



## Portrait de la prématurité et des naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel dans les communautés linguistiques au Québec, 1989 à 2010

LA LANGUE, DÉTERMINANT DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

## **AUTEURS**

Mai Thanh Tu, conseillère scientifique spécialisée  
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Marianne Bilodeau-Bertrand, conseillère scientifique  
Nathalie Auger, médecin spécialiste  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Jérôme Martinez, chef d'unité scientifique  
Bureau d'information et d'études en santé des populations

## **MISE EN PAGE**

Lyne Théorêt, agente administrative  
Bureau d'information et d'études en santé des populations

## **REMERCIEMENTS**

Santé Canada a financé ce projet, administré par l'Université McGill. Nathalie Auger remercie le Fonds de recherche du Québec – Santé pour une bourse de carrière. Les auteurs souhaitent remercier Ernest Lo pour ses conseils sur les analyses statistiques effectuées dans ce rapport, ainsi que Marie-Hélène Lussier, pour ses commentaires dans les versions antérieures de ce rapport.

## **CITATION SUGGÉRÉE**

Tu M. T., Bilodeau-Bertrand M. et Auger, N. (2018). Portrait de la prématurité et des naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel dans les communautés linguistiques au Québec, 1989 à 2010. Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2018  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN : 978-2-550-62942-9 (PDF [ensemble])  
ISBN : 978-2-550-82281-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2018)

## Contexte

La langue maternelle est de plus en plus reconnue comme un déterminant de santé important (Bouchard et Desmeules, 2013). En particulier, l'appartenance à une communauté linguistique<sup>1</sup> minoritaire est souvent associée à un état de santé plus précaire (Batal et collab., 2013; Gagnon-Arpin et collab., 2013).

Des travaux antérieurs ont décrit la santé périnatale des principales communautés linguistiques du Québec, soit les francophones (ou communauté d'expression française), qui correspondent à la majorité de la province, et les anglophones (ou communauté d'expression anglaise), qui constituent la principale minorité (Auger, Park et Daniel, 2013; Auger, Park et Harper, 2012). Les données antérieures indiquaient que les indicateurs de santé périnatale sont plus favorables chez les anglophones que chez les francophones, mais que les différences observées entre les deux groupes s'étaient amenuisées entre 1981 et 2008. Des variations selon le lieu de résidence et le niveau de défavorisation matérielle étaient également observées (Auger, Park et Harper, 2012; (Auger, Park et Daniel, 2013).

Le présent rapport de surveillance vise à présenter des données de taux de prématurité et de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel chez les principales communautés linguistiques du Québec pour les années 2008 à 2010, afin d'étudier si la tendance préalablement observée se poursuit. En plus de la communauté majoritaire francophone et minoritaire anglophone, un troisième groupe linguistique est ajouté à ce portrait comparatif de la santé périnatale : celui des naissances de mères dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais, c'est-à-dire les allophones. Les différences selon certaines caractéristiques sociodémographiques telles que le lieu de résidence rural ou urbain, le statut d'immigrante de la mère, ainsi que la défavorisation matérielle sont également étudiées.

---

<sup>1</sup> Ici et dans l'ensemble de nos travaux, le terme « communauté linguistique » est utilisé pour désigner le regroupement d'individus ayant une langue commune (ex. : les personnes d'expression anglaise), malgré la présence de certaines différences liées à leur localisation géographique et historique. Spécifiquement pour ce rapport, l'appartenance à la communauté linguistique est définie selon la langue maternelle de la mère.

## Table des matières

<b>Liste des figures</b> .....	<b>III</b>
<b>Liste des figures des annexes</b> .....	<b>IV</b>
<b>Faits saillants</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Méthodologie</b> .....	<b>2</b>
2.1 Population .....	2
2.2 Indicateurs de santé du nouveau-né .....	2
2.3 Communautés linguistiques .....	2
2.4 Caractéristiques sociodémographiques .....	3
2.5 Calculs .....	3
2.6 Analyses statistiques .....	3
<b>3 Résultats</b> .....	<b>3</b>
3.1 Description des communautés .....	3
3.2 Taux de prématurité .....	3
3.3 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel .....	8
<b>4 Limites des analyses</b> .....	<b>12</b>
<b>5 Interprétation</b> .....	<b>13</b>
<b>6 Références</b> .....	<b>14</b>
<b>Annexe 1 Taux de naissances prématurées selon l'âge gestationnel et la langue maternelle de la mère, Québec, 1989-2010</b> .....	<b>15</b>
<b>Annexe 2 Taux de naissances prématurées (&lt; 37 semaines de gestation) selon les caractéristiques sociodémographiques et la langue maternelle de la mère, Québec, 2008-2010</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe 3 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel selon les caractéristiques sociodémographiques et la langue maternelle de la mère, Québec, 2008-2010</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexe 4 Taux de prématurité des communautés linguistiques selon certaines caractéristiques sociodémographiques</b> .....	<b>19</b>
<b>Annexe 5 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des différentes communautés linguistiques selon les caractéristiques sociodémographiques</b> .....	<b>22</b>

## Liste des figures

Figure 1	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques, Québec, 1989-2010 .....	4
Figure 2	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères francophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010.....	5
Figure 3	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères francophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010.....	5
Figure 4	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères francophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	5
Figure 5	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères anglophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010.....	6
Figure 6	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères anglophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010.....	6
Figure 7	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères anglophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	6
Figure 8	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères allophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010.....	7
Figure 9	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères allophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010.....	7
Figure 10	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères allophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	7
Figure 11	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques, Québec, 1989-2010 .....	8
Figure 12	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères francophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010.....	9
Figure 13	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères francophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010 .....	9
Figure 14	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères francophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	9
Figure 15	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères anglophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010.....	10
Figure 16	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères anglophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010 .....	10
Figure 17	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères anglophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	10
Figure 18	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères allophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010 .....	11
Figure 19	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères allophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010 .....	11
Figure 20	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères allophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	12

## Liste des figures des annexes

Figure A 1	Taux de prématurité pour les naissances suite à une gestation de moins de 28 semaines, selon les communautés linguistiques, Québec, 1989-2010.....	<b>15</b>
Figure A 2	Taux de prématurité pour les naissances suite à une gestation ayant duré de 28 à 31 semaines, selon les communautés linguistiques, Québec, 1989-2010.....	<b>15</b>
Figure A 3	Taux de prématurité pour les naissances suite à une gestation ayant duré de 32 à 36 semaines, selon les communautés linguistiques, Québec, 1989-2010.....	<b>16</b>
Figure A 4	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010.....	<b>19</b>
Figure A 5	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010 .....	<b>20</b>
Figure A 6	Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques selon le statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	<b>21</b>
Figure A 7	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010 .....	<b>22</b>
Figure A 8	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010 .....	<b>23</b>
Figure A 9	Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques selon le statut d'immigrante, Québec, 1989-2010 .....	<b>24</b>

## Faits saillants

Le présent rapport de surveillance fait état de l'évolution de 1989-1992 à 2008-2010 des taux de prématurité et de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel au Québec pour l'ensemble de la population ainsi que selon la langue maternelle de la mère. Les taux sont présentés également selon certaines caractéristiques sociodémographiques (ex. : le lieu de résidence, la défavorisation matérielle et le statut d'immigrant) des mères pour chaque communauté linguistique.

Le principal constat est que les différences de santé périnatale favorisant les anglophones observées dans le passé ne sont pas observées en 2008-2010 : les taux de prématurité et de naissance ayant un faible poids pour l'âge gestationnel sont comparables entre les anglophones, francophones et allophones pour cette période.

### Taux de prématurité

- Dans l'ensemble, les taux de prématurité ont augmenté pour toutes les communautés linguistiques depuis 1989-1992<sup>2</sup>, pour ensuite se stabiliser à partir de 2002-2004.
- En 2008-2010, les taux de prématurité pour 100 naissances vivantes sont comparables entre les francophones, les anglophones et les allophones. Des différences sont toutefois observées en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère :
  - Le fait de vivre dans un quartier très défavorisé matériellement est associé à un taux de prématurité plus élevé chez les mères francophones et les mères allophones. Il n'y avait aucune différence dans le taux des mères anglophones lorsqu'on compare selon le niveau de défavorisation du quartier.

- Pour les trois communautés linguistiques étudiées, le taux de prématurité ne diffère pas selon que les mères soient immigrantes ou non-immigrantes.

### Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel

- Dans l'ensemble, les taux de naissances à faible poids pour l'âge gestationnel ont diminué pour toutes les communautés linguistiques depuis 1989-1992, et sont stables depuis 2005-2007.
- En 2008-2010, les taux pour 100 naissances vivantes sont comparables entre les francophones, les anglophones et les allophones. On observe cependant des différences dans les taux selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère :
  - Le fait de vivre dans un quartier très défavorisé matériellement est associé à un taux plus élevé de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel uniquement chez les mères francophones.
  - Le fait d'être immigrante est associé à un taux plus élevé pour les trois communautés linguistiques.

Pour les deux indicateurs de santé périnatale, en 2008-2010, certaines différences dans les taux ont été observées chez les anglophones et les allophones selon le lieu de résidence urbain ou rural. Cependant, la prudence est de mise en raison du faible nombre de naissances pour ces communautés résidant en milieu rural.

<sup>2</sup> Les données de naissance disponibles au moment de ces analyses sont de 1989 à 2010 (22 années). Elles doivent être regroupées par période afin d'avoir suffisamment d'effectifs pour comparer les communautés linguistiques entre elles. Des périodes de 3 ans ont donc été choisies, sauf pour la période initiale que l'on a établie à 4 ans.

## 1 Introduction

La prématurité et le faible poids à la naissance pour l'âge gestationnel sont des enjeux de santé périnatale importantes qui sont associées à la morbidité tout au long de la vie, à la mortalité, ainsi qu'à un important fardeau sur les soins et services néonataux (Lim et collab., 2009). Durant les années 80, 90 et 2000, au Québec, le taux de prématurité a globalement augmenté, tandis que le taux de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué (Auger, Park et Harper, 2012).

Une étude antérieure, portant sur les différences en santé périnatale entre les principales communautés linguistiques du Québec, a permis de montrer qu'entre 1981 et 2008, les naissances de mères francophones présentaient des taux de prématurité et de faible poids à la naissance pour l'âge gestationnel supérieurs aux taux observés chez celles de mères anglophones (Auger, Park et Harper, 2012). On sait aussi que ces taux peuvent varier selon certaines caractéristiques sociodémographiques, telles que le lieu de résidence rural ou urbain (Auger, Park et Harper, 2012) et le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence (Auger, Park et Daniel, 2013). De plus, le risque de naissances prématurées et à faible poids pour l'âge gestationnel est plus élevé chez les mères immigrantes (Auger et collab., 2008).

L'objectif du présent rapport est d'étudier les écarts des taux de prématurité et de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel entre les francophones, les anglophones et les allophones à partir de données plus récentes (2008-2010). Puis, pour chaque communauté linguistique, les différences associées au lieu de résidence (rural c. urbain), la défavorisation matérielle du quartier de résidence et le statut d'immigrante de la mère seront présentés.

## 2 Méthodologie

### 2.1 Population

---

Les données proviennent du registre de naissances vivantes du Québec pour la période de 1989 (année à partir de laquelle l'indice de défavorisation matérielle est disponible) à 2010.

### 2.2 Indicateurs de santé du nouveau-né

---

Les indicateurs de santé du nouveau-né étudiés sont la prématurité et les naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel. La prématurité réfère aux naissances dont la durée de gestation est inférieure à 37 semaines depuis l'aménorrhée. On distingue la prématurité moyenne (entre 33 et 36 semaines de gestation), de la grande prématurité (entre 28 et 32 semaines de gestation) et de l'extrême prématurité (avant 28 semaines). Les naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel réfèrent aux naissances avec un poids inférieur au 10<sup>e</sup> percentile pour l'âge gestationnel selon le sexe. Cet indicateur est valide pour les naissances simples seulement, puisque le poids gestationnel est naturellement plus faible lors d'une grossesse multiple (Kramer et collab., 2001).

Ces indicateurs seront présentés d'abord selon les communautés linguistiques, puis, pour chaque communauté linguistique, ils seront présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Une description de ces variables de croisement est présentée ci-dessous.

### 2.3 Communautés linguistiques

---

Dans cette étude, tout comme pour les travaux antérieurs (Auger, Park et Harper, 2012), les communautés linguistiques sont déterminées selon la langue maternelle de la mère et sont définies de la façon suivante :

- Francophones : mères dont la langue maternelle est le français seulement ou avec une langue autre que l'anglais;
- Anglophones : mères dont la langue maternelle est l'anglais seulement ou avec une langue autre que le français;



- Allophones : mères dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

Il est à noter que les mères bilingues constituent une très faible proportion du registre de naissances et ne font pas face aux mêmes défis linguistiques que les mères des minorités linguistiques. Ainsi, la prématurité et les naissances à faible poids pour l'âge gestationnel ne seront pas présentées pour celles-ci.

## 2.4 Caractéristiques sociodémographiques

Pour chaque communauté linguistique, les taux seront décrits selon les caractéristiques sociodémographiques maternelles suivantes<sup>3</sup>:

- Lieu de résidence de la mère : urbain ou rural. Les lieux urbains comprennent la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal (zone 1), ainsi que les autres RMR de Québec, Trois-Rivières, Sherbrooke, Gatineau et Saguenay (zone 2) et les agglomérations de recensement (zone 3), alors que les lieux ruraux sont composés des petites villes et du monde rural (zone 4).
- Indice de défavorisation matérielle du lieu de résidence de la mère : calculé au niveau des aires de diffusion (Pampalon et collab., 2012), réparti en quintiles. Le quintile 1 représente un milieu très favorisé, alors que le quintile 5 représente un milieu très défavorisé.
- Statut d'immigrante de la mère : non-immigrante (née au Canada) ou immigrante (née à l'extérieur du Canada).

## 2.5 Calculs

Le taux de prématurité a été calculé en divisant le nombre de naissances de moins de 37 semaines de gestation par le nombre de naissances vivantes, exprimé par 100 naissances vivantes.

Le taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel a été calculé en divisant le nombre de naissances ayant un faible poids pour l'âge

gestationnel par le nombre de naissances vivantes, exprimé par 100 naissances vivantes.

## 2.6 Analyses statistiques

Les taux de prématurité et de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel sont présentés avec leurs intervalles de confiance calculés à 95 % lorsque plusieurs groupes sont comparés entre eux. Les différences décrites dans ce rapport représentent celles identifiées lorsque les intervalles de confiance ne se chevauchent pas.

## 3 Résultats

### 3.1 Description des communautés

Les communautés linguistiques diffèrent entre elles en ce qui concerne certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, en 2008-2010, la grande majorité des mères francophones est née au Québec (93,4 %) et habite en milieu urbain (77,8 %). Environ 18 % (17,7 %) d'entre elles résident dans des quartiers très favorisés matériellement (quintile 1). En comparaison avec les mères francophones, les mères anglophones étaient plus nombreuses en proportion à vivre en milieu urbain (88,1 %), à vivre dans un quartier très favorisé matériellement (26,8 %) et à être des immigrantes (27,8 %). Les mères allophones représentent quant à elles la plus faible proportion d'individus vivant dans un quartier très favorisé matériellement (15,6 %). Elles étaient aussi plus nombreuses en proportion que les mères francophones et anglophones à avoir un statut d'immigrante (82,5 %) et à vivre en milieu urbain (94,8 %).

### 3.2 Taux de prématurité

#### 3.2.1 ÉVOLUTION TEMPORELLE POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ET POUR LES PRINCIPALES COMMUNAUTÉS LINGUISTIQUES

Pour l'ensemble de la population du Québec, les taux de prématurité (< 37 semaines de gestation)<sup>4</sup> pour 100 naissances vivantes ont augmenté depuis 1989-1992, passant de 6,4 en 1989-1992 à 7,7 en 2002-

<sup>3</sup> Les différences entre communautés linguistiques pour chaque caractéristique sociodémographique sont disponibles en annexes 4 et 5.

<sup>4</sup> L'évolution des taux de prématurité avec gestation inférieure à 28 semaines, d'une durée de 28 à 31 semaines, ou d'une durée de 32 à 36 semaines est présentée en annexe 1.

2004, pour ensuite diminuer graduellement et se situer à 7,3 en 2008-2010. Le Québec, avec la Nouvelle-Écosse (7,3 %) et la Saskatchewan (7,4 %), sont parmi les provinces ayant les taux les plus bas au Canada. En comparaison, on note en Alberta et en Ontario des taux de 8,6 % et 8,1 % respectivement (Canadian Institute for Health Information, 2012) (non-illustré).

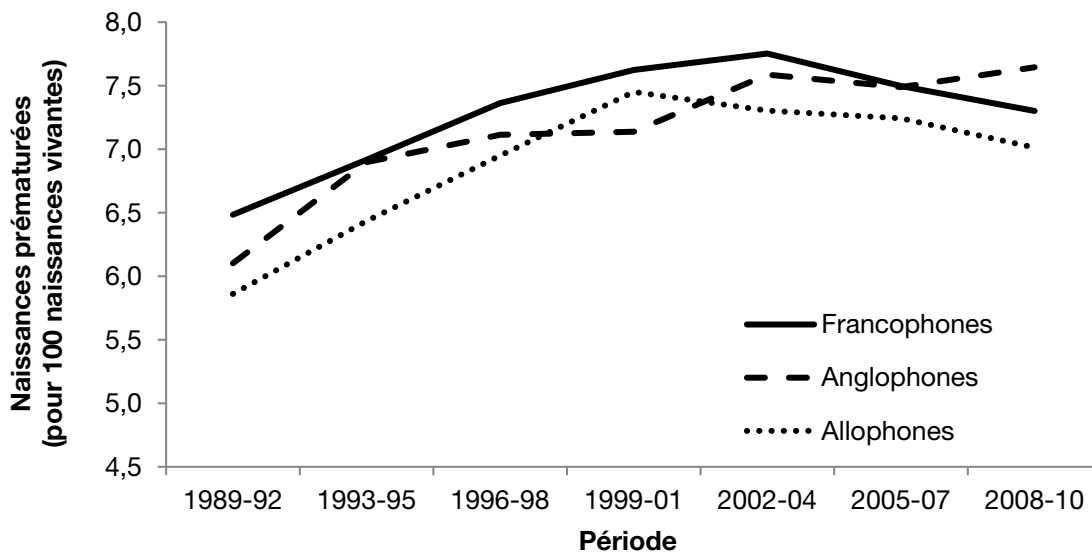
Au Québec, les taux de prématurité ont augmenté pour les francophones, les anglophones et les allophones (figure 1). La figure 1 présente les taux de prématurité pour 100 naissances vivantes des communautés linguistiques de 1989 à 2010. Les francophones avaient les taux les plus élevés de 1989-1992 à 2002-2004. Depuis 2002-2004, le taux de prématurité des francophones diminue légèrement. En 2008-2010, il est de 7,3 pour 100 naissances vivantes (figure 1).

Chez les anglophones, entre 1989-1992 et 2002-2004, les taux de prématurité étaient inférieurs ou égaux à ceux des francophones. Cependant, à partir de 2005-2007, le taux de prématurité des anglophones est resté plutôt stable. En 2008-2010, il se situe à 7,6 pour 100 naissances vivantes.

Les allophones présentent les taux de prématurité les plus faibles, entre 1989-1992 et 1999-2001. Puis, le taux a légèrement diminué : en 2008-2010, il se situe à 7,0 pour 100 naissances vivantes.

En 2008-2010, il n'y avait aucune différence significative entre les taux de prématurité pour 100 naissances vivantes des francophones [7,3 (IC 95 % : 7,2; 7,4)], ceux des anglophones [7,6 (IC 95 % : 7,3; 8,0)] et des allophones [7,0 (IC 95 % : 6,8; 7,3)] (figure 1 et annexe 2).

**Figure 1 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques, Québec, 1989-2010**



### 3.2.2 TAUX DE PRÉMATURITÉ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES FRANCOPHONES

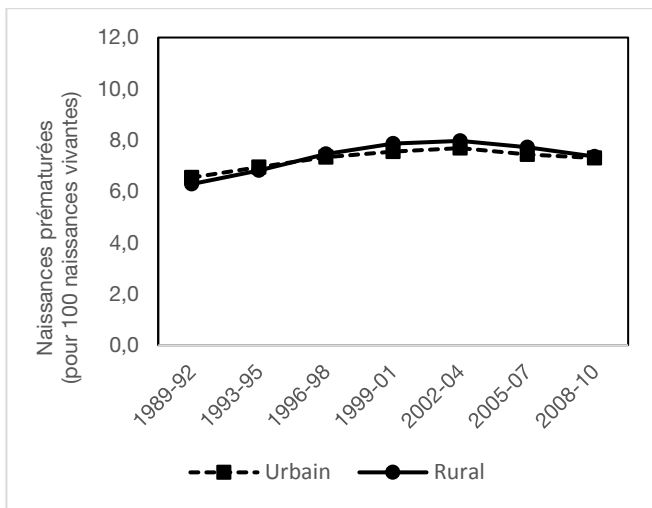
Les figures 2, 3 et 4 illustrent l'évolution des taux de prématurité pour 100 naissances vivantes de mères francophones selon leur lieu de résidence (rural c. urbain), le niveau de défavorisation du quartier de résidence et leur statut d'immigrante, de 1989-1992 à 2008-2010. Ces figures permettent de constater que durant toutes ces périodes, il n'y a aucune différence

statistiquement significative dans les taux de prématurité chez les mères francophones selon leur lieu de résidence (figure 2) ou leur statut d'immigrante (figure 4).

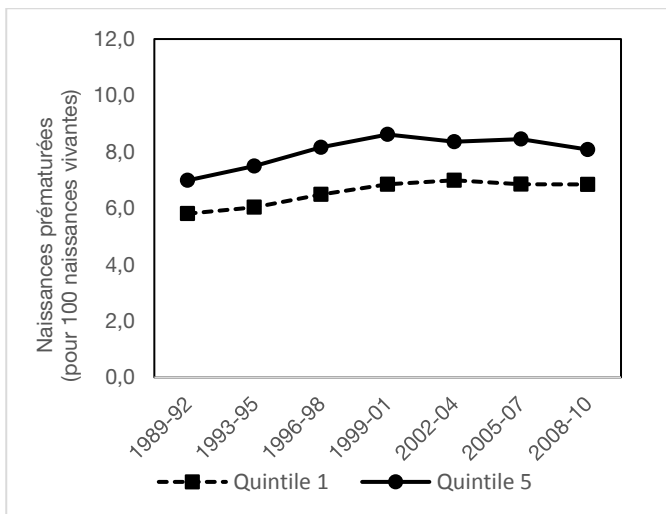
Cependant, pour toutes les périodes étudiées, les taux de prématurité des mères vivant dans un quartier très défavorisé (quintile 5) sont statistiquement plus élevés que ceux des mères vivant dans un quartier très favorisé (quintile 1) (figure 3). En 2008-2010, le taux de prématurité pour le quintile le plus défavorisé se situe à

8,2 (IC 95 % : 7,8; 8,4) et celui pour le quintile le plus favorisé est de 6,8 (IC 95 % : 6,6; 7,1)]. La hausse à travers les années est moins importante parmi les mères habitant dans un quartier très favorisé : les taux chez les francophones ont augmenté de 1989-1992 jusqu'en 2002-2004, avant de se stabiliser par la suite.

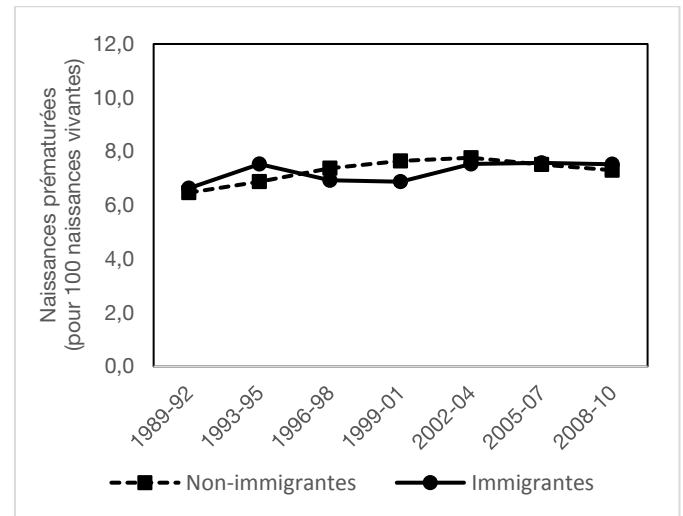
**Figure 2 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères francophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 3 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères francophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 4 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères francophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010**

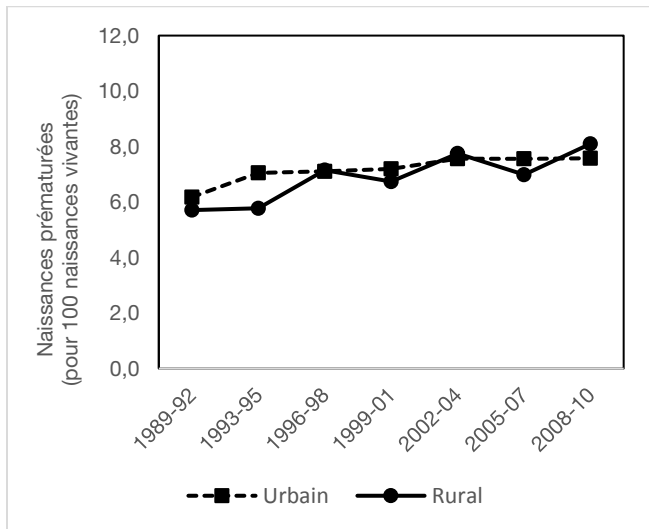


### 3.2.3 TAUX DE PRÉMATURITÉ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES ANGLOPHONES

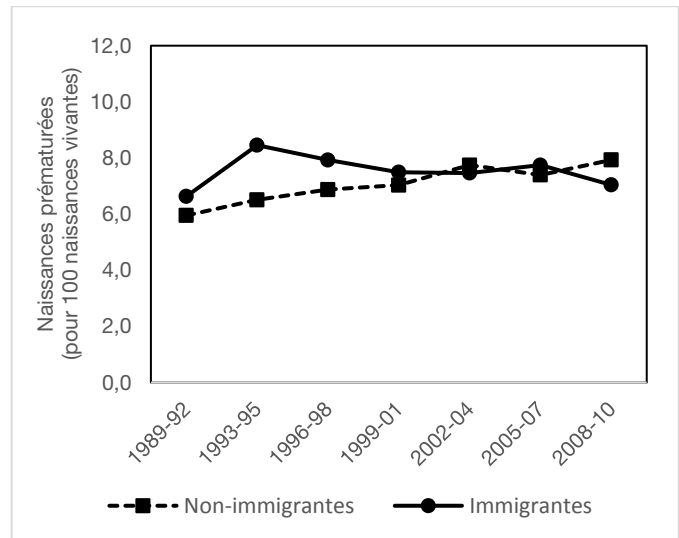
Les figures 5, 6 et 7 illustrent l'évolution des taux de prématurité pour 100 naissances vivantes de mères anglophones selon leur lieu de résidence, le niveau de défavorisation du quartier de résidence et leur statut d'immigrante, de 1989-1992 à 2008-2010. Depuis 1999-2001, il n'y a aucune différence statistiquement significative dans les taux de prématurité chez les mères anglophones, ni selon leur lieu de résidence (figure 5) ou leur statut d'immigrante (figure 7).

Cependant, entre 1989 et 2010, les taux de prématurité des mères vivant dans un quartier très défavorisé (quintile 5) sont statistiquement plus élevés que ceux des mères vivant dans un quartier très favorisé (quintile 1) (figure 6), sauf en 2008-2010, où l'écart entre les deux quartiers n'est pas statistiquement significatif. C'est dans le quartier très favorisé qu'on observe la plus forte augmentation, le taux passant de 5,4 en 1989-1992 à 7,6 pour 100 naissances vivantes en 2008-2010. En fait, les taux ont augmenté jusqu'en 1996-1998, puis, ont connu une baisse en 1999-2001, pour ensuite augmenter à nouveau jusqu'en 2008-2010. En comparaison, les taux passent de 7,4 en 1989-1992 à 8,2 pour 100 naissances vivantes en 2008-2010 chez les mères anglophones vivant en quartier très défavorisé.

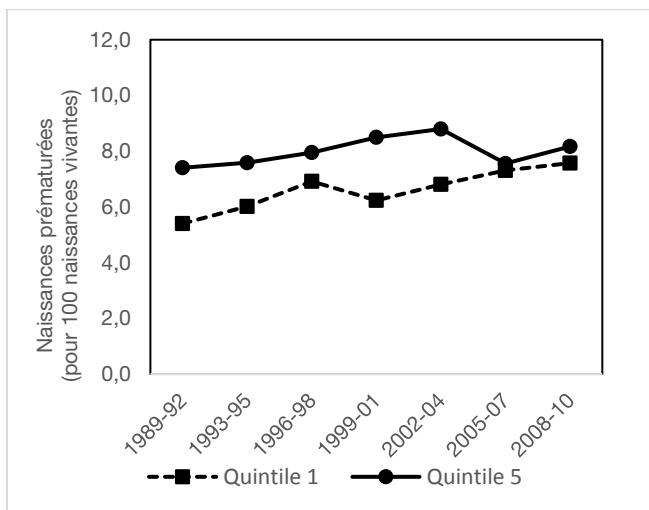
**Figure 5 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères anglophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 7 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères anglophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010**



**Figure 6 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères anglophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010**



### 3.2.4 TAUX DE PRÉMATURITÉ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES ALLOPHONES

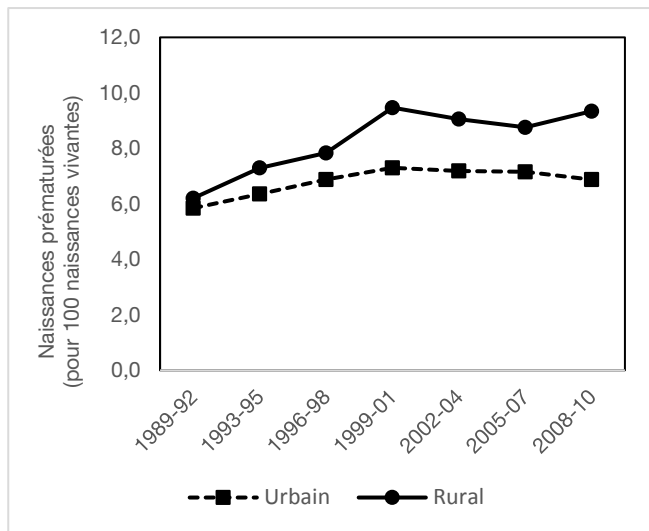
Les figures 8, 9 et 10 illustrent l'évolution des taux de prématurité pour 100 naissances vivantes de mères allophones selon leur lieu de résidence, le niveau de défavorisation du quartier de résidence et leur statut d'immigrante, de 1989-1992 à 2008-2010.

Les taux de prématurité ont augmenté de façon plus prononcée chez les mères allophones vivant en milieu rural qu'en milieu urbain (figure 8). En 2008-2010, les mères allophones vivant en milieu urbain présentaient un taux de 6,9 (IC 95 % : 6,6; 7,1) pour 100 naissances vivantes, qui est inférieur au taux des mères allophones vivant en milieu rural [9,3 (IC 95 % : 8,1; 10,6)]. Notons toutefois que durant cette période, on ne compte que 187 naissances prématurées de mères allophones vivant en milieu rural.

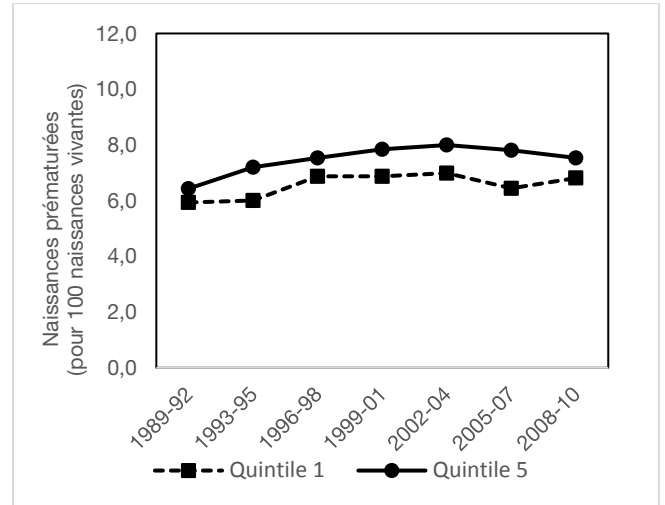
De plus, on observe des taux élevés chez celles vivant dans un quartier très défavorisé matériellement (quintile 5), comparativement à celles vivant dans un quartier très favorisé (quintile 1) (figure 9). En 2008-2010, l'écart selon le niveau de défavorisation du quartier de résidence est relativement faible : on observe un taux de prématurité de 6,8 (IC 95 % : 6,2; 7,4) pour 100 naissances vivantes pour les mères issues de milieux très favorisés, lequel est inférieur à celui des mères résidant dans des milieux très défavorisés [7,5 (IC 95 % : 7,1; 8,0)]. Les taux de prématurité se sont maintenus stables depuis 1996-1998.

Entre 1999-2001 et 2005-2007, chez les mères allophones, les taux de prématurité des naissances des immigrantes et des non-immigrantes sont comparables. En 2008-2010, les taux étaient de 6,9 (IC 95 % : 6,7; 7,2) pour 100 naissances vivantes pour les mères immigrantes et 7,5 (IC 95 % : 6,9; 8,1) pour les non-immigrantes (figure 10).

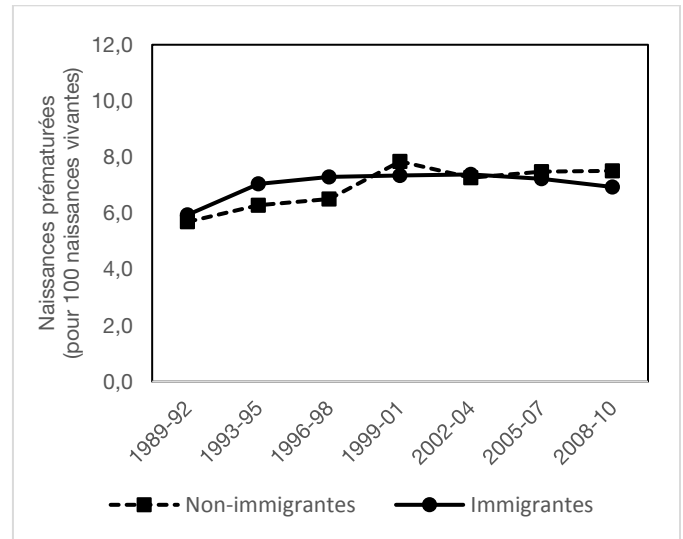
**Figure 8 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères allophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 9 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères allophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 10 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) chez les mères allophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010**



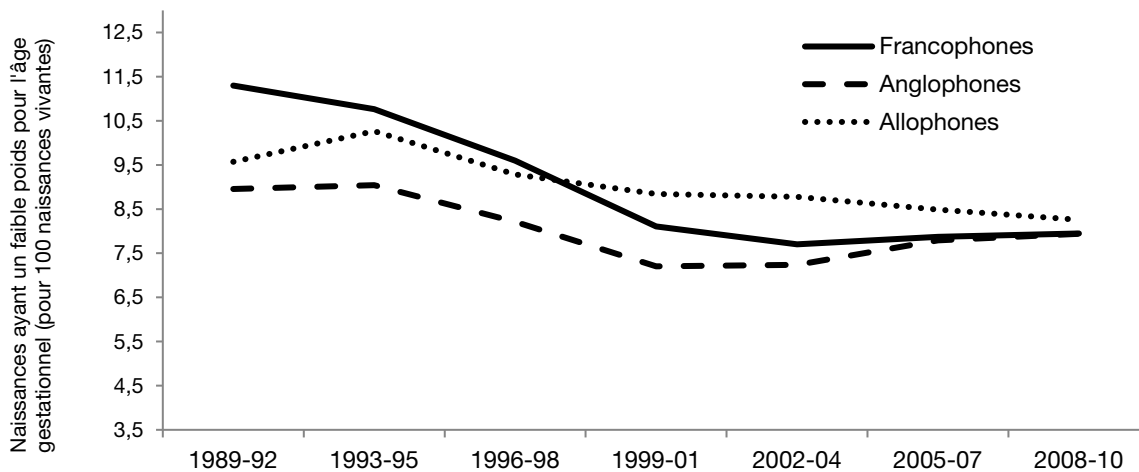
### 3.3 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel

#### 3.3.1 ÉVOLUTION TEMPORELLE POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ET POUR LES PRINCIPALES COMMUNAUTÉS LINGUISTIQUES

Depuis 1989-1992, le taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes a globalement diminué, pour l'ensemble de la population du Québec, le situant parmi les taux provinciaux les plus bas au Canada (Canadian Institute for Health Information, 2012) (non-illustré).

En 1989-1992, le taux chez les mères francophones (11,3 %) était significativement plus élevé que ceux des mères anglophones (9,0 %) et allophones (9,6 %). En comparaison, en 2008-2010, il n'y a plus de différence statistiquement significative entre les taux des mères francophones [8,0 (IC 95 % : 7,8; 8,1)], anglophones [7,9 (IC 95 % : 7,6; 8,3)] et allophones [8,3 (IC 95 % : 8,0; 8,5)] (figure 11 et annexe 3).

**Figure 11 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques, Québec, 1989-2010**



#### 3.3.2 TAUX DE NAISSANCES AYANT UN FAIBLE POIDS POUR L'ÂGE GESTATIONNEL SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES FRANCOPHONES

Les figures 12, 13 et 14 illustrent l'évolution des taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes de mères francophones selon leur lieu de résidence, le niveau de défavorisation du quartier de résidence et leur statut d'immigrante, de 1989-1992 à 2008-2010.

Ces figures permettent de constater que durant ces périodes, il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les taux des mères francophones vivant en milieu urbain et celles vivant en milieu rural (figure 12). En 2008-2010, ces taux étaient

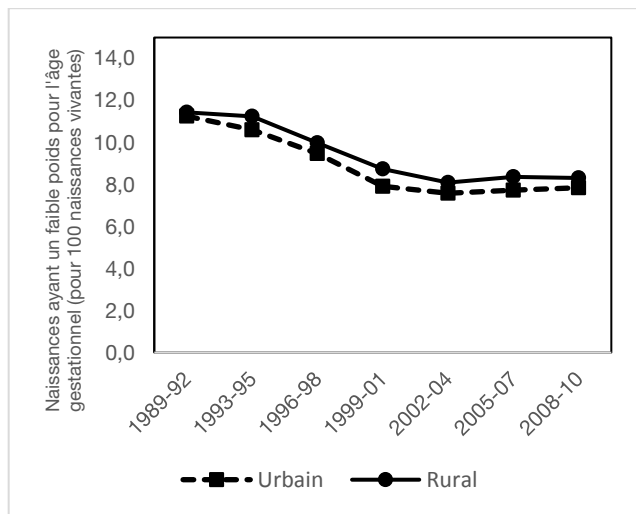
respectivement de 7,8 (IC 95 % : 7,7; 8,0) et 8,3 (IC 95 % : 8,0; 8,6) pour 100 naissances vivantes.

Les taux des mères vivant dans un quartier très défavorisé (quintile 5) sont statistiquement plus élevés que ceux des mères vivant dans un quartier très favorisé (quintile 1) (figure 13). En 2008-2010, le taux était en effet de 8,9 (IC 95 % : 8,6; 9,2) pour 100 naissances vivantes chez les mères francophones vivant dans un quartier très défavorisé comparativement à 7,1 (IC 95 % : 6,7; 7,4) chez celles de quartiers très favorisés.

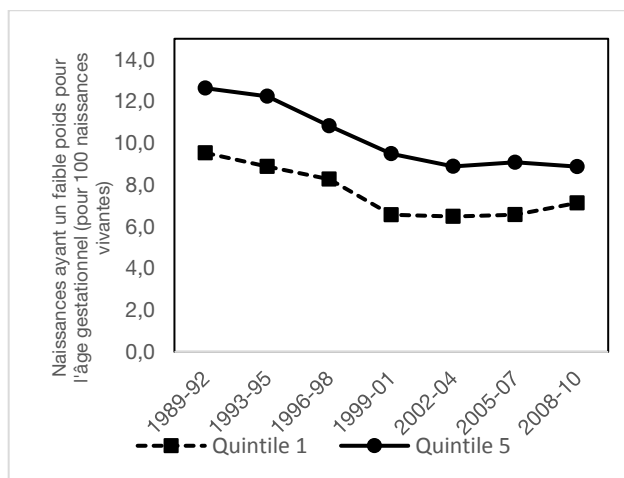
De 1989-1992 à 1999-2001, aucune différence statistiquement significative n'a été notée entre les mères francophones immigrantes et non-immigrantes.

Cependant, en 2008-2010, les mères francophones non-immigrantes présentent un taux de 7,9 (IC 95 % : 7,8; 8,0) pour 100 naissances vivantes, statistiquement inférieur à celui des mères francophones immigrantes [8,7 (IC 95 % : 8,3; 9,2)] (figure 14).

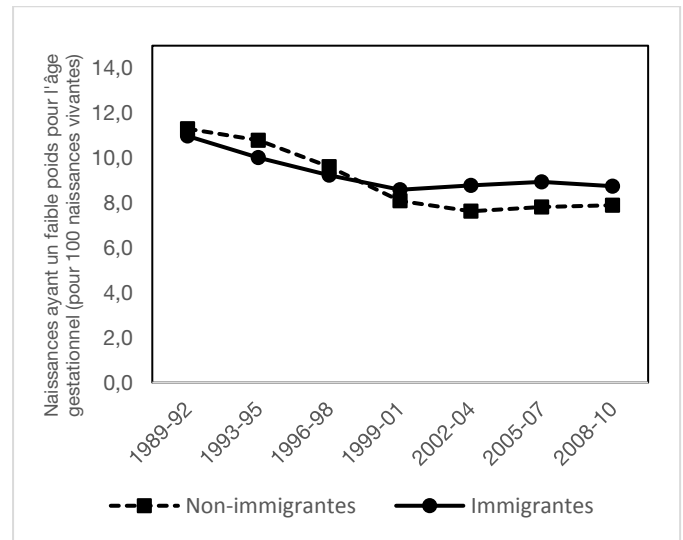
**Figure 12 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères francophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 13 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères francophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 14 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères francophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010**



### 3.3.3 TAUX DE NAISSANCES AYANT UN FAIBLE POIDS POUR L'ÂGE GESTATIONNEL SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES ANGLOPHONES

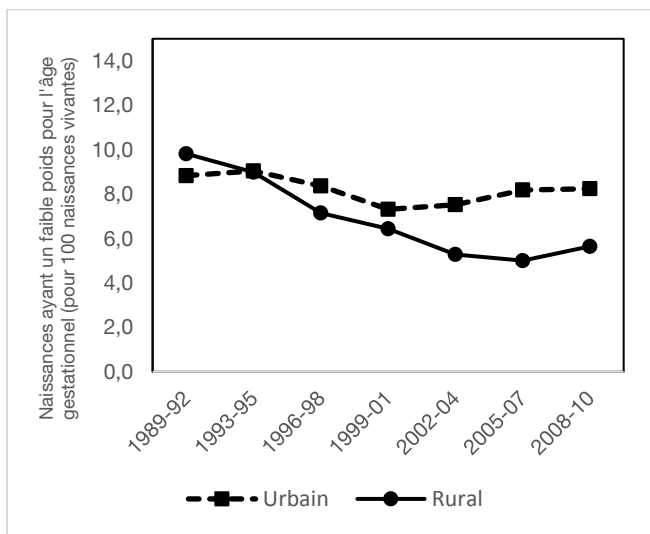
Les figures 15, 16 et 17 illustrent l'évolution des taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes de mères anglophones, selon leur lieu de résidence, le niveau de défavorisation du quartier de résidence et leur statut d'immigrante, de 1989-1992 à 2008-2010.

Sur l'ensemble de ces périodes, les taux chez les mères anglophones vivant en milieu urbain étaient supérieurs à ceux des mères anglophones en milieu rural (figure 15), et l'écart s'est accentué au fil des années. En 2008-2010, le taux chez les mères anglophones en milieu urbain était de 8,2 (IC 95 % : 7,9; 8,6), alors qu'il était de 5,7 (IC 95 % : 4,8; 6,5) pour 100 naissances vivantes pour celles vivant en milieu rural. Il est important de noter que ce taux est calculé sur la base de seulement 145 naissances de faible poids pour l'âge gestationnel issues de mères anglophones vivant en milieu rural pour la période 2008-2010.

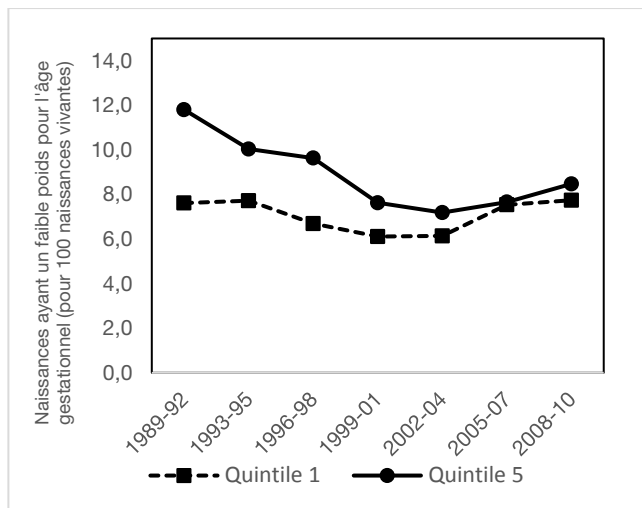
Quant aux mères anglophones vivant dans un quartier très défavorisé (quintile 5), elles présentent des taux plus élevés que celles vivant dans un quartier très favorisé (quintile 1) jusqu'en 2002-2004 (figure 16). Toutefois, les tendances sont à la hausse depuis 2002-2004 et l'écart tend à diminuer au fil des années. En 2008-2010, les mères anglophones vivant dans un quartier très favorisé avaient un taux de 7,7 (IC 95 % : 7,1; 8,4) pour 100 naissances vivantes, un taux comparable à celles vivant dans un quartier très défavorisé [8,5 (IC 95 % : 7,6; 9,3)].

Entre 1989-1992 et 2008-2010, les taux sont plus élevés chez les mères anglophones immigrantes que chez les non-immigrantes (figure 17), respectivement de 10,2 (IC 95 % : 9,4; 11,0) et 7,1 (IC 95 % : 6,6; 7,5) pour 100 naissances vivantes durant la période 2008-2010.

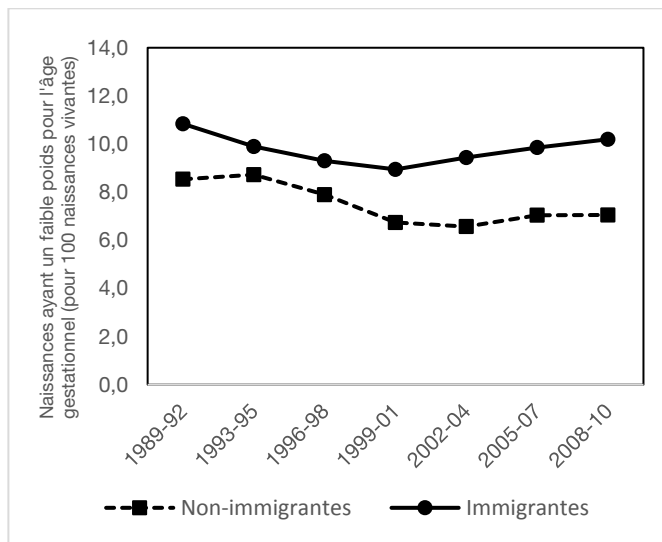
**Figure 15 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères anglophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 16 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères anglophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 17 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères anglophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010**





### 3.3.4 TAUX DE NAISSANCES AYANT UN FAIBLE POIDS POUR L'ÂGE GESTATIONNEL SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ LES ALLOPHONES

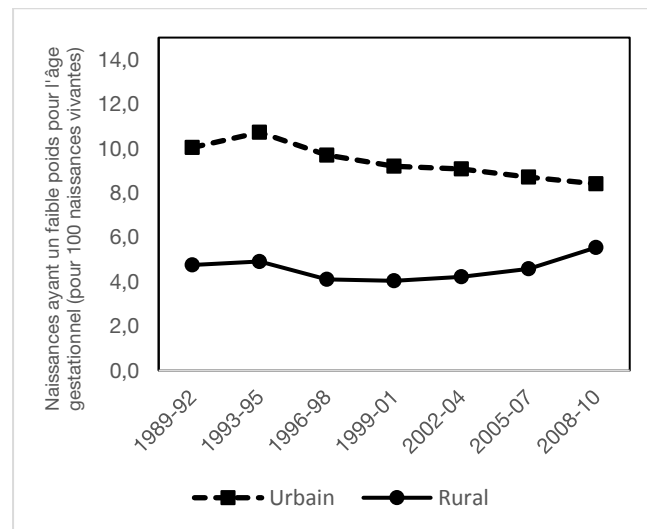
Les figures 18, 19 et 20 illustrent l'évolution des taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes de mères allophones selon leur lieu de résidence, le niveau de défavorisation du quartier de résidence et leur statut d'immigrante, de 1989-1992 à 2008-2010.

Durant ces périodes, les taux sont plus élevés chez les mères allophones vivant en milieu urbain comparativement à celles vivant en milieu rural (figure 18). L'écart entre les deux groupes tend toutefois à diminuer avec le temps. En 2008-2010, le taux chez les mères allophones vivant en milieu urbain était de 8,4 (IC 95 % : 8,1; 8,7) alors qu'il était de 5,5 (IC 95 % : 4,5; 6,6) chez celles vivant en milieu rural. Ce taux a été calculé sur la base de seulement 111 naissances de mères allophones vivant en milieu rural ayant donné naissance à un enfant de faible poids pour son âge gestationnel entre 2008 et 2010.

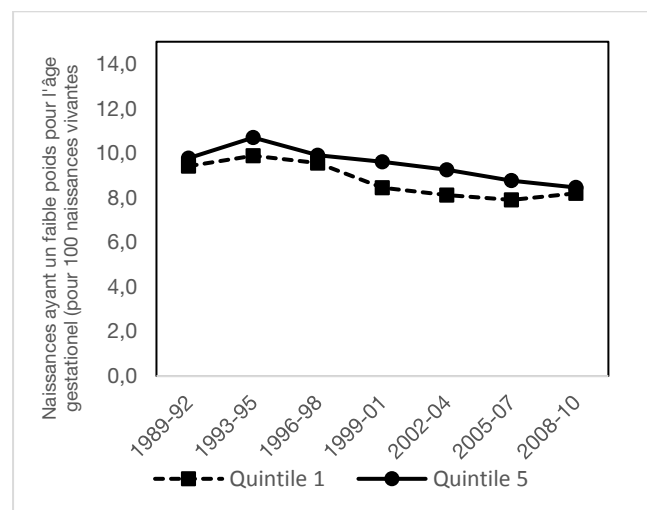
Quant aux mères allophones vivant dans un quartier très défavorisé (quintile 5), les taux sont généralement plus élevés que pour celles qui vivent dans un quartier très favorisé (quintile 1) (figure 19). Cependant, l'écart s'est amenuisé dans les périodes récentes, de sorte qu'en 2008-2010, on n'observe plus de différence statistiquement significative entre le taux des mères allophones vivant dans un quartier très favorisé [8,2 (IC 95 % : 7,5; 8,9)] et celui des mères vivant dans un quartier très défavorisé [8,5 (IC 95 % : 8,0; 9,0)].

Finalement, même si l'écart tend à diminuer au fil des ans, les mères allophones immigrantes affichent des taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel supérieurs aux taux de celles qui sont non-immigrantes de 1989-1992 à 2008-2010. En 2008-2010, le taux chez les allophones immigrantes [8,6 (IC 95 % : 8,3; 8,9)] était plus élevé que celui des non-immigrantes [6,8 (IC 95 % : 6,2; 7,4)] (figure 20).

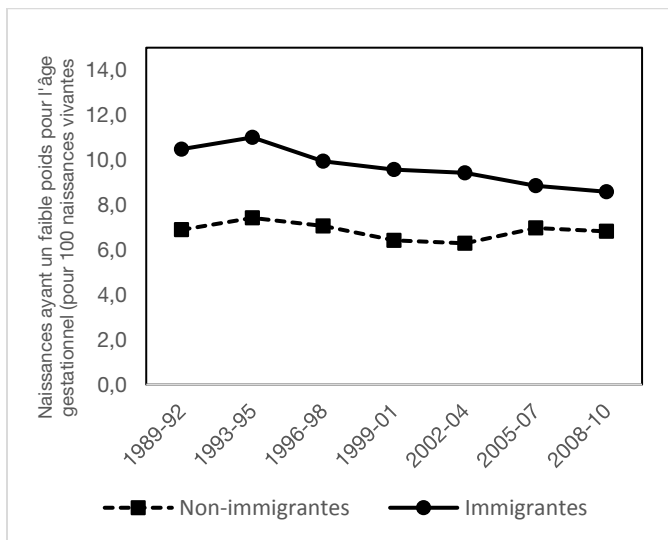
**Figure 18 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères allophones selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 19 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères allophones selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010**



**Figure 20 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères allophones selon leur statut d'immigrante, Québec, 1989-2010**



## 4 Limites des analyses

L'utilisation de fichiers administratifs tels que le fichier de naissances comporte plusieurs avantages, comme celui de répertorier les données relatives aux naissances (ex. : poids à la naissance, âge gestationnel) pour l'ensemble du Québec sans biais de sélection et avec précision, puisque ces données ne sont pas autorapportées. Grâce à un grand échantillon de données, il est possible de produire des mesures fiables testées sur le plan statistique. Toutefois, certaines limites relatives à la source de données ou aux analyses effectuées dans ce rapport sont à mentionner. D'abord, il est possible qu'il y ait des erreurs dans l'enregistrement des variables de la langue maternelle de la mère ou du lieu de naissance, ou encore que celles-ci soient manquantes. La langue maternelle de la mère était manquante pour 2,6 % des naissances de la période étudiée et le lieu de naissance était manquant chez 0,5 % des naissances.

Dans ce rapport, deux caractéristiques relatives au lieu de résidence de la mère (milieu urbain ou rural, ainsi que le niveau de défavorisation matérielle du quartier) ont été considérées. Le lieu de résidence a été enregistré dans le fichier de naissances au moment de la naissance. Or, il est possible que la mère y réside depuis peu, de sorte que l'exposition durant la

grossesse à certaines caractéristiques du quartier ne soit pas la même que pour une mère qui y réside depuis une plus longue durée.

De plus, ce rapport n'a pas exploré la contribution de certains facteurs de risque des naissances prématurées ou à faible poids pour l'âge gestationnel, comme les habitudes de vie durant la grossesse telles que la consommation de tabac ou d'alcool (non-disponibles dans le fichier). Un jumelage de données entre les données de fichiers administratifs et d'enquête comportant ces informations permettrait d'avoir un portrait plus complet des déterminants des inégalités de santé périnatale entre les communautés linguistiques.

Il est important de noter que des avancées technologiques et médicales au fil des années peuvent avoir contribué à mieux déterminer l'âge gestationnel du fœtus, et à prévenir l'usage de certaines interventions obstétricales (ex. : césarienne planifiée ou déclenchement artificiel du travail) avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse ou lorsque le fœtus a un faible poids pour son âge gestationnel.

Finalement, les résultats doivent être interprétés en considérant qu'une communauté linguistique peut être composée de différents sous-groupes culturels. C'est notamment le cas des allophones qui représentent un groupe très hétérogène. Par conséquent une grande variété de comportements, d'habitudes de vie ou d'accès et recours au soin, dont l'impact sur les indicateurs de naissances étudiés dans ce rapport peut être différent.

## 5 Interprétation

Le portrait de la santé périnatale des communautés linguistiques présenté dans ce rapport concorde avec les résultats des travaux antérieurs (Auger, Park et Daniel, 2013; Auger, Park et Harper, 2012). L'analyse des données de naissances depuis 1989-1992 a permis de faire les constats suivants :

- Dans l'ensemble, les taux de prématurité ont augmenté pour toutes les communautés linguistiques depuis 1989, pour ensuite se stabiliser après 2002. En 2008-2010, les taux sont comparables entre les francophones, les anglophones et les allophones. Ceci est un contraste par rapport à la situation plus favorable observée pour les anglophones du Québec, malgré leur situation de minorité linguistique, pour plusieurs indicateurs de santé. C'est le cas par exemple de la mortalité évitable (Trempe et collab., 2013), de celle liée au suicide (Burrows et collab., 2013) et aux traumatismes (Burrows, Auger et Lo, 2015), moins élevées que dans la communauté francophone.
- Ce rapport, tout comme les travaux antérieurs (Auger, Park et Daniel, 2013; Auger, Park et Harper, 2012), montre que depuis 1989, le taux de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel diminue, passant de 10,9 % en 1989-1992 à 8,0 % en 2008-2010. Or, une analyse de l'Institut canadien d'information sur la santé indique une hausse depuis 2006 des taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel, et ce pour plusieurs provinces canadiennes. En comparaison, les données présentées dans ce rapport suggèrent des niveaux stables pour le Québec depuis 2006. Cette stabilité explique en partie les taux généralement inférieurs du Québec (environ 8 %), comparativement à ceux observés en Ontario ou en Alberta (environ 9 % pour ces deux provinces) (Canadian Institute for Health Information, 2012).

Des analyses plus poussées ont permis d'identifier quelques disparités dans les taux de prématurité et de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, qui varient d'une communauté linguistique à l'autre :

- C'est seulement chez les francophones et les allophones qu'on détecte des taux plus élevés pour les deux indicateurs de santé périnatale chez les mères vivant dans des quartiers très défavorisés, comparativement aux mères vivant dans des quartiers très favorisés. Bien que de tels écarts aient pu être observés chez les mères anglophones, ceux-ci ne sont pas statistiquement significatifs pour la période 2008-2010.
- Des taux plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural ont été observés uniquement parmi les communautés linguistiques minoritaires (anglophones et allophones). Toutefois, la prudence est de mise dans l'interprétation de ces résultats, vu les très faibles effectifs de mères anglophones et allophones en milieu rural ayant soit donné naissance prématurément, soit eu un enfant ayant un faible poids pour son âge gestationnel.
- Finalement, les analyses montrent que les taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel chez les mères immigrantes sont généralement plus élevés pour les trois communautés linguistiques comparativement aux taux observés chez les mères non-immigrantes. Ceci met de l'emphase sur l'importance de tenir compte simultanément de la langue et du statut d'immigrant lorsqu'on étudie les communautés linguistiques.

En conclusion, ce rapport a permis de confirmer les tendances des taux de prématurité et de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel depuis trois décennies, pour l'ensemble de la population et pour les communautés linguistiques du Québec. Bien que ce portrait soit encourageant, on remarque que certains sous-groupes identifiables par la langue maternelle, le statut d'immigrante de la mère, ou le lieu de résidence sont encore désavantagés.

## Références

AUGER, N., Z.-C. LUO, R. W. PLATT et M. DANIEL (mai 2008). « Do mother's education and foreign born status interact to influence birth outcomes? Clarifying the epidemiological paradox and the healthy migrant effect », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, n° 5, p. 402-409.

AUGER, N., A. L. PARK et M. DANIEL (juillet 2013). « Contribution of local area deprivation to cultural-linguistic inequalities in foetal growth restriction: trends over time in a Canadian metropolitan centre. », *Health & place*, vol. 22.

AUGER, N., A. L. PARK et S. HARPER (décembre 2012). « Francophone and Anglophone perinatal health: temporal and regional inequalities in a Canadian setting, 1981-2008. », *International journal of public health*, vol. 57, n° 6, p. 925-934.

BATAL, M., E. MAKVANDI, P. IMBEAULT, I. GAGNON-ARPIN, J. GRENIER, M.-H. CHOMIENNE et L. BOUCHARD (2013). « Comparison of dietary intake between Francophones and Anglophones in Canada: data from CCHS 2.2 », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, vol. 104, n° 6 Suppl 1, p. S31-38.

BOUCHARD, L., et M. DESMEULES (octobre 2013). « [Linguistic minorities in Canada and health] », *Healthcare Policy = Politiques De Santé*, vol. 9, n° Spec Issue, p. 38-47.

BURROWS, S., N. AUGER et E. LO (4 mars 2015). « Language and unintentional injury mortality in Quebec, Canada. », *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*.

BURROWS, S., N. AUGER, L. TAMAMBANG et A. D. BARRY (juillet 2013). « Suicide mortality gap between Francophones and Anglophones of Quebec, Canada. », *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 48, n° 7, p. 1125-1132.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2012). Highlights of 2010-2011 Selected Indicators Describing the Birthing Process in Canada.

FLOCH, W., et J. POCOCK (2008). « Emerging Trends in the Socio-Economic Status of English-Speaking Quebec: Those Who Left and Those Who Stayed », dans *The Vitality of ESC: From Community Decline to Revival*, CEETUM, Université de Montréal, Montréal, Québec, R.Y. Bourhis, p. 35-62.

GAGNON-ARPIN, I., E. MAKVANDI, P. IMBEAULT, M. BATAL et L. BOUCHARD (2013). « [The surplus weight among the Francophones and Anglophones] », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, vol. 104, n° 6 Suppl 1, p. S21-25.

HEALTH CANADA (2008). Francophones and tobacco use in Canada lessons learned from the Tobacco Demand Reduction Strategy, Health Canada, Ottawa, ON.

KRAMER, M. S., R. W. PLATT, S. W. WEN, K. S. JOSEPH, A. ALLEN, M. ABRAHAMOWICZ, B. BLONDEL, G. BRÉART et FETAL/INFANT HEALTH STUDY GROUP OF THE CANADIAN PERINATAL SURVEILLANCE SYSTEM (août 2001). « A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age », *Pediatrics*, vol. 108, n° 2, p. E35.

LIM, G., J. TRACEY, N. BOOM, S. KARMAKAR, J. WANG, J.-M. BERTHELOT et C. HEICK (15 septembre 2009). « CIHI Survey: Hospital Costs for Preterm and Small-for-Gestational Age Babies in Canada », *Healthcare Quarterly*, [en ligne], vol. 12, n° 4, p. 20-24, <<https://doi.org/10.12927/hcq.2013.21121>> (consulté le 2 décembre 2016).

PAMPALON, R., D. HAMEL, P. GAMACHE, M. D. PHILIBERT, G. RAYMOND et A. SIMPSON (2012). « An area-based material and social deprivation index for public health in Québec and Canada », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, vol. 103, n° 8 Suppl 2, p. S17-22.

TREMPE, N., A. D. BARRY, M.-H. LUSSIER et E. LO (juillet 2013). *La mortalité évitable des deux principales communautés linguistiques du Québec*, Institut de santé publique du Québec.

VANG, Z. M., J. SIGOUIN, A. FLENON et A. GAGNON (3 novembre 2016). « Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada », *Ethnicity & Health*, p. 1-33.

## Annexe 1 Taux de naissances prématurées selon l'âge gestationnel et la langue maternelle de la mère, Québec, 1989-2010

Figure A 1 Taux de prématurité pour les naissances suite à une gestation de moins de 28 semaines, selon les communautés linguistiques, Québec, 1989-2010

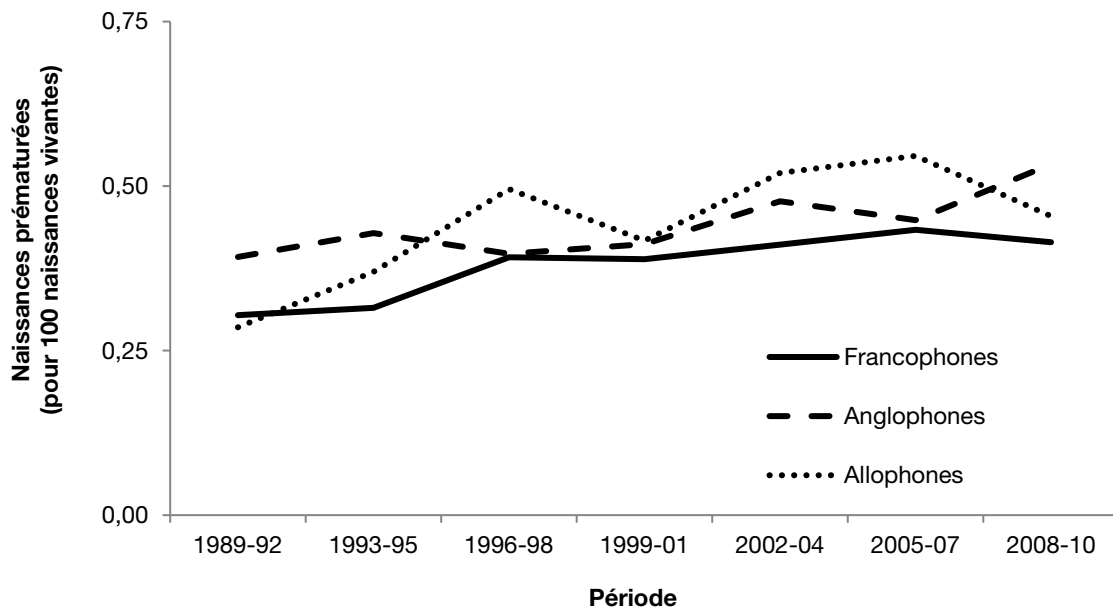
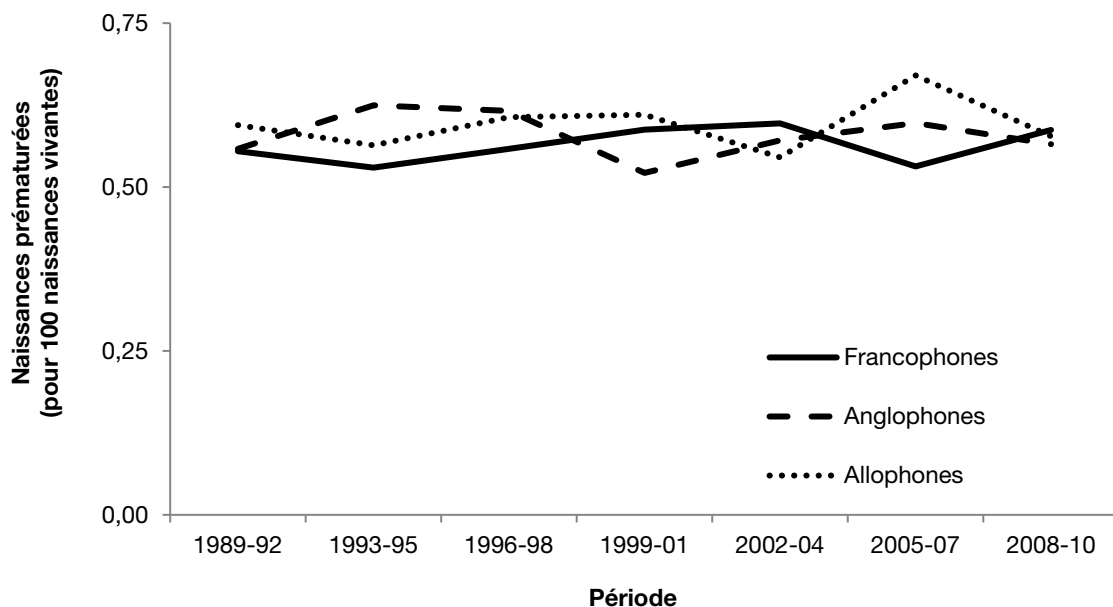
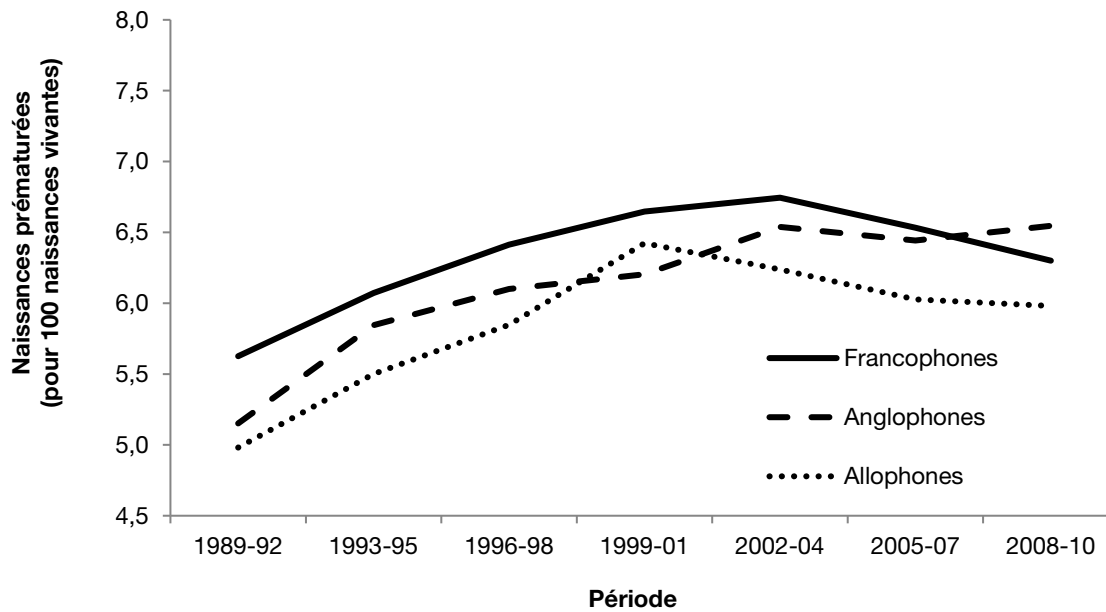


Figure A 2 Taux de prématurité pour les naissances suite à une gestation ayant duré de 28 à 31 semaines, selon les communautés linguistiques, Québec, 1989-2010



**Figure A 3** Taux de prématurité pour les naissances suite à une gestation ayant duré de 32 à 36 semaines, selon les communautés linguistiques, Québec, 1989-2010



## Annexe 2 Taux de naissances prématurées (< 37 semaines de gestation) selon les caractéristiques sociodémographiques et la langue maternelle de la mère, Québec, 2008-2010

Taux de naissances prématurées pour 100 naissances vivantes  
(Intervalle de confiance 95 %)

	Francophones	Anglophones	Allophones	Tous
<b>Lieu de résidence de la mère</b>				
Urbain	7,30 (7,17; 7,43)	7,58 (7,20; 7,95)	6,88 (6,62; 7,13)	7,31 (7,20; 7,42)
Rural	7,36 (7,11; 7,60)	8,10 (7,04; 9,15)	9,34 (8,07; 10,62)	7,51 (7,27; 7,74)
<b>Niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence</b>				
Quintile 1 - favorisé	6,84 (6,57; 7,11)	7,57 (6,89; 8,25)	6,81 (6,18; 7,44)	6,99 (6,77; 7,22)
Quintile 2	7,03 (6,78; 7,28)	7,26 (6,50; 8,01)	6,57 (5,98; 7,16)	7,07 (6,85; 7,28)
Quintile 3	7,46 (7,20; 7,72)	7,53 (6,64; 8,43)	6,64 (6,03; 7,25)	7,39 (7,17; 7,62)
Quintile 4	7,20 (6,95; 7,46)	7,63 (6,72; 8,55)	7,02 (6,42; 7,61)	7,21 (6,99; 7,44)
Quintile 5 - défavorisé	8,08 (7,79; 8,36)	8,17 (7,32; 9,02)	7,53 (7,05; 8,01)	8,03 (7,80; 8,26)
<b>Statut d'immigrante</b>				
Non-immigrante	7,30 (7,18; 7,42)	7,93 (7,50; 8,36)	7,51 (6,88; 8,14)	7,40 (7,29; 7,51)
Immigrante	7,52 (7,06; 7,98)	7,04 (6,39; 7,69)	6,93 (6,65; 7,21)	7,16 (6,95; 7,38)
<b>Âge gestationnel</b>				
< 28 semaines	0,41 (0,39; 0,44)	0,53 (0,44; 0,63)	0,45 (0,39; 0,52)	0,44 (0,41; 0,46)
28-31 semaines	0,59 (0,55; 0,62)	0,57 (0,47; 0,67)	0,58 (0,50; 0,65)	0,60 (0,57; 0,63)
32-36 semaines	6,30 (6,19; 6,41)	6,55 (6,22; 6,87)	5,98 (5,75; 6,22)	6,30 (6,21; 6,40)
<b>Tous</b>	7,30 (7,19; 7,42)	7,64 (7,29; 8,00)	7,01 (6,76; 7,27)	7,34 (7,24; 7,44)

## Annexe 3 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel selon les caractéristiques sociodémographiques et la langue maternelle de la mère, Québec, 2008-2010

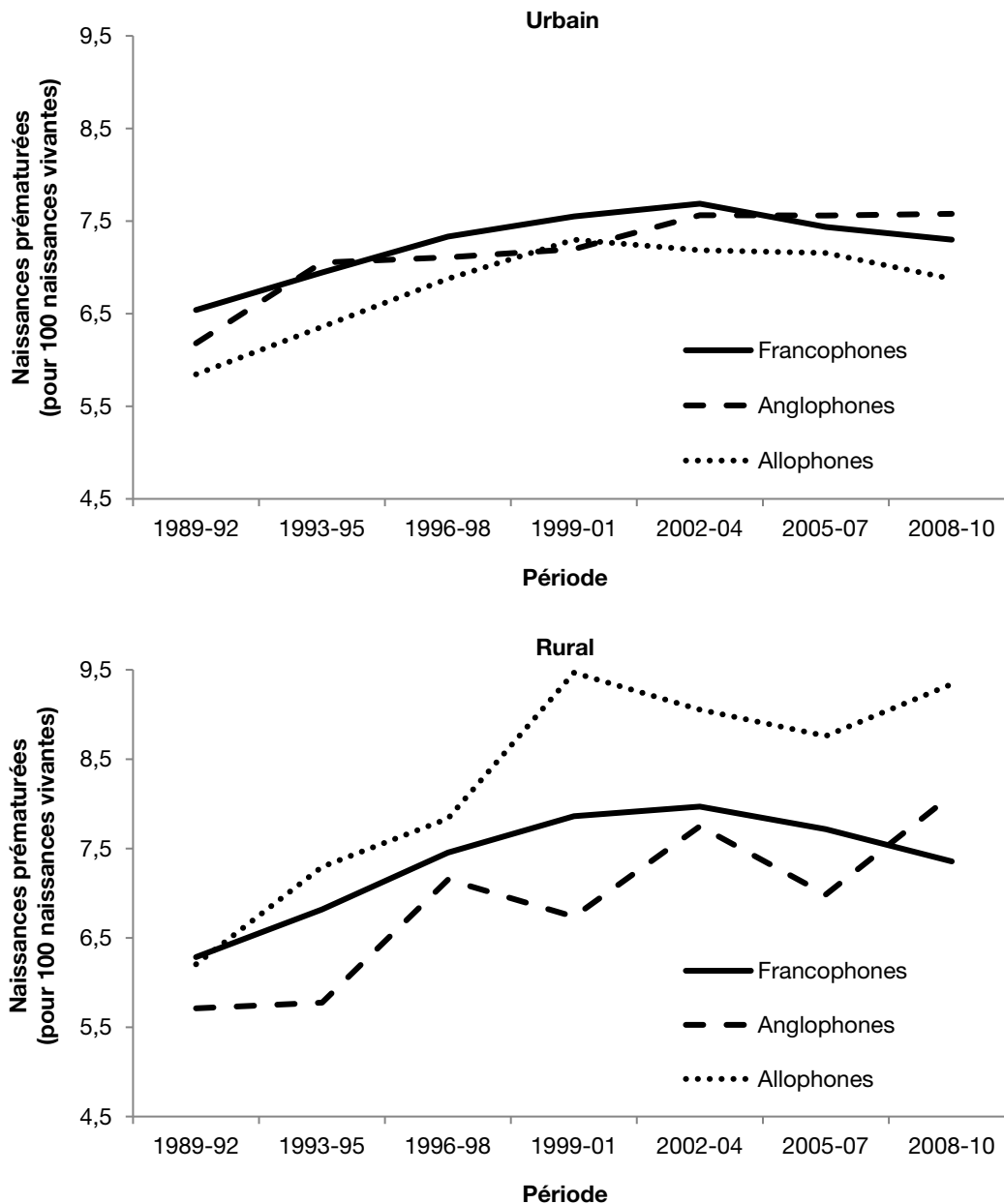
Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes (Intervalle de confiance 95 %)				
	Francophones	Anglophones	Allophones	Tous
<b>Lieu de résidence de la mère</b>				
Urbain	7,85 (7,71; 7,98)	8,24 (7,85; 8,63)	8,41 (8,13; 8,70)	8,01 (7,89; 8,12)
Rural	8,31 (8,05; 8,57)	5,65 (4,75; 6,54)	5,54 (4,54; 6,55)	8,03 (7,78; 8,27)
<b>Niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence</b>				
Quintile 1 - favorisé	7,13 (6,86; 7,41)	7,74 (7,06; 8,43)	8,20 (7,51; 8,89)	7,33 (7,10; 7,56)
Quintile 2	7,47 (7,21; 7,72)	7,79 (7,01; 8,57)	7,69 (7,05; 8,33)	7,55 (7,33; 7,78)
Quintile 3	7,80 (7,54; 8,06)	7,98 (7,06; 8,90)	7,64 (6,99; 8,28)	7,81 (6,99; 8,04)
Quintile 4	8,33 (8,05; 8,60)	7,95 (7,01; 8,88)	8,98 (8,32; 9,65)	8,42 (8,18; 8,66)
Quintile 5 - défavorisé	8,88 (8,58; 9,17)	8,47 (7,60; 9,34)	8,46 (7,95; 8,96)	8,80 (8,56; 9,04)
<b>Statut d'immigrante</b>				
Non-immigrante	7,89 (7,77; 8,02)	7,05 (6,64; 7,45)	6,82 (6,22; 7,43)	7,80 (7,68; 7,91)
Immigrante	8,74 (8,25; 9,24)	10,19 (9,42; 10,96)	8,58 (8,28; 8,89)	8,83 (8,59; 9,07)
<b>Tous</b>	<b>7,95 (7,83; 8,07)</b>	<b>7,94 (7,58; 8,30)</b>	<b>8,26 (7,98; 8,53)</b>	<b>8,01 (7,91; 8,11)</b>



## Annexe 4 Taux de prématurité des communautés linguistiques selon certaines caractéristiques sociodémographiques

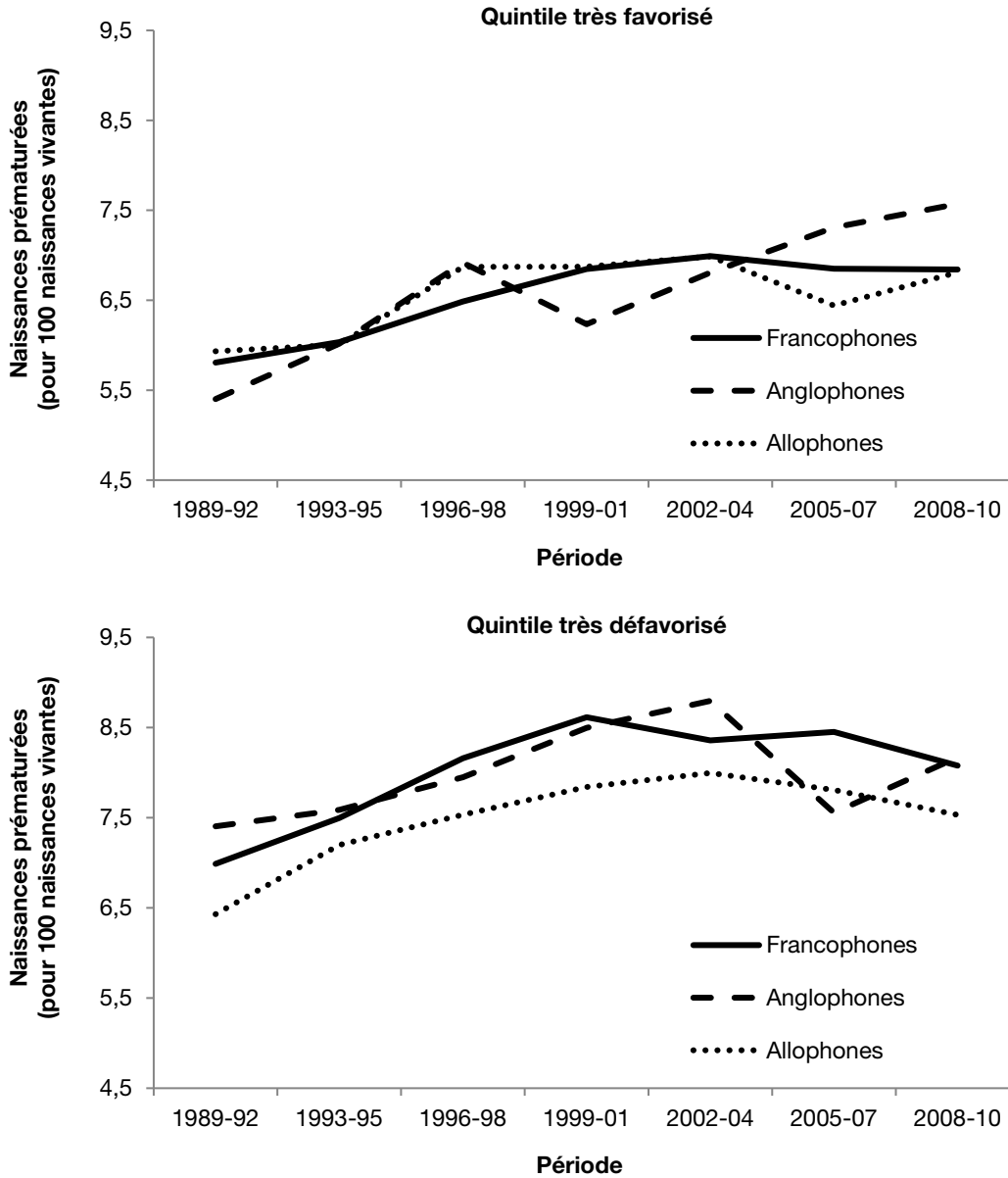
### Lieu de résidence

Figure A 4 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010



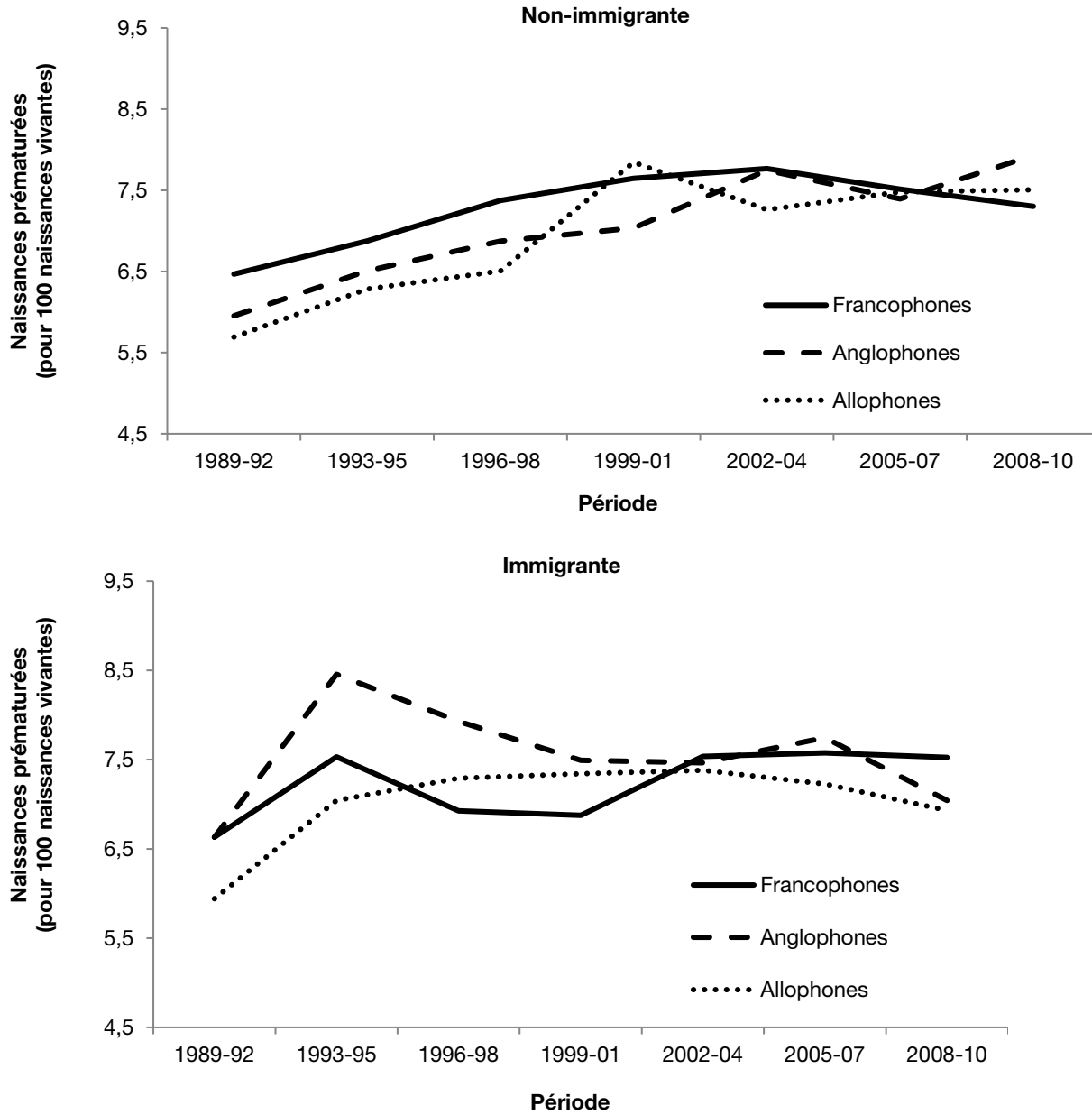
## Défavorisation matérielle

Figure A 5 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010



## Statut d'immigrante

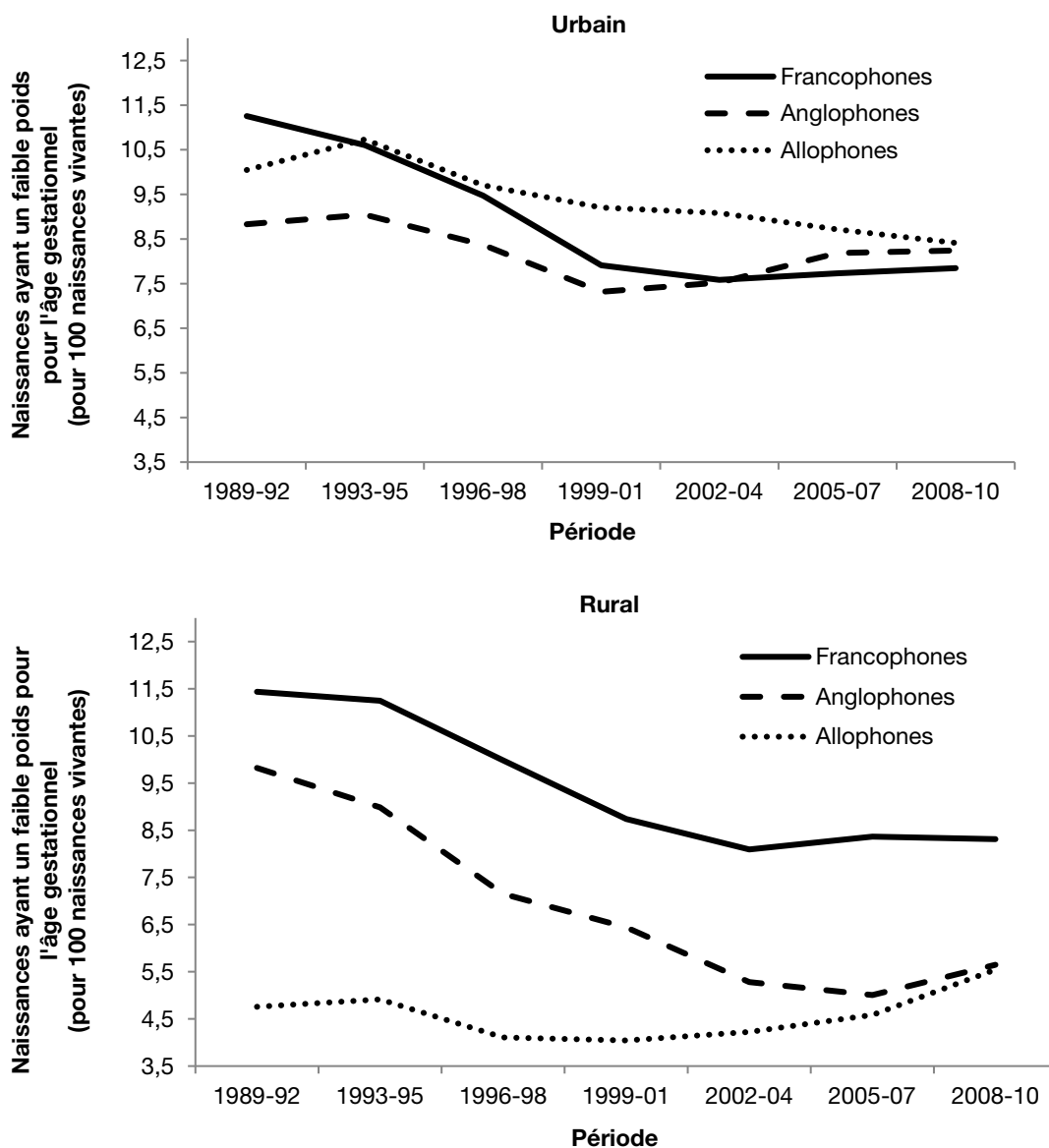
Figure A 6 Taux de prématurité (< 37 semaines de gestation) des communautés linguistiques selon le statut d'immigrante, Québec, 1989-2010



## Annexe 5 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des différentes communautés linguistiques selon les caractéristiques sociodémographiques

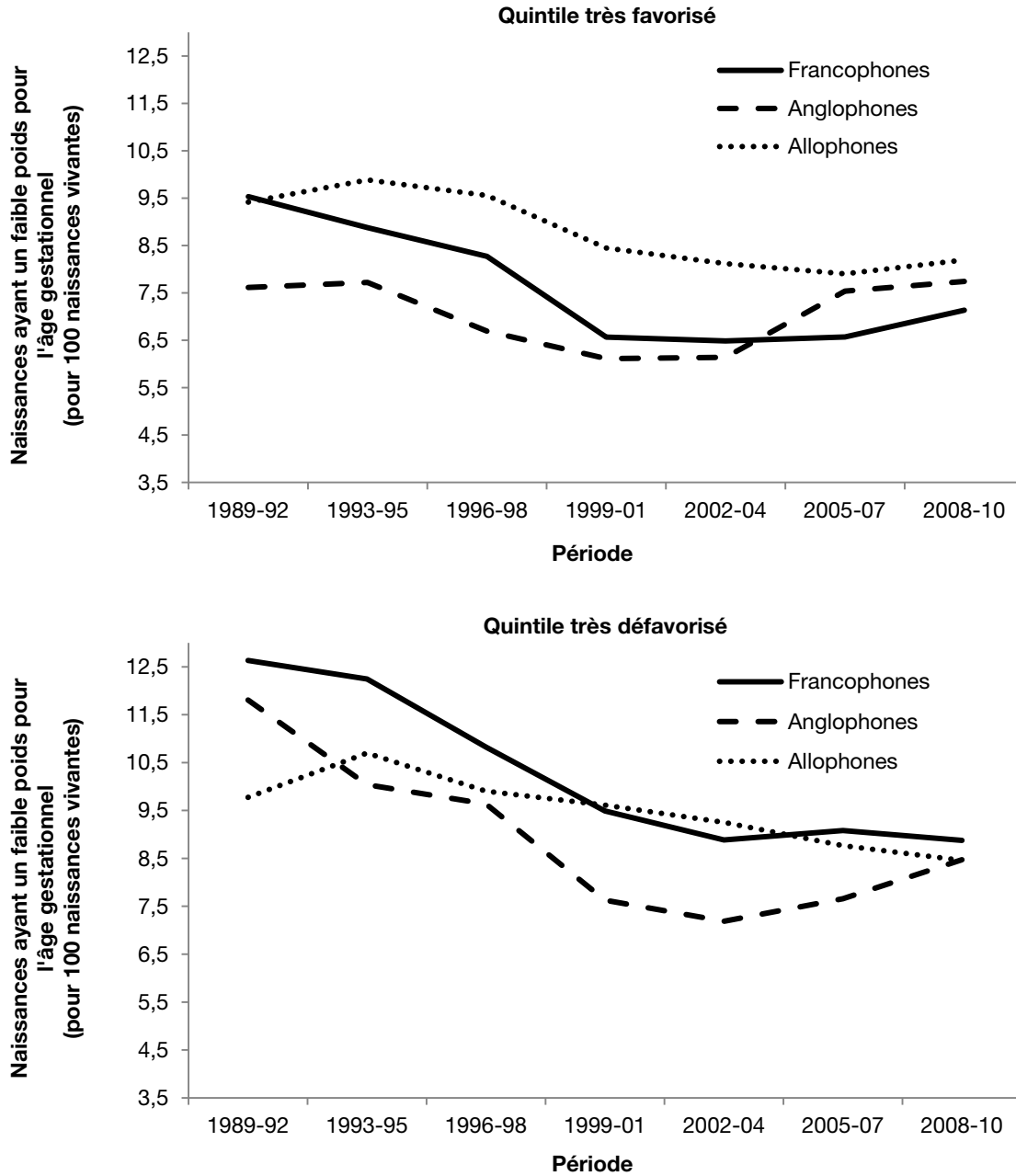
### Lieu de résidence

Figure A 7 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques selon le lieu de résidence, Québec, 1989-2010



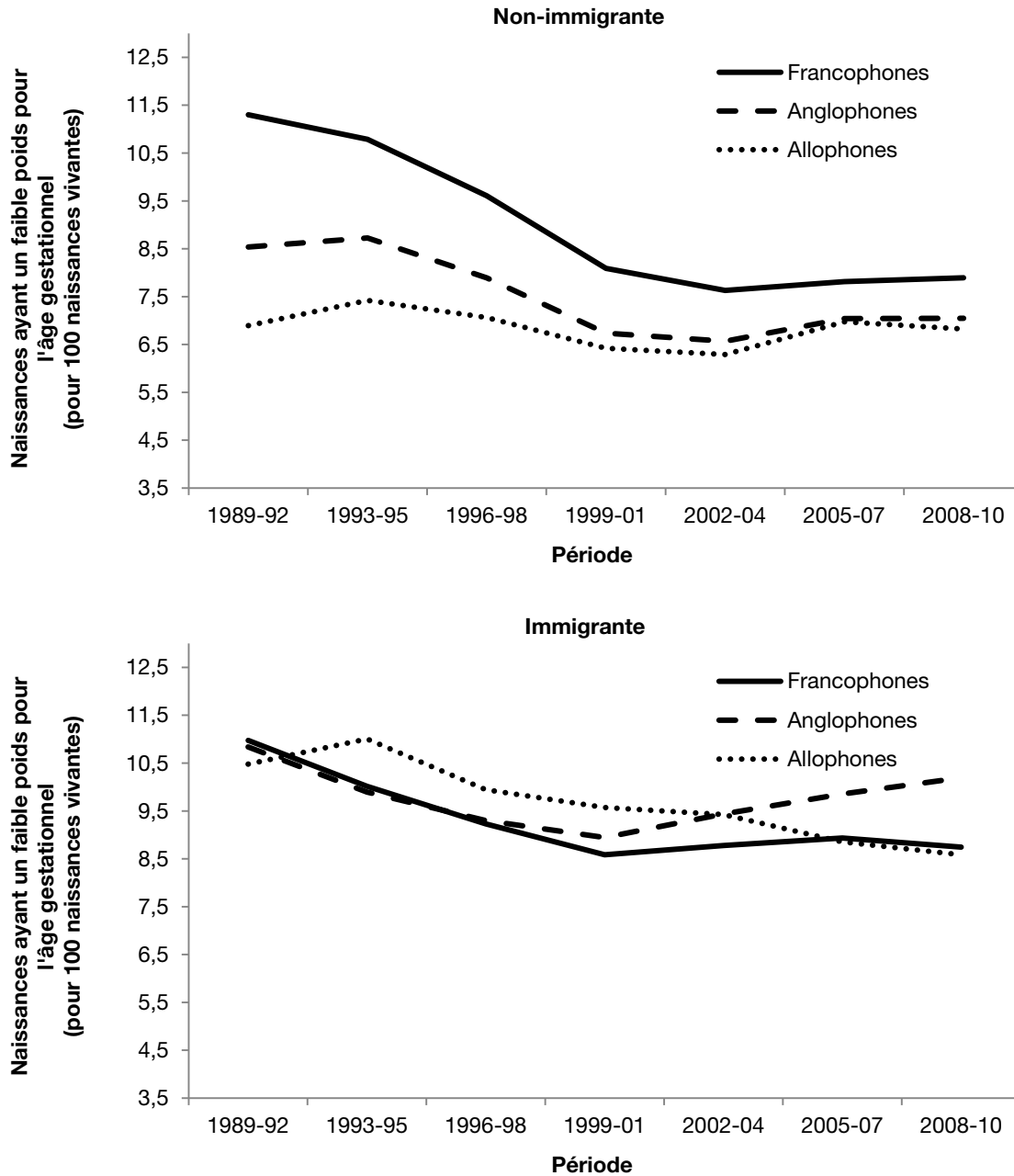
## Défavorisation matérielle

Figure A 8 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques selon le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence, Québec, 1989-2010



## Statut d'immigrante

Figure A 9 Taux de naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel des communautés linguistiques selon le statut d'immigrante, Québec, 1989-2010





Centre d'expertise  
et de référence

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)