « fichiers fermés » des années 2007 et 2008.

Les indicateurs sont, en fonction de la source de données, calculés selon l'année civile (du 1er janvier au 31 décembre d'une même année) ou selon l'année financière (du 1er avril d'une année donnée au 31 mars de l'année suivante). Certains indicateurs issus de données d'enquête peuvent couvrir plus d'une année civile. C'est le cas, notamment, de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC).

Peu importe la période temporelle considérée, les nombres, les pourcentages, les taux et les indices inscrits dans les tableaux et les graphiques sont toujours annualisés.

Le choix des années pour le calcul des indicateurs repose certes sur la disponibilité des données, mais il résulte aussi d'une volonté d'offrir des statistiques chronologiques comparables. C'est pourquoi seules les années où la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième version* (CIM-10) est appliquée ont été retenues.

La précision statistique des pourcentages et des taux est illustrée par la présence ou non d'un astérisque ou de l'acronyme « np ». Un pourcentage ou un taux sans astérisque a un coefficient de variation inférieur ou égal à 15 % (pour les données d'enquête) ou à 16,66 % (pour les fichiers des naissances, des décès, des mortinaissances et des hospitalisations) selon la source de données utilisée. Une valeur accompagnée d'un astérisque possède un coefficient de variation dont la valeur fluctue, selon la source de données, entre 15 % et 25 % ou entre 16,66 % et 33,33 % inclusivement. Quoique suffisamment fiable pour être employée, une valeur accompagnée d'un astérisque doit être interprétée avec prudence en raison de son imprécision. Un pourcentage ou un taux ayant un coefficient de variation supérieur à 25 % ou à 33,33 %, selon le cas, n'est pas présenté compte tenu de son imprécision statistique. L'acronyme « np » remplace alors la valeur du pourcentage ou du taux. Le nombre annualisé accompagnant un pourcentage ou un taux marqué de l'acronyme « np » est toujours affiché en utilisant le symbole « plus petit que 5 » (< 5) afin de mieux rendre compte de son imprécision statistique.

La présence ou non de variations chronologiques et territoriales est établie à l'aide de tests statistiques de comparaison dotés d'un niveau de confiance à 95 %. Seules les différences statistiquement significatives sont signalées dans ce document. Il faut toutefois garder à l'esprit que le fait de ne pas établir de différence statistiquement significative entre deux pourcentages ou deux taux ne signifie pas pour autant qu'ils sont identiques.

2. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Les indicateurs démographiques relatifs à la taille et à la composition de la population ciblée constituent, au même titre que les indicateurs sanitaires, économiques et sociaux, une source d'information importante pour planifier et estimer l'ampleur des activités de prévention et de promotion de la santé, ainsi que l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux.

2.1 Population âgée de moins d'un an

Selon les estimations de population les plus récentes de Statistique Canada et de l'ISQ, Lanaudière compte 5 333 enfants de moins d'un an en 2011. Ils représentent environ 1 % de la population totale de la région. Environ six enfants lanaudois de moins d'un an sur dix résident sur le territoire du réseau local de services (RLS) de Lanaudière-Sud. À elle seule, la population du territoire de la MRC des Moulins regroupe presque autant d'enfants de moins d'un an que celle de l'ensemble du RLS de Lanaudière-Nord et elle en compte près d'un millier de plus que celle de la MRC de L'Assomption[1].

Sauf pour le territoire de la MRC de L'Assomption en 2011, le nombre d'enfants de moins d'un an est toujours plus important chez les garçons que chez les filles. Le rapport de masculinité oscille autour de 108 garçons pour 100 filles, ce qui est légèrement plus élevé que le ratio de 105 garçons pour 100 filles habituellement observé à la naissance au Québec (Tremblay, Vézina et Houde, 2003).

En 2016, la région lanaudoise pourrait compter jusqu'à 5 675 enfants de moins d'un an, ce qui représente une hausse légèrement supérieure à 6 % par rapport aux effectifs de 2011[2]. Deux territoires de MRC lanaudois, Les Moulins et Montcalm, se démarquent à cet égard avec une croissance démographique beaucoup plus forte que celle de la région.

Cette recrudescence du nombre d'enfants de moins d'un an dans Lanaudière devrait être plus importante que celle prévue pour le reste du Québec où une décroissance est envisagée.

Même si elle est importante, l'augmentation prévue du nombre d'enfants lanaudois de moins d'un an au cours des cinq prochaines années demeurera moindre que celle de l'ensemble de la population de la région (+ 9 %).

[1] Il est à noter que le découpage territorial de chacune des six MRC lanaudoises est équivalent à celui des territoires de CLSC correspondants. Le présent document utilise, au gré des sources de données, les deux nomenclatures.

[2] Il existe des projections de population jusqu'en 2031. L'imprécision de ces données liée, entre autres, à des comportements démographiques difficilement prévisibles à moyen et à long terme, rend toutefois moins pertinente l'utilisation de projections postérieures à 2016.

Tableau 1
Enfants de moins d'un an selon le sexe, territoires de MRC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2011 et 2016 (N et %)

	Masculin		Féminin		Sexes réunis				
	2011 Estimation	2016 Projection	2011 Estimation	2016 Projection	2011 Estimation		2016 Projection		Variation 2011-2016
	N	N	N	N	N	%	N	%	%
D'Autray	236	229	218	219	454	8,5	448	7,9	-1,3
Joliette	331	319	294	305	625	11,7	624	11,0	-0,2
Matawinie	220	217	177	203	397	7,4	420	7,4	5,8
Montcalm	304	322	268	304	572	10,7	626	11,0	9,4
RLS de Lanaudière-Nord	**1 091**	**1 087**	**957**	**1 031**	**2 048**	**38,4**	**2 118**	**37,3**	**3,4**
L'Assomption	641	689	657	654	1 298	24,3	1 343	23,7	3,5
Les Moulins	1 035	1 139	952	1 075	1 987	37,3	2 214	39,0	11,4
RLS de Lanaudière-Sud	**1 676**	**1 828**	**1 609**	**1 729**	**3 285**	**61,6**	**3 557**	**62,7**	**8,3**
Lanaudière	**2 767**	**2 915**	**2 566**	**2 760**	**5 333**	**100,0**	**5 675**	**100,0**	**6,4**
Reste du Québec	42 157	41 304	40 619	39 259	82 776		80 563		-2,7

Sources : ISQ. *Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031*, décembre 2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

2.2 Population féminine en âge de procréer

En 2011, la population féminine en âge de procréer de la région lanaudoise s'élève à 110 450 femmes de 14 à 49 ans[3]. Loin d'être égale, la répartition des effectifs selon le groupe d'âge laisse entrevoir une surreprésentation des femmes de 35 à 49 ans (N = 50 479) par rapport à celles, nettement plus fécondes, de 20 à 34 ans (N = 41 178).

À ce déséquilibre selon l'âge s'ajoute une répartition inégale des femmes en âge de procréer selon le lieu de résidence. Ainsi, peu importe le groupe d'âge, les femmes du territoire de RLS de Lanaudière-Sud représentent toujours environ 60 % des effectifs féminins lanaudois. Dans la région, c'est le territoire de la MRC des Moulins qui compte le plus de femmes de 14 à 49 ans, alors que les moins populeux sont ceux de D'Autray et de Matawinie.

Entre 2011 et 2016, le nombre de Lanaudoises de 14 à 49 ans devrait croître de 2 % pour atteindre 112 609 femmes. Parmi les six territoires de MRC lanaudois, c'est dans Montcalm et Les Moulins que l'augmentation prévue du nombre de femmes de 14 à 49 ans sera la plus forte. Les territoires de MRC de Joliette, Matawinie et D'Autray subiront une baisse de ces effectifs.

L'augmentation des effectifs féminins en âge de procréer devrait être fort inégale selon le groupe d'âge. Elle touchera beaucoup plus les groupes d'âge les plus féconds, soient les 20-39 ans. Il est d'ailleurs important de retenir que le nombre de Lanaudoises de moins de 20 ans et de 45-49 ans devrait diminuer entre 2011 et 2016.

La croissance du nombre de femmes de 14 à 49 ans dans Lanaudière sera à l'inverse de celle du reste du Québec, puisqu'une diminution des effectifs y est prévue.

[3] Le fait de considérer les femmes de 14 à 49 ans à titre de population en âge de procréer n'est pas généralisé. Au gré des études, cette population est parfois circonscrite aux femmes de 15 à 44 ans ou de 15 à 49 ans. Dans d'autres cas, elle peut regrouper les femmes de 10 à 49 ans. Même s'il est reconnu que des femmes peuvent devenir enceintes avant d'atteindre 14 ans ou à 50 ans et plus, les grossesses menées à terme à ces âges extrêmes demeurent, toutes proportions gardées, relativement rares.

Tableau 2
Femmes de 14-49 ans selon le groupe d'âge, territoires de MRC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2011 et 2016 (N)

2011 (Estimations)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	14-49 ans
	N	N	N	N	N	N	N	N	N
D'Autray	962	553	1 125	946	1 253	1 170	1 292	1 636	8 937
Joliette	1 456	750	1 896	1 827	1 913	1 892	1 746	2 273	13 753
Matawinie	1 053	582	1 188	928	1 129	1 095	1 443	2 071	9 489
Montcalm	1 260	613	1 198	1 389	1 834	1 508	1 403	1 656	10 861
RLS de Lanaudière-Nord	**4 731**	**2 498**	**5 407**	**5 090**	**6 129**	**5 665**	**5 884**	**7 636**	**43 040**
L'Assomption	3 322	1 731	3 793	3 191	3 831	3 387	4 027	5 181	28 463
Les Moulins	4 236	2 275	4 790	3 781	5 166	5 433	6 039	7 227	38 947
RLS de Lanaudière-Sud	**7 558**	**4 006**	**8 583**	**6 972**	**8 997**	**8 820**	**10 066**	**12 408**	**67 410**
Lanaudière	**12 289**	**6 504**	**13 990**	**12 062**	**15 126**	**14 485**	**15 950**	**20 044**	**110 450**
Reste du Québec	168 471	93 931	235 687	246 615	260 918	236 138	242 577	291 047	1 775 384

2016 (Projections)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	14-49 ans	Variation 2011-2016
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
D'Autray	855	430	1 196	1 199	1 218	1 389	1 249	1 395	8 931	-0,1
Joliette	1 236	677	2 008	1 957	1 925	2 003	1 851	1 895	13 552	-1,5
Matawinie	974	456	1 198	1 160	1 202	1 412	1 380	1 651	9 433	-0,6
Montcalm	1 055	510	1 491	1 606	1 679	1 825	1 611	1 690	11 467	5,6
RLS de Lanaudière-Nord	**4 120**	**2 073**	**5 893**	**5 922**	**6 024**	**6 629**	**6 091**	**6 631**	**43 383**	**0,8**
L'Assomption	2 665	1 419	3 815	3 726	4 016	4 524	4 013	4 348	28 526	0,2
Les Moulins	3 712	1 853	4 993	5 508	6 178	6 751	5 974	5 731	40 700	4,5
RLS de Lanaudière-Sud	**6 377**	**3 272**	**8 808**	**9 234**	**10 194**	**11 275**	**9 987**	**10 079**	**69 226**	**2,7**
Lanaudière	**10 497**	**5 345**	**14 701**	**15 156**	**16 218**	**17 904**	**16 078**	**16 710**	**112 609**	**2,0**
Reste du Québec	147 557	81 185	236 703	242 168	253 237	265 241	236 279	241 434	1 703 804	-4,0

Source : ISQ. *Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031*, décembre 2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

3. GROSSESSES ET FÉCONDITÉ

Les indicateurs de grossesses et de fécondité rendent compte de la fertilité et de la fécondité des femmes tout en permettant d'identifier la prévalence de certains facteurs de risque pour la santé des mères et de leurs nourrissons.

3.1 Grossesses

Les naissances vivantes ne rendent pas compte, à elles seules, de la fertilité féminine et, conséquemment, de la demande potentielle de services de santé pour les femmes et leurs enfants. Une part non négligeable des grossesses, entre 25 % et 30 %, ne se terminent pas par une naissance vivante. Certaines prennent fin abruptement à la suite d'une fausse couche, d'autres se concluent par une mortinaissance, alors que plusieurs sont volontairement interrompues.

Une naissance vivante correspond à l'expulsion ou l'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, tel que battements du cœur, pulsation du cordon ombilical ou 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 » (Statistique Canada, 2008, p. 41).

Une fausse couche ou un avortement spontané correspond à la perte d'un produit de conception avant la 20e semaine de gestation (Statistique Canada, 2008).

Une mortinaissance ou une mort fœtale est associée au décès d'un produit de conception lorsqu'il survient « avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté » (Statistique Canada, 2008, p. 41). Au Québec, une mortinaissance est considérée comme telle seulement si le poids du fœtus est de 500 grammes ou plus[4].

Une interruption volontaire de grossesse (IVG) découle d'une intervention médicale volontaire visant à mettre fin à une grossesse. Les expressions « avortement provoqué », « avortement artificiel », « avortement thérapeutique » et « interruption de grossesse » sont aussi employées pour désigner une IVG (Statistique Canada, 2006).

L'exhaustivité des statistiques relatives aux naissances vivantes et aux mortinaissances permet une couverture précise de ces issues de la grossesse. La combinaison des statistiques compilées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le MSSS contribue aussi à avoir un relevé assez complet des IVG[5]. Toutefois, seules les fausses couches ayant nécessité des soins médicaux rémunérés à l'acte, dans un centre hospitalier ou tout autre établissement de santé québécois, sont

[4] Il s'agit d'une fausse couche si le poids du fœtus décédé est inférieur à 500 grammes.

[5] Selon l'ISQ, il y aurait une sous-estimation variant de 3 % à 10 % du nombre d'IVG. Les IVG pratiquées par des médecins salariés plutôt que rémunérés à l'acte ne sont pas comptabilisées dans les fichiers de la RAMQ. Les avortements provoqués illégalement et les IVG pratiquées hors du Canada ne sont également pas inclus dans les statistiques officielles.

comptabilisées par la RAMQ. Or, pas plus de 20 % des fausses couches seraient diagnostiquées et traitées[6]. Les autres avortements spontanés ne seraient pas officiellement comptabilisés parce qu'ils surviendraient très tôt au début de la grossesse et ne nécessiteraient pas de soins médicaux (MSSS, INSPQ et ISQ, 2011).

Le calcul des taux lanaudois de fécondité et de mortinaissance n'est pas problématique, puisque les nombres de naissances et de morts fœtales selon l'âge de la mère sont disponibles à l'échelle régionale et même infrarégionale. Il en va toutefois autrement pour les IVG et les fausses couches, car les statistiques régionales récentes (2004 et années suivantes) les concernant ne sont actuellement pas disponibles auprès des équipes régionales de surveillance[7].

Afin de pallier cette difficulté d'obtenir les données régionales requises sur les issues de la grossesse selon le groupe d'âge, deux mesures indirectes sont employées dans le présent document. Ainsi, le nombre d'IVG réalisées auprès des Lanaudoises est estimé à partir des taux d'IVG calculés pour l'ensemble des Québécoises aux années correspondantes (2004 à 2009)[8, 9]. Le nombre de fausses couches survenues parmi les Lanaudoises est obtenu des taux d'avortement spontané lanaudois selon le groupe d'âge calculés pour la période 1999-2003 (Rochon, 2006). L'utilisation de données provinciales pour estimer le nombre d'IVG lanaudoises ne devrait pas engendrer un biais important, car rien ne laisse supposer que les taux d'IVG selon le groupe d'âge dans Lanaudière soient très différents de ceux du Québec entre 2004 et 2009. L'emploi des taux lanaudois de fausse couche de 1999-2003 ne devrait également pas générer d'importantes distorsions, puisque les nombres impliqués sont faibles (entre 5 % et 6 % des grossesses). Dans le pire des cas, le nombre de fausses couches ayant fait l'objet d'un suivi médical pourrait être légèrement surestimé, les taux par âge semblant être en baisse depuis le début des années 2000 (Rochon, 2006).

Cette méthode d'estimation situe à près de 7 000[10] le nombre annuel de grossesses survenues dans Lanaudière durant la période 2007-2009[11]. De ce nombre, autour de 60 % sont le fait de femmes résidant sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud. Les grossesses survenues chez les femmes du territoire de CLSC des Moulins sont, et de loin, les plus nombreuses avec un peu plus du tiers du total lanaudois.

---

6 « Selon la sélection naturelle, de 30 % à 50 % des grossesses se terminent par un avortement spontané et seulement de 15 % à 20 % sont cliniquement reconnues » (Marquis, 2011, p. 49).

7 Les données officielles du MSSS permettent seulement d'avoir le nombre de grossesses lanaudoises selon le groupe d'âge (14-17 ans, 18-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans et 35-49 ans) et par périodes de cinq ans, sans ventilation selon l'issue de la grossesse (INSPQ, site Web consulté en octobre 2011).

8 Le nombre et le taux d'IVG selon l'année et le groupe d'âge des Québécoises sont disponibles sur le site Web de l'ISQ.

9 Les taux lanaudois d'IVG selon le groupe d'âge des années 2000 à 2003 inclusivement sont calculés par Rochon (2006).

10 Le nombre de grossesses inscrit à l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ (au moment de la rédaction de ce rapport) diffère de cette estimation, car il ne correspond pas au nombre de femmes devenues enceintes, mais plutôt au « nombre de fœtus conçus », qu'ils parviennent à terme ou non. Les naissances vivantes et les mortinaissances de jumeaux, de triplés, de quadruplés, etc. n'y sont pas comptées comme une seule grossesse, mais plutôt comme autant d'événements (deux, trois, quatre, etc. grossesses selon le cas). Le nombre de grossesses, tel que calculé par l'INSPQ, surestime celui des femmes devenues enceintes.

11 Même si certaines données relatives aux naissances vivantes et aux interruptions volontaires de grossesse sont disponibles pour l'année 2010, plusieurs indicateurs présentés dans ce document couvrent la période 2007-2009. La non-disponibilité de données par territoire de CLSC et pour certains groupes d'âge pour l'année 2010, au moment de la rédaction du présent document, explique cette omission volontaire.

C'est parmi les Lanaudoises de 25-29 ans et de 30-34 ans que le nombre de grossesses est le plus élevé (données non présentées)[12]. Elles comptent, respectivement, pour 35 % et 28 % de l'ensemble des grossesses lanaudoises en 2007-2009. Environ 7 % des grossesses lanaudoises se concentrent parmi les femmes de moins de 20 ans et entre 2 % et 3 % sont comptabilisées chez les femmes de 40 ans et plus.

Exprimée sous forme de taux de grossesse, la fertilité des Lanaudoises laisse entrevoir des variations importantes selon le groupe d'âge. C'est ainsi chez les femmes de 20 à 34 ans que se retrouvent les taux de grossesse les plus élevés, avec un sommet atteint à 25-29 ans. Ce constat s'applique à tous les territoires de CLSC lanaudois et au reste du Québec. De même, c'est parmi les femmes de 40 ans et plus (et surtout à 45-49 ans) que sont observés les taux de grossesse les plus faibles.

Tableau 3
Taux de grossesse selon le groupe d'âge de la femme et estimation du nombre de grossesses, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (taux pour 1 000 femmes et N moyen)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	14-49 ans
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	N moyen
D'Autray	12,8	57,3	120,2	202,0	121,8	38,1	7,3	0,5	571
Joliette	14,8	57,8	104,7	167,4	120,1	44,6	8,9	0,5	857
Matawinie	21,5	74,8	121,1	176,3	122,1	39,4	9,6	0,6	566
Montcalm	12,9	75,0	151,7	202,1	124,8	41,3	9,1	0,5	773
RLS de Lanaudière-Nord	**15,5**	**65,8**	**121,6**	**185,4**	**122,1**	**41,1**	**8,7**	**0,5**	**2 767**
L'Assomption	10,6	45,9	85,1	184,1	140,0	47,7	8,4	0,7	1 680
Les Moulins	10,8	42,9	101,8	208,3	154,0	54,1	9,8	0,6	2 551
RLS de Lanaudière-Sud	**10,7**	**44,3**	**94,3**	**197,6**	**148,5**	**51,5**	**9,2**	**0,7**	**4 231**
Lanaudière	**12,6**	**52,6**	**105,5**	**192,6**	**138,2**	**47,4**	**9,0**	**0,6**	**6 999**
Reste du Québec	12,2	52,6	89,5	145,5	131,8	60,0	11,9	0,8	112 122

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
MSSS. Fichier des mortinaissances, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2008 et 2009).
ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

[12] La répartition des grossesses selon l'âge est effectuée en considérant l'âge de la femme à la fin de la grossesse, qu'elle soit menée à terme ou non, plutôt qu'au moment de la conception.

Les taux de grossesse lanaudois selon le groupe d'âge diffèrent d'un territoire de RLS à l'autre. Ils sont ainsi plus importants dans le nord de Lanaudière que dans sa partie sud chez les femmes de moins de 25 ans, alors que la situation est inverse à 25 ans et plus. Dans Lanaudière, le taux de grossesse le plus élevé à 14-17 ans est observé sur le territoire du CLSC de Matawinie, tandis que c'est dans Les Moulins que les taux sont les plus importants à 35 ans et plus[13].

Similaires à ceux du reste du Québec parmi les femmes de moins de 20 ans, les taux de grossesse lanaudois sont plus élevés de 20 à 34 ans. Ils sont toutefois plus faibles que ceux du reste du Québec chez les femmes de 35 ans et plus.

Les taux lanaudois de grossesse à 14-17 ans et à 18-19 ans de la période 2007-2009 confirment la réalisation de deux objectifs du *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*. Le premier consiste à réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans. Le second objectif vise à réduire le taux de grossesse à moins de 65 pour 1 000 femmes de 18-19 ans (ASSSL, 2009).

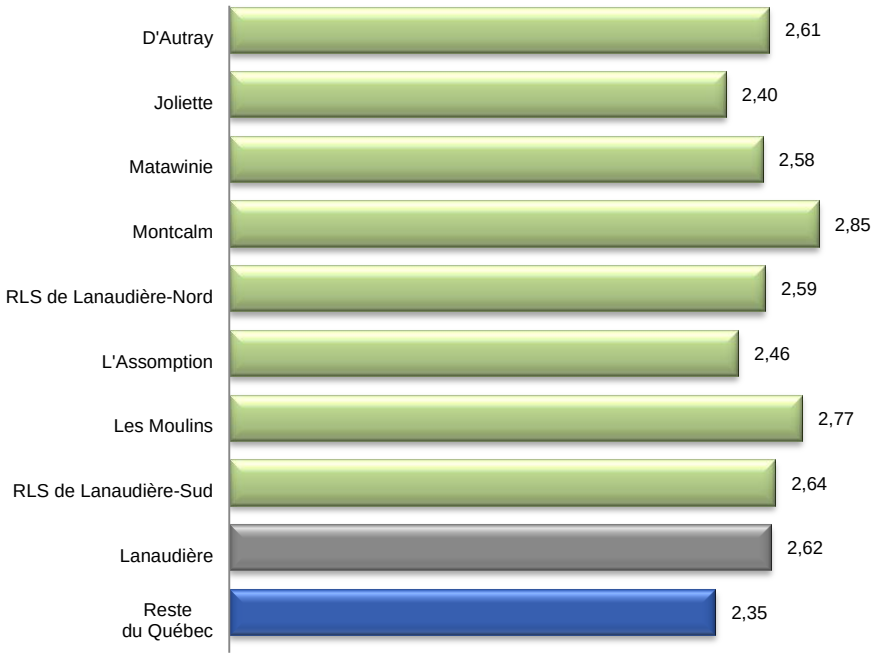
[13] Cette situation caractérisant le territoire du CLSC de Matawinie résulte en grande partie de la forte fécondité des jeunes femmes de la Communauté Atikamekw de Manawan.

3.2 Indice synthétique de grossesse

L'indice synthétique de grossesse (ISG) des Lanaudoises se chiffre à 2,62 grossesses par femme en 2007-2009. Il correspond au nombre moyen de grossesses qu'auraient les Lanaudoises dans l'hypothèse où elles seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux de grossesse par âge estimés en 2007-2009. L'indice prend en considération les grossesses qui se terminent par une fausse couche, une mortinaissance, une interruption volontaire de grossesse ou une naissance vivante.

L'ISG affiche des variations non négligeables selon le territoire de CLSC. Avec une valeur de 2,40 grossesses par femme, il atteint ainsi son niveau le plus bas dans Joliette, alors qu'il culmine à 2,85 dans Montcalm. Tous les territoires de CLSC lanaudois présentent un ISG supérieur à celui du reste du Québec en 2007-2009.

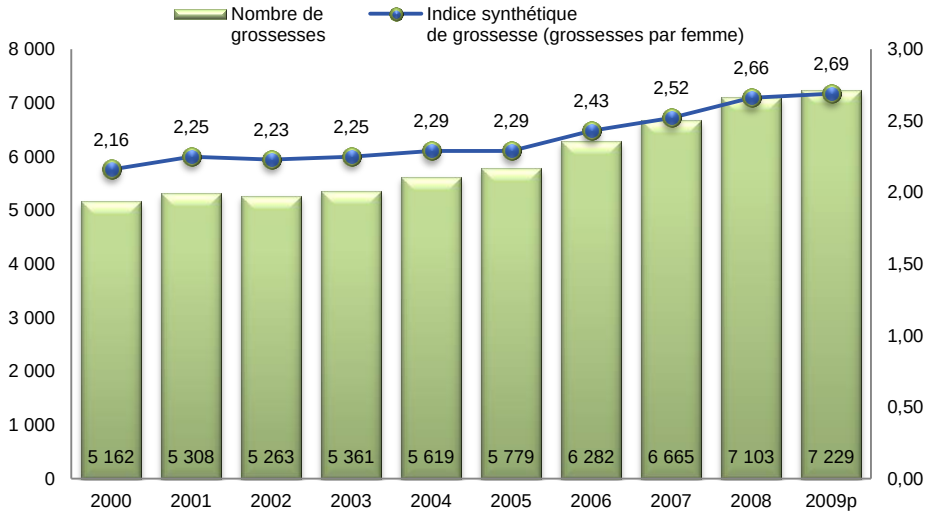
Graphique 1
Indice synthétique de grossesse, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (nombre de grossesses par femme)



Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (Données provisoires pour 2009).
MSSS. Fichier des mortinaissances, 2007 à 2009 (Données provisoires pour 2008 et 2009).
ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.

Depuis l'année 2000, l'ISG lanaudois n'a cessé de s'accroître pour passer de 2,16 grossesses par femme à 2,69 en 2009, soit une hausse d'environ 25 %. Cette hausse, forte de 2006 à 2008, semble toutefois ralentir depuis lors.

Graphique 2
Indice synthétique de grossesse, Lanaudière, 2000 à 2009 (nombre de grossesses par femme)



p : Données provisoires.
Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.
MSSS. Fichier des mortinaissances, 2000 à 2009.
ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

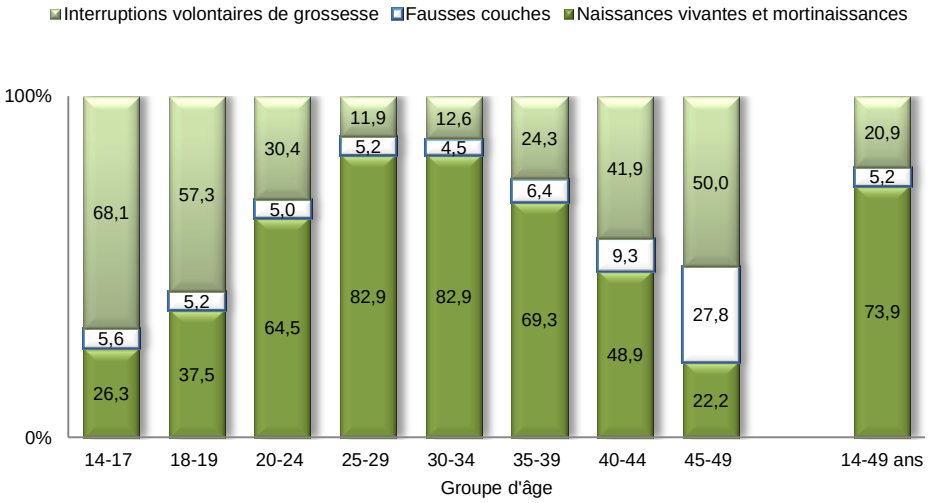
3.3 Issues de la grossesse

Une grossesse s'achève par une naissance vivante, une mortinaissance, une fausse couche ou un avortement provoqué. En 2007-2009, dans Lanaudière, près des trois quarts des grossesses se sont terminées par une naissance vivante ou une mortinaissance[14]. Autour de 21 % ont été interrompues par un avortement provoqué et un peu plus de 5 % par une fausse couche.

Leur part relative parmi l'ensemble des grossesses varie fortement selon l'âge des femmes. Ainsi, au moins la moitié des grossesses à moins de 20 ans et à 45 ans et plus se sont conclues par une IVG en 2007-2009, alors que c'est le cas d'environ 12 % des grossesses chez les Lanaudoises de 25-34 ans. Majoritaires entre 20 et 39 ans, les naissances vivantes et les mortinaissances représentent environ le quart des grossesses chez les femmes de 14-17 ans et de 45-49 ans. Le pourcentage des avortements spontanés demeure faible parmi les femmes de moins de 40 ans puisqu'il oscille autour de 5 % et 7 %. Il grimpe toutefois à 9 % à 40-44 ans et à 28 % à 45-49 ans.

Les naissances vivantes et les mortinaissances sont donc plus fréquentes, en proportion, au sein des groupes d'âge ayant les taux de grossesse les plus élevés (20 à 34 ans, pour l'essentiel), alors que la part relative des IVG et des fausses couches est beaucoup plus importante parmi les groupes d'âge où les grossesses sont moins fréquentes, soit chez les moins de 20 ans et les quadragénaires.

Graphique 3
Grossesses selon l'issue et le groupe d'âge de la femme, Lanaudière, 2007-2009 (%)

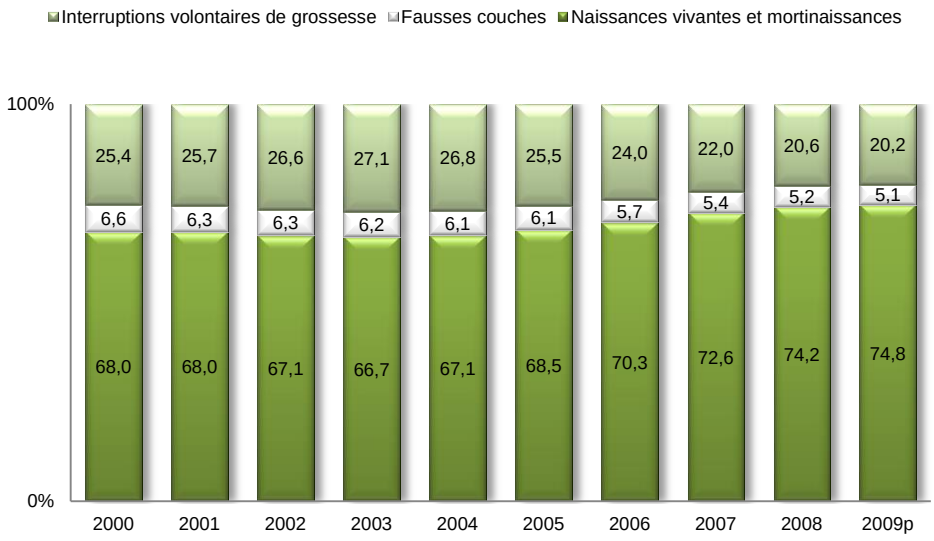


Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
MSSS. Fichier des mortinaissances, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2008 et 2009).
ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

[14] Puisque des grossesses gémellaires (jumeaux, triplés, etc.) peuvent se conclure par une naissance vivante et une mortinaissance, ces deux issues de la grossesse sont considérées conjointement dans cette section.

La répartition des grossesses lanaudoises selon l'issue laisse entrevoir des variations importantes entre les années 2000 et 2009. La proportion des naissances vivantes et des mortinaissances est ainsi passée de 68 % en 2000 à 75 % en 2009. Durant la même période, le pourcentage d'IVG a chuté de 25 % à 20 %, alors que celui des fausses couches est passé d'un peu moins de 7 % à 5 %.

Graphique 4
Grossesses selon l'issue et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (%)



p : Données provisoires.
Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.
MSSS. Fichier des mortinaissances, 2000 à 2009.
ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

3.4 Fausses couches

Une fausse couche, soit la perte du fœtus avant la 20e semaine de gestation, si elle est l'objet d'un suivi médical adéquat (ex. : curetage) ne modifie en rien les capacités reproductives d'une femme. Il importe toutefois de respecter un délai de deux à trois mois entre une fausse couche et une nouvelle conception (HMR, 2011). Même si elle a un faible impact sur la santé physique de la mère, la fausse couche peut avoir des conséquences psychologiques importantes auprès des parents (période de deuil, perte d'un proche).

Les anomalies génétiques apparaissant au moment de la conception sont responsables de plus de la moitié des fausses couches (HMR, 2011). Une étude américaine situe même cette proportion aux deux tiers (Heffner, 2004). Une infection virale ou bactérienne, une malformation du col de l'utérus et un déséquilibre hormonal peuvent aussi en être la cause (HMR, 2011). De même, les pertes fœtales répétées chez la femme augmentent le risque de subir, à nouveau, un avortement spontané. Après trois avortements spontanés, la probabilité d'en avoir un autre serait d'environ 30 % et elle varierait de 30 % à 40 % après quatre fausses couches (Marquis, 2011).

Tableau 4
Fausses couches suivies médicalement selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière, 1999 à 2003 (N et taux pour 1 000 femmes)

	1999		2000		2001		2002		2003		1999-2003	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N moyen	Taux
14-17 ans	10	1,0	10	1,0	7	0,7	4	0,4	6	0,6	7	0,7
18-19 ans	18	3,6	13	2,7	6	1,3	16	3,3	14	2,8	13	2,8
20-24 ans	65	6,2	56	5,4	56	5,2	56	5,2	52	4,6	57	5,3
25-29 ans	114	10,8	98	9,3	97	9,3	106	10,1	112	10,4	105	10,0
30-34 ans	96	6,6	60	4,4	84	6,4	89	7,1	80	6,4	82	6,2
35-39 ans	60	3,1	61	3,2	61	3,4	61	3,5	31	1,9	55	3,0
40-44 ans	16	0,9	17	0,9	17	0,9	17	0,9	13	0,7	16	0,8
45-49 ans	3	0,2	1	0,1	5	0,3	3	0,2	2	0,1	3	0,2
14-49 ans	**382**	**3,7**	**316**	**3,1**	**333**	**3,2**	**352**	**3,4**	**310**	**3,0**	**339**	**3,3**

Note : Les taux de fausse couche diffèrent de ceux produits en 2006 par Rochon, car le dénominateur est différent.
Sources : ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.
STATISIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Les données officielles du MSSS situent à 339 le nombre annuel moyen de fausses couches suivies médicalement en 1999-2003 dans Lanaudière. Transposés à la période 2007-2009, les taux lanaudois selon l'âge permettent d'estimer le nombre d'avortements spontanés entre 300 et 400 par année (données non présentées). Il y aurait donc de 6 à 8 fausses couches traitées médicalement pour 100 naissances vivantes.

Selon des études, entre 15 % et 20 % seulement des avortements spontanés seraient cliniquement diagnostiqués (Marquis, 2011). C'est donc dire que de 1 500 à 2 700 fausses couches surviendraient chaque année parmi les Lanaudoises en âge de procréer. À la lumière de ces estimations, il y aurait de 30 à 50 avortements spontanés pour 100 naissances vivantes.

Les taux de fausse couche les plus élevés sont observés chez les femmes ayant les plus forts taux de grossesse, soit à 20-34 ans. Ce constat n'est guère surprenant, car le nombre de grossesses, peu importe l'issue, est faible à tous les autres âges. Chez les femmes de 14-39 ans, la proportion de fausses couches par rapport à l'ensemble des grossesses gravite entre 5 % et 6 %. Elle grimpe rapidement aux âges suivants pour atteindre 9 % à 40-44 ans et 27 % à 45-49 ans (données non présentées)[15]. Il est à noter que les taux élevés de fausse couche contribuent fortement à la diminution de la fécondité aux âges avancés (Heffner, 2004).

[15] Une étude américaine établit à environ 10 % le taux de fausse couche, avec suivi médical ou non, chez les femmes de 20-24 ans. Ce pourcentage grimpe avec l'âge pour atteindre 25 % à 35-39 ans, environ 50 % à 40-44 ans et plus de 90 % à 45 ans et plus (Heffner, 2004).

3.5 Mortinaissances

Les principales causes de mortinaissances ou de mortalité fœtale sont l'hypoxie intra-utérine et obstétricale (asphyxie du fœtus), le retard de croissance intra-utérine, les complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes (ex. : décollement placentaire), les anomalies congénitales et les complications de la grossesse (Fretts, 2005; ASPC, 2008).

Les facteurs de risque associés aux mortinaissances sont l'hypertension, le diabète, l'obésité maternelle, les infections et les traitements de procréation assistée[16]. L'âge avancé de la mère, les anomalies du placenta et le lupus érythémateux sont d'autres exemples de facteurs de risque (Fretts, 2005).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, les mortinaissances représentent une part très faible des grossesses. Elles comptent pour 0,3 % d'entre elles, soit de 20 à 25 mortinaissances par année[17].

Le nombre de mortinaissances pour 100 naissances vivantes est plus faible chez les femmes de 20-34 ans que parmi celles situées aux âges extrêmes. Autour de 80 % des morts fœtales sont de faible poids (moins de 2 500 grammes) ou prématurées (moins de 37 semaines de gestation) et 10 % concernent des jumeaux.

Tableau 5
Mortinaissances selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 100 naissances vivantes et mortinaissances)

	Lanaudière			Reste du Québec		
	N moyen	Taux		N moyen	Taux	
14-17 ans	< 5	np		6	1,2	*
18-19 ans	< 5	np		12	0,6	*
20-24 ans	5	0,6	*	49	0,4	
25-29 ans	7	0,4	*	104	0,4	
30-34 ans	6	0,4	*	92	0,4	
35-39 ans	< 5	np		55	0,5	
40-44 ans	< 5	np		16	0,8	
45-49 ans	< 5	np		2	2,4	*
14-49 ans	**23**	**0,4**		**336**	**0,4**	

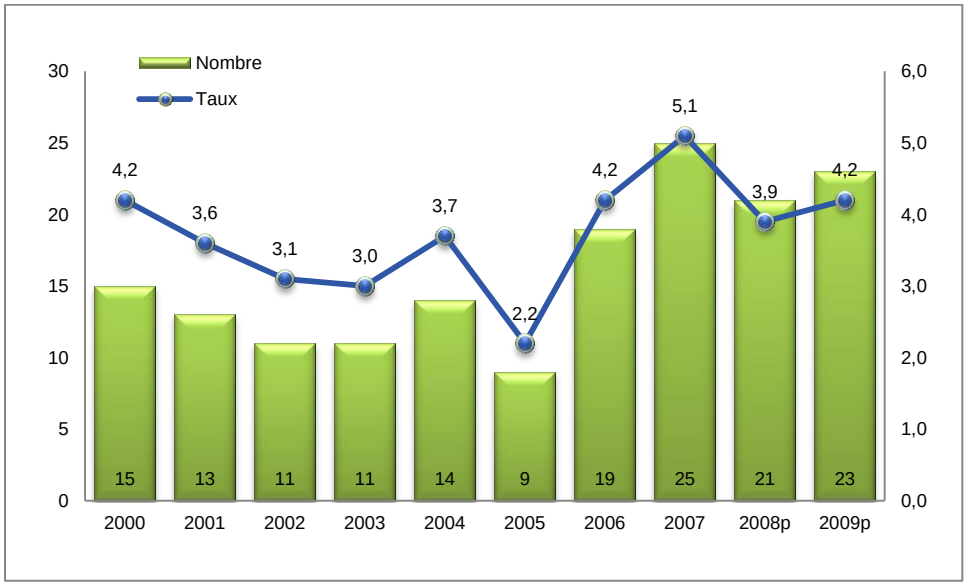
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Sources : MSSS. Fichier des mortinaissances, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2008 et 2009).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

[16] Les traitements de procréation assistée sont considérés comme un facteur de risque, car les grossesses qui en résultent sont souvent gémellaires. Or, les grossesses gémellaires (ou multiples) sont plus souvent à risque de mortalité fœtale que les grossesses simples.

[17] Les statistiques relatives aux morts fœtales ne sont pas présentées par territoires de CLSC et de RLS lanaudois en raison du nombre restreint de cas.

Le nombre de mortinaissances s'est accru d'environ 50 % dans Lanaudière entre les années 2000 et 2009. Importante en termes relatifs, cette croissance demeure modeste en chiffre absolu, car elle représente huit morts fœtales de plus en 2009. La croissance du nombre de morts fœtales dans Lanaudière ne signifie pas pour autant que les conditions de la grossesse des femmes se détériorent. Elle résulte, pour l'essentiel, de la hausse du nombre de femmes qui deviennent enceintes, d'où une augmentation conséquente de mortinaissances.

Graphique 5
Mortinaissances selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et taux pour 1000 naissances vivantes et mortinaissances)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des mortinaissances, 2000 à 2009.

3.6 Interruptions volontaires de grossesse

L'IVG est une intervention médicale légale utilisée pour mettre fin à une grossesse. Sa pratique est assez répandue, car autour de 25 000 d'entre elles sont réalisées chaque année au Québec. Même si elle est généralement faite dans des conditions favorables à la santé et à la sécurité de la femme enceinte, l'IVG ne demeure pas sans risques. Des études récentes font état de certaines conséquences pour la santé de la femme et celle de ses nouveau-nés conçus subséquemment.

Quoique faible, le risque de décès de la femme enceinte lors d'une IVG est bien réel. Il s'établirait à un peu moins d'un décès pour 100 000 interventions et résulterait d'accidents liés à la technique d'anesthésie, d'une intervention tardive ou du choix inapproprié de la technique privilégiée pour procéder à l'avortement (Bureau, 2011).

La morbidité maternelle peut aussi être affectée par des complications survenues lors de la dilatation et du curetage : déchirures du col de l'utérus et perforation de l'utérus avec le dilatateur ou la curette. De même, elle peut résulter de complications lors de l'évacuation du produit de la conception : hémorragies, rétention ovulaire, infections et synéchie[18] (Bureau, 2011). Ces risques de complication demeurent cependant faibles lorsque l'IVG est pratiquée en respectant les critères médicaux requis (RCOG, 2009).

Une IVG peut parfois avoir une incidence sur la santé mentale. Puisqu'elle met fin à une grossesse généralement non désirée, l'IVG peut susciter une réaction de soulagement chez la femme (et, le cas échant, son partenaire sexuel). En contrepartie, l'IVG peut, entre autres choses, susciter de la culpabilité, un ou des épisodes dépressifs, de l'anxiété et de la reviviscence (impératif de revivre un événement traumatique) (Pouliquen, 2011).

En général, les études ne font pas ressortir de liens significatifs entre, d'une part, une IVG et, d'autre part, une grossesse ectopique subséquente, l'infertilité, le placenta prævia (localisation anormale du placenta dans l'utérus) et le retard de croissance intra-utérine du fœtus. Une IVG pourrait par contre être associée à une éventuelle fausse couche et une naissance de faible poids ou prématurée (RCOG, 2009). Le risque d'accoucher prématurément lors d'une grossesse subséquente aurait également tendance à s'accroître avec le nombre d'IVG antérieures (Ancel et autres, 2004).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, autour de 1 500 avortements provoqués ont été réalisés chaque année auprès de résidentes lanaudoises. Ce nombre constitue une estimation puisqu'il est obtenu des taux d'IVG selon le groupe d'âge pour l'ensemble du Québec. Les nombres d'IVG par territoire de CLSC et de RLS présentés au tableau 6 ne doivent donc pas être considérés comme un reflet exact de la réalité. Ils donnent plutôt un ordre de grandeur quant au volume d'IVG pratiquées auprès des Lanaudoises.

[18] La synéchie correspond à la fusion de deux tissus contigus, alors qu'ils sont normalement séparés.

Tableau 6
Estimation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen)

	N moyen
D'Autray	121
Joliette	194
Matawinie	124
Montcalm	145
RLS de Lanaudière-Nord	**584**
L'Assomption	380
Les Moulins	498
RLS de Lanaudière-Sud	**878**
Lanaudière	**1 462**
Reste du Québec	25 183

Note : Le nombre annuel moyen d'IVG est estimé en utilisant les taux d'IVG de l'ensemble du Québec au cours de la période 2007-2009.
Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Tableau 7
Interruptions volontaires de grossesse selon le groupe d'âge de la femme et l'année, le Québec, 2000 à 2010 (N et taux pour 1 000 femmes)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	14-49 ans
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	N
2000	11,0	34,4	35,2	25,7	17,1	9,6	2,9	0,2	28 345
2001	10,6	34,7	34,8	26,0	18,3	10,0	3,1	0,2	28 489
2002	10,9	36,0	35,2	27,1	18,3	10,7	3,3	0,2	29 140
2003	10,7	35,6	36,1	27,0	18,9	10,8	3,4	0,3	29 429
2004	10,4	35,0	36,4	26,6	19,1	11,1	3,5	0,3	29 460
2005	9,5	34,4	34,3	25,3	17,8	11,4	3,4	0,3	28 080
2006	9,4	36,2	34,3	25,0	18,2	11,6	3,4	0,3	28 255
2007	9,1	34,0	32,6	23,2	17,4	11,3	3,5	0,3	26 926
2008	9,2	32,2	31,5	22,7	17,3	11,1	3,6	0,2	26 546
2009	7,4	24,9	32,3	22,9	17,6	12,1	4,2	0,4	26 494
2010	8,6	27,4	30,6	22,4	16,4	11,7	4,0	0,2	26 124

Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2010* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en décembre 2011).
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Selon les données québécoises pour les années 2000 à 2010, les taux d'IVG les plus élevés se retrouvent chez les femmes de 18-19 ans et de 20-24 ans. Les femmes de 40 ans et plus et celles de moins de 18 ans possèdent les taux d'avortements provoqués les plus faibles. La tendance observée entre les années 2000 et 2010 montre une baisse importante du taux d'IVG chez les femmes de moins de 18 ans. Les années 2009 et 2010 laissent aussi entrevoir une chute notable du taux parmi les femmes de 18-19 ans par rapport aux années antérieures. La variation des taux d'IVG parmi les femmes de 35 ans et plus montre une tendance toute différente, car ils sont plus élevés en 2010 qu'en 2000. Cette progression surprenante des taux d'avortements provoqués chez les femmes plus âgées est difficilement explicable. Elle incite à supposer que le recours à des moyens de contraception plus conventionnels (condom, pilule anticonceptionnelle) ou définitifs (ligature, vasectomie) deviendrait moins répandu au sein de cette population féminine et chez leur partenaire.

La majorité des grossesses survenues chez les femmes de moins de 20 ans se termine par une IVG. Dans Lanaudière, en 2007-2009, le ratio est d'environ 260 avortements provoqués pour 100 naissances vivantes chez les femmes de moins de 18 ans et il gravite autour de 150 parmi celles de 18-19 ans. Ce rapport IVG/naissances vivantes est également très élevé à 45-49 ans avec une valeur avoisinant 200. Parmi les femmes de 20-44 ans, le nombre d'IVG est inférieur à celui des naissances vivantes, les valeurs les plus faibles se retrouvant à 25-29 ans et à 30-34 ans (15 IVG pour 100 naissances vivantes). Donc, même si les taux d'avortement provoqué sont les plus faibles à moins de 18 ans et à 40 ans et plus, c'est à ces âges extrêmes que le recours à l'IVG est, toutes proportions gardées, le plus fréquent.

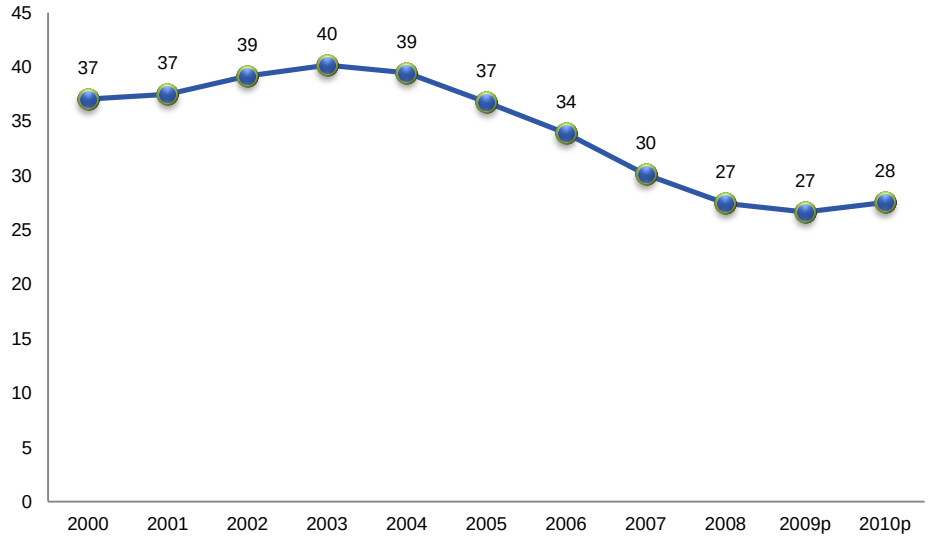
Tableau 8
Estimation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour 100 naissances vivantes selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière, 2007-2009
(N moyen et IVG pour 100 naissances vivantes)

	Naissances vivantes	IVG	IVG pour 100 naissances vivantes
	N moyen	N moyen	N moyen
14-17 ans	43	113	263
18-19 ans	122	186	152
20-24 ans	824	387	47
25-29 ans	2 045	292	14
30-34 ans	1 619	243	15
35-39 ans	487	167	34
40-44 ans	79	68	86
45-49 ans	3	6	204
14-49 ans	**5 222**	**1 462**	**28**

Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2009* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Entre les années 2000 et 2005, le nombre d'IVG pour 100 naissances vivantes est demeuré à peu près stable dans Lanaudière avec des valeurs oscillant entre 37 et 40. Depuis 2006, par contre, le ratio a diminué pour atteindre 28 IVG pour 100 naissances vivantes en 2010. Une analyse des issues de la grossesse révèle que cette évolution récente ne résulte pas d'une diminution du nombre annuel d'IVG, mais plutôt d'une croissance du nombre de naissances vivantes.

Graphique 6
Estimation du nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour 100 naissances vivantes selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2010 (N)



p : Données provisoires.
Sources : ISQ. *Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations par groupe d'âge, 1976-2010* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en décembre 2011).
ISQ. *Naissances, décès et accroissement naturel, Lanaudière et ensemble du Québec, 1991, 1996, 2001 et 2006-2010* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en décembre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009 (données provisoires pour 2009).
ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, MSSS, 2006.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

3.7 Naissances vivantes et fécondité

En 2007-2009, dans Lanaudière, les trois quarts des grossesses se sont terminées par une naissance vivante. Cette proportion représente un peu plus de 5 200 naissances vivantes par année. De ce nombre, 60 % sont le fait de femmes résidant sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud. Pour sa part, le territoire du CLSC des Moulins accapare environ quatre naissances vivantes lanaudoises sur dix.

À l'instar des taux de grossesse, les taux de fécondité les plus élevés se retrouvent chez les femmes de 25-29 ans et de 30-34 ans. Le taux de fécondité est pratiquement nul à 45-49 ans, alors qu'il avoisine 4 naissances vivantes pour 1 000 femmes à 40-44 ans. Il est également faible à moins de 18 ans, alors qu'il prend de l'importance à 18-19 ans.

Même s'ils sont faibles chez les femmes de moins de 20 ans par rapport à ceux des femmes de 20-39 ans, les taux de fécondité à l'adolescence demeurent préoccupants. Ainsi, selon la *Politique de périnatalité 2008-2018* du Québec, une grossesse précoce

> « peut avoir plusieurs conséquences négatives sur la santé de l'adolescente, telle la dépression. Elle peut aussi retarder ou même compromettre son intégration sociale, notamment parce que l'adolescente abandonnera ses études ou n'intégrera pas le marché du travail. Quant aux enfants de mères adolescentes, ils risquent davantage d'avoir un faible poids à la naissance ou de présenter une anomalie physique, de mourir au cours de leur première année de vie ou d'être atteints d'une maladie grave durant l'enfance. On constate également que ces enfants sont plus souvent victimes d'abus, de négligence et de blessures, qu'ils sont plus fréquemment pris en charge par les services de protection de la jeunesse et qu'ils ont davantage de difficultés scolaires » (MSSS, 2008b, p. 80).

Les études révèlent aussi que les adolescentes enceintes ont recours plus tardivement et moins souvent aux services prénatals. Elles ont de moins bonnes habitudes de vie durant la grossesse que les autres femmes enceintes (tabagisme, consommation d'alcool et de drogues) et elles auraient plus fréquemment des problèmes de santé liés à la grossesse (prééclampsie, anémie, infection urinaire) ou à l'accouchement (hémorragie) (Santé Canada, 2003).

Quoique différents, les risques associés à la grossesse sont également très présents chez les femmes âgées de 30 ans et plus. L'hypertension, le diabète de grossesse et les complications périnatales (placenta prævia, prolongement du travail, césarienne, présentation anormale, anomalies congénitales, faible poids à la naissance, prématurité, mortinaissance, mortalité et morbidité périnatales) les affecteraient plus souvent que les femmes enceintes plus jeunes (Santé Canada, 2003; ASPC, 2008).

Tableau 9
Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la femme et nombre de naissances vivantes, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009
(N moyen et taux pour 1 000 femmes)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	14-49 ans
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	N moyen
D'Autray	3,8	24,4	83,4	170,7	99,1	24,3	2,6	0,0	424
Joliette	5,5	24,9	68,5	135,6	98,5	30,8	4,2	0,0	624
Matawinie	12,3	43,1	84,3	144,6	99,1	25,4	5,0	0,2	417
Montcalm	3,3	42,1	114,3	169,4	101,6	27,2	4,4	0,0	591
RLS de Lanaudière-Nord	**6,2**	**33,2**	**84,9**	**153,5**	**99,6**	**27,2**	**4,1**	**0,0**	**2 057**
L'Assomption	1,4	13,0	48,0	151,9	117,1	33,5	3,7	0,2	1 213
Les Moulins	1,4	10,1	64,3	177,2	133,0	40,4	5,2	0,2	1 952
RLS de Lanaudière-Sud	**1,4**	**11,4**	**57,0**	**166,0**	**126,8**	**37,6**	**4,6**	**0,2**	**3 165**
Lanaudière	**3,3**	**19,8**	**68,4**	**160,9**	**116,2**	**33,5**	**4,4**	**0,1**	**5 222**
Reste du Québec	3,0	19,7	52,4	113,7	109,6	46,2	7,4	0,3	81 297

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Les taux de fécondité selon l'âge varient énormément selon le territoire de RLS lanaudois. Ainsi, la fécondité à moins de 25 ans est plus forte chez les femmes du territoire de RLS de Lanaudière-Nord que chez celles du sud lanaudois. Cet écart est d'autant plus grand que les femmes sont plus jeunes. Les femmes de 14-17 ans du territoire de CLSC de Matawinie se démarquent d'ailleurs à cet égard avec un taux de fécondité de 12 naissances vivantes pour 1 000 femmes[19]. À l'inverse, les femmes de 25 ans et plus du territoire de RLS de Lanaudière-Sud affichent des taux de fécondité supérieurs à ceux des femmes du nord lanaudois. Cette différence est toutefois moins marquée chez les femmes de 40 ans et plus.

Comparativement au reste du Québec, les taux de fécondité lanaudois sont plus élevés parmi les femmes de 20-34 ans, et plus particulièrement à 25-29 ans. Ils sont par contre plus faibles chez les femmes de 35 ans et plus, alors qu'ils sont équivalents à moins de 20 ans.

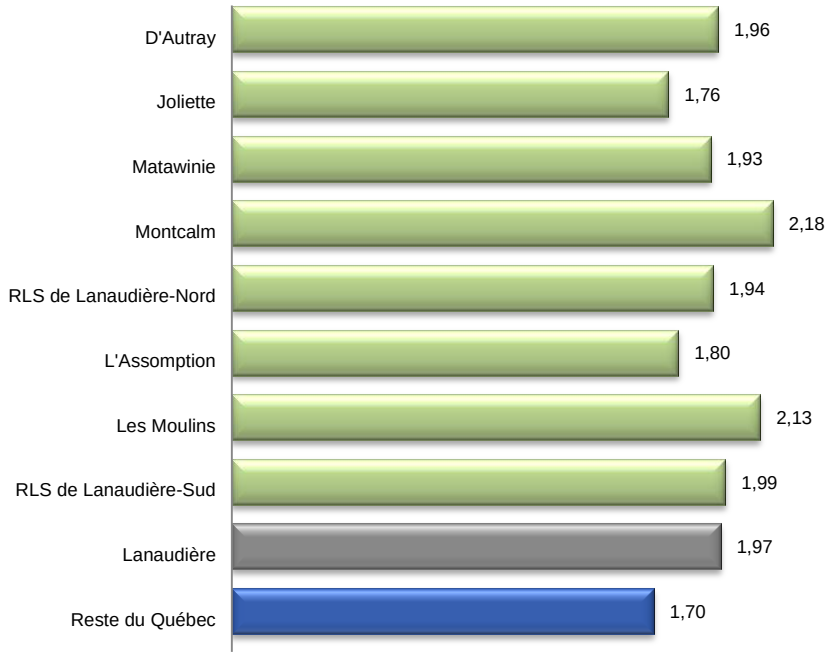
L'indice synthétique de fécondité (ISF) est un autre indicateur utilisé pour mesurer la fécondité des femmes en âge de procréer. Il réfère au nombre d'enfants que pourrait avoir une femme au cours de sa vie reproductive si elle connaissait les taux de fécondité par âge observés au cours d'une période donnée (Statistique Canada, 2010).

[19] Cette situation particulière au territoire de CLSC de Matawinie s'explique en grande partie par la forte fécondité des jeunes femmes de la Communauté atikamekw de Manawan. En ne considérant pas les naissances survenues dans cette communauté, le taux de fécondité des femmes de 14-17 ans du territoire du CLSC de Matawinie chute à environ 4 naissances vivantes pour 1 000 femmes.

En 2007-2009, les Lanaudoises présentent un ISF de 1,97 enfant par femme. Cette valeur est inférieure au nombre requis pour remplacer à long terme une population, soit 2,1 enfants par femme (Statistique Canada, 2006). Même si sa valeur moyenne varie peu selon le territoire de RLS lanaudois, l'ISF présente des écarts importants en fonction du territoire de CLSC. Il culmine ainsi à 2,18 et à 2,13 enfants par femme, respectivement, à Montcalm et Les Moulins, alors qu'il se limite à 1,76 dans le territoire de CLSC de Joliette et à 1,80 dans celui de L'Assomption.

L'ISF rend compte d'une plus forte fécondité dans Lanaudière que dans le reste du Québec en 2007-2009, l'indice lanaudois étant 16 % supérieur.

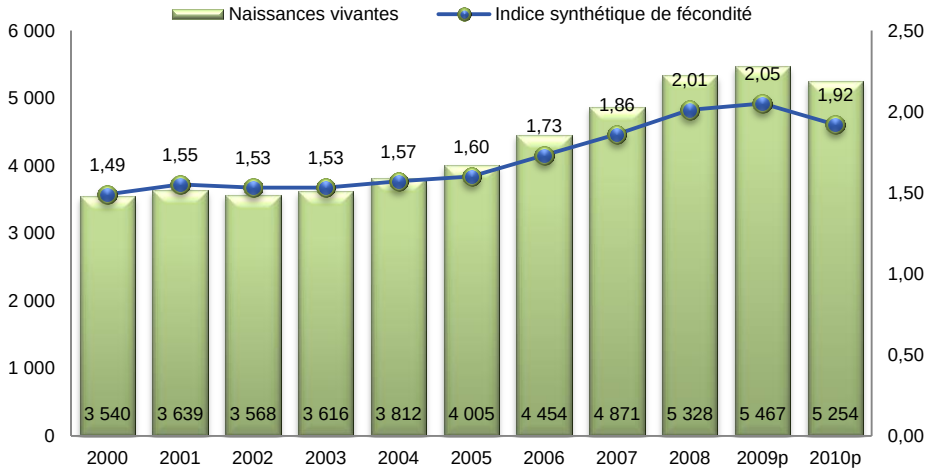
Graphique 7
Indice synthétique de fécondité, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (nombre de naissances vivantes par femme)



Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009). STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Entre les années 2000 et 2010, l'ISF lanaudois est passé de 1,49 à 1,92 enfant par femme. Durant cette période, la fécondité des Lanaudoises de 14 à 49 ans a donc augmenté de 29 %. Cette croissance de la fécondité lanaudoise n'a pas été progressive. Elle est demeurée stable entre 2001 et 2005, alors qu'elle s'est fortement accrue depuis 2006. L'ISF de l'année 2010, même s'il est issu de données provisoires, laisse cependant présager un ralentissement de cette hausse de la fécondité.

Graphique 8
Naissances vivantes et indice synthétique de fécondité selon l'année,
Lanaudière, 2000 à 2010 (N et nombre de naissances vivantes par femme)



p : Données provisoires.
Sources : ISQ. *Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031*, décembre 2009.
ISQ. *Naissances, décès et accroissement naturel, Lanaudière et ensemble du Québec, 1991, 1996, 2001 et 2006-2010* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en décembre 2011).
ISQ. *Taux de fécondité selon le groupe d'âge et indices globaux, Lanaudière et ensemble du Québec, 1991, 1996, 2001 et 2006-2010* au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en décembre 2011).
MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

L'évolution des taux lanaudois de fécondité au cours des dix dernières années n'est pas la même selon le groupe d'âge de la femme. Entre les années 2000 et 2009, les taux de fécondité à moins de 25 ans présentent des variations en dents de scie. Chez les femmes de 25-44 ans, par contre, les taux de fécondité affichent une hausse constante au fil des ans. Cette augmentation de la fécondité des femmes atteint 32 % chez celles de 25-29 ans, alors qu'elle est de 75 % à 30-34 ans. Qu'importe l'année, le taux lanaudois de fécondité parmi les femmes de 45-49 ans demeure le même à environ 0,1 naissance vivante pour 1 000 femmes.

Tableau 10
Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la femme et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (taux pour 1 000 femmes)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
2000	3,9	22,7	68,3	128,1	67,8	18,8	2,6	0,0
2001	4,3	26,1	71,6	126,7	75,7	19,6	2,2	0,0
2002	4,2	22,2	62,3	134,9	72,5	19,9	3,3	0,1
2003	3,2	19,7	69,4	128,4	75,5	20,2	2,6	0,0
2004	2,9	18,5	62,3	137,0	81,5	20,2	3,2	0,1
2005	3,4	17,7	62,4	134,9	86,6	22,9	3,1	0,1
2006	3,4	17,9	62,6	144,0	98,7	27,0	3,7	0,1
2007	3,4	18,3	68,7	149,4	106,2	32,7	4,1	0,1
2008	3,3	17,8	67,4	164,2	123,0	32,4	4,5	0,1
2009p	3,1	23,0	69,1	169,2	118,9	35,6	4,6	0,1

p : Données provisoires.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

La fécondité n'est pas seulement liée aux caractéristiques démographiques des femmes. Son ampleur peut aussi être associée aux particularités économiques et sociales de leurs milieux de vie. Selon l'indice de défavorisation[20], les Lanaudoises vivant dans un environnement désavantagé selon la dimension matérielle (quartile 4, selon le regroupement en quartiles de défavorisation matérielle), présentent une fécondité équivalente à celles des femmes issues d'un milieu avantagé au plan matériel (doté d'une population plus scolarisée, avec un revenu moyen après impôt plus élevé et comprenant moins de personnes sans emploi) en 2007-2009. Par contre, l'analyse des taux de fécondité selon le groupe d'âge fait ressortir des différences importantes. Les femmes de moins de 25 ans vivant dans des milieux plus défavorisés au plan matériel présentent ainsi une fécondité supérieure à celles issues de milieux plus favorisés. À 30-39 ans, c'est la relation inverse qui est observée.

En considérant la dimension sociale de l'indice de défavorisation, il appert que les Lanaudoises vivant dans un milieu défavorisé ont une fécondité moindre que celles issues d'un milieu plus favorisé socialement (doté de plus faibles proportions de personnes vivant seules, de personnes veuves, séparées ou divorcées et de familles monoparentales). Même s'ils vont dans le même sens, les écarts de fécondité constatés parmi les Lanaudoises de moins de 25 ans sont beaucoup moins prononcés avec la dimension sociale de l'indice de défavorisation, alors qu'ils sont plus importants chez les femmes de 25-39 ans.

[20] Les lecteurs sont invités à consulter le document intitulé *Localiser la défavorisation - Mieux connaître son milieu. Territoire de référence région de Lanaudière* (Guillemette, Simoneau et Payette, 2010) afin de prendre connaissance de la signification de l'indice de défavorisation et de ses composantes matérielle et sociale.

La combinaison des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation fait ressortir les écarts de fécondité les plus grands en 2007-2008. Encore une fois, les femmes de moins de 25 ans les plus défavorisées aux plans matériel et social (vivant dans un milieu de vie classé simultanément dans les quartiles les plus défavorisés aux plans matériel et social) présentent une fécondité beaucoup plus élevée que celle des autres femmes du même âge. Et, inversement, les femmes de 25-39 ans vivant dans des milieux favorisés matériellement et socialement affichent une fécondité plus forte que celle des autres femmes de même âge[21].

Tableau 11
Taux de fécondité selon le groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (ISF) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (taux pour 1 000 femmes et nombre de naissances vivantes par femme)

	14-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	ISF
	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	
Dimension matérielle									
Quartile 1 (favorisé)	1,3	9,9	54,0	164,4	139,6	35,4	5,1	0,4	2,02
Quartiles 2 et 3	2,7	18,6	72,2	165,4	120,6	32,6	3,4	0,1	2,02
Quartile 4 (défavorisé)	7,1	35,1	98,7	170,3	101,9	28,6	4,3	0,0	2,12
Dimension sociale									
Quartile 1 (favorisé)	4,2	17,0	60,2	184,2	128,4	38,4	4,2	0,1	2,13
Quartiles 2 et 3	1,9	19,1	80,4	183,9	132,0	31,8	3,9	0,2	2,21
Quartile 4 (défavorisé)	5,3	25,6	74,2	122,0	92,9	26,5	4,2	0,1	1,67
Dimensions combinées									
Quartiles 1-1 (favorisés)	1,1	3,9	32,6	146,0	126,2	38,0	3,4	0,0	1,74
Quartiles 4-4 (défavorisés)	7,3	26,0	78,5	116,9	72,7	27,6	3,8	0,0	1,58

Notes : Les taux de fécondité selon le groupe d'âge sont calculés en considérant, au dénominateur, la population féminine lanaudoise en 2006. La répartition de la population selon le quartile de l'indice de défavorisation n'est disponible que pour les années censitaires.
L'indice de défavorisation calculé avec les données du recensement canadien de 2006 est seulement disponible pour les années 2007 et 2008.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 et 2008.
STATISTIQUE CANADA, Recensement canadien de 2006.

[21] Ces différences entre les taux de fécondité en fonction du quartile de défavorisation matérielle ou sociale ne sont pas exceptionnelles. Un constat similaire a été signalé dans Lanaudière pour la période 1999-2003 (Guillemette et Leclerc, 2008).

3.8 Rapport de masculinité à la naissance vivante

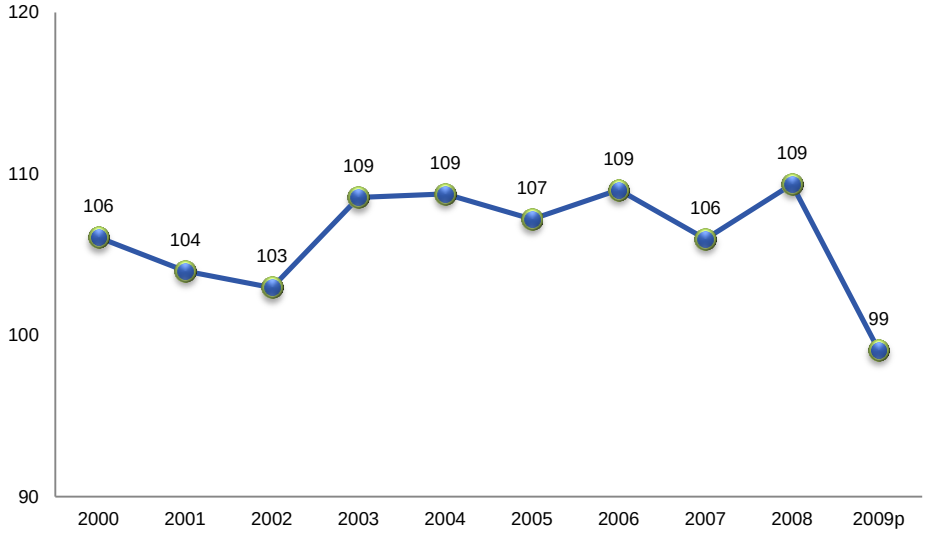
Le rapport de masculinité à la naissance vivante gravite généralement autour de 105 garçons pour 100 filles. Ce rapport à l'avantage des garçons s'expliquerait principalement par des facteurs biologiques. Selon la période et le pays, la combinaison de facteurs biologiques, environnementaux, comportementaux, démographiques et sociaux fait en sorte que ce rapport peut présenter une forte variabilité (Tremblay, Vézina et Houde, 2003; Binet et Gastineau, 2006).

De l'année 2000 à 2008, le rapport de masculinité lanaudois oscille entre 103 et 109 garçons pour 100 filles. L'importance de l'écart entre ces deux valeurs extrêmes n'est pas exceptionnelle, la valeur habituelle de 105 étant une moyenne. Sauf pour les années 2000 à 2002, le rapport de masculinité lanaudois est toujours supérieur à celui du Québec (ISQ, 2011).

De façon tout à fait surprenante, le rapport de masculinité lanaudois de l'année 2009 a une valeur de 99. C'est donc dire que plus de filles que de garçons seraient nées dans Lanaudière en 2009, alors que, pour la même année, ce rapport est de 106 garçons pour 100 filles pour le Québec (ISQ, 2011). Aucun indice ne permet d'expliquer cette « anomalie » et il n'est pas risqué de supposer qu'elle soit conjoncturelle et non annonciatrice d'une tendance nouvelle[22].

[22] Même si le *Fichier des naissances vivantes* de l'année 2009 est provisoire - il y manque un certain nombre de naissances survenues hors du Québec et toutes les validations n'ont pas été effectuées - il est difficile d'imputer cette « anomalie » à une qualité déficiente des données.

Graphique 9
Rapport de masculinité selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (nombre de naissances masculines pour 100 naissances féminines)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

3.9 Âge moyen des parents à la naissance vivante

En 2007-2009, l'âge maternel moyen à la naissance vivante, peu importe le rang de cette naissance, est de 28,6 ans. Cette valeur est plus faible que celle du reste du Québec. C'est donc dire que les Lanaudoises accouchent, en moyenne, à un âge un peu plus précoce que celui des autres Québécoises.

Les femmes des deux territoires de CLSC du RLS de Lanaudière-Sud accouchent, en moyenne, à un âge plus avancé que celui des femmes des quatre territoires de CLSC situés dans la partie nord de Lanaudière. L'écart entre le sud et le nord lanaudois varie d'un à deux ans selon le territoire de CLSC considéré.

L'âge paternel à la naissance vivante n'a guère été analysé à titre de déterminant d'issues défavorables de la grossesse. Une rare étude canadienne traitant de ce sujet conclut que l'âge du père n'est pas lié à la prématurité et au faible poids à la naissance. Les naissances multiples ou gémellaires seraient par contre plus fréquentes lorsque le père est âgé de 50 ans et plus. Selon les auteurs de cette étude, ceci résulterait d'un recours plus fréquent à la fécondation assistée chez les couples dont le conjoint a 50 ans et plus (Tough et autres, 2003). Indépendamment de l'inexistence de liens étroits avec les issues de grossesse défavorables, l'âge paternel à la naissance vivante n'est pas sans intérêt, car il permet de mesurer les écarts d'âge entre les parents.

Dans Lanaudière, en 2007-2009, les pères ont en moyenne 31,4 ans à la naissance vivante. Ils sont donc, en moyenne, 2,8 années plus âgés que les mères de leurs nourrissons. De faibles proportions de nouveau-nés lanaudois ont un père de moins de 18 ans (0,2 %) ou de 50 ans et plus (0,5 %).

Tout comme l'âge maternel, l'âge moyen du père à la naissance vivante varie d'un territoire de CLSC à l'autre. Il fluctue ainsi de 30,5 ans chez les pères du territoire de CLSC de Matawinie à 31,9 ans chez ceux du territoire de CLSC des Moulins. À l'instar des mères, les pères des deux territoires de CLSC du RLS de Lanaudière-Sud sont, en moyenne, plus âgés que les pères des quatre CLSC du RLS de Lanaudière-Nord.

Toujours en 2007-2009, les pères lanaudois sont plus jeunes que ceux du reste du Québec lors de la naissance de leur enfant, l'écart se situant à une année.

Entre les années 2000 et 2009, l'âge moyen des Lanaudoises à la naissance vivante est passé de 28,0 ans et 28,6 ans. Stable au début de la dernière décennie, l'âge moyen des mères à la naissance vivante est en hausse depuis les quatre dernières années. Cette variation temporelle rend compte d'une part de plus en plus importante des naissances vivantes survenues chez les femmes de 30 ans et plus.

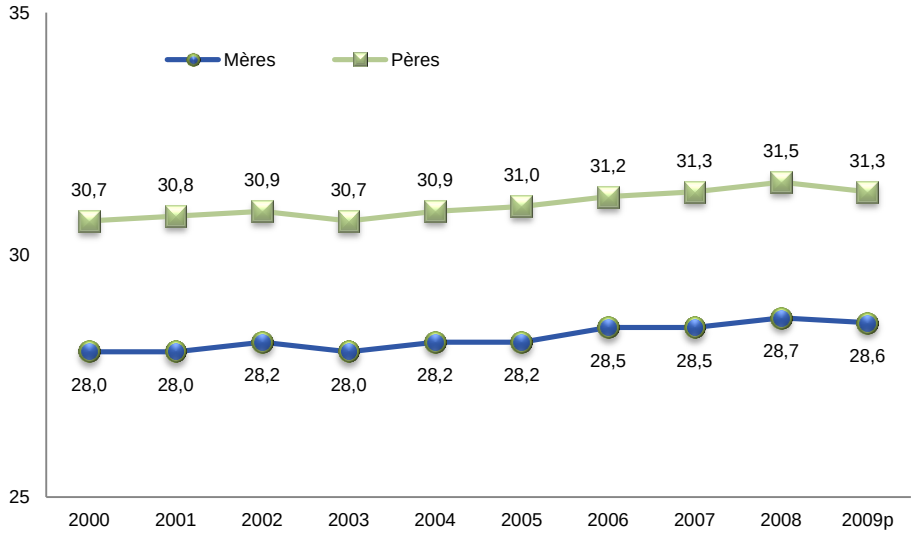
Tout comme pour les mères, l'âge moyen des pères à la naissance vivante a augmenté entre les années 2000 et 2009. Il est ainsi passé de 30,7 ans à 31,3 ans. La comparaison des âges selon le sexe rend compte du maintien de l'écart d'âge entre les mères et les pères durant cette période de dix ans.

Tableau 12
Âge moyen des mères et des pères à la naissance vivante, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (en années)

	Âge moyen des mères	Âge moyen des pères
D'Autray	27,8	30,9
Joliette	27,9	30,6
Matawinie	27,4	30,5
Montcalm	27,7	30,6
RLS de Lanaudière-Nord	**27,7**	**30,7**
L'Assomption	29,0	31,6
Les Moulins	29,3	31,9
RLS de Lanaudière-Sud	**29,2**	**31,8**
Lanaudière	**28,6**	**31,4**
Reste du Québec	29,3	32,4

Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

Graphique 10
Âge moyen des mères et des pères à la naissance vivante selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (en années)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

3.10 Naissances multiples

Nettement en hausse depuis une vingtaine d'années, le nombre de naissances multiples ou gémellaires n'est pas sans effet sur la santé périnatale. Les nourrissons issus d'une naissance multiple (jumeaux, triplés, quadruplés, etc.) sont ainsi

> « plus sujets aux répercussions pour la santé à court et à long terme telles que la mort périnatale et infantile, les troubles circulatoires, l'infirmité motrice cérébrale et les incapacités physiques et cognitives. Généralement, plus il y a de fœtus, plus la morbidité et la mortalité sont élevées : les quadruplés présentent un risque plus élevé que les triplés, et les triplés présentent un risque plus élevé que les jumeaux » (ICIS, 2009, p. 30).

Une grossesse multiple constitue aussi une menace pour la santé de la femme enceinte. L'hypertension durant la gestation, la prééclampsie, l'anémie, le diabète gestationnel, la perte prématurée des eaux, l'hémorragie postpartum et le recours plus fréquent à la césarienne en sont des exemples (Meilleur départ, 2005; ASPC, 2008).

La gémellité n'est pas sans conséquence sur l'issue de la grossesse, car les naissances multiples sont plus susceptibles d'être prématurées et de faible poids que les naissances simples (ICIS, 2009). Elles sont aussi associées à un risque très important de grande prématurité (moins de 33 semaines) et de très faible poids (moins de 1 500 grammes) (Blondel et autres, 2002). Une part appréciable des naissances multiples présentent aussi un retard de croissance pour l'âge gestationnel. Cette issue défavorable de la grossesse serait causée par l'espace plus limité dans l'utérus et par la concurrence accrue des fœtus pour avoir les nutriments requis pour une bonne croissance (ICIS, 2009).

Toutes les naissances multiples ne sont évidemment pas prévisibles. Il existe toutefois des facteurs déterminants permettant d'évaluer les risques de gémellité. L'âge avancé de la mère constitue l'un de ces facteurs (ICIS, 2009). Entre le quart et le tiers de la hausse du nombre de naissances multiples au cours des dernières années serait attribuable à l'augmentation du nombre de grossesses chez les femmes de 30 ans et plus (Blondel et autres, 2002). L'obésité chez la femme (indice de masse corporelle de 30 ou plus) serait également associée à une hausse de la probabilité de grossesses multiples (Meilleur départ, 2005). L'usage de médicaments pour stimuler l'ovulation et le recours aux techniques de procréation assistée (ex. : fécondation in vitro) sont aussi responsables de la croissance du taux de naissance multiple (Blondel et autres 2002; ICIS, 2009).

> « La montée du nombre de naissances multiples a d'importantes répercussions socioéconomiques pour les familles en cause et pour la société. Les coûts comportent notamment ceux de la prestation de services de santé et autres aux bébés prématurés nés à la suite d'une grossesse multiple. Les exigences psychosociales, financières et pratiques liées à l'éducation des bébés entraînent des coûts supplémentaires pour les familles » (ASPC, 2008, p. 164).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, les naissances multiples représentent un peu moins de 3 % de l'ensemble des naissances vivantes, soit une moyenne de 144 naissances gémellaires par année. La part relative des naissances multiples est inégale selon le territoire de CLSC lanaudois, sa valeur variant de 1,7 % dans Montcalm à 3,7 % dans Joliette. Elle est toutefois similaire entre les deux territoires de RLS lanaudois. De même, la proportion de naissances multiples pour l'ensemble du territoire lanaudois ne se distingue pas de celle du reste du Québec. Il est toutefois intéressant de noter que les territoires de CLSC de Montcalm et de L'Assomption présentent des proportions de naissances gémellaires statistiquement inférieures à celles de Lanaudière et du reste du Québec.

Tableau 13
Naissances vivantes simples et multiples, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	Simples		Multiples			Total	
	N moyen	%	N moyen	%		N moyen	%
D'Autray	413	97,3	12	2,7	*	424	100,0
Joliette	601	96,3	23	3,7		624	100,0
Matawinie	405	97,1	12	2,9	*	417	100,0
Montcalm	581	98,3	10	1,7	*	591	100,0
RLS de Lanaudière-Nord	**2 000**	**97,2**	**57**	**2,8**		**2 057**	**100,0**
L'Assomption	1 191	98,2	22	1,8		1 213	100,0
Les Moulins	1 887	96,7	65	3,3		1 952	100,0
RLS de Lanaudière-Sud	**3 078**	**97,3**	**87**	**2,7**		**3 165**	**100,0**
Lanaudière	**5 078**	**97,2**	**144**	**2,8**		**5 222**	**100,0**
Reste du Québec	78 877	97,0	2 420	3,0		81 297	100,0

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

Comme spécifié précédemment, le pourcentage de naissances gémellaires est plus élevé chez les femmes plus âgées. Dans Lanaudière, en 2007-2009, il avoisine les 2 % chez les femmes de moins de 30 ans, alors qu'il grimpe à un peu plus de 3 % à 30-34 ans et à plus de 4 % à 35 ans et plus.

Tableau 14
Naissances vivantes multiples selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

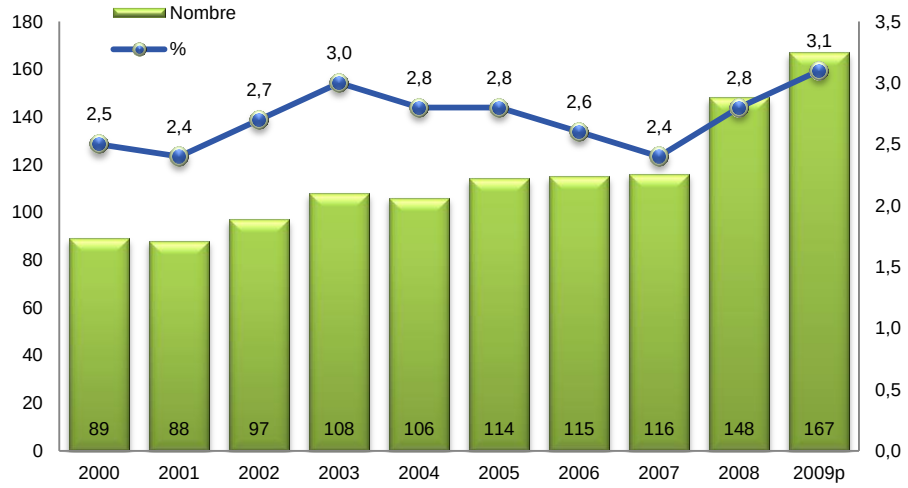
	Lanaudière		Reste du Québec	
	N moyen	%	N moyen	%
14-19 ans	< 5	np	31	1,3
20-24 ans	19	2,3	243	2,1
25-29 ans	44	2,2	755	2,7
30-34 ans	54	3,3	860	3,3
35-39 ans	24	4,9	431	4,0
40-49 ans	< 5	np	99	4,7
14-49 ans	**144**	**2,8**	**2 420**	**3,0**

np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

La proportion de naissances multiples s'est accrue dans Lanaudière entre les années 2000 et 2009. Loin d'être progressive ou linéaire, cette croissance de la gémellité est cependant ponctuée de hausses et de reculs, la part relative des naissances gémellaires variant entre 2 % et 3 %.

Graphique 11

Naissances vivantes multiples selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009.

3.11 Naissances vivantes et lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement informe les gestionnaires et les intervenants du réseau de la santé quant aux endroits où la population utilise les services dont elle a besoin.

En 2007-2009, 63 % des naissances vivantes dont la mère réside dans Lanaudière sont survenues sur le territoire lanaudois. Une très forte majorité d'entre elles ont eu lieu dans l'un ou l'autre des deux hôpitaux de la région et moins d'une cinquantaine dans un autre lieu (maison, ambulance, etc.)[23]. La répartition des naissances vivantes selon le lieu de l'accouchement est fort différente selon le territoire de CLSC de résidence. Ainsi, la presque totalité des naissances vivantes issues de mères résidant dans le territoire de CLSC de Joliette a eu lieu dans Lanaudière, alors que c'est autour du tiers pour celles du territoire de CLSC des Moulins. Le territoire du RLS de Lanaudière-Nord présente d'ailleurs à cet égard une rétention plus élevée que celle du RLS de Lanaudière-Sud.

Tableau 15
Naissances vivantes selon le lieu de l'accouchement, mères lanaudoises, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière, 2007-2009 (N moyen et %)

	Lanaudière							
	CHRDL		HPLG		Autres[1]		Sous-total	
	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%
D'Autray	241	56,7	140	32,9	0	0,0	380	89,6
Joliette	564	90,3	18	2,9	9	1,5	591	94,7
Matawinie	338	81,0	14	3,3	1	0,2	352	84,5
Montcalm	186	31,5	102	17,2	1	0,2	289	48,8
RLS de Lanaudière-Nord	**1 328**	**64,6**	**273**	**13,3**	**11**	**0,5**	**1 612**	**78,4**
L'Assomption[2]	66	5,4	871	71,8	2	0,2	939	77,4
Les Moulins	13	0,7	701	35,9	2	0,1	716	36,7
RLS de Lanaudière-Sud[2]	**79**	**2,5**	**1 572**	**49,7**	**4**	**0,1**	**1 654**	**52,3**
Lanaudière[2]	**1 407**	**26,9**	**1 845**	**35,3**	**15**	**0,3**	**3 266**	**62,6**

	Lanaudière		Montréal		Laval		Laurentides		Autres régions		Total	
	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%
D'Autray	380	89,6	26	6,2	7	1,6	1	0,3	10	2,3	424	100,0
Joliette	591	94,7	22	3,5	3	0,4	3	0,5	5	0,9	624	100,0
Matawinie	352	84,5	25	6,1	9	2,1	26	6,3	4	1,0	417	100,0
Montcalm	289	48,8	44	7,4	99	16,8	154	26,1	5	0,8	591	100,0
RLS de Lanaudière-Nord	**1 612**	**78,4**	**118**	**5,7**	**117**	**5,7**	**185**	**9,0**	**24**	**1,2**	**2 057**	**100,0**
L'Assomption[2]	939	77,4	207	17,0	50	4,1	4	0,3	14	1,2	1 213	100,0
Les Moulins	716	36,7	343	17,6	803	41,1	75	3,8	16	0,8	1 952	100,0
RLS de Lanaudière-Sud[2]	**1 654**	**52,3**	**549**	**17,4**	**853**	**26,9**	**79**	**2,5**	**30**	**0,9**	**3 165**	**100,0**
Lanaudière[2]	**3 266**	**62,6**	**667**	**12,8**	**970**	**18,6**	**264**	**5,1**	**54**	**1,0**	**5 222**	**100,0**

[1] Comprends les naissances vivantes survenues hors d'un hôpital lanaudois.
[2] Une naissance vivante est exclue, car le lieu de l'évènement n'est pas spécifié.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

[23] Une majorité des naissances vivantes survenues à domicile se concentre dans le territoire de CLSC de Joliette.

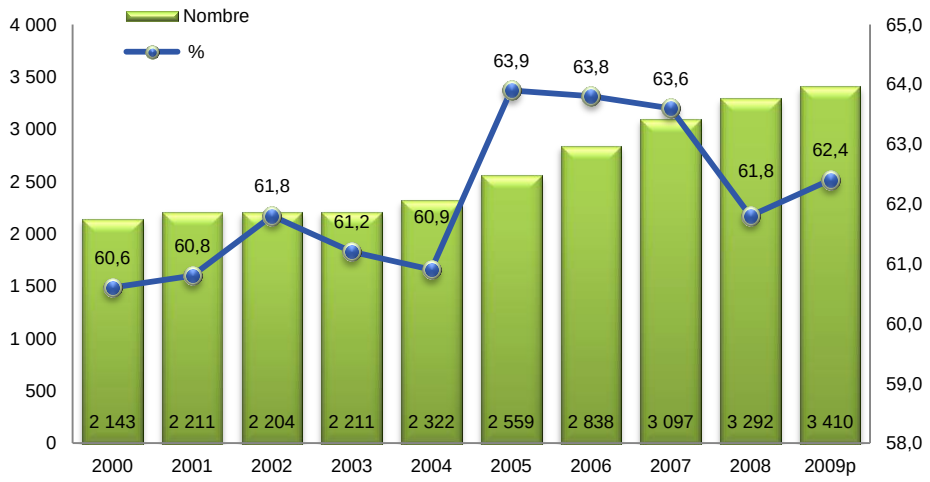
Deux régions limitrophes à Lanaudière, soit Laval et Montréal, accaparent une part appréciable des naissances vivantes lanaudoises. Deux hôpitaux montréalais, Maisonneuve-Rosemont et Sainte-Justine[24], regroupent à eux seuls plus de la moitié des naissances vivantes lanaudoises survenues à Montréal. Notons également que le quart des résidentes du territoire de CLSC de Montcalm accouchent dans les Laurentides

La forte proportion de naissances vivantes ayant eu lieu hors du territoire lanaudois résulte probablement de la proximité de l'hôpital (ex. : la Cité-de-la-Santé à Laval pour les résidentes de la MRC des Moulins). Elle peut aussi rendre compte d'un manque de ressources périnatales régionales durant la grossesse et pour l'accouchement.

Entre les années 2000 et 2009, le pourcentage de naissances vivantes lanaudoises survenues dans le territoire de résidence des mères est resté à peu près le même avec une valeur oscillant entre 60 % et 64 %. La part relative des accouchements enregistrés au Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL) a gravité autour de 28 % et celui de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) a augmenté pour atteindre 35 %.

Ces pourcentages sont cependant trompeurs, car ils ne rendent pas compte de l'augmentation du nombre de naissances vivantes survenues dans les deux hôpitaux lanaudois. En dix ans, le CHRDL a enregistré une hausse de 50 % du nombre de naissances vivantes lanaudoises, tandis qu'elle atteint 69 % pour le HPLG. Depuis l'année 2000, les deux hôpitaux lanaudois ont donc permis à plus de Lanaudoises d'accoucher dans leur région de résidence.

Graphique 12
Naissances vivantes issues de mères lanaudoises survenues dans Lanaudière selon l'année, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

[24] La prépondérance de l'hôpital Sainte-Justine, centre hospitalier universitaire mère-enfant, n'est pas surprenante, car certaines grossesses lanaudoises à risque pour la santé de la mère et du fœtus lui sont fréquemment référées.

3.12 Qualité de l'accoucheur

La plupart des nourrissons lanaudois sont mis au monde par un médecin, spécialiste ou non, en 2007-2009. Les sages-femmes ont, pour leur part, procédé à une vingtaine d'accouchements par année (0,4 % des naissances vivantes). Une quinzaine d'accouchements sont réalisés par une personne autre qu'un médecin ou une sage-femme. Ces naissances vivantes, surtout concentrées dans le territoire du CLSC de Joliette, auraient souvent comme accoucheur un proche du nourrisson (données non présentées).

Entre les années 2000 et 2009, la presque totalité des naissances vivantes lanaudoises a un médecin à titre d'accoucheur, leur part n'étant jamais inférieure à 99 %. Le nombre de nourrissons lanaudois dont l'accoucheur est une sage-femme est en hausse depuis dix ans. Il demeure toutefois modeste, car il ne dépasse pas 25 naissances vivantes sur 5 466 en 2009 (données non présentées)[25].

3.13 Grossesses ectopiques

La « grossesse ectopique, définie comme l'implantation du blastocyste ailleurs que dans la muqueuse endométriale de la cavité utérine, constitue une importante cause de morbidité et de mortalité maternelles » (ASPC, 2008, p. 121). Elle se classe au 1er rang des causes de décès maternels au cours du premier trimestre de grossesse en Amérique du Nord (Tenore, 2000). C'est pourquoi la plupart des grossesses dont le fœtus se développe hors de l'utérus, sinon toutes, sont traitées médicalement afin d'être interrompues.

Les principaux facteurs de risque associés à la grossesse ectopique sont les dommages causés aux trompes par des grossesses ectopiques antérieures, une intervention chirurgicale antérieure aux trompes et une pathologie des trompes. Les risques de grossesse ectopique sont aussi augmentés par une infection pelvienne antérieure (chlamydia génitale, gonorrhée, etc.), le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel, l'utilisation d'un dispositif contraceptif intra-utérin, les fausses couches antérieures, le tabagisme, l'avancée en âge et la procréation assistée (Bouyer et autres, 2003; ASPC, 2008).

Chaque année, dans Lanaudière, une cinquantaine de grossesses ectopiques sont traitées en milieu hospitalier pour un taux de 10,0 cas pour 1 000 grossesses durant la période allant du 1er avril 2006 au 31 mars 2010[26]. Compte tenu du nombre de cas concernés, il est difficile de faire état de différences entre les taux des CLSC et des RLS lanaudois ainsi qu'avec celui du reste du Québec.

[25] Au moment de la diffusion du présent rapport, les services de sage-femme n'étaient pas offerts dans Lanaudière. Pour profiter de ces services, les Lanaudoises devaient se déplacer dans les Laurentides, en Mauricie ou à Montréal.

[26] Ce chiffre est sous-estimé, car sont « exclus du calcul les avortements spontanés et les avortements provoqués en chirurgie d'un jour à l'hôpital ainsi que les avortements provoqués en clinique et les grossesses ectopiques traitées en service externe » (MSSS, INSPQ et ISQ, 2011, p. 142).

Tableau 16
Grossesses ectopiques, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2008 à 2009-2010 (N moyen et taux pour 1 000 grossesses)

	N moyen	Taux	
D'Autray	5	10,5	*
Joliette	7	10,4	*
Matawinie	5	11,6	*
Montcalm	7	11,5	*
RLS de Lanaudière-Nord	**23**	**11,0**	
L'Assomption	12	9,6	
Les Moulins	18	9,1	
RLS de Lanaudière-Sud	**30**	**9,3**	
Lanaudière	**54**	**10,0**	
Reste du Québec	770	9,5	

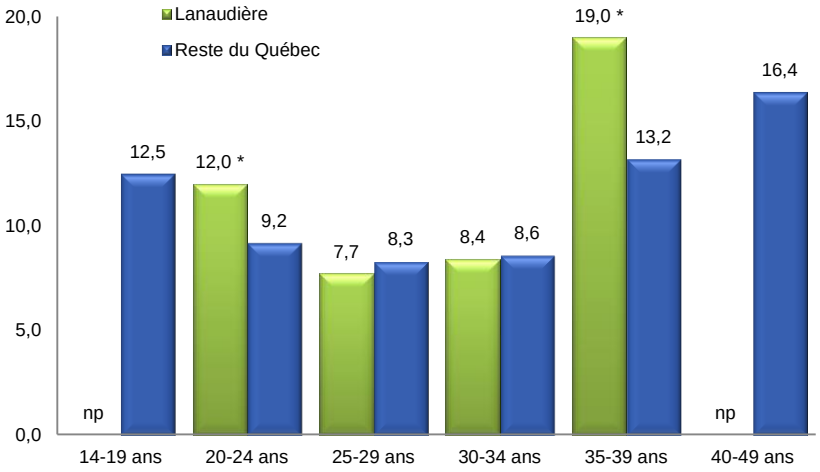
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO (fichier électronique), 2006-2007 à 2009-2010, découpage territorial version M34-2011.
Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ, le 7 novembre 2011.

Les taux de grossesse ectopique sont étroitement associés à l'âge des mères. Au cours de la période 2007-2008 à 2009-2010, ils atteignent les valeurs les plus élevées à 35 ans et plus, alors qu'ils sont les plus faibles à 25-34 ans.

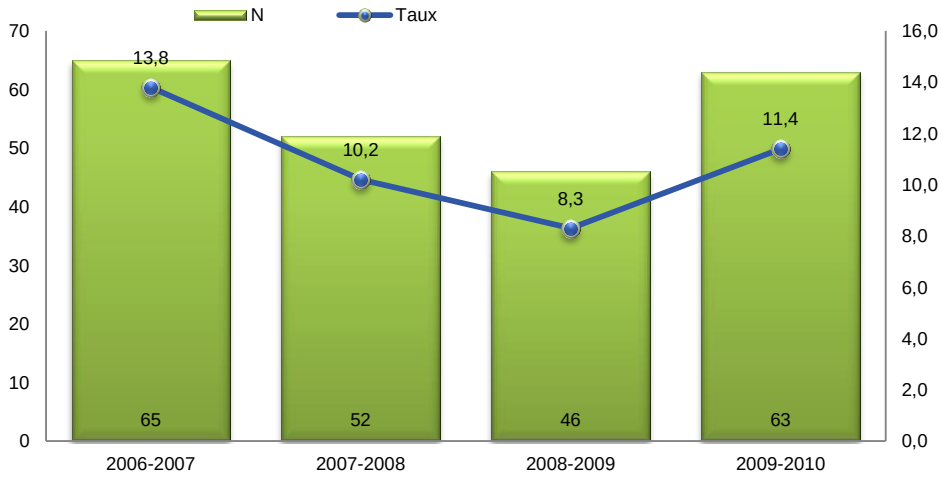
Graphique 13
Taux de grossesse ectopique selon le groupe d'âge de la femme, Lanaudière et le reste du Québec, 2007-2008 à 2009-2010 (taux pour 1 000 grossesses)



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO (fichier électronique), 2006-2007 à 2009-2010, découpage territorial version M34-2011.
Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ, le 7 novembre 2011.

Le taux de grossesse ectopique n'a pas diminué au cours des quatre dernières années. Même si le taux annuel lanaudois est passé de 13,8 à 11,4 grossesses ectopiques pour 1 000 grossesses entre les années financières 2006-2007 et 2009-2010, aucune différence significative n'est observée entre les deux taux.

Graphique 14
Grossesses ectopiques selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (N et taux pour 1 000 grossesses)



Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO (fichier électronique), 2006-2007 à 2009-2010, découpage territorial version M34-2011.
Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ, le 7 novembre 2011.

4. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MATERNELLE, FŒTALE ET INFANTILE

La santé de la mère et de son enfant durant la grossesse, pendant l'accouchement et durant les douze mois suivant la naissance dépend de plusieurs facteurs. Les caractéristiques démographiques des mères, leur comportement durant et après leur grossesse (suivi médical, habitudes de vie, allaitement), les interventions médicales durant l'accouchement (médicale, chirurgicale) et les particularités de la grossesse (rang, intervalle avec la naissance précédente) sont des exemples de déterminants de la santé maternelle, fœtale et infantile.

4.1 Supplément d'acide folique

Les anomalies du tube neural (anencéphalie, spina-bifida, encéphalocèle, etc.) figurent parmi les anomalies congénitales les plus fréquentes. Or, il a été démontré que le supplément d'acide folique[27] consommé au moment opportun permet de réduire l'incidence des anomalies du tube neural. Sa consommation pourrait aussi contribuer à la réduction de l'incidence des anomalies cardiaques, faciales, rénales et des membres (Toriello, 2005). Pour les femmes prévoyant devenir enceintes, il est recommandé de consommer quotidiennement des multivitamines composées de 0,4 à 1,0 milligramme d'acide folique de deux à trois mois avant la conception et durant le premier trimestre de grossesse (Millar, 2004).

Même si elle est maintenant plus répandue chez les femmes, la prise d'un supplément d'acide folique avant et pendant la grossesse est inégale en fonction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Selon les données de l'ESCC 2000-2001, cette pratique serait plus fréquente chez les femmes mariées, âgées de 30 ans et plus, détenant un diplôme d'études postsecondaires, vivant dans des régions urbaines ou faisant partie d'un ménage avec un revenu élevé (Millar, 2004).

Tableau 17
Enfants dont la mère a pris un supplément d'acide folique, Lanaudière et le Québec, 2005-2006 (taux pour 100 enfants)

	Lanaudière	Le Québec
	Taux	Taux
Pendant les trois mois précédant le début de la grossesse		
Oui (à tous les jours)	35,1	34,8
Oui (pas tous les jours)	12,9	13,3
Non	52,1	51,9
Total	100,0	100,0
Pendant les trois premiers mois de la grossesse		
Oui (à tous les jours)	50,8	48,6
Oui (pas tous les jours)	33,4	35,5
Non	15,8	15,9
Total	100,0	100,0

Source : NEILL, Ghyslaine et autres. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, ISQ, 2006.

[27] « L'acide folique est une vitamine B qui facilite la synthèse des acides nucléiques indispensables à la réplication normale des cellules. L'acide folique est présent de façon naturelle dans le brocoli, les épinards, les choux de Bruxelles, le maïs, les légumineuses et les oranges » (Millar, 2004, p. 53).

Dans Lanaudière, le tiers des enfants nés en 2005-2006 ont une mère qui a consommé un supplément d'acide folique tous les jours durant les trois mois précédant la grossesse. Cette proportion grimpe à 51 % au cours des trois premiers mois de la grossesse. Même si ses effets bénéfiques sont reconnus et que la consommation d'un supplément d'acide folique est systématiquement recommandée auprès des femmes qui désirent avoir un enfant ou qui sont déjà enceintes, 16 % des nouveau-nés lanaudois ont une mère qui n'en a pas consommé durant la grossesse. Selon les données de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, le profil de consommation d'un supplément d'acide folique avant et pendant la grossesse ne diffère pas entre les Lanaudoises et les Québécoises.

Selon les données de l'ESCC de 2009-2010, la moitié des Lanaudoises de 15 à 55 ans ayant donné naissance à au moins un enfant au cours des cinq dernières années a pris un supplément d'acide folique durant la dernière grossesse[28]. Cette proportion fait état d'une nette progression de la consommation d'acide folique durant la grossesse par rapport aux résultats de l'ESCC de 2000-2001. Sauf en 2000-2001 où le pourcentage lanaudois est inférieur à celui du Québec, la prévalence de consommatrices d'un supplément d'acide folique durant la grossesse ne varie pas significativement entre les Lanaudoises et les Québécoises depuis une dizaine d'années.

Tableau 18
Mères ayant pris un supplément d'acide folique avant la dernière grossesse, femmes de 15 à 55 ans ayant eu au moins un bébé au cours des cinq dernières années, Lanaudière et le Québec, 2000-2001 à 2009-2010 (%)

	Lanaudière		Le Québec
	%		%
2000-2001	15,3	*	31,4
2003	43,5	*	41,8
2005	42,6	*	47,7
2007-2008	54,2		59,8
2009-2010	46,0	*	56,7

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Note : Les taux peuvent différer de ceux publiés par l'ISQ, car celui-ci utilise le fichier de partage de l'ESCC plutôt que le fichier de microdonnées à grande diffusion.

Sources : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005 et 2007-2008*, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD), version sur CD-ROM, 2002, 2004, 2006 et 2009.
STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD), version sur CD-ROM, 2011, numéro 82M0013XC8-2011000 au catalogue.

De nombreuses études ont démontré le lien entre la consommation de suppléments d'acide folique durant la période périconceptionnelle et la réduction de l'incidence des anomalies du tube neural. Au Canada, en 1997, soit la dernière année où l'ajout de suppléments d'acide folique dans certains aliments (les céréales, par exemple) n'était pas requis, l'incidence des anomalies du tube neural atteignait 1,55 cas pour 1 000 naissances. En 2002, soit cinq ans après l'application de cette mesure, l'incidence s'était abaissée à 0,86 cas pour 1 000 naissances (De Wals et autres, 2007).

[28] La non-concordance entre les résultats de l'ESCC 2005 et de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006* s'explique par une formulation différente des questions ainsi que la référence à une population différente (les mères de 15 à 55 ans versus les enfants) et deux périodes distinctes (cinq dernières années versus 2005-2006).

4.2 Tabagisme et exposition à la fumée secondaire du tabac

Le tabagisme de la mère durant la grossesse, de nombreuses études le démontrent, met en péril la bonne santé du fœtus et du nouveau-né. Il contribue significativement à la hausse des risques de syndrome de mort subite du nourrisson, de faible poids à la naissance[29], de retard de croissance intra-utérine et de morbidité néonatale. Il existe aussi un lien entre le tabagisme maternel et certains cancers infantiles (tumeur du système nerveux central, leucémie et lymphomes) et l'asthme chez les jeunes enfants. Le tabagisme de la mère durant la grossesse engendre une réduction de la quantité d'oxygène disponible pour le fœtus et affecte négativement ses systèmes cardiovasculaires et nerveux. À plus long terme, il peut générer un déficit cognitif (langage, lecture, mémorisation et raisonnement déficients) et des problèmes comportementaux (inattention, hyperactivité, etc.) chez l'enfant (Cornelius et Day, 2000; ASPC, 2008).

Il est reconnu que les personnes exposées à la fumée secondaire du tabac font face aux mêmes risques pour la santé que les fumeurs. Peu d'études parviennent toutefois à établir un lien significatif entre l'exposition à la fumée secondaire du tabac durant la grossesse et les problèmes périnataux. Une étude menée en Finlande en 1996-1997 confirme cependant l'existence d'une association entre la prématurité et l'exposition à la fumée secondaire du tabac durant la grossesse (Jaakkola, Jaakkola et Zahlsen, 2001).

L'exposition postnatale à la fumée secondaire du tabac occasionne un risque accru de mort subite du nourrisson et de diminution des capacités cognitives du nourrisson (Cornelius et Day, 2000).

Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire du tabac durant ou après la grossesse sont, selon l'ESCC, plus fréquents chez les femmes de moins de 25 ans, non mariées, vivant dans un ménage à faible revenu ou n'ayant pas terminé leurs études secondaires (Millar et Hill, 2004).

Selon les données de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, environ 22 % des nouveau-nés lanaudois ont été exposés au tabagisme de leur mère durant la gestation (données non présentées). Cette proportion ne se distingue pas significativement de celle du Québec.

Quoique différentes de celles de *l'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, les données de l'ESCC permettent aussi de mesurer le taux d'exposition des fœtus et des nourrissons à la nicotine et à la fumée secondaire du tabac. Ainsi, en 2003, 41 % des Lanaudoises de 15 à 55 ans ayant eu au moins un enfant au cours des cinq dernières années ont fumé la cigarette durant la grossesse et le tiers a été exposé à la fumée secondaire du tabac durant et après la grossesse. Enfin, en 2000-2001, 14 % des mères lanaudoises affirment avoir fumé durant la période où elles allaitaient leur enfant. Qu'importe l'année, les pourcentages lanaudois ne se distinguent pas significativement de ceux du Québec quant à la prévalence du tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire du tabac. Ils ne semblent également pas avoir varié entre les trois cycles de l'enquête. Les taux québécois de tabagisme pendant et après la grossesse semblent être restés eux aussi, similaires entre les années 2000-2001 et 2005. Par contre, le pourcentage québécois d'exposition à la fumée secondaire du tabac semble avoir diminué, passant de 27 % en 2000-2001 à 18 % en 2005.

[29] Des études révèlent que le poids des nouveau-nés décroît avec le nombre de cigarettes fumées par la mère durant la grossesse (Cornelius et Day, 2000).

Tableau 19
Mères ayant fumé la cigarette et mères exposées à la fumée du tabac durant ou après la dernière grossesse, femmes de 15 à 55 ans ayant eu au moins un bébé au cours des cinq dernières années, Lanaudière et le Québec, 2000-2001 à 2005 (%)

		Lanaudière		Le Québec
		%		%
Tabagisme durant la grossesse				
	2000-2001	32,5		33,5
	2003	40,8	*	32,9
	2005	np		27,2
Exposition à la fumée secondaire du tabac durant et après la grossesse				
	2000-2001	30,2	*	27,1
	2003	31,5	*	20,7
	2005	np		17,9
Tabagisme durant l'allaitement				
	2000-2001	14,4	*	18,6
	2003	np		21,1
	2005	np		19,4

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Notes : Les taux peuvent différer de ceux publiés par l'ISQ, car celui-ci utilise le fichier de partage de l'ESCC plutôt que le fichier de microdonnées à grande diffusion.
Le Québec n'a pas retenu le module optionnel traitant du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire du tabac pendant et après la grossesse pour les deux derniers cycles de l'ESCC, soit en 2007-2008 et 2009-2010.
Source : STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003 et 2005*, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD), version sur CD-ROM, 2002, 2004 et 2006.

4.3 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool durant la grossesse accroît les risques d'avortement spontané, de retard de croissance intra-utérine, de malformations congénitales, de syndrome d'alcoolisation fœtale[30] et de problèmes de développement. Elle contribue à la réduction de la taille du cerveau et a des séquelles sur la partie centrale du cerveau, ce qui engendre des effets néfastes sur les développements psychomoteur, cognitif et socioaffectif de l'enfant. Ces risques augmentent avec la quantité d'alcool consommé par la mère durant la grossesse (April et autres, 2004).

Les femmes qui déclarent avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse sont, en proportion, plus nombreuses parmi les plus âgées et celles ayant un revenu élevé. Ce sont toutefois les femmes enceintes les plus jeunes et celles dont le revenu est le plus bas qui prennent cinq consommations d'alcool et plus en plus d'une occasion (Dell et Roberts, 2006).

Les résultats de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006* révèlent que 34 % des nouveau-nés lanaudois ont une mère qui a consommé de l'alcool durant la grossesse, soit un pourcentage semblable à celui du Québec (données non présentées).

> « Durant le développement embryonnaire, l'alcool peut interférer avec la formation de plusieurs organes et occasionner des malformations cardiaques, des anomalies osseuses, des problèmes rénaux et des problèmes de vision et d'audition. […] L'alcool est un produit neurotoxique ayant la propriété de causer des malformations du système nerveux central et de provoquer des séquelles neurocomportementales » (April et autres, 2004, p. 4).
>
> « Comme on n'a pu établir de niveau sécuritaire de consommation d'alcool durant la grossesse, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada recommandent aux femmes qui sont enceintes ou qui peuvent le devenir d'éviter l'alcool » (ASPC, 2008, p. 49).

Les données de l'ESCC de 2005 établissent une proportion de consommatrices d'alcool plus faible que celle de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, car elles révèlent que le cinquième des Lanaudoises de 15 à 55 ans ayant eu au moins un enfant au cours des cinq dernières années a pris de l'alcool durant la grossesse. Toujours selon la même enquête, mais en 2000-2001 cette fois-ci, 20 % des mères lanaudoises auraient consommé de l'alcool alors qu'elles allaitaient leur enfant. Ces pourcentages ne sont pas exceptionnels, car ils s'apparentent à ceux du Québec. Les proportions lanaudoises ne permettent pas de faire état de variation entre 2000-2001 et 2005, alors que celles du Québec pourraient révéler une diminution de la proportion de consommatrices d'alcool durant la grossesse (de 24 % à 19 %).

[30] Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la « conséquence la mieux connue et la plus visible de l'exposition fœtale à l'alcool » (April et autres, 2011, p. 6). Il est inclus dans l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale qui désigne le spectre des troubles pouvant survenir à la suite de l'exposition prénatale à l'alcool.

4.4 Interventions prénatales

Selon la *Politique de périnatalité 2008-2018*, l'accès à un suivi prénatal dès le premier trimestre de la grossesse doit être possible pour toutes les femmes (MSSS, 2008b). Cette pratique permet, entre autres choses, de sensibiliser rapidement les femmes enceintes quant à la nécessité d'adopter de saines habitudes de vie (pendant et après la grossesse) tout en permettant la détection précoce de problèmes de santé chez la mère ou le fœtus.

Selon les données produites par la RAMQ, près de 98 % des Lanaudoises ont consulté un médecin au moins six fois durant leur grossesse en 2008 comparativement à 94 % pour l'ensemble du Québec (CSBE, 2012d). Les statistiques régionales ne permettent toutefois pas d'estimer la proportion de femmes ayant consulté un professionnel de la santé dès le premier trimestre de leur grossesse.

La même politique de périnatalité considère que le suivi prénatal doit être effectué par un omnipraticien ou une sage-femme lorsque la grossesse n'est pas problématique et qu'il faut offrir des rencontres prénatales accessibles à tous. Aucune donnée régionale n'est disponible pour établir la proportion de femmes suivies par un omnipraticien ou une sage-femme durant la grossesse. Les données lanaudoises révèlent que moins de 1 % des naissances vivantes ont une sage-femme à titre d'accoucheur (voir la section précédente intitulée *Qualité de l'accoucheur*), ce qui laisse supposer que très peu de Lanaudoises enceintes ont été suivies par cette catégorie de professionnelle de la santé.

Les données régionales les plus récentes concernant la participation aux rencontres prénatales datent de 2003-2004 et sont issues d'une enquête menée auprès d'un échantillon non représentatif de 1 647 répondantes. Selon cette enquête, 74 % des mères primipares ont assisté à au moins une rencontre prénatale contre 10 % chez les multipares (Guillemette et Badlissi, 2005).

4.5 Déclenchement du travail

Les interventions obstétricales se font habituellement à la fin de la période normale de gestation (40 semaines) ou lorsqu'il y a des troubles liés à l'hypertension, de la souffrance fœtale, un retard de croissance intra-utérine ou une rupture prématurée des membranes (ICIS, 2009). On a recours à ces interventions « lorsque les risques pour le fœtus ou pour la mère associés à la poursuite de la grossesse excèdent les avantages qu'il y a à attendre que le travail commence de lui-même » (ICIS, 2009, p. 48). Le déclenchement du travail, soit la provocation artificielle du travail au moyen de médicaments (oxytocine et prostaglandine) ou au moyen d'une chirurgie (rupture artificielle des membranes ou amniotomie), est un exemple d'intervention obstétricale (ASPC, 2008).

Le déclenchement du travail est recommandé lorsqu'il permet d'éviter des problèmes obstétricaux et leurs séquelles chez les mères et les nouveau-nés. Les probabilités de provoquer artificiellement le travail sont plus élevées chez les femmes enceintes ayant le diabète, de l'hypertension chronique, une maladie pulmonaire ou rénale, de l'éclampsie, de l'hypertension de grossesse ou ayant subi une rupture prématurée des membranes (ASPC, 2008).

Le déclenchement du travail est généralement sans danger, mais des études ont malgré cela associé ce type d'interventions à une incidence plus élevée d'enroulement du cordon ombilical autour du cou du bébé, de mortinaissance et, chez la mère, de travail prolongé, d'infection de l'utérus ou du placenta, de césarienne, d'hémorragie, de rupture de l'utérus et de complications cardiovasculaires (ASPC, 2008).

Au cours de la période allant du 1er avril 2008 au 31 mars 2011, environ 26 % des accouchements de Lanaudoises survenus dans un hôpital ont été précédés par un déclenchement du travail. Ce taux surpasse celui du reste du Québec dont la valeur atteint 20 %. D'ailleurs, tous les territoires de CLSC et de RLS lanaudois présentent des pourcentages d'accouchements déclenchés médicalement ou chirurgicalement plus élevés que celui du reste du Québec. Parmi les territoires de CLSC lanaudois, celui de Matawinie se distingue avec un taux de déclenchement du travail supérieur à la moyenne régionale. Ce constat s'applique plus particulièrement pour le déclenchement médical du travail[31].

Autour de 21 % des accouchements de Lanaudoises ont été précédés d'un déclenchement médical, alors que 15 % l'ont été à la suite d'un déclenchement chirurgical. Encore une fois, les taux des territoires de CLSC et de RLS lanaudois sont supérieurs à ceux du reste du Québec. À l'échelle régionale, le territoire du RLS de Lanaudière-Nord présente un taux de déclenchement chirurgical du travail plus élevé que celui du sud lanaudois, alors que ce n'est pas le cas pour le taux de déclenchement médical du travail.

Toujours pour la période 2008-2011, environ 11 % des accouchements de Lanaudoises survenus dans un hôpital ont été déclenchés par un médicament et une chirurgie. Ce taux surpasse celui du reste du Québec dont la valeur ne dépasse pas 6 % (données non présentées).

Entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2011, le taux de déclenchement du travail s'est accru dans Lanaudière, passant de 23 % à 26 %. Cette hausse résulte, pour l'essentiel, de la croissance du taux de déclenchement médical dont la valeur est passée de 17 % à 22 % en cinq ans. Il est à noter que Lanaudière ne suit pas la tendance observée pour le reste du Québec, puisque ses taux de

[31] Il importe de retenir que ces pourcentages relatifs aux accouchements de Lanaudoises ne concernent pas seulement les deux hôpitaux lanaudois, car 37 % des naissances d'enfants lanaudois surviennent hors de la région. Ce constat s'applique à tous les indicateurs traitant des accouchements.

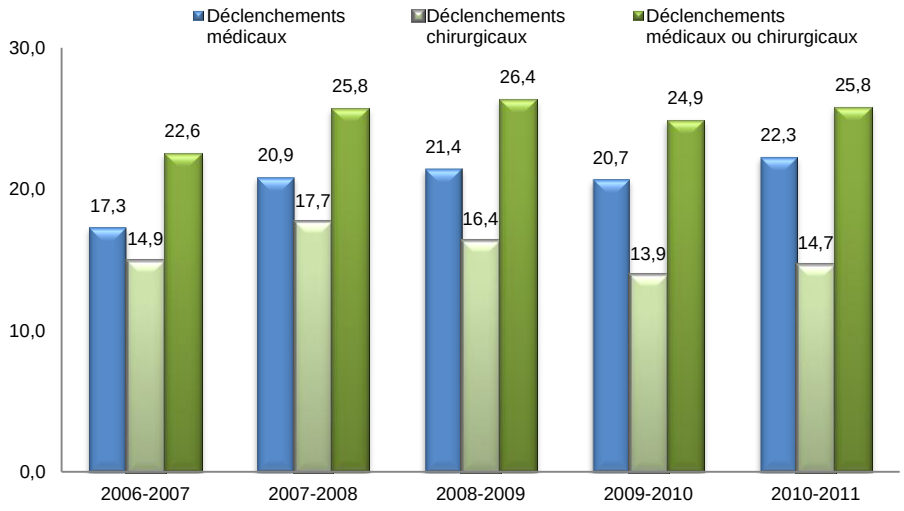
déclenchement du travail, avec des valeurs oscillant autour de 20 %, sont demeurés similaires durant la période (données non présentées).

Tableau 20
Déclenchements médicaux ou chirurgicaux du travail, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements à l'hôpital)

	Accouchements vaginaux	Déclenchements médicaux		Déclenchements chirurgicaux		Déclenchements médicaux ou chirurgicaux	
	N moyen	N moyen	Taux	N moyen	Taux	N moyen	Taux
D'Autray	432	96	22,2	56	13,0	108	24,9
Joliette	630	137	21,7	76	12,1	161	25,5
Matawinie	428	108	25,3	53	12,4	125	29,2
Montcalm	606	121	20,0	94	15,6	151	24,9
RLS de Lanaudière-Nord	**2 096**	**462**	**22,1**	**280**	**13,3**	**544**	**26,0**
L'Assomption	1 216	260	21,4	190	15,6	294	24,1
Les Moulins	1 941	405	20,9	317	16,3	512	26,4
RLS de Lanaudière-Sud	**3 157**	**666**	**21,1**	**507**	**16,1**	**806**	**25,5**
Lanaudière	**5 253**	**1 128**	**21,5**	**787**	**15,0**	**1 350**	**25,7**
Reste du Québec	78 459	12 512	15,9	7 552	9,6	15 573	19,8

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2008-2009 à 2010-2011.

Graphique 15
Déclenchements médicaux ou chirurgicaux du travail selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements à l'hôpital)



Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2010-2011.

4.6 Accouchements vaginaux assistés

Un accouchement vaginal assisté implique l'utilisation d'un forceps ou d'une ventouse afin de faciliter la délivrance lorsqu'il y a un risque pour la santé de la mère ou du fœtus. Même si le bien-fondé de ce type d'intervention est reconnu, il ne demeure pas toujours sans séquelles pour la mère ou le nourrisson.

> « On associe un risque accru de lésions du cuir chevelu chez le nouveau-né et de lésions intracrâniennes à l'accouchement par ventouse, mais le risque absolu de morbidité infantile est faible et peut être attribuable en partie à une anomalie sous-jacente du travail plutôt qu'à l'intervention chirurgicale directement. On associe en général le forceps à des taux plus élevés de lésions du périnée et de douleur postnatale à court terme, tandis que l'utilisation de la ventouse réduit le risque du traumatisme du périnée de la mère sans avoir de conséquences indésirables à long terme pour la mère ou le bébé » (ASPC, 2008, p. 84).

Dans Lanaudière, entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2011, 10 % des accouchements vaginaux (en excluant les accouchements par césarienne) ont été réalisés à l'aide d'une ventouse ou d'un forceps. Ce taux, similaire parmi les territoires de CLSC et de RLS lanaudois, est inférieur à celui du reste du Québec. Le recours moins fréquent aux moyens chirurgicaux lors des accouchements vaginaux de Lanaudoises s'observe essentiellement avec la ventouse, puisque l'usage du forceps est plus courant auprès des Lanaudoises qu'auprès des autres Québécoises. Environ 6 % des accouchements vaginaux de Lanaudoises ont nécessité l'usage de la ventouse et près de 4 % ont requis l'utilisation du forceps.

Tableau 21
Accouchements vaginaux assistés avec ventouse ou forceps, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital)

	Accouchements vaginaux	Accouchements vaginaux avec ventouse seulement		Accouchements vaginaux avec forceps (avec ou sans ventouse)		Accouchements vaginaux avec ventouse ou forceps	
	N moyen	N moyen	Taux	N moyen	Taux	N moyen	Taux
D'Autray	348	19	5,5	13	3,8	32	9,3
Joliette	515	19	3,7	30	5,8	49	9,5
Matawinie	349	14	3,9	19	5,4	33	9,4
Montcalm	488	32	6,5	15	3,0	46	9,5
RLS de Lanaudière-Nord	**1 700**	**83**	**4,9**	**77**	**4,5**	**160**	**9,4**
L'Assomption	958	55	5,7	27	2,8	81	8,5
Les Moulins	1 664	123	7,9	48	3,0	171	10,9
RLS de Lanaudière-Sud	**2 522**	**178**	**7,0**	**74**	**2,9**	**252**	**10,0**
Lanaudière	**4 222**	**261**	**6,2**	**151**	**3,6**	**412**	**9,8**
Reste du Québec	60 252	5 609	9,3	1 938	3,2	7 539	12,5

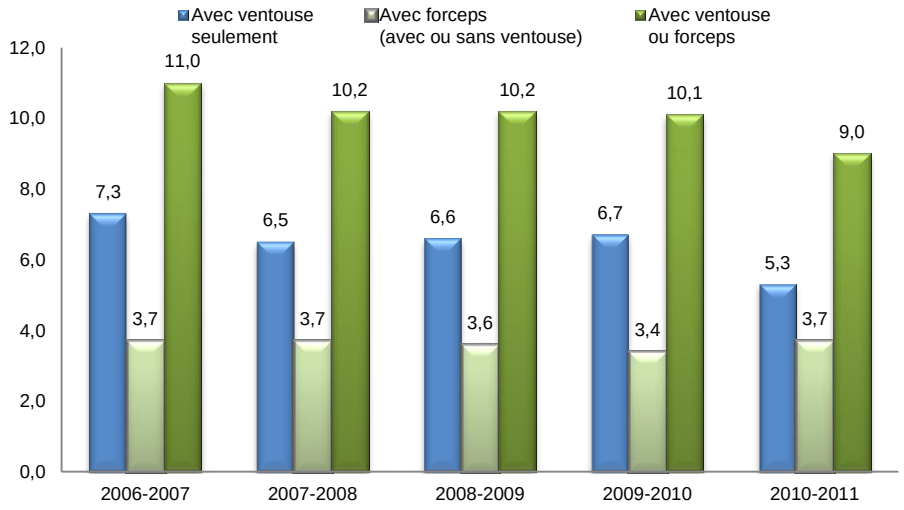
Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2008-2009 à 2010-2011.

Signe de pratiques obstétricales différentes selon l'établissement où survient l'accouchement, le recours à la ventouse ou au forceps est fort inégal selon le territoire de RLS lanaudois. Ainsi, la ventouse est plus fréquemment utilisée lors des accouchements de femmes résidant sur le territoire du RLS de Lanaudière-Sud que pour celles du RLS de Lanaudière-Nord. À l'inverse, l'usage du forceps est plus répandu auprès des femmes du territoire du RLS de Lanaudière-Nord que pour celles du sud lanaudois.

De 2006-2007 à 2009-2010, la fréquence d'utilisation de la ventouse ou du forceps n'a pas varié significativement lors des accouchements vaginaux de Lanaudoises. Par contre, l'année 2010-2011 laisse entrevoir une diminution marquée de leur usage. Il reste toutefois à déterminer si cette baisse n'est que temporaire ou si elle annonce une nouvelle tendance.

Cette diminution du recours aux interventions lors d'un accouchement vaginal en 2010-2011 résulte exclusivement de l'utilisation moindre de la ventouse. L'usage du forceps est resté tout aussi récurrent au cours des cinq années d'observation.

Graphique 16
Accouchements vaginaux assistés avec ventouse ou forceps selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital)



Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2010-2011.

4.7 Traumatismes périnéaux

Le traumatisme périnéal est associé, lors de l'accouchement, à l'épisiotomie (incision du périnée en partant de la vulve) et à la déchirure du périnée, qu'elle soit du premier, deuxième, troisième ou quatrième degré. La vitesse de sortie de la tête du nouveau-né, la force et le contrôle des poussées exercées par la mère, la grosseur du bébé et son rang de naissance, ainsi que l'épisiotomie et le recours au forceps ou à la ventouse peuvent nuire à l'intégrité du périnée (ASPC, 2008).

Outre les douleurs qu'il engendre chez la mère, le traumatisme périnéal, qu'il soit volontaire ou non, augmente les risques d'infection et de déchirure postérieure du périnée.

Durant la période allant du 1er avril 2008 au 31 mars 2011, 63 % des Lanaudoises ayant accouché par voie vaginale ont subi une déchirure du 1er ou du 2e degré. La proportion chute à un peu plus de 6 % lorsque les déchirures du 3e ou 4e degré, beaucoup plus graves que les précédentes, sont considérées.

À l'échelle lanaudoise, les taux de déchirures du 1er ou 2e degré et du 3e ou 4e degré sont plus élevés dans le territoire du RLS de Lanaudière-Sud que dans celui du nord lanaudois. Le taux de déchirures du 1er ou 2e degré est plus important dans Lanaudière et le territoire du RLS de Lanaudière-Sud que dans le reste du Québec. À l'inverse, le taux de déchirures du 3e ou 4e degré du territoire de RLS de Lanaudière-Nord est moindre que celui du reste du Québec.

Le cinquième des Lanaudoises ayant accouché par voie vaginale a subi une épisiotomie entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2011. Ce type de traumatisme périnéal est plus fréquent dans le territoire du RLS de Lanaudière-Nord qu'ailleurs dans la région. Ce RLS présente d'ailleurs un taux d'épisiotomie supérieur à celui du reste du Québec.

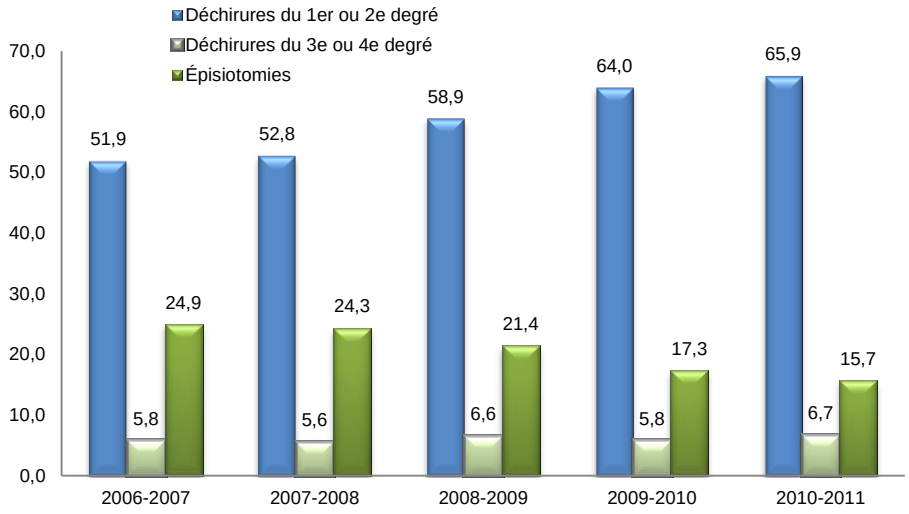
Tableau 22
Accouchements vaginaux avec traumatisme périnéal, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital)

	Accouchements vaginaux	Déchirures du 1er ou 2e degré		Déchirures du 3e ou 4e degré		Épisiotomies	
	N moyen	N moyen	Taux	N moyen	Taux	N moyen	Taux
D'Autray	348	230	65,9	21	5,9	61	17,5
Joliette	515	312	60,6	32	6,2	121	23,5
Matawinie	349	211	60,3	16	4,7	61	17,4
Montcalm	488	295	60,5	22	4,4	83	16,9
RLS de Lanaudière-Nord	**1 700**	**1 047**	**61,6**	**90**	**5,3**	**325**	**19,1**
L'Assomption	958	618	64,5	68	7,1	178	18,6
Les Moulins	1 664	991	63,3	111	7,1	264	16,9
RLS de Lanaudière-Sud	**2 522**	**1 609**	**63,8**	**179**	**7,1**	**442**	**17,5**
Lanaudière	**4 222**	**2 656**	**62,9**	**270**	**6,4**	**767**	**18,2**
Reste du Québec	60 252	36 722	60,9	4 038	6,7	10 765	17,9

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2008-2009 à 2010-2011.

Entre 2006-2007 et 2010-2011, le taux lanaudois d'accouchements vaginaux avec déchirures du 1er ou 2e degré s'est fortement accru, celui-ci passant de 52 % à 66 %. Par contre, le taux de déchirures du 3e ou 4e degré n'a pas varié significativement durant la même période de cinq ans. Le taux d'épisiotomie a quant à lui diminué de plus du tiers en cinq ans, passant de 25 % à 16 % dans Lanaudière.

Graphique 17
Accouchements vaginaux avec traumatisme périnéal selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements vaginaux à l'hôpital)



Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2010-2011.

4.8 Césariennes

La césarienne est pratiquée afin de favoriser un accouchement sécuritaire du bébé et pour réduire les issues défavorables à la santé de la mère (ICIS, 2009). Elle n'est toutefois pas sans danger pour la santé de la mère et de son enfant. Elle engendre un risque accru de morbidité et de mortalité maternelle, de complications liées à l'anesthésie, d'hémorragie postpartum, de lacérations, de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire. À moyen et à long terme, elle augmente les risques de réhospitalisation, d'anémie grave, d'infection, d'hystérectomie, de décollement placentaire ou de *placenta praevia*, de grossesse ectopique, d'avortement spontané et de mort fœtale tardive lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur. Chez le nouveau-né, elle peut être à la source de problèmes au système nerveux central, de détresse respiratoire, de difficultés d'alimentation (intolérances alimentaires et diarrhées) et de lacérations fœtales (Jimenez, 2005; MSSS, 2008b; ICIS, 2009).

Les facteurs pouvant justifier une césarienne sont les caractéristiques de la mère (avancée en âge, indice de masse corporelle élevé avant la grossesse et faible parité), la grossesse gémellaire, le recours antérieur à la césarienne, la présentation du fœtus par le siège, la détresse fœtale, etc. (ASPC, 2008; MSSS, 2008b).

Dans Lanaudière, entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2011, un accouchement sur cinq s'est conclu par une césarienne. Durant cette période, un peu plus de 1 000 césariennes ont été pratiquées chaque année auprès des Lanaudoises. Près des deux tiers des césariennes ont été réalisées auprès de femmes n'ayant jamais eu ce type d'intervention chirurgicale, soit un taux de 13 césariennes primaires pour 100 accouchements sans césarienne antérieure.

Les taux de césarienne primaire et les taux de césarienne globaux (césariennes primaires et répétées) ne varient pas significativement entre les territoires de CLSC et de RLS lanaudois. Ils sont par contre tous inférieurs à ceux du reste du Québec.

Tableau 23
Accouchements par césarienne, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 100 accouchements à l'hôpital)

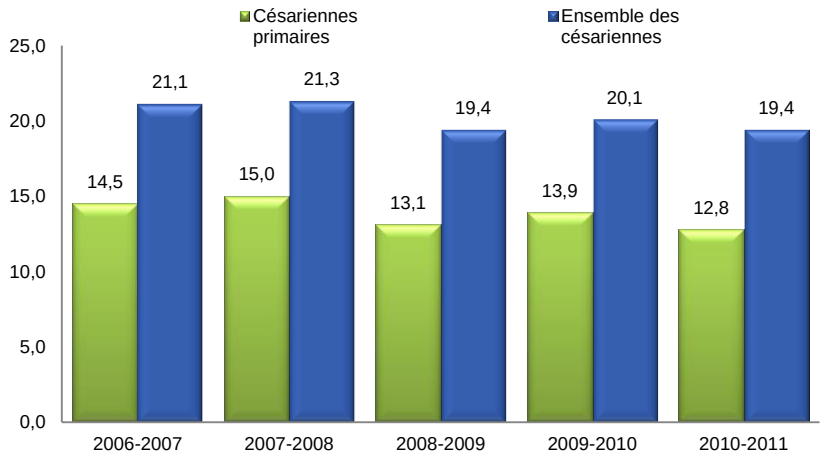
	Accouchements à l'hôpital	Césariennes primaires		Ensemble des césariennes	
	N moyen	N moyen	Taux[1]	N moyen	Taux
D'Autray	432	49	12,6	84	19,4
Joliette	630	72	12,7	116	18,4
Matawinie	428	48	12,6	78	18,3
Montcalm	606	73	13,4	118	19,5
RLS de Lanaudière-Nord	**2 096**	**241**	**12,8**	**396**	**18,9**
L'Assomption	1 216	153	14,1	258	21,2
Les Moulins	1 941	231	13,2	377	19,4
RLS de Lanaudière-Sud	**3 157**	**384**	**13,6**	**635**	**20,1**
Lanaudière	**5 253**	**625**	**13,3**	**1 031**	**19,6**
Reste du Québec	78 459	11 144	16,0	18 207	23,2

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
[1] Taux calculés en prenant au dénominateur les accouchements dont la femme n'a jamais eu de césarienne.
Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2008-2009 à 2010-2011.

La probabilité d'accoucher par césarienne chez les femmes ayant déjà eu une césarienne demeure élevée, car les trois quarts d'entre elles accouchent à nouveau par césarienne lors d'une grossesse subséquente (données non présentées). Cette proportion est demeurée la même durant toutes les années de la période 2006-2007 à 2010-2011. Elle est cependant plus faible que celle du reste du Québec (76 % contre 80 %).

Peut-être en raison des recommandations émises par l'OMS et des efforts de sensibilisation de la communauté médicale québécoise (voir l'encadré), les taux de césarienne primaire et globaux lanaudois n'ont pas augmenté entre l'année 2006-2007 et l'année 2010-2011. Ils n'ont toutefois pas diminué significativement et ils demeurent supérieurs au taux maximal suggéré.

Graphique 18
Accouchements par césarienne selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (taux pour 100 accouchements à l'hôpital)



Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2008-2009 à 2010-2011.

« Une étude canadienne révèle que la hausse des taux de césariennes au Canada est attribuable principalement aux césariennes primaires pratiquées pour dystocie, ainsi qu'aux césariennes dites « de convenance personnelle ». La césarienne pratiquée à la demande des femmes constitue pourtant, sur les plans médical, social et éthique, un changement des plus préoccupants dans le domaine de l'obstétrique. La communauté médicale rappelle d'ailleurs que la césarienne demeure une opération chirurgicale majeure » (MSSS, 2008b, p. 45).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un taux de césarienne oscillant entre 5 % et 15 %. L'organisme reconnaît toutefois que « les preuves empiriques à l'appui d'un pourcentage optimum ou d'un champ de pourcentages n'existent toujours pas, malgré un corps de recherche croissant qui démontre les effets négatifs de taux de césarienne élevé. Le débat sur le nombre 'correct' de césariennes découle d'une crainte que l'utilisation de cibles pourrait avoir le résultat indésirable de justifier les procédures inutiles. La limite la plus élevée n'est pas une cible à atteindre, mais plutôt un point de repère à ne pas dépasser » (OMS, 2006, p. 42).

4.9 Mères de moins de 20 ans

L'âge de la mère à l'accouchement est lié à la santé des nourrissons, puisqu'il constitue un facteur de risque pour certaines pathologies périnatales. Des études ont démontré que les mères de moins de 20 ans sont plus susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés ou de faible poids (Guillemette, Badlissi et Fadin, 1999). Les risques de mortalité néonatale (dans les 28 jours après la naissance) et de mortalité maternelle sont beaucoup plus élevés chez les mères adolescentes qu'ils ne le sont pour les mères plus âgées et leurs nourrissons (Klein, 2005).

Outre les risques pour la santé physique, la grossesse à l'adolescence est souvent associée au décrochage scolaire de la mère, à une dégradation de sa situation économique, à une éventuelle rupture avec le père de l'enfant et à des grossesses répétitives (Klein, 2005).

L'incidence plus élevée d'issues défavorables de grossesse chez les mères adolescentes résulte, entre autres, de leur immaturité physique, car leur corps n'est pas toujours prêt à s'ajuster aux exigences physiologiques de la grossesse. Des facteurs de risque périnatals, plus fréquents chez les mères de moins de 20 ans, contribuent aussi à accroître les risques de prématurité, de retard de croissance intra-utérine et de faible poids à la naissance. Il s'agit de l'accès trop tardif et inadéquat aux soins prénatals, du faible statut socioéconomique, du poids insuffisant avant la grossesse, de l'alimentation déficiente durant la gestation, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'abus de drogues (ICIS, 2009).

Dans Lanaudière, chaque année, 165 nouveau-nés ont une mère de moins de 20 ans, soit une proportion d'environ 3 %. De ce nombre, environ le quart a une mère de 14-17 ans. Relativement faible dans le sud du territoire lanaudois avec une incidence inférieure à 2 %, la proportion de naissances issues de mères adolescentes grimpe à un peu plus de 5 % dans le territoire du RLS de Lanaudière-Nord. Même si le pourcentage de bébés lanaudois, dont la mère a moins de 20 ans, est similaire à celui du reste du Québec, des territoires de CLSC lanaudois se distinguent, dans un sens ou dans l'autre, du reste du Québec. C'est le cas, notamment, des territoires de CLSC de Matawinie, Montcalm et Joliette dont les pourcentages surpassent ceux du reste du Québec et des territoires de CLSC des Moulins et de L'Assomption dont les proportions sont inférieures.

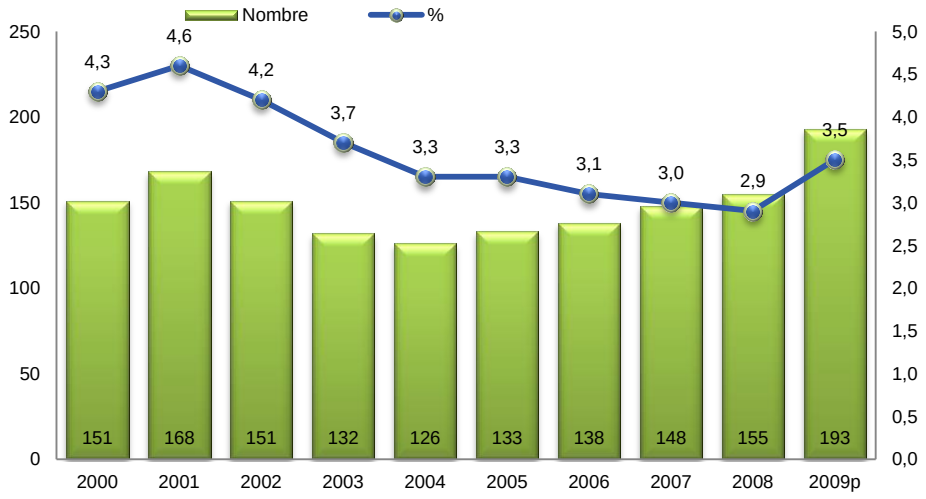
La proportion de naissances vivantes issues d'une mère de moins de 20 ans a diminué entre les années 2000 et 2008, sa valeur passant d'un peu plus de 4 % à moins de 3 %. L'année 2009, par contre, semble annoncer une augmentation des naissances vivantes chez les jeunes mères, leur nombre atteignant 193. Ce renversement de tendance, qui reste à être confirmé pour les années subséquentes, touche exclusivement les mères de 18-19 ans.

Tableau 24
Naissances vivantes dont la mère a moins de 20 ans, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	Mères 14-17 ans			Mères 18-19 ans		Mères moins de 20 ans	
	N moyen	%		N moyen	%	N moyen	%
D'Autray	4	1,0	*	12	2,9	17	3,9
Joliette	8	1,3	*	19	3,0	27	4,3
Matawinie	15	3,6		25	6,1	40	9,7
Montcalm	4	0,7	*	23	3,9	27	4,6
RLS de Lanaudière-Nord	**32**	**1,6**		**79**	**3,9**	**111**	**5,4**
L'Assomption	5	0,4	*	22	1,8	27	2,2
Les Moulins	6	0,3	*	21	1,1	27	1,4
RLS de Lanaudière-Sud	**11**	**0,3**	*	**43**	**1,4**	**54**	**1,7**
Lanaudière	**43**	**0,8**		**122**	**2,3**	**165**	**3,2**
Reste du Québec	537	0,7		1 788	2,2	2 325	2,9

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

Graphique 19
Naissances vivantes dont la mère a moins de 20 ans selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

4.10 Mères de 35 ans et plus

Les grossesses chez les mères de 35 ans et plus présentent, à l'instar de celles des mères de moins de 20 ans, des risques accrus de prématurité, de retard de croissance intra-utérine et de faible poids à la naissance. Ces risques sont encore plus grands pour les femmes de 35 ans et plus qui en sont à leur première grossesse comparativement aux multipares (MacNab, Macdonald et Tuk, 1997; ICIS, 2009; ICIS, 2011).

La grossesse à 35 ans et plus génère aussi des risques plus élevés de gémellité et, chez la mère, de diabète (sucré et gestationnel)[32], d'hypertension, de complications placentaires durant la grossesse, d'anomalies des organes reproducteurs, de césarienne, d'accouchement vaginal assisté (avec forceps ou ventouse), d'hémorragie antépartum, de disproportion et d'arrêt de la progression du travail, d'anomalies fœtales ayant une incidence sur la mère, de travail prolongé, de position ou présentation anormale du fœtus et de traumatismes obstétricaux (MacNab, Macdonald et Tuk, 1997; ICIS, 2011).

Chez les nourrissons issus de mères de 35 ans et plus, il existe un risque accru d'anomalies chromosomiques (syndrome de Down, plus particulièrement)[33] (MacNab, Macdonald et Tuk, 1997; ICIS, 2011). Ils sont également plus exposés à la mortalité périnatale et néonatale, et ce, surtout lorsque leur mère a 40 ans et plus (Jacobsson, Ladfors et Milsom, 2004).

Tableau 25
Naissances vivantes dont la mère a 35 ans et plus, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	Mères 35-39 ans		Mères 40 ans et plus			Mères 35 ans et plus	
	N moyen	%	N moyen	%		N moyen	%
D'Autray	30	7,1	4	0,9	*	34	8,1
Joliette	51	8,2	9	1,4	*	60	9,6
Matawinie	32	7,8	9	2,2	*	41	9,9
Montcalm	40	6,7	7	1,2	*	47	7,9
RLS de Lanaudière-Nord	**153**	**7,5**	**29**	**1,4**		**182**	**8,9**
L'Assomption	123	10,2	19	1,5		142	11,7
Les Moulins	210	10,8	34	1,7		244	12,5
RLS de Lanaudière-Sud	**334**	**10,5**	**52**	**1,7**		**386**	**12,2**
Lanaudière	**487**	**9,3**	**81**	**1,6**		**568**	**10,9**
Reste du Québec	10 687	13,1	2 085	2,6		12 772	15,7

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

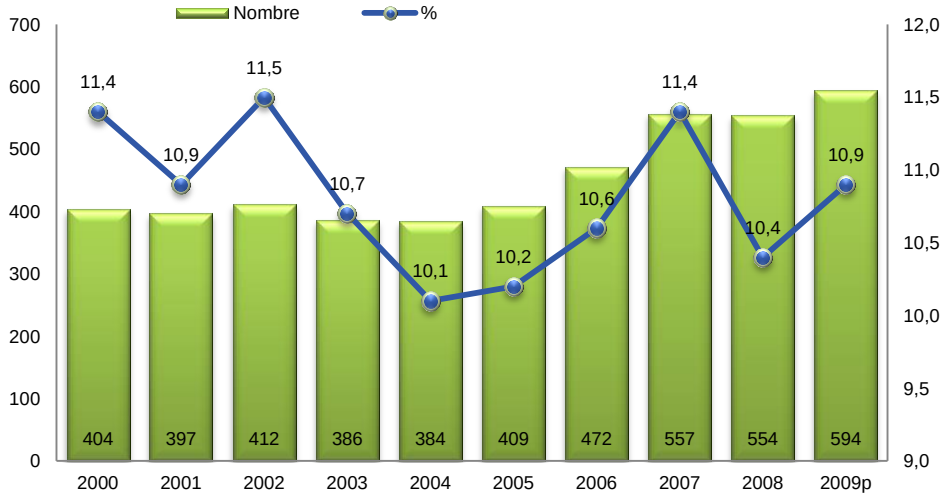
[32] Au Canada, en 2006-2009, le taux de diabète gestationnel est deux fois plus élevé chez les mères de 35-39 ans qu'il ne l'est pour celles de 20-34 ans. Il est trois fois plus important lorsque la grossesse a lieu à 40 ans et plus (ICIS, 2011).

[33] Selon les données canadiennes pour la période 2006-2009, les femmes enceintes de 35 ans et plus présentent quatre fois plus de risques d'avoir un nouveau-né affecté par une anomalie chromosomique que les femmes plus jeunes (ICIS, 2011).

Environ 9 % des nourrissons lanaudois nés en 2007-2009 ont une mère âgée de 35 à 39 ans et moins de 2 % sont issus d'une mère de 40 ans et plus. Le territoire du RLS de Lanaudière-Sud présente à cet égard des proportions plus élevées que celles du nord de Lanaudière. L'écart est plutôt modeste pour les naissances vivantes, dont la mère à 40 ans et plus, alors qu'il est important pour celles dont la mère a 35-39 ans. Les naissances vivantes survenues chez les femmes de 35 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses dans le reste du Québec que dans Lanaudière. Tous les territoires de CLSC et de RLS lanaudois présentent à cet égard des pourcentages moindres que celui du reste du Québec.

De l'année 2000 à 2009, la proportion de nouveau-nés issus de mères de 35 ans et plus a peu varié puisqu'elle s'est maintenue autour de 11 %. L'augmentation du nombre global de naissances vivantes durant cette période de dix ans fait toutefois en sorte que le nombre de nourrissons lanaudois dont la mère a 35 ans et plus est passé de 404 en 2000 à près de 600 en 2009.

Graphique 20
Naissances vivantes dont la mère a 35 ans et plus selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

4.11 Rangs de naissance

Le rang de naissance est étroitement associé à la santé des mères et de leurs nourrissons. Les primipares et celles qui ont trois enfants ou plus présentent des risques plus élevés d'issues défavorables de grossesse comme la prématurité, le retard de croissance intra-utérine et le faible poids à la naissance (ICIS, 2009).

Les femmes qui donnent naissance à un enfant pour la première fois ont des structures utérines et vasculaires qui ne sont pas toujours totalement développées, alors que les mères ayant une parité élevée n'ont pas toutes eu le temps de combler les pertes en vitamines, minéraux et acides aminés essentiels survenues lors de la grossesse antérieure. De plus, il est possible que leur utérus n'ait pas profité du temps nécessaire pour retrouver sa condition normale (ICIS, 2009).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, 44 % des naissances vivantes sont primipares. Cette proportion ne diffère pas selon le territoire de RLS ou de CLSC lanaudois. Celles des deux territoires de RLS lanaudois et de trois territoires de CLSC (Matawinie, Montcalm et Les Moulins) sont toutefois inférieures à la proportion de primipares du reste du Québec. Les naissances vivantes de troisième rang et plus sont deux fois moins nombreuses que les naissances vivantes primipares. Ce pourcentage varie selon le territoire de RLS ou de CLSC lanaudois. Il est intéressant de noter que le territoire de RLS de Lanaudière-Nord présente une proportion plus élevée de naissances vivantes de troisième rang et plus que celui du RLS de Lanaudière-Sud, et ce, même s'ils présentent des indices synthétiques de fécondité similaires. Le territoire de RLS de Lanaudière-Nord obtient une proportion supérieure à celle du reste du Québec, alors que la situation est inverse pour le sud lanaudois.

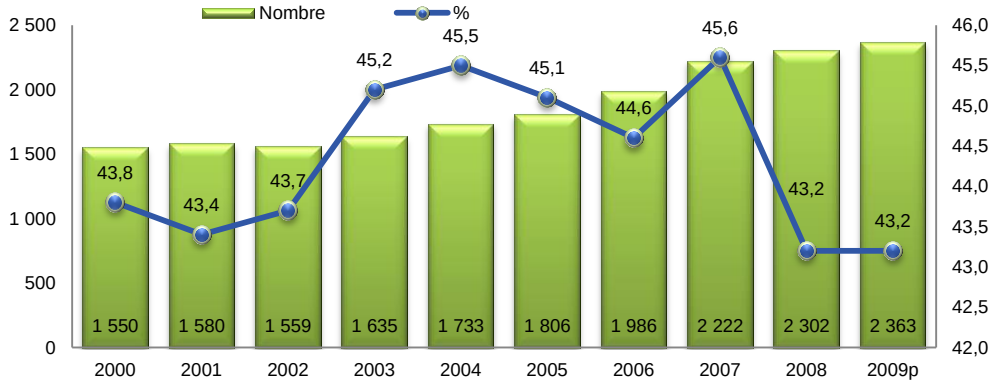
La proportion de naissances vivantes de premier rang parmi l'ensemble des naissances vivantes s'est maintenue entre 43 % et 46 % au cours des dix dernières années. Son sommet a été atteint durant les années 2004 à 2007, alors que sa valeur la plus faible est observée en 2008 et 2009. Malgré cette stabilité, le nombre de naissances primipares n'a cessé de croître entre les années 2000 et 2009, passant de 1 550 à 2 363.

Tableau 26
Naissances vivantes selon le rang de naissance, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	Rang 1		Rang 2		Rang 3 et plus	
	N moyen	%	N moyen	%	N moyen	%
D'Autray	192	45,2	147	34,6	86	20,2
Joliette	282	45,2	215	34,4	128	20,4
Matawinie	174	41,8	128	30,6	115	27,5
Montcalm	253	42,8	204	34,6	134	22,7
RLS de Lanaudière-Nord	**901**	**43,8**	**693**	**33,7**	**462**	**22,5**
L'Assomption	547	45,1	465	38,3	202	16,6
Les Moulins	848	43,4	765	39,2	339	17,4
RLS de Lanaudière-Sud	**1 394**	**44,1**	**1 230**	**38,8**	**541**	**17,1**
Lanaudière	**2 296**	**44,0**	**1 923**	**36,8**	**1 003**	**19,2**
Reste du Québec	36 931	45,4	29 116	35,8	15 251	18,8

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

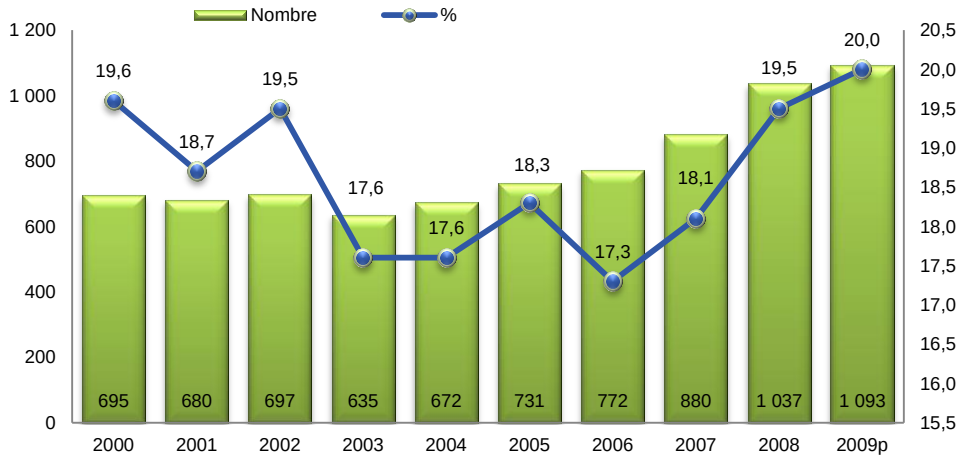
Graphique 21
Naissances vivantes de premier rang selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

À l'instar des naissances vivantes de premier rang, la proportion des naissances vivantes de troisième rang et plus est restée à peu près stable durant la période 2000-2009 avec une valeur oscillant entre 17 % et 20 %. En lien avec l'augmentation du nombre total de naissances vivantes dans Lanaudière et la hausse de la fécondité chez les femmes plus âgées, le nombre de naissances vivantes de troisième rang et plus s'est fortement accru en dix ans; celui-ci passant de 695 à 1 093.

Graphique 22
Naissances vivantes de troisième rang et plus selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

4.12 Intervalles intergénésiques

S'il est trop court, soit moins de douze mois, l'espacement entre deux naissances vivantes peut avoir une influence sur la santé du second nourrisson. Un relevé des études traitant du sujet fait état d'une association entre un intervalle intergénésique court et une incidence accrue de la prématurité, du faible poids à la naissance et du retard de croissance intra-utérine (Conde-Agudelo et autres, 2008).

En 2007-2009, moins de 1 % des naissances vivantes lanaudoises sont survenues moins de douze mois après une naissance vivante précédente. Cette proportion correspond à 24 nouveau-nés par année. Les faibles nombres concernés ne permettent pas d'établir de différence significative entre les territoires de CLSC ou de RLS lanaudois et le reste du Québec.

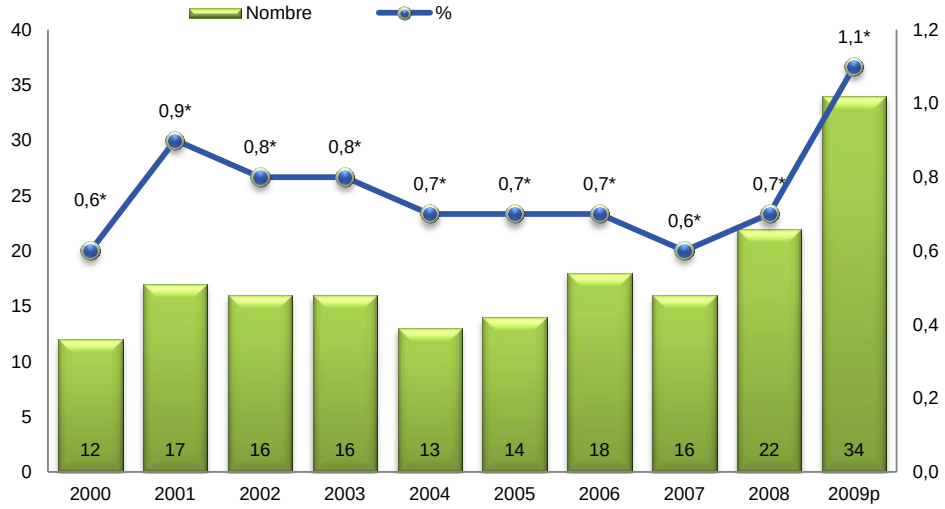
Tableau 27
Naissances vivantes survenues moins de douze mois après la naissance vivante précédente, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	N moyen	%	
D'Autray	< 5	np	
Joliette	< 5	np	
Matawinie	< 5	np	
Montcalm	< 5	np	
RLS de Lanaudière-Nord	**7**	**0,7**	
L'Assomption	8	1,3	*
Les Moulins	8	0,8	*
RLS de Lanaudière-Sud	**17**	**1,0**	
Lanaudière	**24**	**0,8**	
Reste du Québec	296	0,7	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires en 2009).

La part des nourrissons lanaudois nés moins de douze mois après leur aîné s'est maintenue sous la barre du 1 % entre les années 2000 et 2008. Le pourcentage observé en 2009, en apparence plus élevé, ne se distingue pas significativement de ceux des années antérieures.

Graphique 23
Naissances vivantes survenues moins de douze mois après la naissance vivante précédente selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

4.13 Allaitement maternel

L'un des objectifs de la *Politique de périnatalité 2009-2012* consiste à augmenter « le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif » (MSSS, 2010, p. 21). Cet objectif est justifié par le fait, amplement reconnu et documenté, que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois est bénéfique à la santé du nourrisson et de sa mère. Il contribue, chez le nouveau-né, à une meilleure protection contre les otites, les infections gastro-intestinales et respiratoires, à l'amélioration de l'acuité visuelle, à la réduction des risques de mort subite, tout en favorisant son développement cognitif. Chez la mère, il aide à la reminéralisation osseuse, à la perte de poids à un rythme plus rapide, à une diminution des risques de cancer du sein et des ovaires et à la survenue tardive des menstruations, ce qui favorise un espacement des naissances et une réduction des pertes sanguines (Santé Canada, 2004a; MSSS, 2008b).

« Selon certains grands organismes internationaux et nationaux de santé tels que l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou encore la Société canadienne de pédiatrie, les bienfaits de l'allaitement sont liés à sa durée ainsi qu'à son exclusivité. Ces organismes recommandent donc l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois de vie et la poursuite de l'allaitement, avec l'introduction d'aliments complémentaires, jusqu'à l'âge de 2 ans et plus » (Lavoie et Dumitru, 2011, p. 1).

Le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* vise un taux d'allaitement exclusif d'au moins 75 % à la sortie des services de maternité chez les bébés nés à terme, de 40 % à deux mois, de 30 % à quatre mois et de 10 % à six mois (ASSSL, 2009).

Selon les résultats de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, la moitié des Lanaudoises allaitent exclusivement leur poupon à la sortie du centre hospitalier ou de la maison de naissance. Ce taux d'allaitement exclusif parvient à se maintenir à 50 % durant la première semaine de vie des nouveau-nés, mais il chute par la suite. Il atteint ainsi 32 % à deux mois, 17 % à quatre mois et 2 % à six mois. Les taux d'allaitement exclusif lanaudois demeurent donc en deçà des objectifs préconisés par le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*. Ce constat n'est pas unique au territoire lanaudois, car les taux d'allaitement exclusif de l'ensemble du Québec sont similaires.

Avec la combinaison de l'allaitement exclusif et de l'allaitement partiel, les Lanaudoises présentent, en 2005-2006, un taux d'allaitement total frôlant les 80 % à la sortie du centre hospitalier ou de la maison de naissance. Ce même taux diminue par la suite pour se chiffrer à 36 % à six mois. Sauf au moment de la sortie des services de maternité, les taux d'allaitement total lanaudois sont toujours inférieurs à ceux du Québec.

Tableau 28
Taux d'allaitement total et exclusif pour différentes durées de vie du nouveau-né, Lanaudière et le Québec, 2005-2006 (taux pour 100 femmes)

	Lanaudière	Le Québec
	Taux	Taux
Allaitement total[1]		
Pendant le séjour au CH ou à la MN[3]	79,6	85,1
1 semaine	72,2	79,9
1 mois	62,3	73,1
2 mois	53,7	66,7
3 mois	48,7	61,6
4 mois	42,7	56,1
5 mois	39,9	51,3
6 mois	35,6	46,7
Allaitement exclusif[2]		
Pendant le séjour au CH ou à la MN[3]	52,1	52,1
1 semaine	48,6	50,7
1 mois	39,8	43,5
2 mois	31,5	35,1
3 mois	25,9	28,3
4 mois	17,2	19,7
5 mois	6,9	9,9
6 mois	1,9	3,0

[1] Signifie que l'enfant reçoit du lait maternel avec ou sans autres liquides ou solides.
[2] Signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel seulement.
[3] Au centre hospitalier ou à la maison de naissance.
Source : NEILL, Ghyslaine et autres. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, ISQ, 2006.

Selon les données de l'ESCC 2009-2010, 78 % des Lanaudoises de 15 à 55 ans ayant eu au moins un enfant au cours des cinq dernières années ont allaité (exclusif ou partiel) leur dernier enfant. Cette prévalence de l'allaitement maternel dans Lanaudière ne se distingue pas de celle du Québec (données non présentées). Il en est de même pour tous les cycles antérieurs de l'ESCC (2000-2001 à 2007-2008). Résultats probables des efforts de sensibilisation quant aux bienfaits de l'allaitement maternel, les données chronologiques de l'ESCC semblent montrer que la proportion de mères ayant allaité s'est accrue depuis 2000-2001[34].

[34] La variation des taux d'allaitement entre les cycles de l'ESCC doit être considérée avec prudence, car la comparabilité de ces taux n'est pas encore confirmée. Il importe également de retenir que les données de l'ESCC ne sont pas comparables à celles de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*.

4.14 Interventions postnatales

À l'instar du suivi médical durant la grossesse, les interventions postnatales permettent de détecter précocement les risques pour la santé ainsi que les problèmes de santé ou d'adaptation des membres de la famille. C'est pour cette raison, et en lien avec la volonté de réduire la durée de l'hospitalisation après l'accouchement, qu'un programme de suivi prévoyant un appel téléphonique et une visite postnatale systématique par une infirmière a été instauré par le MSSS (MSSS, 2008b).

Les données régionales récentes permettant de mesurer le niveau d'atteinte de ce programme ne sont pas disponibles. Au Québec, en 2007-2008, 85 % des parents de nouveau-nés ont reçu une visite (68 %) ou un appel téléphonique (17 %) après le congé postnatal (CSBE, 2012c).

« Après un accouchement normal, le congé de la mère et du nouveau-né séjournant dans un centre accoucheur est donné 48 heures ou moins après la naissance de l'enfant. Dans le cas d'un accouchement par césarienne, ce congé est donné 96 heures ou moins après la naissance de l'enfant. Cette durée est maintenant devenue la norme en l'absence de complications ou de particularités chez la mère ou l'enfant.

Dans ces conditions, il est donc essentiel d'offrir un continuum de soins et de services sans failles après le congé postnatal. La nécessité d'offrir à toutes les femmes, qu'elles fassent partie ou non d'une population considérée comme vulnérable, une visite postnatale dans les délais prescrits s'impose encore. Cette visite systématique vise certes à assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, mais elle répond également aux convictions qui sous-tendent la définition des services de périnatalité, en offrant une présence rassurante dans le milieu de vie du nouveau-né et de sa famille » (MSSS, 2008b, p. 59-60).

4.15 Recours au service Info-Santé

Les statistiques relatives à l'utilisation du service Info-Santé permettent d'estimer le nombre de personnes affectées par un problème de santé non urgent ou ayant besoin d'information relative à la santé physique ou mentale, un facteur de risque, un médicament, etc. Le service Info-Santé contribue également à orienter les usagers « vers la bonne porte dans le système de santé et de services sociaux » (MSSS, 2011).

En 2010, le service Info-Santé a reçu au moins 11 730 appels téléphoniques de Lanaudoises et de Lanaudois concernant un enfant de moins d'un an[35]. Ce chiffre représente 10 % des 112 908 appels téléphoniques lanaudois reçus par le service. Rapporté sur les enfants lanaudois de moins d'un an en 2010, ce nombre correspond à deux appels par enfant sur une période de douze mois. Ce rapport appels-enfant est équivalent entre les deux territoires de RLS lanaudois. Il est à son plus bas niveau dans le territoire de CLSC de Matawinie, alors qu'il atteint un sommet dans celui de Montcalm.

Le cinquième des appels téléphoniques lanaudois faits auprès du service Info-Santé en 2010 concerne un problème ou une demande d'information concernant le système gastro-intestinal d'un enfant de moins d'un an. Viennent ensuite les appels relatifs au système respiratoire et la température corporelle. Ces trois thèmes regroupent à eux seuls près de la moitié des appels téléphoniques concernant un enfant lanaudois de moins d'un an.

[35] Ce nombre pourrait être plus élevé, car l'âge de la personne concernée par l'appel au service Info-Santé est inconnu dans près de 13 % des cas (N = 14 170).

Tableau 29
Appels au service Info-Santé concernant un enfant de moins d'un an, territoires de CLSC, RLS et Lanaudière, 2010 (N et taux pour 100 enfants de moins d'un an)

	N	Taux
D'Autray	914	201,3
Joliette	1 406	225,3
Matawinie	780	196,5
Montcalm	1 369	240,2
RLS de Lanaudière-Nord	**4 469**	**218,5**
L'Assomption	2 730	211,5
Les Moulins	4 434	224,7
RLS de Lanaudière-Sud	**7 164**	**219,5**
Lanaudière[1]	**11 730**	**220,9**

[1] Comprends 97 appels dont le territoire de CLSC de résidence de l'usager lanaudois est inconnu.
Sources : SOGIQUE. Base de données Info-Santé Web, 2011.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Tableau 30
Appels au service Info-Santé concernant un enfant de moins d'un an selon la raison, Lanaudière, 2010 (N et %)

	N	%
Système gastro-intestinal, manifestations ou symptômes	2 558	21,8
Système respiratoire, manifestations ou symptômes	1 900	16,2
Thermorégulation	1 314	11,2
Peau et tissus, manifestations ou symptômes	1 067	9,1
Grossesse et situations périnatales	985	8,4
Alimentation	700	6,0
Lésions traumatiques	521	4,4
Maladies infectieuses et parasitaires	367	3,1
Système ophtalmique, manifestations ou symptômes	327	2,8
Allaitement	321	2,7
Hygiène dentaire ou problème dentaire	245	2,1
Demande d'information-conseils en matière de santé	202	1,7
Système auditif, manifestations ou symptômes	185	1,6
Médication	179	1,5
Vaccination et immunisations préventives	148	1,3
Réaction postvaccination	107	0,9
Grippe	100	0,9
Autres raisons	504	4,3
Total	11 730	100,0

Source : SOGIQUE. Base de données Info-Santé Web, 2011.

5. INDICATEURS DE SANTÉ

La grossesse et la naissance sont, la plupart du temps, des épisodes de la vie qui se concluent sans conséquences néfastes pour la mère et son nouveau-né. Dans certains cas, et pour de multiples raisons, l'issue de la grossesse peut toutefois être défavorable pour la santé de la mère et de son nourrisson. Elle peut occasionner une morbidité sévère ou non, et dans le pire des scénarios, la mort. Une meilleure connaissance de la fréquence des issues défavorables de grossesse et des caractéristiques des mères et des enfants concernés peut contribuer à en réduire l'incidence.

5.1 Morbidité maternelle grave

Le taux de morbidité maternelle grave correspond au nombre de femmes affectées par une morbidité liée à la grossesse, au travail ou à l'accouchement mettant en danger leur vie pour 1 000 accouchements à l'hôpital. Il s'agit d'un indicateur « important qui complète le ratio de mortalité maternelle dans les pays industrialisés et peut représenter le fardeau qu'imposent à la population la maladie et l'incapacité découlant de [morbidité] maternelle potentiellement mortelle » (ASPC, 2008, p. 112).

Les deux principaux problèmes de morbidité maternelle graves sont l'hémorragie postpartum (avec ou sans transfusion ou hystérectomie) et l'embolie. Les autres problèmes pouvant mettre en péril la vie des mères sont le choc septique, l'éclampsie, les complications liées à l'anesthésie, les troubles cérébrovasculaires et la rupture utérine (ASPC, 2008).

L'âge avancé de la mère, le travail déclenché médicalement, la césarienne ou l'accouchement chirurgical ainsi que les complications de la grossesse peuvent être à la source de problèmes de santé maternels graves (ASPC, 2008).

Entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2011, un peu plus de 300 hospitalisations de Lanaudoises sont survenues chaque année à la suite d'une hémorragie postpartum, soit un taux de 61,1 hospitalisations pour 1 000 accouchements à l'hôpital[36]. Ce taux est plus élevé que celui du reste du Québec. Ce type de complication obstétricale n'est certes plus aussi mortel qu'auparavant, mais il demeure un problème préoccupant (ASPC, 2008).

Aussi bien dans Lanaudière que dans le reste du Québec, les hospitalisations pour éclampsie et embolie consécutives à un accouchement se classent loin derrière les hémorragies postpartum. Leur taux ne dépassant pas 1 hospitalisation pour 1 000 accouchements à l'hôpital.

[36] Les données relatives à la morbidité hospitalière maternelle grave ne sont pas présentées par territoires de CLSC et de RLS lanaudois en raison de leur imprécision statistique.

Tableau 31
Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière maternelle grave, Lanaudière et reste du Québec, 2006-2011 (N moyen et taux pour 1 000 accouchements à l'hôpital)

	Lanaudière			Reste du Québec		
	N moyen	Taux		N moyen	Taux	
Embolie obstétricale (CIM-10-CA : O88.0, O88.2, O88.3 et O88.8)	3	0,5	*	44	0,6	
Embolie amniotique (CIM-10-CA : O88.1)	< 5	np		6	0,1	*
Hémorragie postpartum (CIM-10-CA : O72.0, O72.1, O72.2 et O72.3)	307	61,1		4 229	54,9	
Éclampsie (CIM-10-CA : O15.0, O15.1, O15.2 et O15.9)	5	1,0	*	81	1,1	

Notes : Entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2011, on compte 25 154 accouchements de Lanaudoises à l'hôpital. Ce nombre atteint 385 523 pour les autres Québécoises.
Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Source : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2010-2011.

5.2 Mortalité maternelle

La mortalité maternelle concerne les décès de femmes survenus durant la grossesse, l'accouchement ou au cours des 42 jours après l'accouchement et dont la cause est déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins périnatals reçus. Les causes accidentelles ou fortuites sont exclues (ASPC, 2008). Selon les propos de l'OMS repris par Santé Canada (2004b), la mortalité maternelle est un indicateur permettant de mesurer le statut socioéconomique des femmes ainsi que l'accessibilité aux services du réseau de la santé et sa capacité de répondre adéquatement à leurs besoins.

Les principales causes de mortalité maternelle sont la grossesse ectopique et molaire, la grossesse aboutissant à un avortement, l'hémorragie antepartum, le décollement placentaire et le *placenta prævia*, l'hypertension durant la grossesse, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, l'hémorragie postpartum, l'infection puerpérale grave, l'embolie pulmonaire obstétricale et les troubles cérébro-vasculaires pendant les suites de couches (ASPC, 2008).

Durant la période allant de 2000 à 2009, trois Lanaudoises sont décédées de complications survenues durant la grossesse ou des suites de l'accouchement (données non présentées). Rapportés sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées durant cette période, ces événements correspondent à un taux de 7,1 décès pour 100 000 naissances vivantes. Au cours de ces dix années, 29 décès maternels sont survenus dans le reste du Québec, soit un taux de 3,9 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux ne se démarque pas statistiquement du ratio lanaudois.

Les causes de décès maternel les plus fréquemment observées dans Lanaudière et le reste du Québec sont, selon l'ordre d'importance, la grossesse ectopique, l'hypertension gestationnelle, l'embolie obstétricale et les complications ou les troubles consécutifs à un acte chirurgical obstétrique (une césarienne, par exemple).

5.3 Prématurité

Une naissance vivante est prématurée lorsque la gestation est inférieure à 37 semaines révolues. Un nouveau-né est considéré grand prématuré si la gestation se situe entre 28 et 31 semaines complètes et très grand prématuré si elle est inférieure à 28 semaines révolues. Une grossesse normale menant à une naissance vivante dure environ 270 jours après la fécondation, soit de 38 à 39 semaines.

Loin d'être anodine, la prématurité constitue la principale cause de mortalité infantile et périnatale au Québec. Elle contribue à la morbidité des nourrissons et génère, par le fait même, des coûts importants en soins de santé[37]. Les nouveau-nés prématurés présentent habituellement un taux de détresse respiratoire plus élevé, une instabilité de la température corporelle, une prévalence accrue de troubles neurocognitifs et des problèmes ophtalmologiques. Ils ont, à l'âge adulte, des risques plus élevés d'infirmité motrice cérébrale, de troubles psychiatriques et de troubles de l'attention (ICIS, 2009; Kramer et autres, 2000).

[37] Les lecteurs sont invités à consulter le document intitulé *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada* produit par l'ICIS (2009) afin de prendre connaissance des coûts hospitaliers en fonction de la durée de gestation et du type de naissance (simple ou multiples).

Au Canada, 70 % des naissances prématurées sont spontanées en raison d'une souffrance fœtale, d'un retard de croissance intra-utérine, de l'âge de la mère, d'une grossesse gémellaire, de la parité, etc. Les autres 30 % de naissances prématurées sont déclenchées pour des raisons médicales. L'hypertension, le diabète[38], le saignement maternel, le retard de croissance intra-utérine et la souffrance fœtale justifient un accouchement prématuré par césarienne ou un déclenchement du travail (médical ou chirurgical) (ICIS, 2009).

Avec une valeur de 7,6 % en 2007-2009, la proportion lanaudoise de naissances prématurées répond à l'un des objectifs du *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* qui consiste à la réduire à moins de 7,8 % (ASSSL, 2009).

En 2007-2009, près de 8 % des naissances vivantes issues de mères lanaudoises sont prématurées, soit une moyenne annuelle de 400 nourrissons. Les trois quarts de ces naissances vivantes survenues avant terme sont légèrement prématurées (de 34 à 36 semaines de gestation)[39], alors qu'une cinquantaine a une gestation inférieure à 32 semaines. Peu importe la durée de gestation, les données lanaudoises ne se distinguent pas de celles du reste du Québec à cet égard. Ce constat ne s'applique toutefois pas à toutes les composantes lanaudoises, puisque le territoire de RLS de Lanaudière-Nord affiche un taux de prématurité supérieur à celui du reste du Québec. Il en est de même pour le territoire de CLSC de Matawinie.

[38] Au Canada, en 2006-2007, 28 % des bébés dont la mère avait le diabète avant la grossesse (préexistant) sont nés prématurément. La proportion de prématurés se situe à 12 % pour les nourrissons issus d'une mère affectée par le diabète gestationnel. Dans les cas d'hypertension préexistante, la prématurité atteint 26 % contre 21 % pour l'hypertension gestationnelle. Toujours au Canada, en 2006-2007, 8 % de l'ensemble des nourrissons sont nés prématurément (ICIS, 2009).

[39] Les bébés qui présentent une prématurité légère requièrent généralement moins de soins que ceux nés avant 34 semaines de gestation. Une étude a toutefois démontré que la prématurité légère n'est pas sans conséquence, car elle génère une mortalité néonatale plus élevée que celle observée chez les nourrissons nés à 37 semaines et plus de gestation (Kramer et autres, 2000).

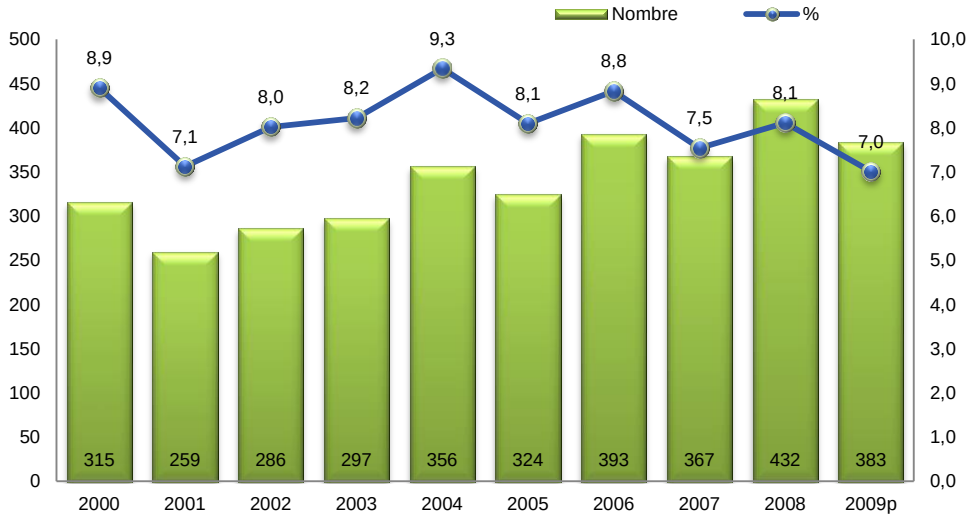
Tableau 32
Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	N moyen	%
D'Autray	29	6,9
Joliette	51	8,2
Matawinie	38	9,1
Montcalm	46	7,9
RLS de Lanaudière-Nord	**164**	**8,1**
L'Assomption	92	7,6
Les Moulins	138	7,1
RLS de Lanaudière-Sud	**230**	**7,3**
Lanaudière	**394**	**7,6**
Reste du Québec	5 902	7,3

Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

Entre les années 2000 et 2008, le pourcentage lanaudois de naissances vivantes prématurées a varié en dents de scie. L'année 2009, par contre, semble annoncer une diminution du taux de prématurité. Malgré cela, le nombre de naissances vivantes prématurées lanaudoises s'est accru de 22 %, passant de 315 en 2000 à 383 en 2009. Cette augmentation s'explique par la hausse de la fécondité combinée à une croissance des effectifs féminins lanaudois en âge de procréer au cours des dernières années.

Graphique 24
Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

La répartition des naissances vivantes prématurées selon la durée de gestation ne fait pas état de variations significatives d'une année à l'autre. Généralement, entre 75 % et 80 % des naissances vivantes prématurées lanaudoises surviennent après 34, 35 ou 36 semaines de gestation.

Tableau 33
Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon la durée de gestation et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)

	Très grande prématurité (moins de 28 semaines)			Grande prématurité (28 à 31 semaines)			Prématurité modérée (32 à 33 semaines)			Prématurité légère (34 à 36 semaines)		Prématurité (moins de 37 semaines)	
	N	%		N	%		N	%		N	%	N	%
2000	17	0,5	*	28	0,8	*	35	1,0	*	235	6,6	315	8,9
2001	18	0,5	*	19	0,5	*	25	0,7	*	197	5,4	259	7,1
2002	14	0,4	*	18	0,5	*	22	0,6	*	232	6,5	286	8,0
2003	12	0,3	*	26	0,7	*	34	0,9	*	225	6,2	297	8,2
2004	15	0,4	*	36	0,9		31	0,8	*	274	7,2	356	9,3
2005	17	0,4	*	12	0,3	*	43	1,1		252	6,3	324	8,1
2006	23	0,5	*	18	0,4	*	33	0,7	*	319	7,2	393	8,8
2007	27	0,6	*	34	0,7	*	39	0,8		267	5,5	367	7,5
2008	26	0,5	*	24	0,5	*	43	0,8		339	6,4	432	8,1
2009p	9	0,2	*	44	0,8		35	0,7	*	295	5,5	383	7,0

p : Données provisoires.
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

Plus d'un facteur de risque peut être associé à la prématurité et il n'est pas rare qu'une combinaison de plusieurs d'entre eux soit la source d'une naissance vivante avant terme. Même s'il ne permet pas d'établir des liens de causalité avec la prématurité, et qu'il ne couvre pas un large éventail de facteurs de risque, le *Fichier des naissances vivantes* du MSSS permet de mesurer quelques risques de prématurité associés à certaines caractéristiques des mères et de la grossesse[40].

[40] Les constats présentés dans cette section concernent le reste du Québec plutôt que la région de Lanaudière. Le nombre plus élevé de naissances vivantes pour le reste du Québec favorise une meilleure « robustesse statistique » des tests de comparaison.

Les données de la période 2007-2009 permettent ainsi d'établir que le risque de donner naissance à un bébé prématuré est plus élevé chez les mères de 35 ans et plus et de moins de 20 ans qu'il ne l'est chez celles de 25-29 ans[41]. Avec un taux de prématurité de 50 %, les naissances vivantes multiples présentent un risque de prématurité neuf fois supérieur à celui des naissances vivantes simples. Le risque de prématurité est aussi plus élevé parmi les naissances de 3e rang et plus et de 1er rang comparativement à celui des naissances vivantes de 2e rang. Les bébés nés moins de douze mois après leur aîné présentent aussi un risque supérieur de prématurité que les autres nourrissons.

Tableau 34
Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon certains facteurs de risque, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen, % et risque relatif)

	Lanaudière				Reste du Québec			
	N moyen	%	Risque relatif		N moyen	%	Risque relatif	
Âge maternel								
Moins de 20 ans	15	9,3	1,30		200	8,7	1,23	+
20-24 ans	59	7,2	1,00		917	7,8	1,11	+
25-29 ans	146	7,2	1,00		1 970	7,0	1,00	
30-34 ans	123	7,6	1,06		1 777	6,9	0,98	
35 ans et plus	51	9,1	1,27	+	1 037	8,2	1,17	+
Type de naissance								
Simple	316	6,3	1,00		4 620	5,9	1,00	
Multiple	78	54,8	8,76	+	1 282	53,6	9,05	+
Rang de naissance								
Rang 1	170	7,4	1,04		2 723	7,4	1,13	+
Rang 2	137	7,2	1,00		1 903	6,6	1,00	
Rang 3	61	8,9	1,25	+	808	7,7	1,17	+
Rang 4 et plus	26	8,1	1,13		467	10,2	1,54	+
Intervalle intergénésique								
Moins de 12 mois	4	16,9	2,63	+	65	22,1	3,79	+
12 mois et plus	181	6,4	1,00		2 454	5,8	1,00	

Note : Le symbole + signifie que le risque relatif est significativement supérieur à la valeur 1,00 avec un niveau de confiance à 95 %.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

[41] Le risque relatif est calculé en prenant comme valeur étalon le pourcentage le plus faible (ex. : celui des mères lanaudoises de 25-29 ans). Cette valeur étalon est établie à 1,00. Un test de comparaison permet d'établir l'existence d'une différence significative entre les risques relatifs avec un niveau de confiance à 95 %. Un risque relatif de 1,30 signifie, pour une caractéristique donnée, que la mère a 30 % plus de risque d'avoir un bébé prématuré que la mère ayant le risque relatif le plus faible, soit celui égal à 1,00.

Les caractéristiques économiques du milieu de vie des mères sont aussi associées à la prématurité. Ainsi, selon les données de la période 2007-2008, les Lanaudoises résidant dans un milieu défavorisé au plan matériel (quartile 4) présentent une proportion de naissances vivantes prématurées supérieure à celle des mères vivant dans un milieu plus favorisé matériellement (quartile 1). Aucune différence n'est toutefois confirmée statistiquement entre les proportions de naissances vivantes prématurées selon le quartile de défavorisation sociale ou lorsque les deux dimensions de l'indice de défavorisation sont considérées.

Tableau 35
Naissances vivantes prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (N moyen et %)

	N moyen	%
Dimension matérielle		
Quartile 1 (favorisé)	98	7,4
Quartiles 2 et 3	190	7,6
Quartile 4 (défavorisé)	108	9,0
Dimension sociale		
Quartile 1 (favorisé)	111	8,5
Quartiles 2 et 3	204	7,8
Quartile 4 (défavorisé)	80	7,4
Dimensions combinées		
Quartiles 1-1 (favorisés)	21	8,0
Quartiles 4-4 (défavorisés)	17	8,2

Note : L'indice de défavorisation calculé avec les données du recensement canadien de 2006 est seulement disponible pour les années 2007 et 2008.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 et 2008.

5.4 Postmaturité

Une naissance vivante est postmaturée lorsqu'elle survient à 42 semaines ou plus de gestation, soit 294 jours ou plus après le premier jour des dernières menstruations (Ehrenstein et autres, 2007).

Les naissances vivantes après terme peuvent survenir dans les cas d'anencéphalie fœtale ou lorsque la mère en est à sa première grossesse, est très jeune ou a des antécédents de grossesse prolongée. Les troubles hormonaux chez la mère peuvent aussi favoriser une grossesse prolongée. Même si certains de ces déterminants ont été identifiés et documentés, les mécanismes biologiques menant à la postmaturité demeurent méconnus (Ehrenstein et autres, 2007).

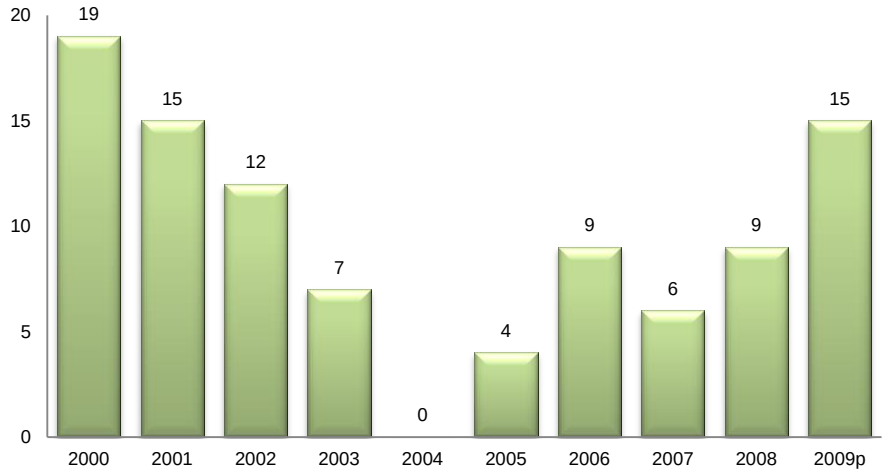
Les conséquences de la postmaturité sont loin d'être négligeables. Chez les nourrissons, elle accroît les risques de mortalité périnatale, de macrosomie (4 500 grammes et plus à la naissance), d'aspiration de méconium par le fœtus, de problèmes cardiaques, de paralysie, d'asphyxie, d'infection, de fracture osseuse lors de la naissance, de complications neurologiques, de pneumonie, de septicémie et d'épilepsie. Les nouveau-nés postmaturés présentent également un moins bon score que les autres nourrissons au test d'Apgar. Une grossesse atteignant 42 semaines augmente les risques de complications maternelles lors de l'accouchement : traumatisme obstétrique, césarienne, dystocie, hémorragie postpartum, infection puerpérale, etc. (Briscoe et autres, 2005; Ehrenstein et autres, 2007; APSC, 2008).

Au cours de la période 2007-2009, une dizaine de naissances vivantes postmaturées sont issues de mères lanaudoises, soit 0,2 % de l'ensemble des naissances vivantes. Cette proportion est similaire entre les différentes composantes territoriales de Lanaudière et elle est semblable à celle du reste du Québec (données non présentées).

Entre les années 2000 et 2009, le nombre de naissances vivantes lanaudoises survenues à 42 semaines ou plus de gestation varie entre 0 et 20 par année. Le faible nombre de cas concerné fait en sorte qu'il est difficile d'établir une tendance chronologique quant à la prévalence des naissances vivantes postmaturées[42].

[42] Les données du *Rapport sur la santé périnatale au Canada. Édition 2008* montrent que le taux de postmaturité a significativement chuté au fil des ans, celui-ci est passé de 2,5 cas pour 100 naissances vivantes en 1995 à 0,8 cas en 2004 (ASPC, 2008).

Graphique 25
Naissances vivantes postmaturées (42 semaines et plus de gestation) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

5.5 Faible poids à la naissance

Les nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes sont considérés comme ayant un faible poids à la naissance. Comparativement aux nourrissons pesant 2 500 grammes ou plus, les bébés de faible poids font face à des risques plus élevés de mortalité périnatale et infantile. Ils sont aussi plus fréquemment confrontés à des problèmes de santé chroniques et à des incapacités physiques et cognitives, ce qui engendre des coûts importants en soins de santé[43] (ICIS, 2009).

La prématurité et le retard de croissance intra-utérine sont les deux principales causes du faible poids à la naissance. Ces deux causes résultent généralement d'une grossesse multiple, d'antécédents de prématurité ou d'avortement spontané, de l'âge de la mère (jeune ou âgée) et, durant la grossesse, du tabagisme ou de l'exposition à la fumée secondaire du tabac, de la consommation d'alcool ou de drogues, de conditions stressantes à la maison ou au travail, d'une infection, d'une alimentation inadéquate, de l'exposition à la violence, de l'absence de soutien social et d'un épuisement (COPIPN, 2012).

En 2007-2009, 6 % des naissances vivantes lanaudoises sont de faible poids, soit environ 300 nourrissons par année. Les trois quarts de ces naissances vivantes concernent des nouveau-nés pesant 2 000 à 2 499 grammes (faible poids modéré), alors qu'une quarantaine font moins de 1 500 grammes (très faible poids). Qu'importe le poids du nourrisson, les données de l'ensemble lanaudois ne se distinguent pas de celles du reste du Québec. Par contre, le territoire du RLS de Lanaudière-Nord affiche un pourcentage de naissances de faible poids supérieur à celui du reste du Québec.

Entre les années 2000 et 2009, le pourcentage lanaudois de naissances vivantes de faible poids n'a pas varié significativement. Ce constat s'applique à toutes les catégories de poids à la naissance. Malgré cela, le nombre de naissances vivantes lanaudoises de faible poids s'est accru de 42 %, passant de 214 en 2000 à 305 en 2009. Cette augmentation s'explique par la hausse de la fécondité combinée à une croissance des effectifs féminins lanaudois en âge de procréer au cours des dernières années.

Tableau 36
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	N moyen	%
D'Autray	27	6,4
Joliette	40	6,6
Matawinie	26	6,4
Montcalm	36	6,3
RLS de Lanaudière-Nord	**130**	**6,4**
L'Assomption	72	6,0
Les Moulins	103	5,3
RLS de Lanaudière-Sud	**175**	**5,6**
Lanaudière	**305**	**5,9**
Reste du Québec	4 588	5,7

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

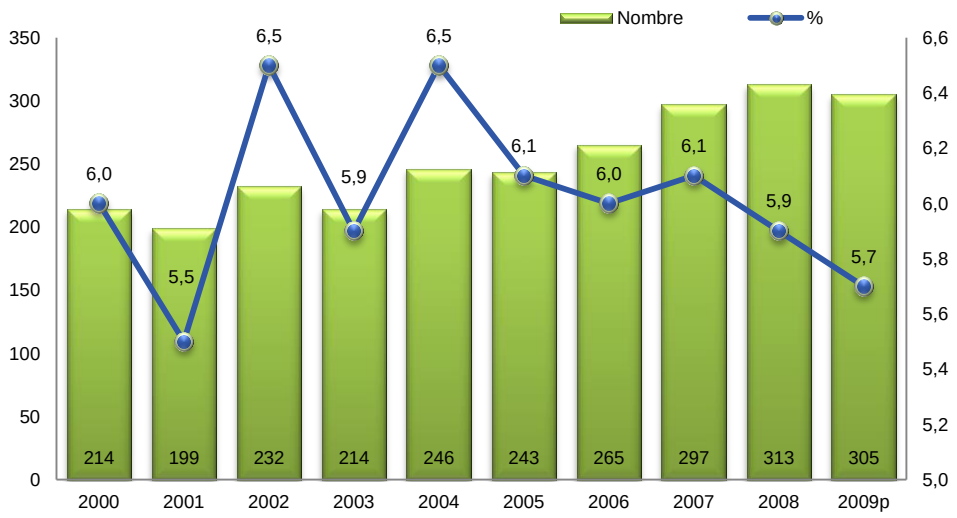
[43] Les lecteurs sont invités à consulter le document intitulé *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada* produit par l'ICIS (2009) afin de prendre connaissance des coûts hospitaliers en fonction du poids à la naissance.

Tableau 37
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon la catégorie de poids et l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)

	Très faible poids (<1 500 g.)			Faible poids (1 500 à 1 999 g.)			Faible poids modéré (2 000 à 2 499 g.)			Faible poids (moins de 2 500 g.)	
	N	%		N	%		N	%		N	%
2000	39	1,1		44	1,2		131	3,7		214	6,0
2001	29	0,8	*	40	1,1		130	3,6		199	5,5
2002	29	0,8	*	38	1,1		165	4,6		232	6,5
2003	33	0,9	*	34	0,9	*	147	4,1		214	5,9
2004	47	1,2		43	1,1		156	4,1		246	6,5
2005	34	0,8	*	54	1,3		155	3,9		243	6,1
2006	40	0,9		44	1,0		181	4,1		265	6,0
2007	52	1,1		59	1,2		186	3,8		297	6,1
2008	46	0,9		52	1,0		215	4,0		313	5,9
2009p	40	0,8		59	1,1		206	3,9		305	5,7

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

Graphique 26
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

Les données de la période 2007-2009 montrent que le risque de donner naissance à un bébé de faible poids est plus élevé chez les mères de 35 ans et plus et de moins de 25 ans qu'il ne l'est chez celles de 25-34 ans[44]. Les naissances vivantes multiples présentent pour leur part un risque de faible poids de onze à douze fois supérieur à celui observé avec les naissances vivantes simples. Le risque d'insuffisance pondérale est aussi nettement plus élevé parmi les naissances de 3e rang et plus et de 1er rang comparativement à celui des naissances vivantes de 2e rang. De même, les bébés nés moins de douze mois après leur aîné présentent un risque plus élevé de faible poids que les autres nourrissons, celui-ci étant de trois à quatre fois plus élevé.

Tableau 38
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon certains facteurs de risque, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen, % et risque relatif)

	Lanaudière				Reste du Québec			
	N moyen	%	Risque relatif		N moyen	%	Risque relatif	
Âge maternel								
Moins de 20 ans	13	7,8	1,38	+	151	6,5	1,23	+
20-24 ans	48	5,9	1,05		710	6,0	1,13	+
25-29 ans	115	5,7	1,00		1 507	5,4	1,01	
30-34 ans	92	5,7	1,01		1 381	5,3	1,00	
35 ans et plus	38	6,7	1,18		838	6,6	1,24	*
Type de naissance								
Simple	231	4,6	1,00		3 358	4,3	1,00	
Multiple	74	52,0	11,35	+	1 230	51,0	11,88	+
Rang de naissance								
Rang 1	144	6,3	1,26	+	2 246	6,1	1,24	+
Rang 2	96	5,0	1,00		1 430	4,9	1,00	
Rang 3	44	6,5	1,29	+	595	5,7	1,15	+
Rang 4 et plus	22	6,9	1,38	+	3 164	6,8	1,38	+
Intervalle intergénésique								
Moins de 12 mois	3	14,1	3,29	+	41	14,1	3,64	+
12 mois et plus	120	4,3	1,00		1 643	3,9	1,00	

Note : Le symbole + signifie que le risque relatif est significativement supérieur à la valeur 1,00 avec un niveau de confiance à 95 %.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

[44] Les constats présentés dans cette section concernent le reste du Québec plutôt que la région de Lanaudière. Le nombre plus élevé de naissances vivantes pour le reste du Québec favorise une meilleure « robustesse statistique » des tests de comparaison.

Les caractéristiques économiques du milieu de vie des mères sont généralement associées à la prématurité. Toutefois, les données lanaudoises de la période 2007-2008 ne font pas ressortir de différence significative en fonction de la défavorisation matérielle ou sociale.

Tableau 39
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (N moyen et %)

	N moyen	%
Dimension matérielle		
Quartile 1 (favorisé)	76	5,8
Quartiles 2 et 3	143	5,7
Quartile 4 (défavorisé)	82	6,9
Dimension sociale		
Quartile 1 (favorisé)	83	6,4
Quartiles 2 et 3	152	5,8
Quartile 4 (défavorisé)	66	6,1
Dimensions combinées		
Quartiles 1-1 (favorisés)	15	5,7
Quartiles 4-4 (défavorisés)	16	7,5

Note : L'indice de défavorisation calculé avec les données du recensement canadien de 2006 est seulement disponible pour les années 2007 et 2008.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2008.

5.6 Faible poids à la naissance et prématurité

Les sections précédentes le soulignent, la prématurité et le faible poids à la naissance génèrent des conséquences néfastes pour la santé des nourrissons tout en exigeant des coûts d'hospitalisation élevés. Ces impacts sont encore plus grands lorsque les nouveau-nés présentent, à la fois, de la prématurité et un faible poids à la naissance. Parmi les effets à long terme sur leur santé, on observe une prévalence plus élevée de certaines maladies chroniques, telles que la dyslipidémie (taux élevé de mauvais cholestérol ou taux faible de bon cholestérol) et l'hypertension (Russell et autres, 2007).

Une étude menée aux États-Unis en 2001 estime que les enfants nés avant la 37e semaine de gestation et pesant moins de 2 500 grammes accaparent la moitié des coûts des services hospitaliers et le quart des coûts des services pédiatriques offerts à l'ensemble des nouveau-nés. Le coût moyen d'hospitalisation d'un bébé prématuré et de faible poids est 25 fois plus élevé que celui des autres nouveau-nés (Russell et autres, 2007).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, 4 % des naissances vivantes sont prématurées et de faible poids pour une moyenne annuelle d'environ 200 poupons. Cette prévalence est la même pour toutes les composantes territoriales de Lanaudière et elle est identique à celle du reste du Québec.

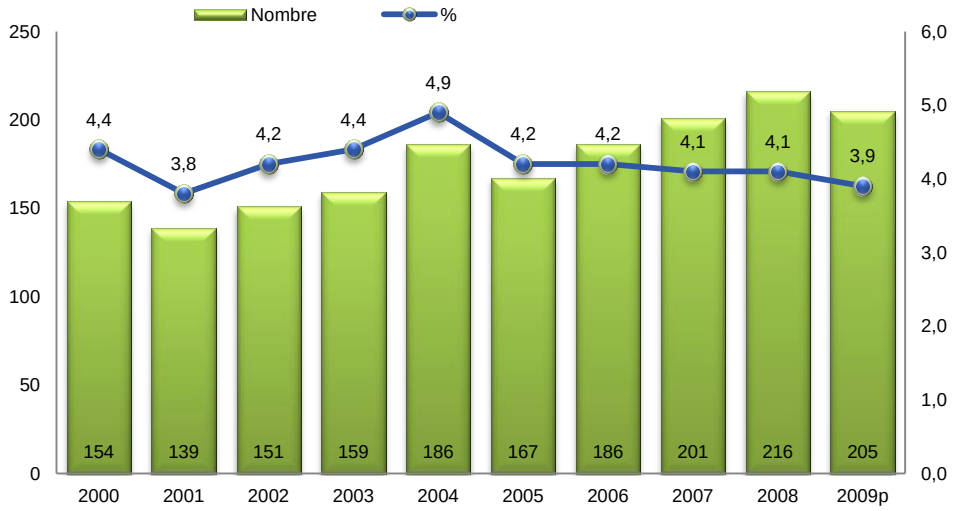
Tableau 40
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) et prématurées (moins de 37 semaines de gestation), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	N moyen	%
D'Autray	16	3,8
Joliette	26	4,2
Matawinie	20	4,8
Montcalm	23	4,1
RLS de Lanaudière-Nord	**85**	**4,2**
L'Assomption	51	4,3
Les Moulins	71	3,7
RLS de Lanaudière-Sud	**123**	**3,9**
Lanaudière	**207**	**4,0**
Reste du Québec	3 187	4,0

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

Entre les années 2000 et 2009, la proportion de naissances vivantes prématurées et de faibles poids n'a pas varié significativement dans Lanaudière, même si elle semble afficher une légère baisse depuis cinq ans. Malgré cette stabilité du pourcentage, le nombre de naissances vivantes prématurées et de petits poids s'est accru de 33 % dans la région, passant de 154 pour l'année 2000 à 205 en 2009. Cette augmentation ne fait pas état d'une aggravation de la problématique, mais plutôt d'une hausse de la fécondité et de la croissance du nombre de Lanaudoises en âge de procréer.

Graphique 27
Naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) et prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009
(N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

5.7 Macrosomie fœtale

Tout comme pour le faible poids à la naissance, la macrosomie fœtale (4 500 grammes ou plus à la naissance[45]) représente des aléas importants pour la santé du nourrisson et de la mère. Elle prédispose à un accouchement plus difficile avec, pour le nouveau-né, des risques élevés de blessures traumatiques, d'asphyxie et de fracture de la clavicule, ce qui accroît la morbidité et la mortalité. Chez la mère, la macrosomie fœtale peut augmenter les risques d'hémorragie postpartum et de lacérations des voies vaginales (Nassar et autres, 2003).

L'une des principales causes associées à la macrosomie est le diabète de grossesse (ICIS, 2009). Les risques de macrosomie fœtale seraient plus importants parmi les femmes multipares, âgées de 35 ans et plus, ayant déjà eu un bébé macrosome ou obèse (Vulgaris-Médical, 2011).

En 2007-2009, environ 1 % des nourrissons lanaudois sont macrosomiques, soit 58 naissances vivantes par année. Cette prévalence ne varie pas significativement entre les territoires de CLSC et de RLS lanaudois. Les proportions de l'ensemble lanaudois et, plus particulièrement du RLS de Lanaudière-Sud, sont toutefois inférieures à celle du reste du Québec.

Tableau 41
Naissances vivantes macrosomiques (4 500 grammes et plus), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

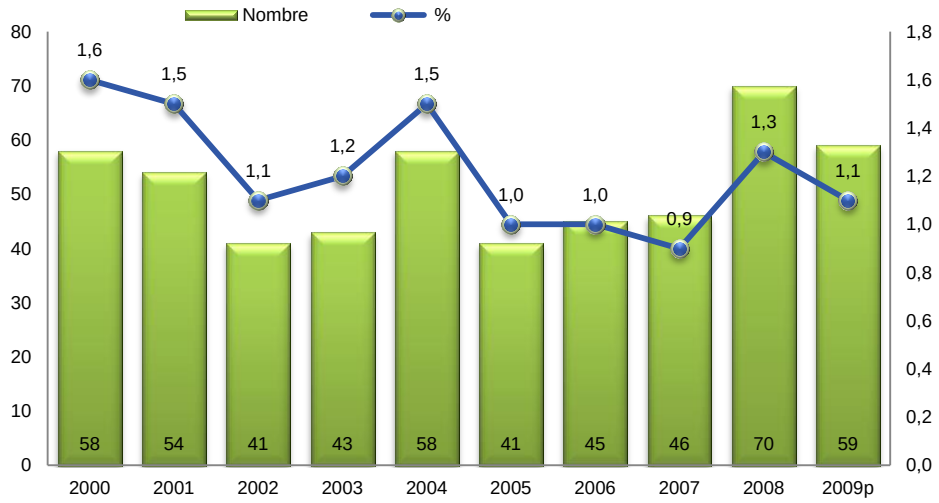
	N moyen	%	
D'Autray	4	1,0	*
Joliette	9	1,5	*
Matawinie	4	1,0	*
Montcalm	10	1,7	
RLS de Lanaudière-Nord	**27**	**1,3**	
L'Assomption	12	1,0	
Les Moulins	19	1,0	
RLS de Lanaudière-Sud	**32**	**1,0**	
Lanaudière	**58**	**1,1**	
Reste du Québec	1 128	1,4	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

[45] Il ne semble pas avoir consensus entre les auteurs traitant de cette problématique puisque la macrosomie fœtale concerne, dans certaines études, les bébés pesant 4 000 grammes ou plus à la naissance.

Le pourcentage lanaudois de naissances vivantes macrosomiques a varié en dents de scie entre les années 2000 et 2009. Même s'il est difficile d'établir une tendance nette, les données les plus récentes semblent rendre compte d'une légère diminution de la proportion de naissances vivantes pesant 4 500 grammes et plus.

Graphique 28
Naissances vivantes macrosomiques (4 500 grammes et plus) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

5.8 Retard de croissance intra-utérine

Le retard de croissance intra-utérine correspond à « l'incapacité du fœtus à atteindre une croissance optimale » (ICIS, 2009, p. 12). Les bébés présentant un retard de croissance intra-utérine (RCIT) se situent généralement sous le 10e centile de poids, selon les normes canadiennes, par rapport aux nouveau-nés du même sexe et ayant eu une durée de gestation identique[46].

Les impacts du RCIT sur les bébés ne sont pas négligeables. Tout au long de leur vie, ils auront des risques de morbidité et de mortalité plus élevés que les autres nourrissons. Ils présenteront aussi des taux plus élevés d'hypertension, de maladie cardiovasculaire et de diabète (ICIS, 2009).

Les causes associées au RCIT sont, chez la mère, l'insuffisance placentaire (mauvais échange de l'oxygène, du glucose ou d'autres nutriments essentiels avec le fœtus), la mauvaise alimentation, la toxicomanie ou le tabagisme, l'âge (trop jeune ou trop âgée) et la comorbidité (hypertension, infection, etc.). Le rang de naissance (1er rang ou 3e rang et plus) constitue également un facteur de risque lié au RCIT (ICIS, 2009).

L'un des objectifs du *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* consiste à réduire à moins de 8 % la proportion d'enfants nés avec un retard de croissance intra-utérine. Cet objectif n'est pas atteint dans Lanaudière en 2007-2009, puisqu'elle se chiffre à 8,5 % (ASSSL, 2009).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, plus de 8 % des naissances vivantes simples présentent un RCIT, soit une moyenne annuelle d'environ 425 nouveau-nés. La proportion lanaudoise de bébés ayant un RCIT est similaire à celle du reste du Québec. Par contre, le territoire de RLS de Lanaudière-Nord présente un pourcentage de nourrissons avec un RCIT supérieur à celui du reste du Québec et du territoire de RLS de Lanaudière-Sud. Il en est de même pour l'un de ses territoires de CLSC, soit D'Autray. Il est à noter que le territoire du CLSC des Moulins profite d'un pourcentage de naissances vivantes simples ayant un RCIT inférieur à celui des cinq autres territoires de CLSC lanaudois.

Entre les années 2000 et 2009, la proportion de naissances vivantes simples lanaudoises présentant un retard de croissance intra-utérine est demeurée stable, sauf en 2003 et 2004 où elle a atteint un creux. Même si la proportion de nourrissons avec un RCIT diffère peu entre 2000 et 2009, le nombre de naissances vivantes lanaudoises avec un RCIT a augmenté de 53 %, celui-ci passant de 292 en 2000 à 447 en 2009. Cette croissance résulte de la hausse de la fécondité combinée à une croissance des effectifs féminins lanaudois en âge de procréer au cours des dernières années.

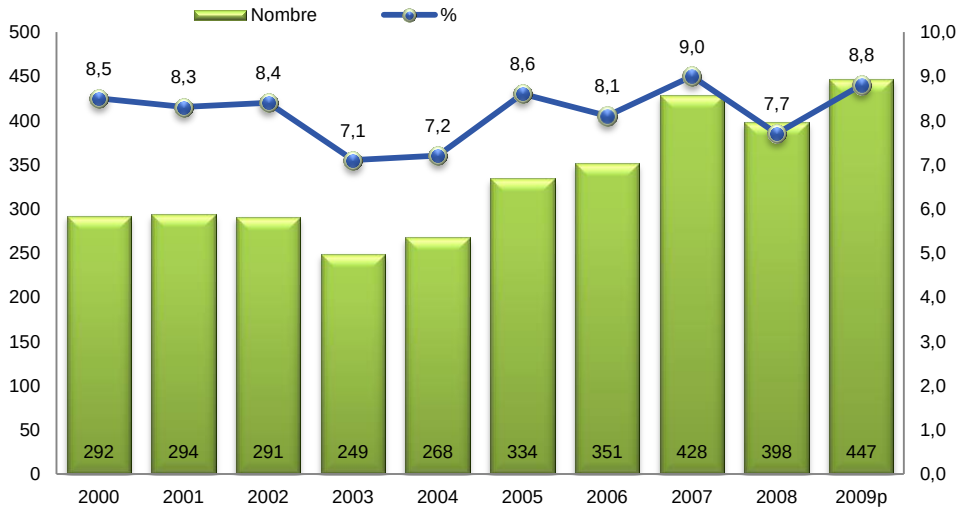
[46] Les naissances vivantes multiples ne sont pas considérées pour le calcul du retard de croissance intra-utérine. La plupart des naissances vivantes multiples présentent un retard de croissance intra-utérine par rapport aux naissances simples.

Tableau 42
Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

	N moyen	%
D'Autray	43	10,6
Joliette	53	9,0
Matawinie	37	9,5
Montcalm	53	9,4
RLS de Lanaudière-Nord	**186**	**9,6**
L'Assomption	104	8,8
Les Moulins	134	7,1
RLS de Lanaudière-Sud	**238**	**7,8**
Lanaudière	**424**	**8,5**
Reste du Québec	6 365	8,2

Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

Graphique 29
Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

En 2007-2009, le risque de donner naissance à un bébé ayant un RCIT est plus important chez les mères de 35 ans et plus et de moins de 30 ans que chez celles de 30-34 ans[47]. Le risque de RCIT est également plus élevé parmi les naissances simples de 4e rang et plus et de 1er rang comparativement à celui des naissances vivantes de 2e ou de 3e rang.

Tableau 43
Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile) selon certains facteurs de risque, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen, % et risque relatif)

	Lanaudière				Reste du Québec			
	N moyen	%	Risque relatif		N moyen	%	Risque relatif	
Âge maternel								
Moins de 20 ans	19	12,2	1,63	+	238	10,5	1,42	+
20-24 ans	76	9,7	1,28	+	1 102	9,6	1,30	+
25-29 ans	163	8,3	1,10		2 232	8,2	1,11	+
30-34 ans	116	7,5	1,00		1 841	7,4	1,00	
35 ans et plus	49	9,2	1,22	+	952	7,9	1,07	+
Rang de naissance								
Rang 1	255	11,4	2,25	+	3 805	10,6	1,82	+
Rang 2	108	5,9	1,16		1 707	6,2	1,05	
Rang 3	32	5,1	1,00		578	5,9	1,00	
Rang 4 et plus	29	9,9	1,95	+	275	6,4	1,09	+

Note : Le symbole + signifie que le risque relatif est significativement supérieur à la valeur 1,00 avec un niveau de confiance à 95 %.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

[47] Les constats présentés dans cette section concernent le reste du Québec plutôt que la région de Lanaudière. Le nombre plus élevé de naissances vivantes pour le reste du Québec favorise une meilleure « robustesse statistique » des tests de comparaison.

Les caractéristiques économiques du milieu de vie des mères sont étroitement liées au retard de croissance intra-utérine. À la lumière des données de la période 2007-2008, les Lanaudoises résidant dans un milieu défavorisé au plan matériel ou social (quartile 4) présentent une proportion de naissances vivantes simples ayant un RCIT supérieure à celle des mères vivant dans un milieu plus favorisé matériellement ou socialement (quartile 1). Cette différence entre les deux extrêmes de la défavorisation devient encore plus importante lorsque les deux dimensions de l'indice de défavorisation sont considérées simultanément. La proportion de nourrissons avec un RCIT est au moins deux fois plus élevée parmi ceux issus de milieux défavorisés matériellement et socialement.

Tableau 44
Naissances vivantes simples ayant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10e centile) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 2007-2008 (N moyen et %)

	N moyen	%
Dimension matérielle		
Quartile 1 (favorisé)	99	7,7
Quartiles 2 et 3	191	7,9
Quartile 4 (défavorisé)	114	9,8
Dimension sociale		
Quartile 1 (favorisé)	99	7,8
Quartiles 2 et 3	204	8,0
Quartile 4 (défavorisé)	101	9,5
Dimensions combinées		
Quartiles 1-1 (favorisés)	15	5,8
Quartiles 4-4 (défavorisés)	26	12,5

Note : L'indice de défavorisation calculé avec les données du recensement canadien de 2006 est seulement disponible pour les années 2007 et 2008.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2008.

5.9 Croissance intra-utérine hypertrophique

L'hypertrophie concerne les bébés issus de grossesses simples se situant au-dessus du 90e centile de poids, selon les normes canadiennes, par rapport aux nouveau-nés du même sexe et ayant eu une durée de gestation identique. Elle est à la source d'une morbidité et d'une mortalité maternelles et néonatales accrues, car elle augmente les risques de complications obstétricales (dystocie de l'épaule, traumatisme au plexus brachial, paralysie d'Erb chez le nourrisson, hémorragie postpartum chez la mère) (ASPC, 2008).

Le diabète maternel, une prédisposition génétique et l'alimentation de la mère peuvent être à la source de l'hypertrophie chez le nourrisson (ASPC, 2008).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, un peu plus de 8 % des naissances vivantes simples sont hypertrophiques, soit une moyenne annuelle d'environ 400 nourrissons[48]. Cette prévalence ne varie pas significativement entre les territoires de CLSC et de RLS lanaudois. Par contre, les pourcentages de l'ensemble lanaudois et de ses deux territoires de RLS sont inférieurs à celui du reste du Québec.

Tableau 45
Naissances vivantes simples ayant une croissance intra-utérine hypertrophique (au-dessus du 90e centile), territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et %)

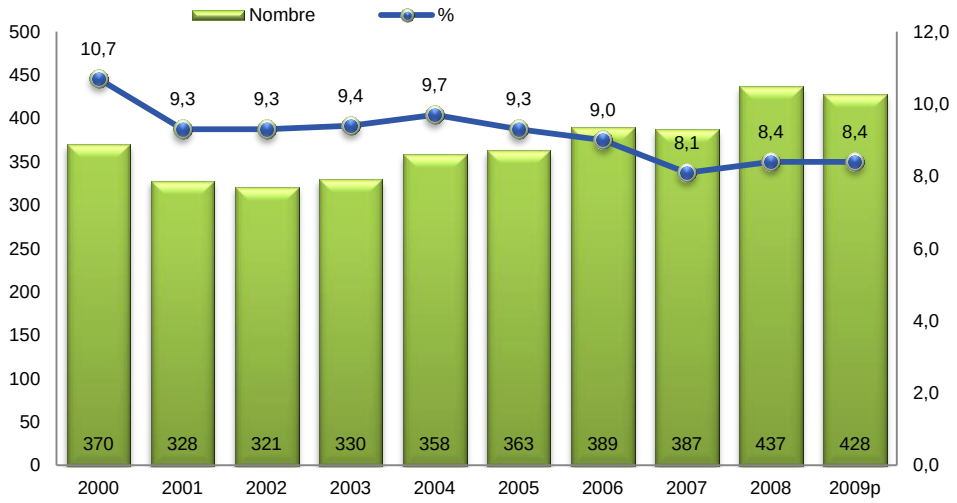
	N moyen	%
D'Autray	27	6,7
Joliette	48	8,2
Matawinie	34	8,5
Montcalm	47	8,4
RLS de Lanaudière-Nord	**156**	**8,0**
L'Assomption	102	8,6
Les Moulins	160	8,5
RLS de Lanaudière-Sud	**261**	**8,5**
Lanaudière	**417**	**8,3**
Reste du Québec	7 394	9,5

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).

[48] Les naissances vivantes multiples ne sont pas considérées pour le calcul du taux d'hypertrophie intra-utérine. La plupart des naissances vivantes multiples ne présentent pas une croissance intra-utérine hypertrophique.

La proportion lanaudoise de naissances vivantes simples se situant au-dessus du 90e centile de poids a diminué entre les années 2000 et 2009, passant de 11 % à 8 %. La hausse de la fécondité et la forte croissance démographique dans Lanaudière font toutefois en sorte que le nombre de nouveau-nés hypertrophiques s'est accru de 16 %, passant de 370 à 428 en dix ans.

Graphique 30
Naissances vivantes simples ayant une croissance intra-utérine hypertrophique (au-dessus du 90e centile) selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et %)



p : Données provisoires.
Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.

5.10 Anomalies congénitales

« Les anomalies congénitales sont des malformations métaboliques, anatomiques ou fonctionnelles présentes à la naissance. Elles sont qualifiées de graves en fonction de leur importance sur les plans esthétique, fonctionnel et médical (prévalence élevée de mortalité et de morbidité). Bien que la plupart des anomalies congénitales moins graves puissent être corrigées, elles demeurent une préoccupation tant sur le plan affectif qu'économique pour les familles et pour la société » (MSSS, 2008b, p. 92). Elles sont responsables d'une part importante de la morbidité infantile tout en étant la première cause de mortalité périnatale (mortinaissances et décès à moins de sept jours de vie) et la deuxième cause de mortalité parmi les enfants de moins d'un an. Selon les sources de données, de 2 % à 4 % des enfants nés vivants seraient affectés d'une anomalie congénitale. Les cardiopathies congénitales sont le type d'anomalie congénitale le plus fréquemment diagnostiqué (Santé Canada, 2002; MSSS, 2008b).

De 40 % à 60 % des anomalies congénitales demeurent inexpliquées. Parmi les causes connues se retrouvent les mutations génétiques ou chromosomiques, l'exposition de la mère ou du fœtus à des agents tératogènes (ex. : médicaments, alcool), l'infection par certains virus (rubéole, varicelle), les infections transmissibles sexuellement et par le sang et, chez la mère, l'obésité, le diabète ou l'âge avancé (Santé Canada, 2002; MSSS, 2008b).

Certaines anomalies congénitales génèrent des séquelles à long terme pour l'enfant. Elles peuvent être à la source d'un handicap physique ou intellectuel permanent et de difficultés d'intégration sociale et professionnelle (MSSS, 2008b).

La prise de multivitamines avec de l'acide folique, l'immunisation contre la rubéole avant la grossesse et la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse sont des moyens efficaces pour prévenir certaines anomalies congénitales (Santé Canada, 2002).

Les cardiopathies congénitales constituent l'anomalie congénitale la plus fréquemment observée chez les nouveau-nés[49]. Dans Lanaudière, du 1er avril 2006 au 31 mars 2009, un peu plus d'une trentaine d'enfants ont ainsi été diagnostiqués tous les ans. Les autres anomalies congénitales sont, selon l'ordre décroissant d'importance, la fente palatine, la fente labiale et le syndrome de Down. Signe tangible de la consommation plus généralisée d'acide folique avant et durant la grossesse, le nombre d'enfants nés avec une anomalie du tube neural est négligeable dans Lanaudière.

Comparativement au reste du Québec, la région de Lanaudière présente une prévalence plus élevée d'enfants de moins d'un an affectés par une cardiopathie congénitale ou une fente palatine.

Tableau 46
Prévalence des anomalies congénitales, Lanaudière et reste du Québec, 2006-2007 à 2008-2009 (N moyen et taux pour 10 000 mortinaissances et naissances vivantes)

	Lanaudière			Reste du Québec	
	N moyen	Taux		N moyen	Taux
Anomalies du tube neural (CIM-10-CA : Q00.0-Q00.2, Q01.0-Q01.2, Q01.8, Q01.9, Q05.0-Q05.9, Q07.0)	< 5	np		17	2,1
Cardiopathies congénitales (CIM-10-CA : Q20.0-Q20.6, Q20.8, Q20.9, Q21.0-Q21.4, Q21.8, Q21.9, Q22.0-Q22.6, Q22.8, Q22.9, Q23.0-Q23.4, Q23.8, Q24.6, Q24.8, Q24.9)	32	63,3		430	53,4
Fente palatine (CIM-10-CA : Q35.0-Q35.9)	6	12,7	*	44	5,5
Fente labiale associée ou non à une fente palatine (CIM-10-CA : Q36, Q37)	5	9,3	*	74	9,2
Anomalie réductionnelle des membres (CIM-10-CA : Q71.0-Q71.3, Q71.5, Q71.8-Q73.1, Q73.8)	< 5	np		22	2,8
Syndrome de Down (CIM-10-CA : Q90.0-Q90.2, Q90.9)	< 5	np		65	8,1

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2006 à 2009 (données provisoires pour 2009).
MSSS. Fichier des mortinaissances, 2006 à 2009 (données provisoires pour 2008 et 2009).
MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

[49] Même si les cardiopathies congénitales constituent toujours le type d'anomalie congénitale le plus souvent diagnostiqué chez les nouveau-nés, leur nombre a fortement diminué du fait du passage de la CIM-9-CA à la CIM-10-CA entre les années financières 2005-2006 et 2006-2007 (dans le cas du fichier MED-ECHO). Cette diminution ne résulte évidemment pas d'une moins forte prévalence de cette pathologie, mais plutôt de l'utilisation de critères de priorisation des maladies différents dans les deux systèmes de codification.

5.11 Morbidité hospitalière infantile

Les statistiques relatives à la morbidité hospitalière en soins physiques de courte durée dans les établissements de soins généraux de santé permettent d'évaluer l'ampleur des services hospitaliers requis chez les enfants de moins d'un an. Elles ne permettent pas toutefois de mesurer de manière exhaustive la prévalence de la morbidité durant la première année de vie des nourrissons, car ils ne sont pas systématiquement hospitalisés lorsqu'ils sont malades. Bon nombre d'entre eux sont traités dans les urgences, les CLSC et les cliniques médicales, alors que d'autres n'ont besoin d'aucun soin médical.

Chaque année, pour la période allant du 1er avril 2008 au 31 mars 2011, des enfants lanaudois de moins d'un an ont été hospitalisés à près de 4 900 reprises en raison d'un problème de santé. Ces hospitalisations en soins physiques de courte durée[50] correspondent à un taux de 9 261 séjours hospitaliers pour 10 000 enfants de moins d'un an. Cette morbidité hospitalière est fort inégale entre les territoires de RLS et de CLSC lanaudois. Elle est ainsi plus élevée chez les enfants des quatre territoires de CLSC du RLS de Lanaudière-Nord qu'elle ne l'est pour ceux du RLS de Lanaudière-Sud. Il importe de retenir que tous les territoires de CLSC et de RLS lanaudois présentent une morbidité hospitalière à moins d'un an supérieure à celle du reste du Québec.

Tableau 47
Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière infantile, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2008-2009 à 2010-2011 (N moyen et taux pour 10 000 enfants de moins d'un an)

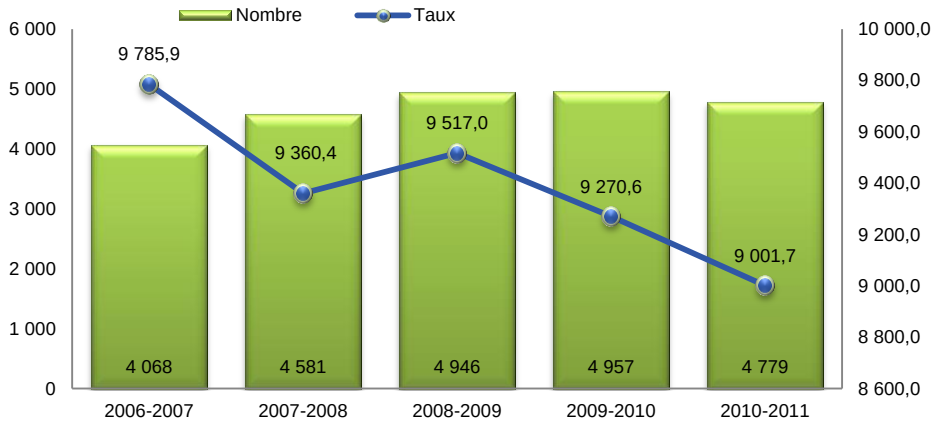
	N moyen	Taux
D'Autray	416	9 286,3
Joliette	673	10 907,1
Matawinie	453	11 421,4
Montcalm	558	9 829,8
RLS de Lanaudière-Nord	**2 101**	**10 348,1**
L'Assomption	1 057	8 241,1
Les Moulins	1 736	8 806,2
RLS de Lanaudière-Sud	**2 793**	**8 583,4**
Lanaudière	**4 894**	**9 261,3**
Reste du Québec	61 660	7 520,0

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Sources : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2008-2009 à 2010-2011.
STATISTQIUE CANADA. Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Sauf pour l'année 2009-2010, où l'écart entre les sexes est mince, les Lanaudois de moins d'un an affichent une morbidité hospitalière supérieure à celle des Lanaudoises. À titre d'exemple, la morbidité hospitalière des garçons surpasse de 14 % celle des filles en 2010-2011 (données non présentées). Les statistiques relatives aux années 2006-2007 à 2010-2011 laissent entrevoir une diminution significative du taux de morbidité hospitalière lanaudois. Durant cette période de cinq ans, le taux d'hospitalisation a chuté de 9 % et de 7 %, respectivement, chez les Lanaudoises et les Lanaudois de moins d'un an.

[50] Ces statistiques ne prennent pas en compte les séjours à l'urgence ou dans les unités de chirurgie d'un jour des hôpitaux, ni les consultations externes. Elles ne considèrent également pas les séjours hospitaliers postnatals d'enfants nés vivants et en bonne santé.

Graphique 31
Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière infantile selon l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2010-2011 (N et taux pour 10 000 enfants de moins d'un an)



Sources : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2010-2011.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Dans Lanaudière, en 2010-2011, les anomalies liées à la durée de gestation et à la croissance du fœtus (prématurité, retard de croissance intra-utérine, etc.) regroupent les problèmes de santé les plus souvent diagnostiqués lors de l'hospitalisation. Elles comptent pour 17 % des 4 779 hospitalisations d'enfants lanaudois de moins d'un an. Les affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né se classent, à cet égard, au second rang (13 % des hospitalisations) et elles sont suivies par les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (11 % des hospitalisations).

Tableau 48
Hospitalisations en soins physiques de courte durée et taux de morbidité hospitalière infantile selon le diagnostic principal, Lanaudière, 2010- 2011 (N et taux pour 10 000 enfants de moins d'un an)

	N	Taux
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (CIM-10-CA : P00-P96)	**3 165**	**5 961,6**
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus (CIM-10-CA : P05-P08)	798	1 503,1
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né (CIM-10-CA : P50-P61)	638	1 201,7
Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques à la période périnatale (CIM-10-CA : P20-P29)	503	947,5
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (CIM-10-CA : Q00-Q99)	**541**	**1 019,0**
Maladies de l'appareil respiratoire (CIM-10-CA : J00-J99)	**405**	**762,9**
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (CIM-10-CA : A00-B99)	**146**	**275,0**
Maladies de l'appareil digestif (CIM-10-CA : K00-K93)	**81**	**152,6**
Maladies de l'appareil génito-urinaire (CIM-10-CA : N00-N99)	**72**	**135,6**
Autres diagnostics	**369**	**695,1**
Total	4 779	9 001,7

Sources : MSSS. Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2010-2011.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

5.12 Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile, soit le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes, constitue un incontournable indice de l'état de santé d'une société et de la qualité de ses services de santé. Au Québec, tout comme dans le reste du Canada et les pays industrialisés, la baisse marquée du taux de mortalité infantile au cours des 50 dernières années résulte de « l'amélioration des installations sanitaires, de la nutrition, de l'alimentation des nourrissons et des soins maternels et infantiles » (ASPC, 2008, p. 150).

Tableau 49
Décès et taux de mortalité infantile, territoires de CLSC, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 1 000 naissances vivantes)

	N moyen	Taux	
D'Autray	< 5	np	
Joliette	< 5	np	
Matawinie	< 5	np	
Montcalm	< 5	np	
RLS de Lanaudière-Nord	**9**	**4,2**	*****
L'Assomption	3	2,5	*
Les Moulins	4	2,0	*
RLS de Lanaudière-Sud	**7**	**2,2**	*****
Lanaudière	**16**	**3,0**	
Reste du Québec	350	4,3	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
MSSS. Fichier des décès 2007 à 2009 (données provisoires pour 2008 et 2009).

Dans Lanaudière, en 2007-2009, seize enfants sont décédés chaque année avant d'atteindre l'âge d'un an, soit un taux de 3 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux est inférieur à celui du reste du Québec, et ce, surtout à cause de la très faible mortalité infantile observée dans le territoire du RLS de Lanaudière-Sud.

Environ huit décès infantiles sur dix surviennent durant les 27 jours suivant la naissance du nourrisson (mortalité néonatale) et sept de ces huit décès se produisent au cours de la première semaine de vie (mortalité néonatale précoce). La mortalité postnéonatale (décès survenus de 28 à 364 jours) représente donc une faible part de la mortalité infantile. Le faible nombre de décès impliqués ne permet pas d'établir de différences significatives entre le taux de mortalité infantile de l'année 2000 et celui des années 2007 à 2009. La tendance observée laisse cependant entrevoir une baisse possible de la mortalité infantile. Cette observation peut d'ailleurs être corroborée par une diminution du nombre de décès infantiles entre les années 2000 et 2009, celui-ci étant passé de 25 à 16 décès par année.

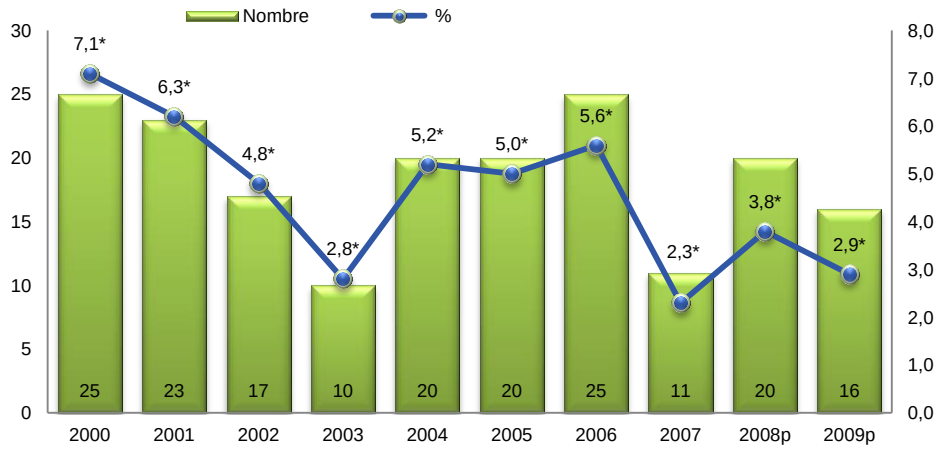
Les problèmes reliés à l'immaturité constituent la principale cause initiale de décès dans Lanaudière en 2007-2009. Ils regroupent 43 % des 47 décès infantiles. Les anomalies congénitales se classent loin derrière au second rang avec 15 % des décès survenus à moins d'un an. Elles sont suivies par les problèmes reliés à la grossesse (13 %) et les problèmes reliés à l'asphyxie (11 %). Le syndrome de mort subite du nourrisson et l'infection sont rarement une cause initiale de décès (données non présentées).

Tableau 50
Décès et taux de mortalité infantile selon l'âge, RLS, Lanaudière et reste du Québec, 2007-2009 (N moyen et taux pour 1 000 naissances vivantes)

	RLS de Lanaudière-Nord			RLS de Lanaudière-Sud			Lanaudière			Reste du Québec	
	N moyen	Taux		N moyen	Taux		N moyen	Taux		N moyen	Taux
Mortalité néonatale précoce (décès à 0-6 jours de vie)	6	2,8	*	5	1,7	*	11	2,1	*	230	2,8
Mortalité néonatale tardive (décès à 7-27 jours de vie)	< 5	np		< 5	np		< 5	np		45	0,6
Mortalité néonatale (décès à 0-27 jours de vie)	6	3,1	*	6	2,0	*	13	2,4		275	3,4
Mortalité postnéonatale (décès à 28-364 jours de vie)	< 5	np		< 5	np		3	0,6	*	75	0,9
Mortalité infantile (décès à 0-364 jours de vie)	9	4,2	*	7	2,2	*	16	3,0		350	4,3

Note : Les totaux peuvent être différents de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2009).
MSSS. Fichier des décès, 2007 à 2009 (données provisoires pour 2008 et 2009).

Graphique 32
Décès et taux de mortalité infantile selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2009 (N et taux pour 1 000 naissances vivantes)



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
p : Données provisoires.
Sources : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 2000 à 2009.
MSSS. Fichier des décès 2000 à 2009.

5.13 Maladies à déclaration obligatoire

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) regroupent des maladies, infections et intoxication présentant une menace pour la population et pouvant causer une épidémie si rien n'est fait pour les endiguer. Elles nécessitent une vigie ou une enquête épidémiologique et sont évitables (Bhérer, Clapperton et Auger, 2004).

Dans Lanaudière, en 2006-2010, une moyenne annuelle de 37 MADO concernant des enfants de moins d'un an sont signalées par les professionnels de la santé. Elles représentent 3 % de l'ensemble des MADO lanaudoises. Les maladies entériques, avec les gastro-entérites en tête, sont les MADO affectant le plus souvent les enfants de moins d'un an. Elles sont suivies par les maladies évitables par la vaccination, dont la coqueluche est la plus fréquente. Ces deux groupes de MADO représentent, à elles seules, 95 % des MADO affectant les enfants lanaudois de moins d'un an.

Tableau 51
Maladies à déclaration obligatoire (MADO) chez les enfants de moins d'un an selon le type, Lanaudière, 2006-2010 (N moyen et taux pour 100 000 enfants de moins d'un an)

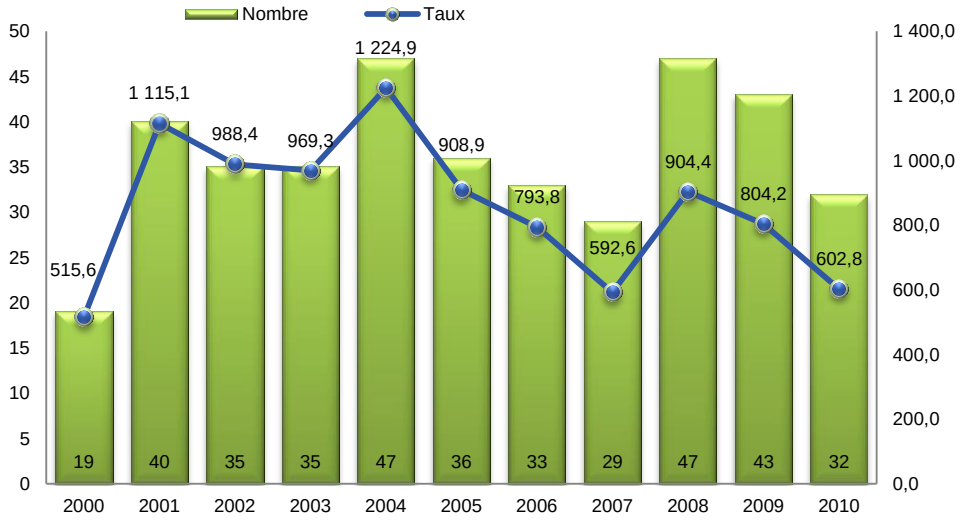
	N moyen	Taux	
Maladies entériques	**19**	**385,5**	
Gastro-entérites	9	176,7	
Giardiase	4	72,3	
Salmonellose	2	48,2	
Autres maladies entériques	4	88,3	
Maladies évitables par la vaccination	**16**	**317,2**	
Coqueluche	8	164,6	
Streptocoque pneumoniae invasif	4	84,3	
Autres maladies évitables par la vaccination	3	68,3	
Infections transmissibles sexuellement et par le sang	**1**	**12,0**	*
Maladies transmises par voie aérienne ou par contact direct	**< 1**	**8,0**	*
Zoonoses et maladies transmises par vecteurs	**< 1**	**8,0**	*
Autres MADO	**< 1**	**8,0**	*
Total	37	738,8	

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Sources : LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Fichier central des MADO, banque de données nominales, extraction faite en novembre 2011.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Le nombre annuel de MADO déclarée au sein de la population lanaudoise de moins d'un an varie au gré des éclosions. C'est pourquoi le nombre annuel de cas incidents est très inégal entre les années 2000 et 2010. Leur nombre oscille généralement entre 30 et 50 cas par année.

Graphique 33
Maladies à déclaration obligatoire (MADO) chez les enfants de moins d'un an selon l'année, Lanaudière, 2000 à 2010 (N et taux pour 100 000 enfants de moins d'un an)



Sources : LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Fichier central des MADO, banque de données nominales, extraction faite en novembre 2011.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

5.14 Supplément pour enfant handicapé

« Le supplément pour enfant handicapé est une aide qui a pour but d'aider les familles à assumer la garde, les soins et l'éducation d'un enfant dont le handicap le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne et dont la durée prévisible est d'au moins un an » (RRQ, 2011). Les statistiques concernant ce programme géré par la RRQ permettent d'estimer le nombre et la proportion d'enfants affectés par un handicap physique ou mental majeur[51].

Durant la période 2006-2011, les parents de 27 enfants lanaudois de moins d'un an ont reçu, chaque année, un supplément pour enfant handicapé. Les déficiences physiques, avec les malformations et les anomalies congénitales, héréditaires ou chromosomiques en tête, sont le type de handicap le plus souvent notifié par les parents. Ces enfants représentent un peu plus de 1 % de l'ensemble des bénéficiaires lanaudois de moins de 18 ans durant les six années observées.

Tableau 52
Enfants de moins d'un an bénéficiaires du programme Supplément pour enfant handicapé selon le type de handicap, Lanaudière, 2006-2011 (N moyen et taux pour 1 000 enfants de moins d'un an)

	N moyen	%	
Déficience physique	**23**	**4,5**	
Anomalie métabolique ou héréditaire	2	0,3	*
Malformation congénitale et anomalie chromosomique	5	1,0	*
Fonction cardio-vasculaire	2	0,4	*
Autres déficiences ou déficiences multiples	14	2,7	
Déficience auditive, motrice ou visuelle	**4**	**0,7**	*****
Troubles du développement (retard psychomoteur)	**< 5**	**np**	
Total	27	5,4	

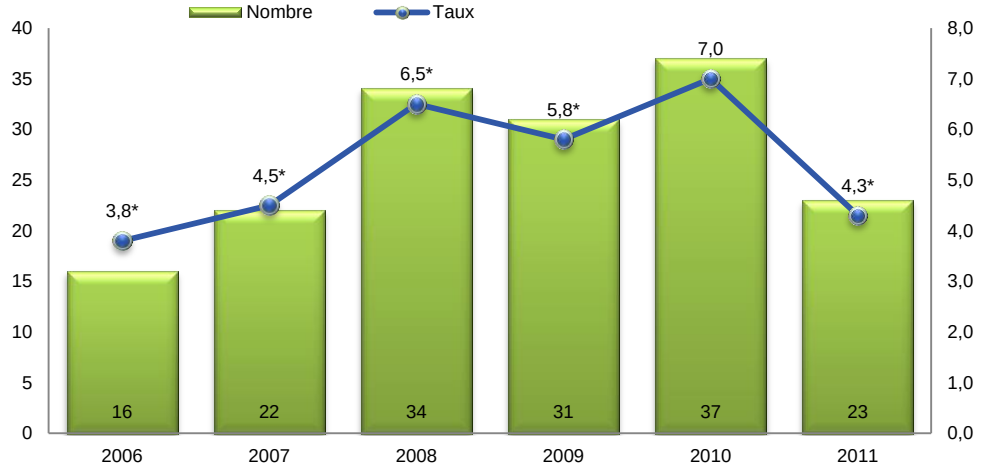
* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
np : Données non présentées en raison de leur imprécision statistique.
Sources : RRQ. Fichier du supplément pour enfant handicapé, 2012.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

Entre les années 2006 et 2011, le nombre d'enfants lanaudois de moins d'un an bénéficiaires du programme a augmenté de 43 %. Cette hausse ne résulte pas seulement d'une augmentation du nombre de naissances (donc des enfants de moins d'un an). Elle exprime aussi une prévalence accrue des cas diagnostiqués et déclarés auprès de la RRQ. Il faut cependant retenir que ce taux demeure modeste avec 4,3 enfants prestataires pour 1 000 enfants de moins d'un an en 2011.

La croissance du taux de bénéficiaires entre les années 2006 et 2011 n'est pas unique à Lanaudière, puisque le reste du Québec présente une tendance similaire. La hausse des taux québécois semble toutefois être plus modeste que celle de Lanaudière (données non présentées).

[51] Ces statistiques ne sont toutefois pas exhaustives, car la participation à ce programme est volontaire. Des parents peuvent, volontairement ou non, ne pas avoir inscrit leur enfant. De plus, les handicaps physiques ou mentaux ne sont pas toujours diagnostiqués chez les enfants en très bas âge.

Graphique 34
Enfants de moins d'un an bénéficiaires du programme Supplément pour enfant handicapé selon l'année, Lanaudière, 2006 à 2011 (N et taux pour 1 000 enfants de moins d'un an)



* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Sources : RRQ. Fichier du supplément pour enfant handicapé, 2012.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, mars 2012.

CONCLUSION

> Les « jeunes enfants façonnent l'avenir d'une société, mais en plus, des bénéfices collectifs peuvent être escomptés en matière de capital social, de diminution des inégalités sociales, de développement économique et d'amélioration de la performance si l'on pose précocement des gestes dans leur intérêt » (CSBE, 2012a, p. 1).

Ce bilan de la santé périnatale lanaudoise et des facteurs de risque associés fait état de nettes améliorations quant aux habitudes de vie durant la grossesse et à l'état de santé des mères et des nouveau-nés. À titre d'exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool durant la grossesse sont à la baisse, alors que la proportion de nourrissons allaités est en hausse. De plus, les taux de mortalité maternelle et infantile n'ont jamais été aussi faibles. Par contre, des indicateurs rendent compte d'une situation encore préoccupante quant au faible poids à la naissance et à la prématurité. Il subsiste aussi des écarts de santé importants selon le statut socioéconomique et le territoire de résidence des mères et des nouveau-nés. Cette situation contribue à maintenir des inégalités sociales de santé que les activités prévues au *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* cherchent à contrer.

Les défis en matière de périnatalité restent donc importants pour le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois dont les principaux objectifs consistent à offrir un accès équitable à des services de qualité et à améliorer la santé et le bien-être de la population.

En terminant, il importe de souligner que ce rapport n'a pas la prétention d'offrir une revue exhaustive des indicateurs de périnatalité. Le manque de données relatives à certaines habitudes de vie, l'utilisation de services ou l'état de santé et l'inadéquation de certaines banques de données pour des fins de surveillance rendent difficile la réalisation d'un tel objectif. Cette production du Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSP de Lanaudière devrait malgré cela constituer un outil de référence utile, d'abord pour les gestionnaires et les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, et aussi pour la population lanaudoise. Les indicateurs présentés contribuent à mieux cerner certains facteurs de risque durant la période prénatale et à l'accouchement tout en dressant un bilan de santé des mères et de leurs nourrissons.

Dans un autre ordre d'idées, il faut retenir que ce rapport n'a pas été conçu pour évaluer la performance des services lanaudois offerts en périnatalité. Il vise plutôt à offrir un large éventail d'informations statistiques relevant de la surveillance de l'état de santé de la population lanaudoise et de ses déterminants. Des informations qui, nous l'espérons, seront utiles à la planification, à la mise en œuvre, au maintien ou au développement d'un continuum de services incluant les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des parents et des futurs parents, ainsi que les interventions de première et deuxième lignes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL). *SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse* (*SYLIA*), Joliette, ASSSL, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, au www.agencelanaudiere.qc.ca (consulté en octobre et novembre 2011).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL), sous la direction de Laurent MARCOUX. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, Joliette, ASSSL, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*, Ottawa, ASPC, 2008, 336 p.

ANCEL, Pierre-Yves, Nathalie LELONG, Émile PAPIERNIK, Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES et Monique KAMINSKI. History of Induced Abortion as a Risk Factor for Preterm Birth in European Countries : Results of the EUROPOP Survey, *Human Reproduction*, volume 19, numéro 3, 2004, p. 734-740.

APRIL, Nicole, Amélie BOURRET, Réal MORIN (coll.) et Denis HAMEL (coll.). *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 65 p.

APRIL, Nicole, Anne-Marie OUIMET, Marielle VENNE, Hélène GAGNON et Sophie HEIN. *Regards sur les activités en matière d'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale au Québec de 2004 à 2010*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 57 p.

BHÉRER, Luc, Irma CLAPPERTON et Danielle AUGER. Les maladies à déclaration obligatoire, *Le Médecin du Québec*, volume 39, numéro 4, avril 2004, p. 127-129.

BINET, Clotilde, et Bénédicte GASTINEAU. Miteraha fito lahy, fito vavy (Ayez sept garçons et sept filles), *Bulletin d'information sur la population de Madagascar*, numéro 14, mars 2006, p. 1-3.

BLONDEL, Béatrice, Michael D. KOGAN, Greg R. ALEXANDER, Nirupa DATTANI, Michael S. KRAMER, Alison MACFARLANE et Shi Wu WHEN. The Impact of the Increasing Number of Multiple Births on the Rates of Preterm Birth and Low Birthweight : An International Study, *American Journal of Public Health*, volume 92, numéro 8, août 2002, p. 1323-1330.

BOUYER, Jean, Joël COSTE, Taraneh SHOJAEI, Jean-Luc POULY, Hervé FERNANDEZ, Laurent GERBAUD et Nadine JOB-SPIRA. Risk Factor for Ectopic Pregnancy. A Comprehensive Analysis based on a Large Case-control Population-based Study in France, *American Journal of Epidemiology*, volume 157, numéro 3, février 2003, p. 185-194.

BRISCOE, Donald, Hayley NGUYEN, Melanie MENCER, Neeta GAUTAM et Daniel B. KALB. Management of Pregnancy Beyond 40 Weeks' Gestation, *American Family Physician*, volume 71, numéro 10, 15 mai 2005, p. 1935-1941.

BUREAU, Annie. *Peut-on éviter les risques d'IVG?*, France, Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, 2011, 3 p., au www.ancic.asso.fr/textes/ressources/techniques_risques.html (consulté en octobre 2011).

COALITION D'OTTAWA POUR LA PRÉVENTION DE L'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE (LA) (COPIPN). *Causes de l'insuffisance de poids à la naissance*, Ottawa, COPIPN, 2012, 2 p., au www.successby6ottawa.ca/lbwfpn/francais/causes_of_lbw.html (consulté en janvier 2012).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011. L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, Québec, gouvernement du Québec, 2012a, 198 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011. État de situation : portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec*, Québec, gouvernement du Québec 2012b, 244 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011. Fiche statistique*, Québec, gouvernement du Québec 2012c, 4 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *Atlas CSBE. Indicateurs de performance-Comparaisons interrégionales*, Québec, CBSE, 2012d, 3 p., au www.csbe.gouv.qc.ca/atlas (consulté en mars 2012).

CONDE-AGUDELO, Agustin, Anyeli ROSAS-BERMUDEZ et Ana Cecilia KAFURY-GOETA. Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes : A Meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, volume 295, numéro 15, 19 avril 2006, p. 1809-1823.

CORNELIUS, Marie D., et Nancy L. DAY. The Effects of Tobacco Use During and After Pregnancy on Exposed Children, *Alcohol Research and Health*, volume 24, numéro 4, 2000, p. 242-249.

DELL, Colleen Anne, et Gary ROBERTS. *Le point sur la recherche. Consommation d'alcool et grossesse : Une importante question sociale et de santé publique au Canada*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2006, 116 p.

DE WALS, Philippe et autres. Reduction in Neural-Tube Defects after Folic Acid Fortification in Canada, *New England Journal of Medecine*, volume 357, numéro 2, 12 juillet 2007, p. 135-142.

EHRENSTEIN, Vera, Lars PEDERSEN, Vibeke HOLSTEEN, Helle LARSEN, Kenneth J. ROTHMAN et Henrik SØRENSEN. Postterm Delivery and Risk for Epilepsy in Childhood, *Pediatrics*, volume 119, numéro 3, mars 2007, p. e554-e561.

EURO-PERISTAT PROJECT. *European Perinatal Health Report*, Paris, Euro-Peristat Project, 2008, 161 p.

FRETTS, Ruth C. Etiology and Prevention of Stillbirth, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 193, numéro 6, décembre 2005, p. 1923-1935, au www.ncbi.mln.gov/pubmed (consulté en octobre 2011).

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

GUILLEMETTE, André, et Dalal BADLISSI. *Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004. Fascicule 3. L'information sur l'allaitement et les services offerts durant la période prénatale*, Saint-Charles-Borromée, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, Service de prévention-promotion, 2005, 4 p.

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

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Naître égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la fécondité et la santé périnatale*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 12 p.

GUILLEMETTE, André, Marie-Eve SIMONEAU et Josée PAYETTE. *Localiser la défavorisation – Mieux connaître son milieu. Territoire de référence région de Lanaudière, 2006*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 28 p. et Atlas cartographique.

HEFFNER, Linda J. Advanced Maternal Age – How Old is Too Old?, *New England Journal of Medecine*, volume 351, numéro 19, 4 novembre 2004, p. 1927-1929, au www.nejm.org (consulté en octobre 2011).

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (HMR). *La fausse couche. Une grossesse interrompue…Une perte, un deuil pour les parents*..., Montréal, HMR, Programme clientèle Santé de la femme et de l'enfant, 2011, 25 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant*, Ottawa, ICIS, 2011, 25 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, Ottawa, ICIS, 2009, 100 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). Démographie. Naissances et décès. Tableau statistique, 2011, au www.stat.gouv.qc.ca (consulté en octobre et novembre 2011).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Infocentre de santé publique du Québec, 2011, au site Web à accès restreint www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/portail/sante/public/infocentre/accueil/?lang=fr (consulté en octobre et novembre 2011).

JAAKKOLA, Jouni J.K., Niina JAAKKOLA et Kolbjon ZAHLSEN. Fetal Growth and Length of Gestation in Relation to Prenatal Exposure to Environmental Tobacco Smoke Assessed by Hair Nicotine Concentration, *Environmental Health Perspectives*, volume 109, numéro 6, juin 2001, p. 557-561.

JACOBSSON, Bo, Lars LADFORS et Ian MILSOM. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome, *Obstetrics and Gynecology*, volume 104, numéro 4, octobre 2004, p. 727-733.

JIMENEZ, Vania. La césarienne sur demande, une manifestation de la culture de la peur?, *Le Médecin du Québec*, volume 40, numéro 7, juillet 2005, p. 65-69.

KLEIN, Jonathan D. Adolescent Pregnancy : Current Trends and Issues, *Pediatrics*, volume 116, numéro 1, juillet 2005, p. 281-286.

KRAMER, Michael S., Kitaw DEMISSIE, Hong YANG, Robert W. PLATT, Reg SAUVÉ et Robert LISTON. The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality, *Journal of the American Medical Association*, volume 284, numéro 7, 16 août 2000, p. 843-849.

KRAMER, Michael S., Robert W. PLATT, Shi Wu WEN, K.S. JOSEPH, Alexander ALLEN, Michal ABRAHAMOWICZ, Béatrice BLONDEL, Gérard BRÉART. A New and Improved Population-Based Canadian Reference for Birth Weight for Gestational Age, *Pediatrics*, volume 108, numéro 2, 2 août 2011, 7 p.

LAVOIE, Amélie, et Valeriu DUMITRU. L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, *Zoom santé*, numéro 28, octobre 2011, 8 p.

MACNAB, Ying C., Julie MACDONALD et Terry A. TUK. Risques de la maternité à un âge avancé, *Rapports sur la santé*, volume 9, numéro 2, 1997, p. 43-53.

MARQUIS, Chantal. Les pertes fœtales à répétition, résoudre l'énigme, *Le Médecin du Québec*, volume 46, numéro 3, mars 2011, p. 49-54.

MEILLEUR DÉPART. *Insuffisance de poids à la naissance et naissances multiples prématurées : profil canadien*, Toronto, Centre ontarien d'information en prévention, 2005, 12 p.

MILLAR, Wayne J. Supplément d'acide folique, *Rapports sur la santé*, volume 15, numéro 3, mai 2004, p. 53-56.

MILLAR, Wayne J., et Gerry HILL. Grossesse et usage du tabac, *Rapports sur la santé*, volume 15, numéro 4, juillet 2004, p. 55-58.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *Info-Santé 8-1-1*, Québec, MSSS, 2011, au www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/info-sante-811.php (consulté en décembre 2011).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *Stratégies de mise en œuvre de la politique de périnatalité 2009-2012. Un projet porteur de vie*, Québec, MSSS, Direction des communications, 2010, 37 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction d'Alain POIRIER, Marc-André MARANDA et Lyne JOBIN. *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2008a, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction de Michel A. BUREAU et Jeannine AUGER. *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*, Québec, MSSS, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, 2008b, 164 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (coll.) et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (coll.). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques,* Québec, gouvernement du Québec, 2011, 351 p.

NASSAR, Anwar H., Ihab M. USTA, Ali M. KHALIL, Ziad I. MELHEM, Toufic I. NAKAD et Antoine A. ABU MUSA. Fetal Macrosomia (4500 g) : Perinatal Outcome of 231 Cases According to the Mode of Delivery, *Journal of Perinatology*, volume 23, 2003, p. 136-141.

NEILL, Ghyslaine, Brigitte BEAUVAIS, Nathalie PLANTE et Laura N. HAIEK. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 92 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux : Manuel révisé*, Genève, OMS, 2006, 135 p.

POULIQUEN, Laetitia. *Les conséquences psychologiques de l'avortement*, Bruxelles, Institut Européen de Bioéthique, 2011, 12 p.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC (RRQ). *Le supplément pour enfant handicapé*, Québec, RRQ, 2011, au www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/soutien_enfants/supplement (consulté en décembre 2011).

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (RRSSSL), sous la direction de Laurent MARCOUX. *Agir ensemble pour mieux vivre. Aujourd'hui et demain dans Lanaudière. Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Saint-Charles-Borromée, RRSSSL, Direction de santé publique et d'évaluation, 2003, 153 p.

ROCHON, Madeleine. *Nombre et taux de grossesse selon l'issue et l'âge*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des études et analyses, 2006. (document non paginé à diffusion restreinte)

ROCHON, Madeleine. *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, Service de recherche, 1997, 38 p.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). *Induced Termination of Pregnancy and Future reproductive Outcomes – Current Evidence*, London, RCOG, 2009, 3 p.

RUSSELL, Rebecca B., Nancy S. GREEN, Claudia A. STEINER, Susan MEIKLE, Jennifer L. HOWSE, Karalee POSCHMAN, Todd DIAS, Lisa POTETZ, Michael J. DAVIDOFF, Karla DAMUS et Joann R. PETRINI. Cost of Hospitalization for Preterm and Low Birth Weight Infants in the United States, *Pediatrics*, volume 120, numéro 1, juillet 2007, p. e1-e10.

SANTÉ CANADA. *Durée de l'allaitement maternel exclusif. Recommandation de Santé Canada, 2004*, Ottawa, Santé Canada, 2004a, 4 p.

SANTÉ CANADA. *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada – Surveillance accrue : la voie de la prévention*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2004b, 36 p.

SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003, 232 p.

SANTÉ CANADA. *Les anomalies congénitales au Canada – Rapport sur la santé périnatale, 2002*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2002, 72 p.

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

STATISTIQUE CANADA. *Indice synthétique de fécondité des femmes*, Ottawa, 2010, au www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/fertility-fecondite03-fra.htm (consulté en octobre 2011).

STATISTIQUE CANADA. *Issues de la grossesse 2005*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2008, 49 p.

STATISTIQUE CANADA. *Statistiques sur les avortements provoquées 2003*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2006, 52 p.

STATISTIQUE CANADA. La population canadienne selon l'âge et le sexe, *Le Quotidien*, Ottawa, 26 octobre 2006, 4 p., au www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/061026/dq061026b-fra.htm (consulté en octobre 2011).

TENORE, Josie L. Problem-oriented Diagnosis. Ectopic Pregnancy, *American Family Physician*, volume 61, numéro 4, 15 février 2000, p. 1080-1088, au www.aafp.org (consulté en octobre 2011).

TORIELLO, Helga V. Folic Acid and Neural Tube Defects, *Genetics in Medecine*, volume 7, numéro 4, avril 2005, p. 283-284.

TOUGH, Suzanne C., Alexandra J. FABER, Lawrence W. SVENSON et David W. JOHNSTON. Is Parental Age Associated with an Increased Risk of Low Birthweight, Preterm Delivery, and Multiple Birth?, *Revue canadienne de santé publique*, volume 94, numéro 2, mars-avril 2003, p. 88-92.

TREMBLAY, Marc, Hélène VÉZINA et Louis HOUDE. Déterminants démographiques du rapport de masculinité à la naissance dans la population du Saguenay (Québec, Canada), *Population-F*, volume 58, numéro 3, 2003, p. 427-440.

VULGARIS-MÉDICAL. Macrosomie fœtale, 2011, au www.vulgaris-medical.com (consulté en janvier 2012).

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec