

COMMENT SE PORTENT LES TOUT-PETITS PENDANT LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE ?

Extrait du Portrait 2021



OBSERVATOIRE
des tout-petits

 Fondation Lucie
et André Chagnon

La grossesse et la naissance constituent des étapes cruciales pour la santé et le développement de l'enfant. Ce qui se passe pendant cette période peut avoir des répercussions tout au long de la vie de l'enfant. Les interventions préventives avant et entourant la naissance entraînent des retombées positives sur le développement physique, cognitif, social et émotionnel de l'enfant¹. À long terme, ces interventions réduisent le risque de développer des maladies chroniques². À l'échelle de la société, elles contribuent à réduire les inégalités socioéconomiques, car elles favorisent le bon développement des enfants les plus vulnérables³.



Au Québec, la périnatalité est généralement définie comme la période qui s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant (ou du moment de la conception si nous parlons d'une grossesse non planifiée), jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an.



GROSSESSE



Les tout-petits sont particulièrement vulnérables aux facteurs de risque (stress maternel, conditions de vie difficiles pour les parents, etc.) au moment de leur conception, puis pendant la grossesse et leurs premières années de vie. Par exemple, le stress maternel chez la femme enceinte est considéré comme un facteur de risque pour le développement de son bébé⁴. Certains facteurs peuvent aussi augmenter le risque que l'enfant meure à la naissance : le poids de la mère, son jeune âge ou son âge avancé, ses problèmes de santé (ex. : infections, hypertension ou diabète), ses habitudes de vie (ex. : alimentation, tabagisme, consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments) ou les grossesses multiples⁵.



La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur la santé mentale des femmes enceintes et des nouvelles mamans, dont une augmentation globale de symptômes anxieux et dépressifs. Celles qui avaient une santé mentale fragile avant la pandémie ont été davantage touchées. Quelques facteurs semblent expliquer cette augmentation, dont les craintes liées à la possibilité d'avoir la COVID-19 ou d'autres problèmes de santé, les deuils, la diminution d'accès aux soins de santé en périnatalité, l'isolement social ainsi que les difficultés financières des familles⁶.

Les femmes enceintes infectées par la COVID-19 risquent plus de souffrir de complications liées à la maladie que les femmes du même âge qui ne sont pas enceintes. Elles risquent plus d'être hospitalisées aux soins intensifs et d'avoir des complications sévères de la maladie. L'infection à la COVID-19 chez la femme enceinte semble également être associée à une augmentation du risque de complications obstétricales telles que la prééclampsie, le travail avant terme et les naissances prématurées⁷.

Participation à des rencontres prénatales

Les rencontres prénatales de groupe sont une façon d'aider les futurs parents à se préparer à la naissance de leur enfant et d'encourager l'adoption de saines habitudes de vie chez la mère⁸. Il s'agit d'un bon moment pour intervenir puisque la femme enceinte et son partenaire sont plus motivés à changer leurs habitudes pendant la période prénatale afin de protéger la santé du bébé⁹. Ces rencontres ne peuvent pas, à elles seules, modifier l'état de santé de l'enfant, mais elles peuvent influencer certains déterminants de la santé sur lesquels la mère et le père peuvent agir¹⁰. La littérature scientifique démontre aussi que les rencontres prénatales réduisent l'anxiété à la naissance et augmentent l'attachement parental¹¹.



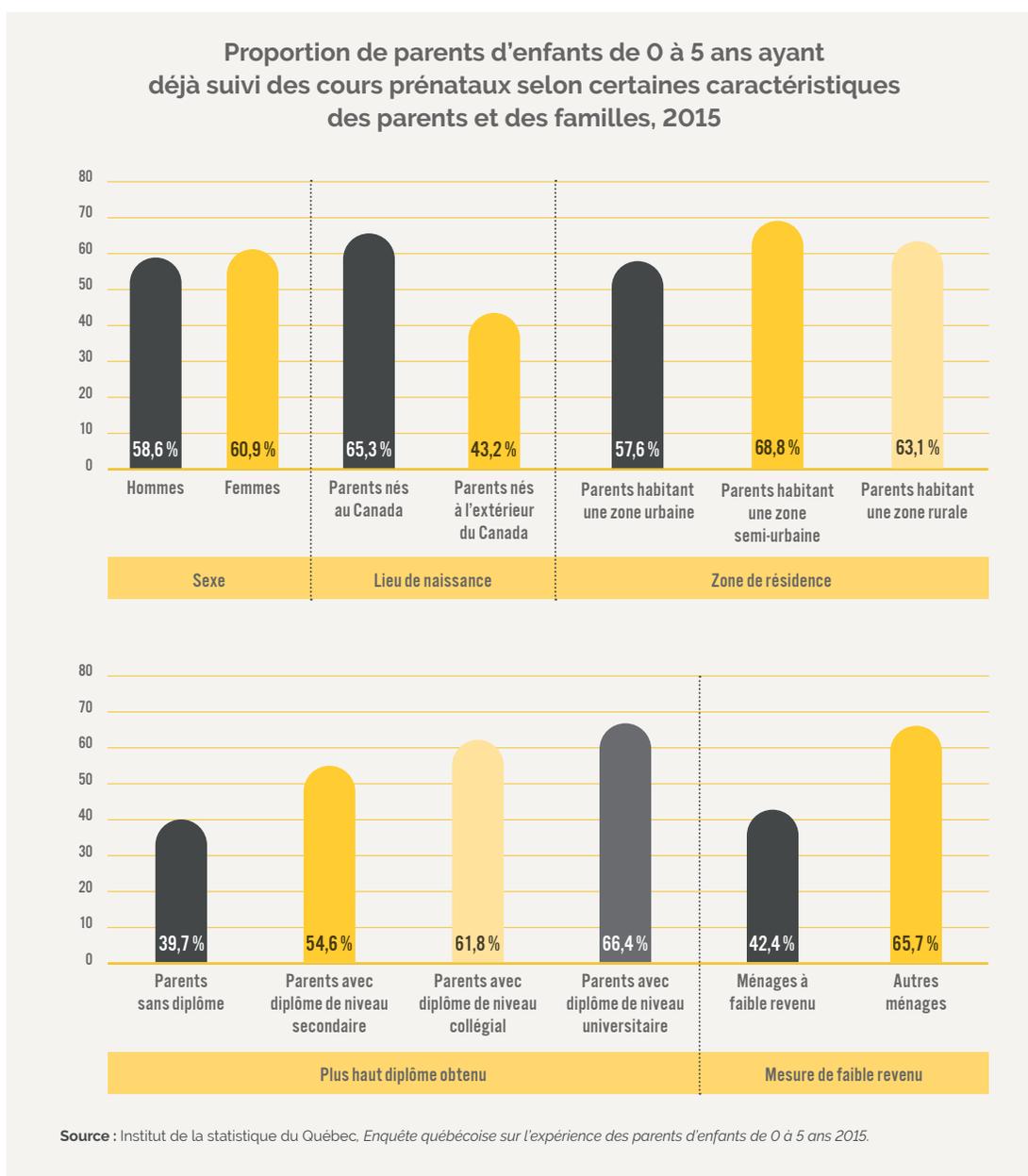
59,8 % des parents d'enfants de 0 à 5 ans avaient déjà participé à des rencontres prénatales en 2015.

Cette proportion ne différait pas significativement entre les pères et les mères.

Facteurs associés à la participation à des rencontres prénatales

La proportion de parents ayant participé à des rencontres prénatales est toutefois plus faible chez les parents de milieux socioéconomiques moins favorisés (soit une participation de 42%, comparativement à 66% pour les milieux plus nantis). Cette proportion augmente également selon le plus haut diplôme obtenu, passant de 40% chez les parents sans diplôme à 66% chez ceux ayant un diplôme de niveau universitaire. Les résultats indiquent également qu'elle est plus élevée lorsque les parents :

- > sont nés au Canada (65%);
- > résident dans une zone semi-urbaine (69%).



Retard de croissance intra-utérin

Lorsqu'un bébé vient au monde avec un poids sous le 10^e centile des courbes standards de poids pour le nombre de semaines de grossesse complétées (10 % des bébés les plus petits), on conclut à un bébé de petit poids pour l'âge gestationnel. La plupart des bébés de petit poids pour l'âge gestationnel sont « constitutionnels », c'est-à-dire qu'ils sont petits par hérédité. Toutefois, certains bébés sont petits parce qu'ils n'ont pas pu atteindre leur plein potentiel de croissance durant la grossesse. On parle alors de retard de croissance intra-utérin. La cause la plus fréquente de ce retard dans la croissance foétale est un mauvais fonctionnement du placenta.



Les bébés ayant connu un retard de croissance durant la période intra-utérine risquent 2 à 3 fois plus de décéder peu après la naissance ou durant les premières années de vie. Ils pourraient aussi souffrir de déficits cognitifs, avoir de moins grandes capacités physiques et développer certaines maladies¹². Les enfants ayant présenté un retard de croissance intra-utérin éprouvent plus fréquemment des difficultés sur le plan neurodéveloppemental que les autres enfants (retard de langage, difficultés d'apprentissage, TDAH, etc.).

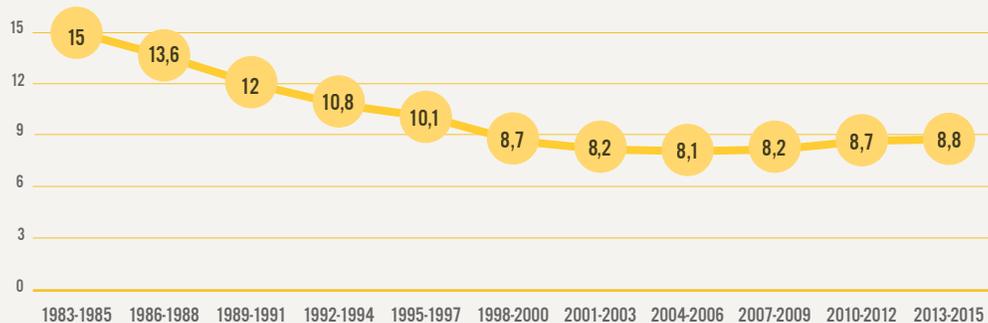
Les nourrissons nés avec un petit poids pour leur âge gestationnel risquent aussi plus de présenter des problèmes de vision et d'ouïe. Parmi les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin, les prématurés sont encore plus susceptibles de présenter ces différents problèmes¹³.



**Au Québec,
8,8 % des bébés sont nés avec
un retard de croissance
intra-utérin en 2013-2015.**

Depuis le début des années 1980, la proportion de bébés nés avec un retard de croissance intra-utérin a diminué de façon importante. Elle était en effet de 15 % en 1983-1985. Le taux de retards de croissance intra-utérins de 2013-2015 est sensiblement le même que celui de 2011-2013 présenté dans notre Portrait 2017 (8,7%). Ces deux taux sont significativement plus élevés que celui de 2002-2004 (8,1%), période où il était le plus bas.

Taux de retards de croissance intra-utérins



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances (produit électronique), Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec le 29 mai 2017.

QUE SAVONS-NOUS DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE ?

L'exposition prénatale à l'alcool est la principale cause évitable d'anomalies congénitales, de troubles du développement et de déficience intellectuelle chez les enfants. Ses effets sur l'enfant à naître sont variables et irréversibles¹⁴. L'absence de données récentes ne nous permet pas de brosser un portrait représentatif de la consommation d'alcool chez les femmes québécoises enceintes. Il nous paraît toutefois important de présenter certaines données préoccupantes concernant le Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), encore méconnu au Québec. Selon un récent sondage mené par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et la firme Léger en 2020, dans près de 50 % des cas, la question de la consommation d'alcool durant la grossesse n'est pas abordée par les professionnels lors du suivi de grossesse¹⁵. Dans ce même sondage, parmi les femmes enceintes qui ont indiqué consommer de l'alcool, 8 % d'entre elles ont augmenté leur consommation d'alcool au moment du premier confinement lié à la pandémie (mars 2020 à juin 2020). Il n'existe pas de données sur la prévalence du TSAF, mais une étude récente de l'OMS indique qu'il y aurait de 2 % à 3 % des enfants atteints du TSAF à Toronto¹⁶. L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) réalise actuellement une recherche-action : *TSAF : en parler pour mieux agir* visant à documenter la situation au Québec. Pour plus d'informations, la page Web **Nos priorités : TSAF** de l'ASPQ peut être consultée.



Mères ayant subi de la violence durant la grossesse ou les deux premières années de vie de l'enfant



La violence conjugale se manifeste par une série d'actes répétitifs, qui s'intensifient avec le temps. Ces actes comprennent les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination économique. La violence conjugale ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue un moyen pour l'agresseur de dominer l'autre personne et d'affirmer son pouvoir sur la victime, souvent la femme¹⁷.

La violence conjugale en période périnatale désigne la violence conjugale subie par la mère durant la grossesse ou durant les deux premières années de vie de l'enfant. Cette violence peut être perpétrée par le conjoint ou un ex-conjoint de la mère¹⁸.

Cette violence a des conséquences pour la santé et le bien-être des femmes enceintes, telles que des blessures physiques, de la dépression, de l'anxiété, un état de stress post-traumatique, de l'isolement social, des problèmes de consommation et des idées suicidaires¹⁹. Elle nuit également à l'expérience de la maternité²⁰ et à l'attachement mère-enfant²¹.

La violence conjugale se produit dans une période névralgique pour le développement du fœtus et du nourrisson. Elle peut causer des dommages au placenta et augmenter la probabilité de fausse couche, d'accouchement avant terme ou de faible poids à la naissance²². Elle est aussi susceptible de nuire au développement cognitif, moteur et socioaffectif du nourrisson et de l'enfant²³.



10,9 %

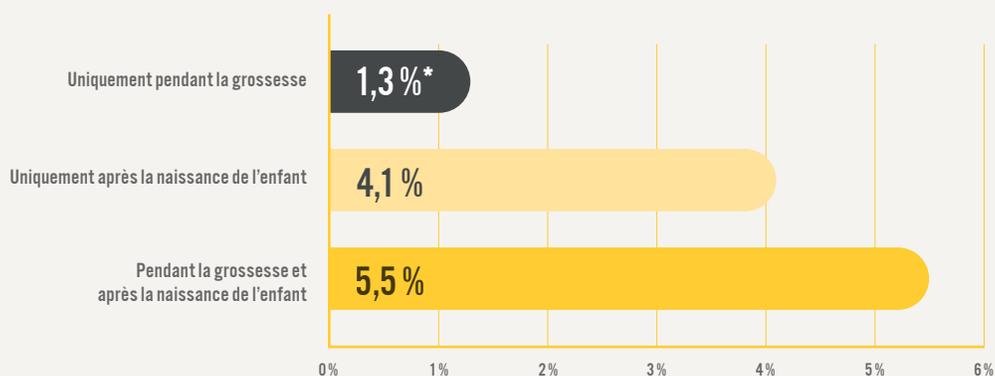
C'était la proportion de mères biologiques d'enfants de 6 mois à 5 ans qui auraient été victimes de violence conjugale durant la période périnatale de leur enfant au Québec, selon des données de 2018²⁴.

Note : Dans cette section, les résultats sont rapportés en fonction d'un des enfants de la mère biologique, et non de l'ensemble de ses enfants, le cas échéant.



Pendant la pandémie de COVID-19, une augmentation substantielle de la violence conjugale a été observée dans plusieurs pays, ainsi qu'au Québec²⁵. En effet, selon des données recueillies par Statistique Canada entre la mi-mars et le début du mois de juillet, plusieurs services d'aide aux victimes ont déclaré une hausse du nombre de victimes de violence familiale ayant eu recours à leurs services²⁶. Pour l'instant, nous ne disposons pas de données sur les femmes enceintes en ayant subi.

Proportion de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale, selon les données de 2018



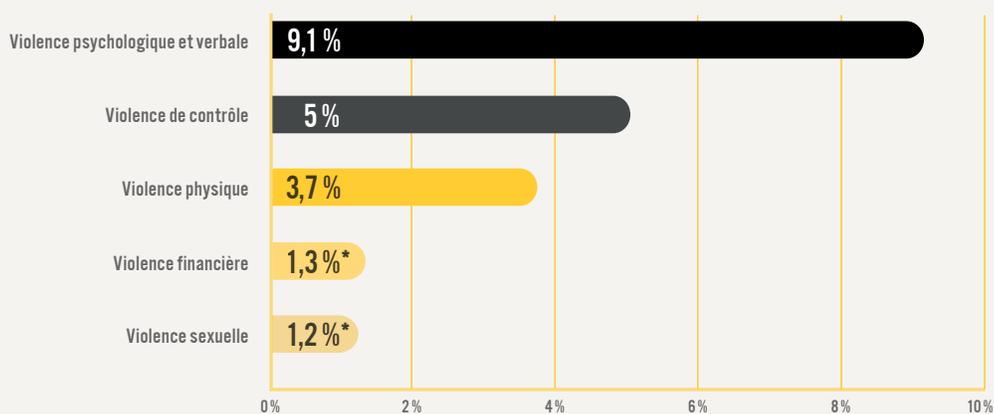
* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 : les attitudes parentales et les pratiques familiales*.

La violence conjugale en période périnatale peut prendre différentes formes :

- > la violence **psychologique** et verbale (ex. : se faire injurier),
- > la violence **de contrôle** (ex. : être limitée dans ses contacts avec sa famille ou son réseau d'amis),
- > la violence **physique** (ex. : se faire gifler, frapper du pied ou mordre),
- > la violence **financière** (ex. : être empêchée de travailler ou être privée d'argent) ou
- > la violence **sexuelle** (ex. : être obligée d'avoir une relation sexuelle).

Proportion de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale en fonction de la forme de violence, selon les données de 2018



* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

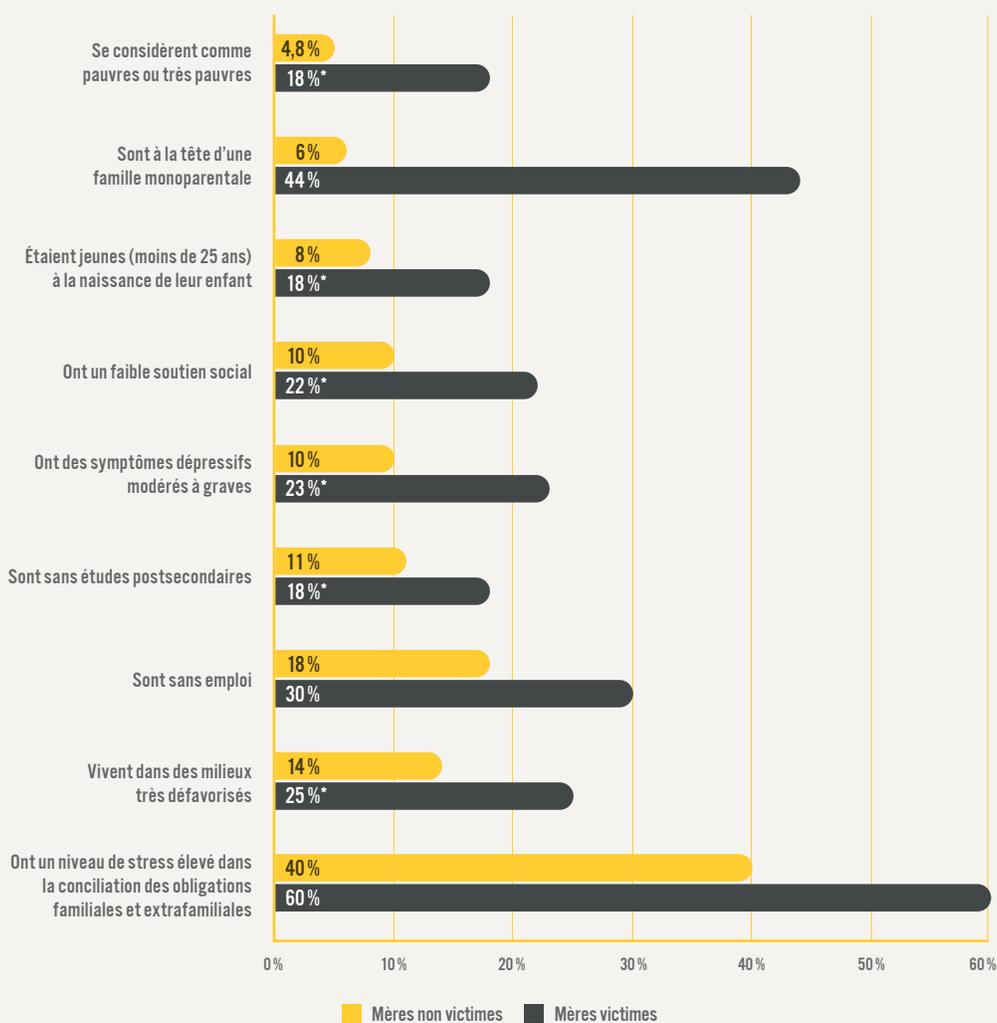
Source : Institut de la statistique du Québec. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 : les attitudes parentales et les pratiques familiales.*



**De plus,
5,8 %** des mères
québécoises
d'enfants de 6 mois à 5 ans
auraient vécu plus d'une forme
de violence conjugale
durant la période périnatale.

Les mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale sont plus nombreuses à vivre dans des milieux plus précaires ou dans des conditions de vie plus difficiles que les mères qui ne sont pas victimes de cette violence.

Proportion de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans victimes de violence conjugale durant la période périnatale selon certaines caractéristiques de leurs conditions de vie selon les données de 2018



* Donnée peu précise, à interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018*.

Naissance

Tout comme la grossesse, la première année de vie de l'enfant est une période où le cerveau de l'enfant est très sensible aux influences autant négatives que positives²⁷. Durant cette période, le cerveau de l'enfant change fonctionnellement et structurellement dans plusieurs zones cérébrales, et les différents stress cumulés durant la première année auront des conséquences physiologiques, comportementales et cognitives²⁸.

Par ailleurs, améliorer les modalités de naissance est également une façon de donner un bon départ aux tout-petits. Les césariennes, par exemple, bien qu'elles soient parfois nécessaires pour la sécurité d'un bébé ou de sa mère, ne sont pas sans risque²⁹. De plus, les complications à la naissance peuvent elles-mêmes nuire à la santé et au développement de l'enfant. La prématurité et le faible poids à la naissance sont notamment associés à des problèmes plus tard dans la vie de l'enfant³⁰.

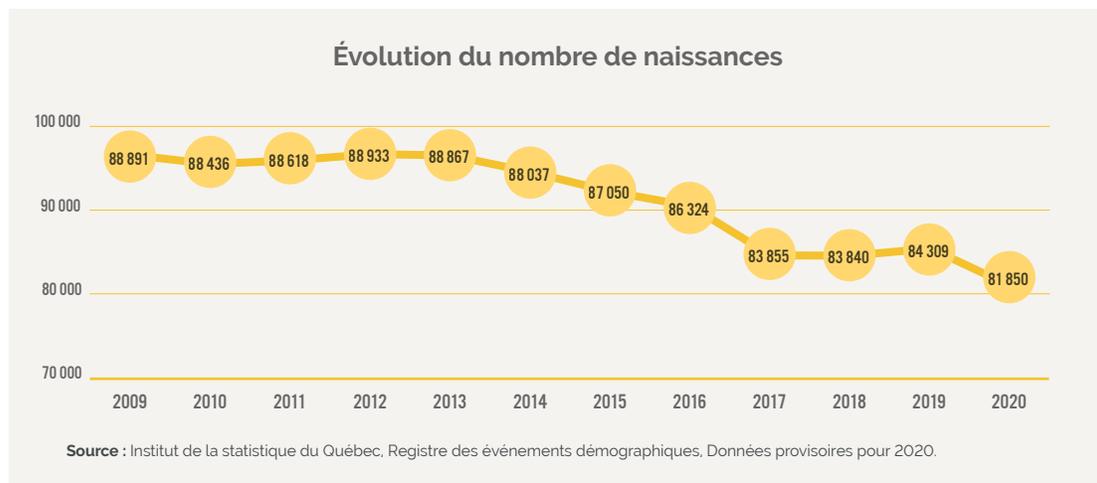
Nombre de naissances



81 850

Le nombre de naissances dans l'ensemble du Québec était de 81 850 en 2020.

Au Québec, le nombre annuel de naissances diminue depuis quelques années. Depuis 2015, le nombre de naissances demeure inférieur aux nombres observés de 2009 à 2014, alors qu'ils dépassaient les 88 000 naissances par année. En 2012, le nombre de naissances avait atteint 88 933.





Le risque de transmission de l'infection à la COVID-19 de la femme enceinte qui serait contagieuse vers son nouveau-né est faible, soit entre 1,5% et 5%, ce qui inclut les nouveau-nés asymptomatiques ou qui n'ont que peu de symptômes. De plus, le risque n'est pas augmenté si la mère infectée cohabite avec son bébé dans la même chambre après l'accouchement, une pratique qui facilite l'allaitement exclusif du bébé³¹.

Une diminution des consultations à l'urgence pour des raisons obstétricales durant la première vague de la pandémie de COVID-19 a été observée³². Des soins de santé de qualité auprès des nouveau-nés et de leurs parents sont néanmoins possibles dans le contexte de la pandémie.

L'important est d'appliquer adéquatement les mesures de prévention et de contrôle des infections, telles que le port du masque chez le personnel, la ventilation adéquate, la vaccination, etc.³³.



Anesthésies épidurales

L'anesthésie péridurale, qui diminue la douleur et le stress lors de l'accouchement, comporte des effets négatifs, tels que la limitation de la mobilité des femmes lors de l'accouchement, mobilité qui permet entre autres une meilleure oxygénation fœtale et des contractions utérines plus efficaces³⁴. Toutefois, cette anesthésie aurait tendance à diminuer les risques de dépression post-partum chez la mère³⁵. En effet, la douleur et le stress lors de l'accouchement constituent des facteurs de risque pour le développement de la dépression post-partum³⁶. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'ailleurs l'anesthésie péridurale chez les femmes enceintes qui sont en bonne santé et qui souhaitent obtenir un soulagement de la douleur durant le travail³⁷.



3/4

Au Québec, en 2019-2020, près de 3 accouchements vaginaux sur 4 (74,3 %) étaient des accouchements avec anesthésie épidurale.

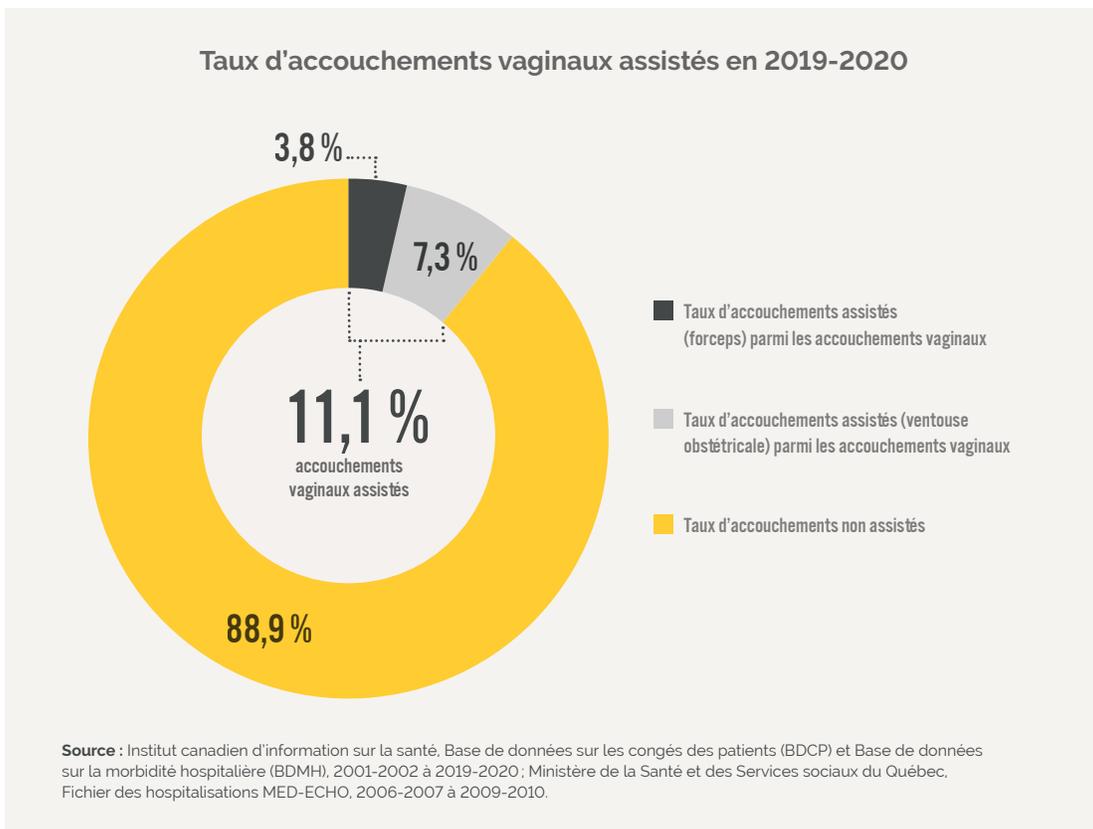
Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), 2001-2002 à 2019-2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des hospitalisations MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.

Naissances assistées



Bien que la ventouse ou les forceps impliquent certains risques pour la mère (épisiotomie, déchirement du plancher pelvien, entre autres³⁸) ou pour le bébé (lésions ou fractures³⁹), l'utilisation de ces outils est parfois nécessaire pour aider le bébé à sortir, lorsque les contractions diminuent ou que le bébé tolère mal les poussées.

En 2019-2020, au Québec, le taux total d'accouchements vaginaux assistés (ventouse obstétricale ou forceps) était de 11,1%.



Césariennes



Bien que la césarienne soit parfois nécessaire pour assurer la sécurité d'un bébé ou de sa mère, elle n'est pas sans risque (ex. : infections, hémorragies, difficultés à commencer l'allaitement, difficultés respiratoires de l'enfant, etc.)⁴⁰. Malgré son utilité médicale, elle peut entraîner des complications temporaires, des incapacités permanentes et, bien que rares, des décès⁴¹.

De plus, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne a des effets positifs pour la mère ou le bébé lorsqu'elle n'est pas nécessaire médicalement. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'ailleurs de s'assurer que le taux de césariennes demeure entre 10 et 15% au sein d'une population⁴². La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) fait également la promotion des accouchements normaux, sans intervention technique lorsque possible⁴³.



25,5 % des accouchements ont eu lieu par césarienne au Québec en 2018*. Ce taux était de 25% en 2017.

Au Québec, le taux d'accouchement par césarienne a augmenté de façon progressive, passant de 20,9% en 2002 à 25,5% en 2018.

Taux d'accouchement par césarienne



* Le pourcentage présenté pour cet indicateur fait référence à un taux de césariennes pour 100 accouchements.

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ECHO.

Naissances multiples



Devenir parent comporte plus de défis lors d'une grossesse multiple que lors d'une grossesse unique⁴⁴. Pour le bébé, une naissance multiple est un facteur de risque associé aux bébés de petits poids. Pour la mère, ce type de naissance est lié à plus d'inconforts durant la grossesse et à une durée d'allaitement plus courte^{45,46}.

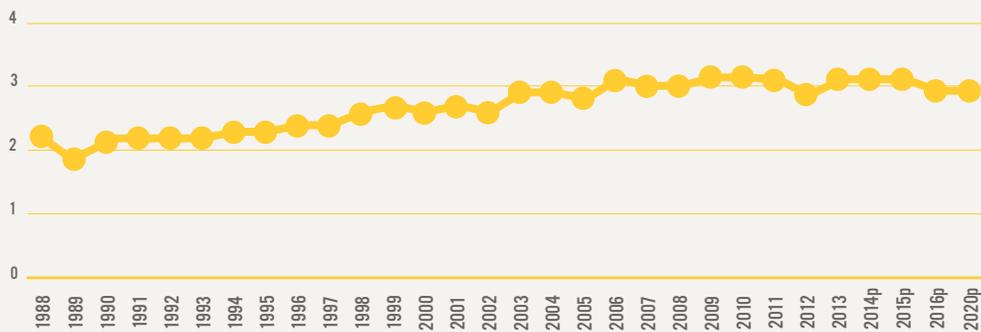


En 2020, les naissances multiples représentaient environ **3%** de toutes les naissances. Il s'agissait presque exclusivement de jumeaux. En effet, les naissances de triplés (ou plus) représentaient près 0,05% de l'ensemble des naissances.

Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques. Données provisoires pour 2020.

La proportion de naissances multiples a connu une tendance à la hausse au cours des 30 dernières années. Cette proportion est passée de 2,1% en 1988 à 2,9% en 2020. La proportion de naissances multiples est toutefois relativement stable depuis 2006.

Proportion de naissances multiples



Source : Institut de la statistique du Québec.

Naissances prématurées

La «prématurité» désigne le fait qu'un bébé naît avant que sa mère n'ait complété 37 semaines de grossesse.



La prématurité, et plus particulièrement la prématurité extrême (moins de 28 semaines de gestation), est un facteur de risque important de mortalité infantile. Les naissances prématurées demeurent d'ailleurs la principale cause de mortalité durant la période néonatale, la petite enfance et l'enfance⁴⁷. Les bébés prématurés sont plus à risque d'avoir de la difficulté à s'adapter à la vie en dehors de l'utérus, d'éprouver de la détresse respiratoire et de contracter des infections bactériennes⁴⁸.

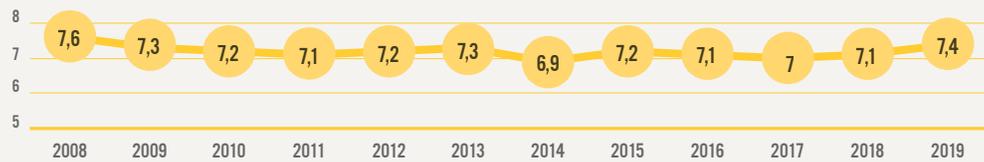
De plus, les naissances prématurées perturbent le développement de l'enfant puisqu'elles augmentent le risque de maladies chroniques, de handicaps et de troubles cognitifs^{49,50}. La prématurité est en effet associée à des conséquences négatives pour le développement global de l'enfant. Par exemple, les bébés nés prématurément sont plus à risque que les bébés non prématurés de présenter des difficultés quant à leur développement moteur et cognitif. Ils sont aussi plus susceptibles de présenter des problèmes de mémoire et d'attention, ainsi que des résultats scolaires plus faibles. La prématurité est aussi associée à des difficultés de langage (compréhension du vocabulaire, capacité à s'exprimer, etc.). Les conséquences développementales négatives associées à la prématurité s'accroissent dans l'enfance, en particulier de 3 à 12 ans. Les risques associés à la prématurité seraient plus grands en situation de prématurité extrême⁵¹.



Au Québec, la proportion de bébés nés avant d'avoir complété 37 semaines de grossesse fluctue autour de 7% de 2009 à 2019.

Bien que la proportion de naissances prématurées est relativement stable depuis 2009, ce taux de prématurité demeure néanmoins supérieur à celui mesuré au début des années 1980 (5,6%).

Proportion de naissances prématurées

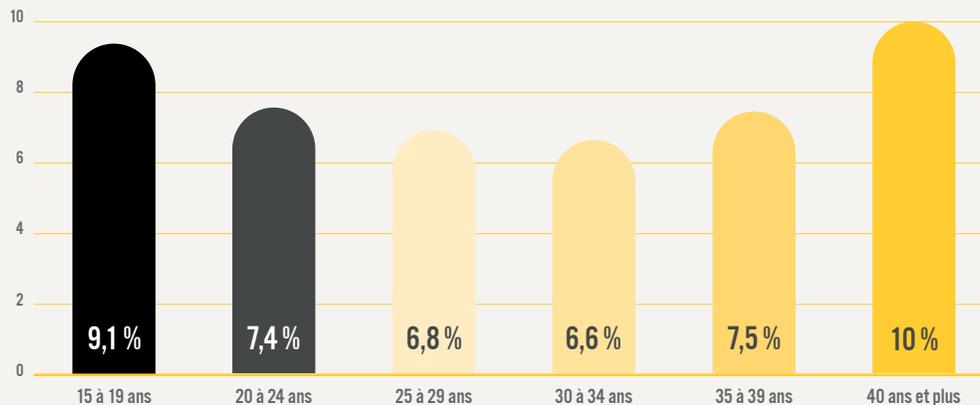


Source : Institut de la statistique du Québec.

LE LIEN ENTRE L'ÂGE DE LA MÈRE ET LA PRÉMATURITÉ

Au Québec, de 2016 à 2018, la proportion la plus élevée de naissances prématurées était chez les femmes âgées de 40 ans et plus, avec 1 naissance sur 10 en moyenne. La proportion de naissances prématurées était aussi un peu plus élevée chez les mères de moins de 20 ans (9,1%).

Proportion de naissances prématurées selon le groupe d'âge de la mère, moyenne de 2016 à 2018



Source : Institut de la statistique du Québec.

LE LIEN ENTRE LE TYPE DE NAISSANCE ET LA PRÉMATURITÉ



La proportion moyenne de naissances prématurées au Québec de 2016 à 2018 était de **5,6 % lors d'une naissance simple**. Les naissances prématurées sont beaucoup plus fréquentes **lors de naissances multiples**, avec généralement un peu plus de la moitié des jumeaux nés avant terme (54 %).

Source : Institut de la statistique du Québec.

FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE



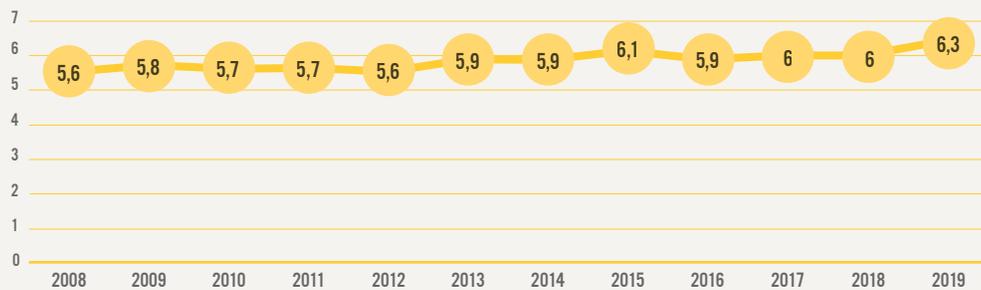
Le faible poids à la naissance est associé à une plus grande mortalité néonatale et périnatale, à des retards de croissance et à des difficultés motrices et cognitives⁵². Il est aussi associé à des infections graves peu avant ou peu après la naissance, ainsi qu'à une augmentation des risques de maladies du cœur, de tension artérielle élevée et du diabète de type II plus tard dans la vie^{53,54}. La prévalence de ce problème serait notamment plus élevée chez les enfants vivant dans une famille défavorisée⁵⁵.



6,3 % des bébés qui ont vu le jour en 2019 pesaient moins de 2,5 kg (5,5 lb).

Au Québec, la proportion de naissances de faible poids a peu varié au cours des trois dernières décennies.

Proportion de naissances de faible poids



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

LE LIEN ENTRE LE TYPE DE NAISSANCE ET LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE



La proportion de naissances de faible poids est d'un peu moins de **5 %** lors d'une naissance simple. Toutefois, les naissances de faible poids sont beaucoup plus fréquentes lors de naissances multiples, avec généralement un peu plus de la moitié des jumeaux ayant un faible poids.

Source : Institut de la statistique du Québec.

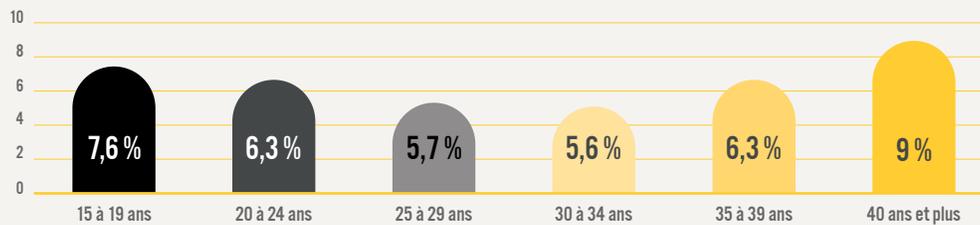
Note : Tous les enfants nés lors d'un même accouchement sont désignés «jumeaux», y compris les triplés, les quadruplés, etc. Dans la vaste majorité des cas, les jumeaux sont issus de grossesses impliquant deux bébés.

LE LIEN ENTRE L'ÂGE DE LA MÈRE ET LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE



La proportion la plus élevée de naissances de faible poids est chez les femmes **âgées de 40 ans et plus**, soit autour de 9 % des naissances. La proportion est aussi un peu plus élevée chez les mères de moins de 20 ans.

Proportion de naissances de faible poids selon le groupe d'âge de la mère, moyenne de 2016 à 2018



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques.

Âge de la mère à la naissance

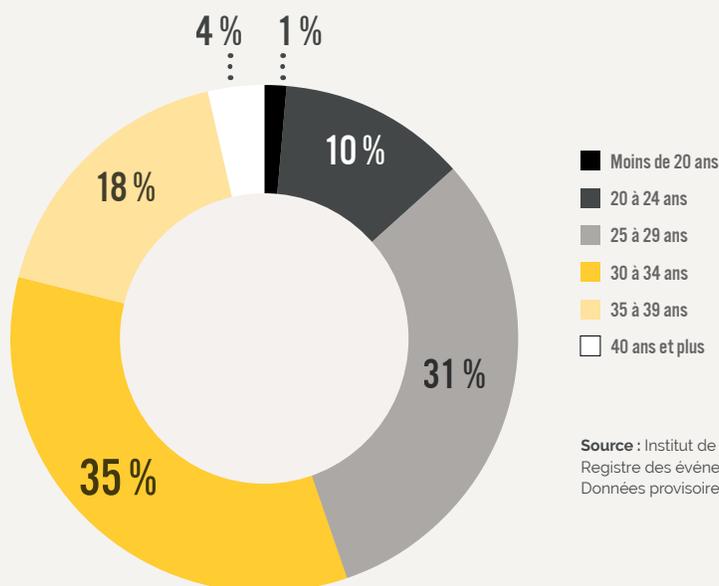


L'âge de la mère compte parmi les facteurs sociodémographiques les plus souvent associés à la prématurité. Le risque de naissances prématurées est en effet plus élevé chez les adolescentes de moins de 18 ans et chez les femmes de plus de 40 ans^{56,57}.

D'un point de vue physiologique, les jeunes mères risqueraient plus de vivre des complications durant la grossesse⁵⁸. D'un point de vue social, des recherches montrent que les mères adolescentes atteignent des niveaux de scolarité moins élevés que les adolescentes sans enfant. Elles sont aussi plus nombreuses en proportion à dépendre de l'aide financière de l'État pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

Les femmes enceintes plus âgées, quant à elles, risquent plus de vivre des anomalies congénitales et des problèmes de santé physique tels que l'hypertension et le diabète de grossesse⁵⁹.

Répartition des naissances selon l'âge de la mère en 2020



Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques, Données provisoires.

COMMENT LA SITUATION A-T-ELLE ÉVOLUÉ DEPUIS 10 ANS ?

En 2010, des 88 436 naissances enregistrées au Québec, 2,7% étaient issues de mères âgées de moins de 20 ans, 13,7% de mères de 35 à 39 ans et 2,7% de mères de 40 ans ou plus.

En 2020, des 81 850 bébés nés au Québec*,

- 1% avaient une mère âgée de moins de 20 ans
- 18% une mère de 35 à 39 ans et un peu moins de
- 5% une mère de 40 ans et plus.

*Données provisoires



Bébés mort-nés (mortinatalité)



La mortinatalité concerne les décès de fœtus ayant un poids à la naissance de 500 g ou plus ou un âge gestationnel de 20 semaines ou plus. Il existe de nombreuses causes à la mortinatalité, bien que la moitié des décès demeure inexpliquée. L'absence de suivi ou un suivi médical inadéquat pendant la grossesse augmenteraient les risques de mortinatalité⁶⁰.



6,98 / 1 000

En 2020, le taux de bébés mort-nés était d'environ 7 pour 1 000 naissances.

Au Québec, du milieu des années 1970 au milieu des années 1990, la mortinatalité a reculé environ de moitié. Le taux est ensuite demeuré relativement stable, autour de 4,2 pour 1 000, jusqu'en 2018. Un changement de la définition* d'une mortinaissance à partir d'octobre 2019 ne nous permet pas de comparer les données de 2020 avec les anciennes données.

Source : Institut de la statistique du Québec, Registre des événements démographiques, Données provisoires pour 2020.

* Le taux de mortinatalité est le nombre de mortinaissances divisé par le total des naissances et des mortinaissances multiplié par 1 000. Au Québec, jusqu'en octobre 2019, seuls les décès intra-utérins de fœtus de 500 grammes ou plus étaient enregistrés comme une mortinaissance. La nouvelle définition est maintenant plus large et inclut désormais les fœtus non vivants pesant au moins 500 grammes ou ayant atteint un âge gestationnel d'au moins 20 semaines.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, tous les pays devraient se fixer comme objectif de diminuer le taux de mortinatalité à moins de **10 décès pour 1 000 naissances** d'ici 2035⁶¹. Le Québec fait donc bonne figure sur cet aspect.



Un lien a été établi entre la pandémie de COVID-19 et l'augmentation des risques de de bébés mort-nés. Une association a aussi été établie entre la hausse des risques de mortalité maternelle et de rupture de grossesses ectopiques (lorsque l'implantation du fœtus a lieu en dehors de l'utérus, ce qui risque de causer de graves hémorragies, parfois même mortelles)⁶². Parmi les facteurs explicatifs possibles, en plus des effets directs du virus, les études soulignent la diminution des consultations à l'urgence pour des raisons obstétricales ainsi que la diminution des visites prénatales de routine. Les politiques de confinement ainsi que l'anxiété liée aux craintes d'être infectées par la COVID-19 à l'hôpital peuvent expliquer pourquoi les femmes enceintes ont eu moins recours aux urgences et aux suivis de routine durant la pandémie⁶³.

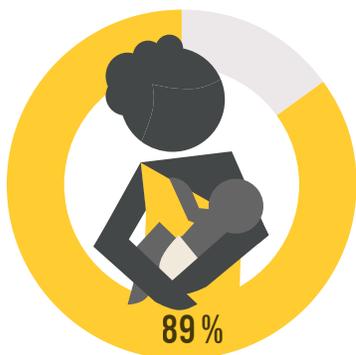
Allaitement



L'allaitement constitue un facteur de protection important pour la santé du bébé et celle de l'adulte qu'il deviendra. Le lait maternel permet, en effet, de fournir tous les éléments nutritifs dont le bébé a besoin pour bien se développer. Il le protège également contre plusieurs types d'infections (ex. : otites, pneumonies, gastroentérites)⁶⁴.

De plus, les études démontrent que l'allaitement diminue le risque de mort subite du nourrisson et de certaines maladies chroniques (maladie coéliquie, maladies inflammatoires de l'intestin, obésité et diabète)⁶⁵.

Chez la mère, l'allaitement aide l'utérus à reprendre sa taille initiale, diminue les saignements, retarde le retour des menstruations et favorise la perte de poids. Il diminue aussi les risques de cancer du sein, des ovaires et de l'endomètre⁶⁶.



Selon les données de 2017-2018, environ 89 % des mères* ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle de 2015-2016. La proportion des mères ayant allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant en 2011-2012 (89%) est plus élevée que celles observées en 2009-2010 (83%), en 2007-2008 (84%), en 2005 (82%) et en 2000-2001 (73%).

* Il s'agit des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2000-2001 à 2017-2018, fichiers de partage, adaptés par l'Institut de la statistique du Québec.

Notes méthodologiques

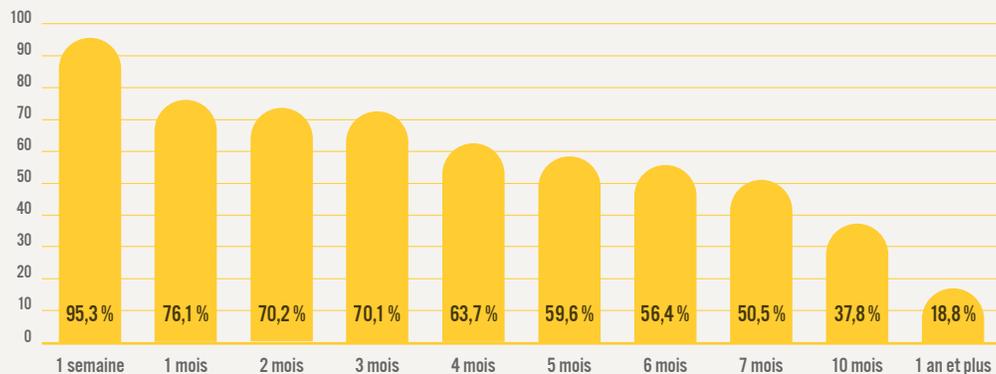
En raison de changements méthodologiques résultant du remaniement de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, il n'est pas conseillé de comparer les données de 2015-2016 et de 2017-2018 aux données des cycles antérieurs de cette enquête.



Cependant, selon les données de 2017-2018, la proportion de mères qui allaitent leur bébé diminue pendant la première année de vie de l'enfant.

Malgré l'augmentation de la proportion de mères qui ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant, plusieurs d'entre elles cessent l'allaitement dans les premiers mois. En effet, 95,3% des mères qui ont initié l'allaitement allaitaient leur enfant à 1 semaine de vie, mais cette proportion baisse à 76,1% à 1 mois et à 56,4% à 6 mois.

Proportion de mères¹ qui allaitaient à différents âges de l'enfant, parmi celles qui ont allaité ou tenté d'allaiter en 2017-2018*



¹ Il s'agit des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête.

* Parmi les mères qui avaient cessé d'allaiter leur enfant au moment de l'enquête.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2017-2018, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Proportion de mères¹ qui ont allaité exclusivement à différents âges de l'enfant, parmi celles qui ont allaité ou tenté d'allaiter* en 2017-2018



¹ Il s'agit des femmes de 15 à 55 ans ayant donné naissance à un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête.

* Parmi les mères qui, au moment de l'enquête, avaient ajouté d'autres liquides ou des aliments solides.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2017-2018, fichier de partage, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.



En 2017-2018, parmi les mères qui avaient allaité et qui avaient introduit d'autres liquides ou des aliments solides dans l'alimentation de leur enfant, 71,2% l'avaient fait avant 6 mois.

L'Organisation mondiale de la santé recommande de nourrir les bébés exclusivement avec du lait maternel pendant les 6 premiers mois de leur vie. La Société canadienne de pédiatrie rappelle toutefois que d'autres facteurs que l'âge sont également importants (tels que les signes de maturité du nourrisson) afin de déterminer le bon moment pour introduire d'autres aliments⁶⁷. Après l'introduction des aliments solides, l'allaitement peut ensuite se poursuivre jusqu'à 2 ans et au-delà⁶⁸.



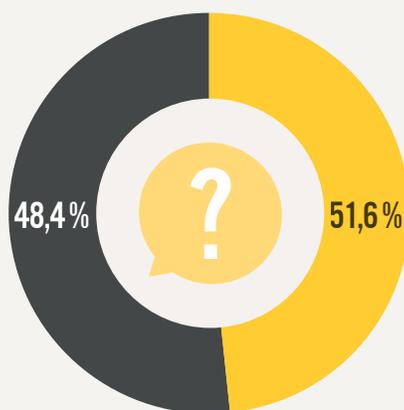
Aucun virus viable de la COVID-19 (donc posant un risque de contagion) n'a été détecté dans le lait maternel. Les anticorps de la mère contre le virus se retrouvent dans le lait maternel et peuvent ainsi protéger le bébé de la COVID-19⁶⁹.

Services de soutien à l'allaitement

Au Québec, en plus des mesures mises en place dans les établissements qui ont la certification « Amis des bébés », divers services de soutien à l'allaitement sont offerts aux mères : groupes d'entraide en allaitement, cliniques d'allaitement, haltes-allaitement et consultantes en lactation.

Les mères ayant allaité et vivant dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir utilisé de services de soutien à l'allaitement, soit 40 % comparativement à 56 % dans les autres ménages. Par ailleurs, les statistiques indiquent que plus les mères qui allaitent sont scolarisées, plus elles sont susceptibles d'avoir utilisé des services de soutien à l'allaitement⁷⁰.

Pourcentage de mères ayant utilisé des services de soutien à l'allaitement, 2015



A utilisé des services de soutien à l'allaitement



N'a pas utilisé des services de soutien à l'allaitement

* Plus précisément, il s'agit de l'ensemble des mères d'enfants de 0 à 5 ans à l'exception de celles ayant expliqué n'avoir pas eu recours à des services de soutien à l'allaitement parce qu'elles n'avaient pas allaité.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*.



63 % des mères n'ont pas utilisé de services de soutien à l'allaitement parce qu'elles n'en ont pas eu besoin et environ **10 %** parce qu'elles ne les connaissaient pas⁷¹.

LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE EN BREF

De façon générale, au Québec, l'état de santé dans lequel les tout-petits viennent au monde s'améliore :



— **Le taux de retard de croissance intra-utérin a diminué** depuis le début des années 1980.



— **Le taux de décès à la naissance a reculé environ de moitié au Québec**, du milieu des années 1970 au milieu des années 1990. Le taux est demeuré relativement stable depuis. Le Québec fait bonne figure sur cet aspect puisque le taux (7 pour 1 000 naissances) est bien inférieur à la cible fixée par l'OMS (10 pour 1 000 naissances).



— La proportion des mères qui allaitent ou qui tentent de le faire a augmenté par rapport au début des années 2000.

Les données dont nous disposons indiquent également que le virus de la COVID-19 touche peu les nouveau-nés.



— Le risque de transmission du virus de la COVID-19 de la femme enceinte vers le nouveau-né est faible, soit entre 1,5% et 5%. Cette proportion inclut les nouveau-nés asymptomatiques ou qui ont peu de symptômes.



— Aucun virus de la COVID-19 pouvant transmettre la maladie n'a été détecté dans le lait maternel.

Certains éléments demeurent préoccupants :



— Malgré une légère diminution dans les dernières années, **le taux de prématurité (bébés nés avant 37 semaines de grossesse) demeure plus élevé en 2019** qu'en 1980.



— **Le taux d'accouchement par césarienne a augmenté de façon progressive, passant de 20,9% en 2002 à 25,5% en 2018.** Ce taux est également supérieur au taux idéal recommandé par l'OMS (10 à 15%).



Malgré l'augmentation de la proportion de mères qui ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant, **plusieurs d'entre elles cessent l'allaitement dans les premiers mois**. En effet, 95,3% des mères qui ont allaité ou tenté d'allaiter allaitaient leur enfant à 1 semaine de vie, mais cette proportion baisse à 76,1% à 1 mois et à 56,4% à 6 mois.



En 2015, 10% des mères d'enfants de 0 à 5 ans qui n'ont **pas utilisé de services de soutien à l'allaitement** n'y ont pas eu recours parce qu'elles ne connaissaient pas leur existence.

En 2015, **seulement 59,8% des parents d'enfants de 0 à 5 ans ont participé à des rencontres prénatales**. Cette proportion est plus faible chez les parents de milieux socioéconomiques moins favorisés (42,4%).



En 2018, **10,9% des mères d'enfants de 6 mois à 5 ans avaient été victimes de violence conjugale** durant la période périnatale de leur enfant.

60% des mères victimes de violence conjugale ont un **niveau de stress élevé** dans la conciliation des obligations familiales et extrafamiliales.

44% des mères victimes de violence conjugale sont à la tête d'une **famille monoparentale**.



Pendant la pandémie de COVID-19, une augmentation substantielle de la violence conjugale a été observée dans plusieurs pays, ainsi qu'au Québec. Pour l'instant, nous ne disposons toutefois pas de données sur les femmes enceintes en ayant subi.

PENDANT LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE

Il est possible d'agir

Nous disposons de leviers collectifs pour agir sur les conditions dans lesquelles se déroulent la grossesse et la naissance des tout-petits, qui ont été démontrés efficaces ou se sont avérés prometteurs par la pratique sur le terrain ou la recherche scientifique au Québec ou à l'international. Voici quelques exemples :



Les mesures visant à améliorer les conditions de vie des femmes enceintes issues de milieux socioéconomiques défavorisés et à leur offrir du soutien (ex. : suivi Olo⁷², modèle en périnatalité sociale de la Maison Bleue⁷³, programme SIPPE⁷⁴, suivi du Dispensaire diététique de Montréal⁷⁵, soutien financier) ont bien démontré leurs effets positifs sur la santé du bébé à naître, tant sur le poids à la naissance que sur les taux de prématurité et d'allaitement. Après la naissance de l'enfant, des programmes comme L'Envol⁷⁶ permettent d'offrir un logement subventionné à de jeunes mères vivant seules avec leurs enfants et qui entreprennent ou poursuivent un projet scolaire ou professionnel.



Pour mieux rejoindre les tout-petits vulnérables, il est important d'entrer en contact avec leur famille dès la grossesse. La mise en place d'un avis de grossesse permet au médecin traitant ou à la sage-femme d'orienter systématiquement une femme enceinte vers l'établissement de santé de son territoire où elle pourra avoir accès à certains services prénataux⁷⁷. Lors de son implantation en 2016 dans Lanaudière, l'avis de grossesse a eu un effet positif sur le nombre de femmes rejointes par les suivis Olo et SIPPE. L'avis de grossesse permet également d'assurer un suivi personnalisé à chaque enfant jusqu'à l'entrée à l'école, en intensifiant l'accompagnement pour les familles vulnérables. Cette approche est d'ailleurs mise de l'avant en périnatalité sociale. Pour l'instant, l'implantation de l'avis de grossesse dans les différentes régions du Québec demeure toutefois à géométrie variable.



L'étude QUARISMA réalisée dans 32 hôpitaux québécois entre 2008 et 2011 a démontré que la formation des professionnels qui pratiquent des accouchements et l'autoévaluation de la pratique clinique étaient efficaces pour réduire les taux de césariennes de façon sécuritaire⁷⁸. Par ailleurs, selon un rapport produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), un accompagnement individuel de la mère pendant le travail et l'accouchement constitue un levier pour réduire efficacement les interventions obstétricales dans leur ensemble, ce qui contribue aussi à une meilleure réussite de l'allaitement⁷⁹.



Faire en sorte que les femmes se sentent à l'aise d'allaiter dans l'espace public est une bonne façon de les soutenir⁸⁰. Les municipalités peuvent y contribuer en prenant une résolution en ce sens⁸¹. La valorisation et le soutien des groupes d'entraide en allaitement sur un territoire contribuent également à faire connaître l'ampleur des ressources communautaires en allaitement. Enfin, mettre en place une route du lait où un ensemble de commerçants et d'organismes encouragent et appuient l'allaitement dans les lieux publics contribue à normaliser le geste dans la population⁸².



Un soutien approprié peut prévenir un grand nombre des difficultés liées à l'allaitement, permet d'agir rapidement (par exemple avant que la douleur ne s'installe) et contribue à rendre l'expérience d'allaitement positive⁸³. Parmi leurs recommandations, les mères québécoises ont souligné l'importance d'uniformiser l'information transmise par les professionnels rencontrés au lieu de naissance⁸⁴. Le rehaussement et l'harmonisation de la formation initiale en allaitement contribue au renforcement des compétences des professionnels et permet un meilleur soutien des femmes qui veulent allaiter⁸⁵.

Certaines de ces mesures sont déjà en place au Québec. Elles devraient être maintenues et consolidées pour préserver les progrès qui ont été faits dans ce domaine.

Comment l'application de ces mesures pourrait-elle être améliorée? D'autres mesures seraient-elles à envisager? Nous espérons que ce portrait de la situation contribuera à la réflexion entourant ces questions.



Références

- 1 EARLY CHILDHOOD LEARNING & KNOWLEDGE CENTER. *Early Head Start Benefits Children and Families*. [En ligne]. [<https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/programs/article/early-head-start-benefits-children-families>].
- 2 LUU, T.M., et autres. « Long-Term Impact of Preterm Birth : Neurodevelopmental and Physical Health Outcomes », 2017.
- 3 BLACK, S.E., et autres. « From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes », 2007.
- 4 DRISSE, Bruno. « Environnements précoces, origines précoces de la santé et des maladies », *Medecine & Sciences*, vol. 32, n° 1, 2016, p. 9-10.
- 5 AUNE, D., et autres. « Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death : A systematic review and meta-analysis », *JAMA*, vol. 311, n° 15, p. 1536-1546; FLENADY, V., et autres. « Major risk factors for stillbirth in high-income countries : A systematic review and meta-analysis », *Lancet*, vol. 377, n° 9774, 2011, p. 1331-1340; HUANG, L., et autres. « Maternal age and risk of stillbirth : A systematic review », *CMAJ*, vol. 178, n° 2, 2008, p. 165-172; LIU, L.C., et autres. « Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy : A systematic review », *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 53, n° 2, 2014, p. 141-145; MARUFU, T.C., et autres. « Maternal smoking and the risk of stillbirth : Systematic review and meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 15, n° 239, 2015; SIDEBOTHAM, P., et autres. « Understanding why children die in high-income countries », *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 915-927.
- 6 CHMIELEWSKA, B., et autres. « Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes : A systematic review and meta-analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 9, n° 6, 2021, p. 759-772; LIU, C.H., et autres. « Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic », *Psychiatry Research*, vol. 295, 2021; SUWALSKA, J., et autres. « Perinatal Mental Health during COVID-19 Pandemic : An Integrative Review and Implications for Clinical Practice », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, n° 11, 2021, p. 2406; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 7 HUDAK, M.L. « Consequences of the SARS-CoV-2 pandemic in the perinatal period », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 33, n° 2, 2021, p. 181-187; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 8 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité 2008-2018*, 2008.
- 9 TU, M. T., POISSANT, J., & Direction du développement des individus et des Communautés. (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*. Institut national de santé publique du Québec.
- 10 TU, M.T., et J. POISSANT. *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 140 p.
- 11 SERÇEKUŞ, P., et H. BAŞKALE. « Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment », *Midwifery*, vol. 34, 2016, p. 166-172.
- 12 MOYAMBE, et autres. « Étude des facteurs de risque du retard de croissance intra-utérin à Lubumbashi », *Pan African Medical Journal*, vol. 14, n° 1, 2013.

-
- 13 ARCANGELI, T., et autres. « Neurodevelopmental delay in small babies at term : A systematic review », *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, vol. 40, n° 3, 2012, p. 267-275; LEVINE, T.A., et autres. « Early childhood neurodevelopment after intrauterine growth restriction : A systematic review », *Pediatrics*, vol. 135, n° 1, 2015, p. 126-141; MURRAY, E., et autres. « Differential effect of intrauterine growth restriction on childhood neurodevelopment : A systematic review », *BJOG*, vol. 122, n° 8, 2015, p. 1062-1072; SUCKSDORFF, M., et autres. « Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, vol. 136, n° 3, 2015, e599-608.
- 14 BERNES, G. et autres. "Profils neurocomportementaux spécifiques à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale", *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 2020.
- 15 ASPQ & Léger. *Consommation d'alcool, grossesse et TSAF. Sondage auprès de femmes enceintes ou ayant récemment accouché, d'adolescent.e.s et de Québécois.e.s.*, 2020.
- 16 POPOVA, S. *Étude internationale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF): volet canadien*, World Health Organization, Centre for Addiction and Mental Health, 2018.
- 17 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, 1995.
- 18 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018*, 2019.
- 19 BAILEY, B.A. « Partner violence during pregnancy : Prevalence, effects, screening, and management », *International Journal of Women's Health*, vol. 2, 2010, p. 183-197; BROWNRIDGE, D.A., et autres. « Pregnancy and Intimate Partner Violence : Risk Factors, Severity, and Health Effects », *Violence Against Women*, [En ligne], vol. 17, n° 7, 2011, p. 858881. doi : 10.1177/1077801211412547 (consulté le 24 avril 2019); TAILLIEU, T.L., et D.A. BROWNRIDGE. « Violence against pregnant women : Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, n° 1, 2010, p. 1435.
- 20 HOOKER, L., et autres. « Intimate partner violence and the experience of early motherhood : A cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood », *Midwifery*, [En ligne], vol. 34, 2016, p. 88-94. doi : 10.1016/j.midw.2015.12.011 (consulté le 24 avril 2019); BARLOW, J., et A. UNDERDOWN. « Child maltreatment during infancy : Atypical parent-infant relationships », *Paediatrics and Child Health*, [En ligne], vol. 28, n° 3, 2018, p. 114-119. doi : 10.1016/j.paed.2017.11.001 (consulté le 24 avril 2019).
- 21 BUCHANAN, F., C. POWER et F. VERITY. « The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies : I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach », *Journal of Family Violence*, vol. 29, n° 7, 2014, p. 713-724.
- 22 BAILEY, B.A. « Partner violence during pregnancy : Prevalence, effects, screening, and management », *International Journal of Women's Health*, vol. 2, 2010, p. 183-197; TAILLIEU, T.L., et D.A. BROWNRIDGE. « Violence against pregnant women : Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, n° 1, 2010, p. 14-35; SHAH, P.S., et J. SHAH. « Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes : A systematic review and meta-analyses », *Journal of Women's Health*, [En ligne], vol. 19, n° 11, 2010, p. 2017-2031. doi : 10.1089/jwh.2010.2051 (consulté le 24 avril 2019).
- 23 MONK, C., J. SPICER et F.A. CHAMPAGNE. « Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants : The role of epigenetic pathways », *Development and Psychopathology*, [En ligne], vol. 24, n° 4, 2012, p. 1361-1376. doi : 10.1017/S0954579412000764 (consulté le 15 avril 2019).
- 24 LÉVESQUE, Sylvie, et Dominic Julien. "Violence conjugale en période périnatale", dans CLÉMENT, M.É. et autres. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (chap. 4, p. 103-122). Québec : Institut de la statistique du Québec.
-

-
- 25 CHMIELEWSKA, B., et autres. « Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes : A systematic review and meta-analysis », *The Lancet Global Health*, vol. 9, n° 6, 2021, p. 759-772; LIU, C.H., et autres. « Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic », *Psychiatry Research*, vol. 295, 2021; SUWALSKA, J., et autres. « Perinatal Mental Health during COVID-19 Pandemic : An Integrative Review and Implications for Clinical Practice », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, n° 11, 2021, p. 2406; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 26 STATISTIQUE CANADA. *Les répercussions sociales et économiques de la COVID-19 : Le point après six mois*, [en ligne], 2020. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2020004-fra.html>].
- 27 LANG, T., et autres. « A health equity impact assessment umbrella program (AAPRISS) to tackle social inequalities in health : Program description », *Global Health Promotion*, vol. 23, n° 3, 2016, p. 54-62.
- 28 MCGOWAN, P.O., et M. SZYF. « The epigenetics of social adversity in early life : Implications for mental health outcomes », *Neurobiology of Disease*, vol. 39, n° 1, 2010, p. 66-72; NOBLE, K., et autres. « Socioeconomic disparities in neurocognitive development in the first two years of life », *Developmental Psychobiology*, vol. 57, n° 5, 2015, p. 535-551; SHONKOFF, J.P., et autres. « The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress », *Pediatrics*, vol. 129, n° 1, 2012, e232-e246.
- 29 LAVENDER, T., et autres. « Caesarean section for non-medical reasons at term », *The Cochrane database of systematic reviews*, n° 3, 2012. CD004660-CD004660; KAPELLOU, O. « Effect of caesarean section on brain maturation », *Acta Paediatrica*, vol. 100, n° 11, 2011, p. 1416-1422; CHIEN, L.N., et autres.
- 30 PORHARST, et autres. 2011. DEL CIAMPO, L. A. & DEL CIAMPO, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(06), 354-359.
- GAUDINEAU, A. « Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-foetale des troubles de la croissance foetale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, 2013, p. 895-910
- 31 HUDAK, M.L. « Consequences of the SARS-CoV-2 pandemic in the perinatal period », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 33, n° 2, 2021, p. 181-187; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 32 MOR, M., et autres. « Impact of the COVID-19 Pandemic on Excess Perinatal Mortality and Morbidity in Israel », *American Journal of Perinatology*, vol. 38, n° 4, 2021, p. 398-403; Kotlar, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 33 HUDAK, M.L. « Consequences of the SARS-CoV-2 pandemic in the perinatal period », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 33, n° 2, 2021, p. 181-187; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 34 GAGNON, R., E. HÉBERT et H. LANGLOIS. *Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur*, [En ligne], 2013. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/travail-et-accouchement.pdf>].
- 35 SUN, J., et autres. « Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of the edinburgh postnatal depression scale in trial of labor after cesarean : A multicenter, prospective cohort study », *BioMed Research International*, 2020.
- 36 SUN, J., et autres. « Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of the edinburgh postnatal depression scale in trial of labor after cesarean : A multicenter, prospective cohort study », *BioMed Research International*, 2020.
- 37 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*, [En ligne], 2021. [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339794/9789290313366fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].
-

-
- 38 LEBRAUD, M., et autres. « Comparison of maternal and neonatal outcomes after forceps or spatulas-assisted delivery », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 258, 2021, p. 126-131.
- 39 INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, *Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital. Traumatisme à la naissance* [En ligne]. https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Hospital-Harm-Measure/Documents/Resource-Library/HHIR%20Birth%20Trauma_FR.pdf
- 40 LAVENDER, T., et autres. « Caesarean section for non-medical reasons at term », *The Cochrane database of systematic reviews*, n° 3, 2012, CD004660-CD004660; KAPELLOU, O. « Effect of caesarean section on brain maturation », *Acta Paediatrica*, vol. 100, n° 11, 2011, p. 1416-1422; CHIEN, L.N., et autres. « Risk of autism associated with general anesthesia during caesarean delivery : A population-based birth-cohort analysis », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, n° 4, 2015, p. 932-942; MORAITIS, A.A., et autres. « Previous caesarean delivery and the risk of unexplained stillbirth : Retrospective cohort study and meta-analysis », *BJOG*, vol. 122, n° 11, 2015, p. 1467-1474; O'NEILL, S.M., et autres. « Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage : Systematic review and meta-analysis », *PLoS One*, vol. 8, n° 1, 2013, e54588.
- 41 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. [En ligne], 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=77C464500AAA189820794DF1821B9CF9?sequence=1.
- 42 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. [En ligne], 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=77C464500AAA189820794DF1821B9CF9?sequence=1.
- 43 SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. « Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, Décembre 2008.
- 44 LEONARD, L.G. et J. DENTON. « Preparation for parenting multiple birth children », *Early Human Development*, vol. 82, n° 6, 2006, p. 371-378.
- 45 GAUDINEAU, A. « Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-foetale des troubles de la croissance foetale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, 2013, p. 895-910.
- 46 LEONARD, L.G. et J. DENTON. « Preparation for parenting multiple birth children », *Early Human Development*, vol. 82, n° 6, 2006, p. 371-378.
- 47 BHUTTA et BLACK, 2013, dans ARTESE, C., et autres. « Barriers and Facilitators to Conducting Kangaroo Mother Care in Italian Neonatal Intensive Care Units », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 57, 2021, e68e73.
- 48 CHAVY, C., et autres. « Biologie du nouveau-né : attentes du pédiatre néonatalogiste », *Revue Francophone des Laboratoires*, vol. 2018, n° 500, 2018, p. 24-29.
- 49 MARRET, et autres. MARRET, S., MARCHAND-MARTIN, L., PICAUD, J. C., HASCOËT, J. M., ARNAUD, C., ROZÉ, J. C., ... & EPIPAGE Study Group. (2013). Brain injury in very preterm children and neurosensory and cognitive disabilities during childhood : the EPIPAGE cohort study. *PLoS one*, 8(5), 2013, e62683.
- 50 PORHARST, et autres. DEL CIAMPO, L. A., & DEL CIAMPO, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(06), 2011, 354-359.

-
- 51 DONG, Y., et autres. «A systematic review and meta-analysis of long-term development of early term infants», *Neonatology*, vol. 102, n° 3, p. 212-221; MOORE, G.P., et autres. «Neurodevelopmental outcomes at 4 to 8 years of children born at 22 to 25 weeks' gestational age : A meta-analysis», *JAMA Pediatrics*, vol. 167, n° 10, 2013, p. 967-974; MOREIRA, R.S., et autres. «Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children : A systematic review», *Jornal de Pediatria*, vol. 90, n° 2, 2014, p. 119-134; VAN NOORT-VAN DER SPEK, I.L., et autres. «Language functions in preterm-born children : A systematic review and meta-analysis», *Pediatrics*, vol. 129, n° 4, 2012, p. 745-754; VIEIRA, M.E. et M.B. LINHARES. «Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age», *Jornal de Pediatria*, vol. 87, n° 4, 2011, p. 281-291.
- 52 PETROU, S. et autres. *The longterm costs of preterm birth and low birth weight: Results of a systematic review. Child: care, health and development*, 27(2), 2001, p. 97-115.
- CASEY, P. H. *Growth of low birth weight preterm children. In Seminars in perinatology*, vol. 32, n° 1, 2008, p. 20-27.
- FRANZ, A. et autres. "Attention-deficit/hyperactivity disorder and very preterm/very low birth weight: a meta-analysis", *Pediatrics*, vol. 141, n° 1, 2018.
- MATHEWSON, K. J. et autres. "Mental health of extremely low birth weight survivors: a systematic review and meta-analysis.", *Psychological bulletin*, vol. 143, n° 4, 2018, p. 347.
- UPADHYAY, R. P. et autres. "Cognitive and motor outcomes in children born low birth weight: a systematic review and meta-analysis of studies from South Asia.", *BMC pediatrics*, vol. 19, n° 1, 2019, p. 1-15.
- 53 CHAVY, et autres. «Biologie du nouveau-né : attentes du pédiatre néonatalogiste», *Revue Francophone des Laboratoires*, vol. 2018, n° 500, 2018, p. 24-29.
- 54 GAUDINEAU, A. «Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-foetale des troubles de la croissance foetale», *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 8, 2013, p. 895-910.
- 55 INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS. *Determinants and prevention of low birth weight: a synopsis of the evidence*, Alberta : Institute of health economics, 2008.
- 56 BLOMBERG, M., et autres. «Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women : A Swedish Medical Birth Register Study», *BMJ Open*, vol. 4, n° 11, 2014, e005840.
- 57 LAOPAIBOON, M., et autres. «Advanced maternal age and pregnancy outcomes : A multicountry assessment», *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 121, n° 1, 2014, p. 49-56.
- 58 KOZUKI, N., et autres. «The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality : A meta-analysis», *BMC Public Health*, vol. 13, n° 3, 2013, p. 1-10.
- 59 KOZUKI, N., et autres. «The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality : A meta-analysis», *BMC Public Health*, vol. 13, n° 3, 2013, p. 1-10.
- 60 AUNE, D., et autres. «Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death : A systematic review and meta-analysis», *JAMA*, vol. 311, n° 15, 2014, p. 15361546; FLENADY, V., et autres. «Major risk factors for stillbirth in high-income countries : A systematic review and meta-analysis», *Lancet*, vol. 377, n° 9774, 2011, p. 1331-1340; HUANG, L., et autres. «Maternal age and risk of stillbirth : A systematic review», *CMAJ*, vol. 178, n° 2, 2008, p. 165-172; LIU, L.C., et autres. «Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy : A systematic review», *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 53, n° 2, 2014, p. 141-145; MARUFU, T.C., et autres. «Maternal smoking and the risk of stillbirth : Systematic review and meta-analysis», *BMC Public Health*, vol. 15, n° 239, 2015; SIDEBOTHAM, P., et autres. «Understanding why children die in high-income countries», *Lancet*, vol. 384, n° 9946, 2014, p. 915-927.
- 61 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Every newborn, an action plan to end preventable deaths*, 2014.
-

-
- 62 CHMIELEWSKA, B., et autres. « Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes : A systematic review and meta-analysis », *Lancet Global Health*, vol. 9, n° 6, 2021, p. 759-772.
- 63 MOR, M., et autres. « Impact of the COVID-19 Pandemic on Excess Perinatal Mortality and Morbidity in Israel », *American Journal of Perinatology*, vol. 38, n° 4, 2021, p. 398-403; KOTLAR, B., et autres. « The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review », *Reproductive Health*, vol. 18, n° 1, 2021, p. 10.
- 64 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Politique de périnatalité 2008-2018*, 2008.
- 65 COMITÉ DE NUTRITION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE, et autres. « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », *Archives de Pédiatrie*, vol. 20, n° 2, 2013, S29-48; Section on breastfeeding. « Breastfeeding and the use of human milk », *Pediatrics*, vol. 129, n° 3, 2012, e827-841; ANDERSON, J.W., et autres. « Breast-feeding and cognitive development : A meta-analysis », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, n° 4, 1999, p. 525-535; MAHURIN SMITH, J. « Breastfeeding and language outcomes : A review of the literature », *Journal of Communication Disorders*, vol. 57, 2015, p. 2940; DELGADO, C. et A. Matijasevich. « Breastfeeding up to two years of age or beyond and its influence on child growth and development : A systematic review », *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 29, n° 2, 2013, p. 243-256.
- 66 DEL CIAMPO et DEL CIAMPO. « Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health », *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria/RBGO Gynecology and Obstetrics*, vol. 40, n° 6, 2018, p. 354-359.
- 67 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé, de la naissance à six mois : un aperçu*, [En ligne], 2013. [<https://www.cps.ca/fr/documents/position/nutrition-nourrisson-ne-a-terme-en-sante-aperçu>].
- 68 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, 2017.
- 69 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *FAQs : Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19*, [En ligne]. [<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/>].
- 70 LAVOIE, A., et C. Fontaine. *Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, [En ligne], Institut de la statistique du Québec, 2016, p. 173. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mieux-connaître-la-parentalite-au-quebec-un-portrait-a-partir-de-enquete-quebecoise-sur-lexperience-des-parents-denfants-de-0-a-5-ans-2015.pdf>].
- 71 LAVOIE, A., et C. FONTAINE. *Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, [En ligne], Institut de la statistique du Québec, 2016, p. 172. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mieux-connaître-la-parentalite-au-quebec-un-portrait-a-partir-de-enquete-quebecoise-sur-lexperience-des-parents-denfants-de-0-a-5-ans-2015.pdf>].
- 72 HAECK, C., & LEFEBVRE, P. (2016). A simple recipe: The effect of a prenatal nutrition program on child health at birth. *Labour Economics*, 41, 77-89.
- 73 DUBOIS, N. et autres. *Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*, Direction de santé publique de Montréal, 2015, 148 p.
- 74 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2019). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Québec, QC : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec.
- 75 *Rapport à la communauté - Une année d'adaptation et de solidarité - 2020-2021*, Dispensaire diététique de Montréal, 2021, p. 10-12.
- 76 Information tirée de : <https://lenvol.org/programmes-services/>
- 77 DAGENAIS, F., et J.-P. HOTTE. *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*, Montréal, Québec, 2019. P.54
-

-
- 78 CHAILLET, NILS et autres. "A Cluster-Randomized Trial to Reduce Cesarean Delivery Rates in Quebec". *N Engl J Med*, vol. 372, 2015, p.1710-21.
- 79 ROSSIGNOL, M. et autres. *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), ETMIS, vol. 8, n° 14, 2012, p.1-134.
- 80 <https://mouvementallaitement.org/>
- 81 <https://allaiterauquebec.org/bibliothequevirtuelle/items/show/1716>
- 82 ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Rendre votre municipalité plus favorable à l'allaitement*. Montréal, Québec, 2016.
- 83 MCFADDEN, A. et autres. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. The Cochrane Library: The Cochrane Data Base of Systematic Reviews, 2017 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/full>
- 84 SEMENIC S. *Présentation faite au groupe stratégique basée sur Haiek L., Semenik S. Étude sur les besoins et les services de première ligne en matière de soutien à l'allaitement au Québec*. Webinaires parrainés par le MSSS présentés au réseau de la santé au Québec, juin et septembre 2016.
- 85 Series from the Lancet Journals: Breastfeeding", *The Lancet*, 2016. <https://www.thelancet.com/series/breastfeeding>.
- MOUVEMENT ALLAITEMENT DU QUÉBEC. *Une meilleure formation des professionnels pour mieux soutenir les femmes dans leur expérience d'allaitement: guide pour les établissements de formation et les ordres professionnels*, 2020. <https://allaiterauquebec.org/bibliothequevirtuelle/items/show/1734>

tout-petits.org

OBSERVATOIRE des tout-petits

VEILLER POUR ÉVEILLER

L'Observatoire des tout-petits, un projet de la Fondation Lucie et André Chagnon, a pour mission de communiquer l'état des connaissances afin d'éclairer la prise de décision en matière de petite enfance au Québec, afin que chaque tout-petit ait accès aux conditions qui assurent le développement de son plein potentiel, peu importe le milieu où il naît et grandit.

Tout-petits.org