

Portrait des naissances prématurées au Québec de 1981 à 2017



RAPPORT DE SURVEILLANCE

BiESP BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

Les taux mondiaux de prématurité ont augmenté dans les dernières décennies, une tendance à laquelle le Québec n'a pas échappé. Au Canada, le taux de prématurité est passé de 7,4 % en 1999 à 8,2 % en 2004 et est resté stable depuis¹. Il importe de fournir des détails sur les circonstances entourant ces naissances. Le présent rapport de surveillance brosse un portrait détaillé de la question des naissances prématurées au Québec de 1981 à 2017, présentant notamment les taux de prématurité en fonction de divers facteurs sociodémographiques et issues cliniques.

Sommaire

Méthode	2
Résultats	2
Limites de l'étude	5
Conclusions et implications	5

Contexte

La prématurité est définie comme une naissance survenant avant 37 semaines complètes de grossesse¹. Il s'agit de la première cause de mortalité néonatale² et de l'une des principales causes de morbidité dans le monde. Elle est associée à un risque accru de paralysie cérébrale, de retard de développement, de déficience visuelle, de perte auditive et de maladie pulmonaire chronique^{3,4}. Elle peut être associée à de nombreux facteurs et peut résulter de complications pendant la grossesse et avoir d'autres conséquences cliniques. Ce rapport de surveillance a pour objectif de présenter l'état actuel des naissances prématurées au Québec afin de servir d'outil aux décideurs.

Faits saillants

- Le taux de prématurité a augmenté entre 1981 et 2004 au Québec, passant de 5,6 à 8,1 pour 100 naissances vivantes. Il a légèrement diminué par la suite, atteignant 7,0 pour 100 naissances vivantes en 2017.
- Le taux de prématurité est plus élevé chez les femmes de moins de 20 ans et de plus de 45 ans.
- Le taux de prématurité lors de grossesses multiples a considérablement augmenté entre 1981-1986 et 2012-2017.
- Au fil du temps, l'écart de taux de prématurité s'est accentué entre les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles qui ont fait des études universitaires.
- Le taux d'admission à l'unité des soins intensifs est rare, mais il est 9 fois plus élevé chez les femmes ayant accouché prématurément que chez les femmes ayant accouché à terme.

- Les taux de diabète gestationnel, d'hypertension de grossesse et de morbidité grave sont significativement plus élevés chez les femmes ayant accouché prématurément que chez celles ayant accouché à terme.
- La mortalité infantile avant le congé de l'hôpital est plus de 100 fois plus fréquente chez les nouveau-nés prématurés que chez ceux nés à terme.
- L'admission à l'unité de soins intensifs néonataux est 10 fois plus fréquente chez les nouveau-nés prématurés que chez ceux nés à terme.

Méthode

Population : Nous avons utilisé les données des naissances vivantes compilées à partir des bulletins de naissance du Québec entre 1981 et 2017, et les dossiers de congé de l'hôpital (Med-Écho) pour les naissances vivantes nées dans un hôpital entre 2011 et 2016. Seulement les naissances dont l'âge gestationnel est connu ont été utilisées. Pour les données de Med-Écho, le fichier de la mère a été lié à celui du nouveau-né. La prématurité a été définie comme l'accouchement entre 20 et 36 semaines de gestation. Nous avons évalué la relation entre plusieurs caractéristiques démographiques et le nombre de naissances prématurées, ainsi que les risques et les issues cliniques se rapportant aux mères et aux nouveau-nés (énumérés ci-dessous). Les codes de diagnostic et d'intervention (en annexe) ont servi à déterminer les issues cliniques.

Caractéristiques sociodémographiques

- Âge de la mère
- Grossesse multiple
- Parité
- Niveau de scolarité de la mère
- Indice de défavorisation
- Statut d'immigration
- Résidence en milieu urbain ou rural

Santé de la mère

- Décès avant le congé de l'hôpital
- Admission à l'unité des soins intensifs
- Infection ou septicémie
- Diabète de grossesse
- Hypertension de grossesse

- Hémorragie antépartum
- Hémorragie post-partum
- Décollement placentaire
- Placenta praevia
- Césarienne
- Morbidité grave⁵

Santé du nouveau-né

- Décès avant le congé de l'hôpital
- Admission à l'unité des soins intensifs
- Intubation
- Transfusion
- Photothérapie
- Anomalie congénitale

Taux de prématurité : Nous les avons calculés en divisant le nombre total de nouveau-nés venus au monde avant 37 semaines de gestation par le nombre total de naissances vivantes. Nous avons comparé les taux de prématurité selon les caractéristiques sociodémographiques pour la plus ancienne (1981-1986) et la plus récente période (2012-2017). De plus, nous avons calculé les taux de certains facteurs de risque et d'issues cliniques séparément pour les naissances prématurées et les naissances à terme. Enfin, le taux de diabète gestationnel n'a été calculé que pour les grossesses ayant atteint au moins 28 semaines de gestation.

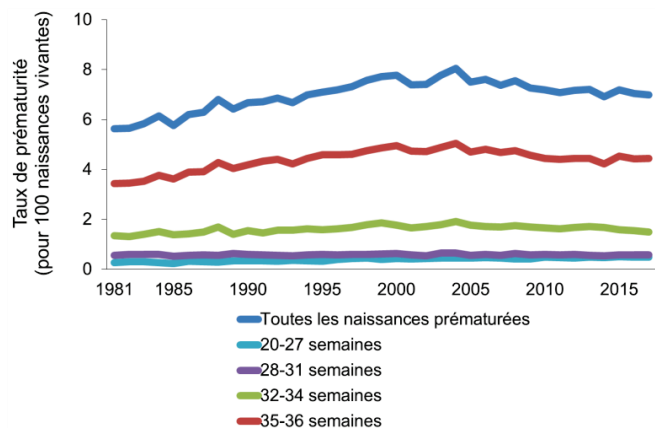
Résultats

Taux de prématurité

- Le taux de prématurité est passé de 5,6 pour 100 naissances vivantes en 1981 à un sommet de 8,1 pour 100 naissances vivantes en 2004. Il a ensuite diminué pour atteindre 7,0 pour 100 naissances vivantes en 2017 (figure 1).
- Les naissances prématurées entre 35 et 36 semaines de gestation sont passées de 3,4 pour 100 naissances vivantes en 1981 à 4,4 pour 100 naissances vivantes en 2017. Les naissances prématurées entre 20 et 27 semaines de gestation ont quant à elles augmenté de 78 %, passant de 0,27 en 1981 à 0,48 pour 100 naissances vivantes en 2017 (figure 1).

- Le taux de prématurité entre 28 et 34 semaines de gestation est demeuré relativement stable (figure 1).

Figure 1 Taux de prématurité selon l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes, Québec, 1981-2017



Source : Fichier des naissances du Registre des événements démographiques (RED) MSSS, 1981-2017.

Facteurs de risques sociodémographiques

- Le taux de prématurité a augmenté chez les femmes de tous les groupes d'âge au cours de la période d'étude. Le taux chez les femmes de 45 ans ou plus est passé de 10,3 à 15,2 pour 100 naissances vivantes entre 1981-1986 et 2012-2017 (tableau 1).
- Le taux de prématurité a augmenté davantage pour les grossesses multiples que pour les grossesses simples. Comparativement aux femmes n'ayant eu aucun accouchement antérieur, celles qui en ont eu un ont un taux de prématurité plus faible et celles qui en ont eu 3 ou plus ont un taux plus élevé (tableau 1).
- L'écart de taux de prématurité entre les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et celles ayant un diplôme universitaire s'est accentué entre la première et la dernière période (tableau 1).
- L'indice de défavorisation est seulement disponible à partir de 1989. Tant pour la période 1989-1994 que pour la période 2012-2017, le taux de prématurité augmente avec l'indice de défavorisation. Pour chaque quintile de défavorisation, il est plus élevé pour la période 2012-2017 que pour la période 1989-1994 (tableau 1).

- Le taux de prématurité semblait un peu plus élevé chez les mères non-immigrantes et dans les régions rurales après 2012 (tableau 1).

Tableau 1 Taux de prématurité selon les caractéristiques sociodémographiques, pour 100 naissances vivantes, Québec, 1981-1986 et 2012-2017

	Taux (IC 95 %)	
	1981-1986	2012-2017
Âge de la mère (années)		
Moins de 20	7,9 (7,6; 8,2)	8,7 (8,2; 9,3)
20 à 34	5,7 (5,6; 5,7)	6,8 (6,7; 6,9)
35 à 44	7,2 (6,9; 7,5)	8,0 (7,8; 8,2)
45 ou plus	10,3 (7,2; 14,2)	15,2 (12,9; 17,6)
Grossesse multiple		
Non	5,2 (5,1; 5,2)	5,7 (5,7; 5,8)
Oui	42,1 (41,1; 43,1)	52,2 (51,4; 53,0)
Parité		
0 accouchement antérieur	6,1 (6,1; 6,2)	7,3 (7,2; 7,4)
1 accouchement	5,5 (5,4; 5,6)	6,3 (6,2; 6,4)
2 accouchements	5,7 (5,5; 5,8)	7,3 (7,2; 7,5)
3 accouchements ou plus	6,8 (6,5; 7,2)	9,7 (9,4; 10,1)
Scolarité de la mère		
Secondaire non terminé	6,8 (6,7; 7,0)	9,2 (8,9; 9,6)
Secondaire	5,7 (5,6; 5,8)	7,8 (7,6; 7,9)
Cégep	5,1 (5,0; 5,3)	6,9 (6,7; 7,0)
Université	4,8 (4,6; 4,9)	6,3 (6,2; 6,4)
Indice de défavorisation*		
Défavorisation faible	6,1 (6,0; 6,3)	6,3 (6,1; 6,5)
Défavorisation moyenne-faible	6,5 (6,3; 6,6)	6,8 (6,7; 7,0)
Défavorisation moyenne	6,9 (6,7; 7,0)	7,0 (6,9; 7,2)
Défavorisation moyenne-élevée	6,9 (6,8; 7,1)	7,3 (7,1; 7,4)
Défavorisation élevée	7,2 (7,1; 7,4)	7,9 (7,7; 8,0)
Statut d'immigration de la mère		
Née au Canada	5,8 (5,8; 5,9)	7,2 (7,1; 7,3)
Née à l'étranger	6,0 (5,8; 6,2)	6,7 (6,6; 6,9)
Résidence de la mère*		
Milieu rural	6,5 (6,4; 6,6)	7,7 (7,5; 7,9)
Milieu urbain	6,8 (6,7; 6,9)	7,0 (6,9; 7,0)

* Calcul pour 1989-1994.

Source : Fichier des naissances du Registre des événements démographiques (RED) MSSS, 1981-2017 ; IC = intervalle de confiance.

Caractéristiques cliniques

- Le taux d'admission à l'unité des soins intensifs était environ neuf fois plus élevé chez les femmes ayant accouché prématurément que chez celles ayant accouché à terme (tableau 2). Le taux de mortalité maternel avant le congé de l'hôpital chez les femmes ayant accouché prématurément est plus élevé mais n'est pas statistiquement différent de celui des femmes ayant accouché à terme.
- Les taux d'infection ou de septicémie, de diabète gestationnel, d'hypertension de grossesse, d'hémorragie antépartum, d'hémorragie post-partum, de décollement placentaire, de placenta prævia, de césarienne et de morbidité maternelle grave sont plus élevés chez les femmes ayant accouché prématurément que chez celles ayant accouché à terme (tableau 2).
- Les taux de mortalité néonatale avant le congé de l'hôpital et d'admission à l'unité de soins intensifs sont beaucoup plus élevés chez les nouveau-nés prématurés que chez ceux nés à terme (tableau 2).
- Les taux d'anomalies congénitales des systèmes nerveux central et circulatoire et d'anomalies congénitales chromosomiques sont plus de cinq fois plus élevés chez les nouveau-nés prématurés que chez ceux nés à terme (tableau 2).

Tableau 2 Taux d'issues cliniques selon le type de naissance, pour 100 naissances, Québec, 2011-2016

	Taux (IC 95 %)	
	Prématurée	À terme
Santé de la mère		
Décès avant le congé*	9,9 (2,1; 29,1)	2,6 (1,2; 4,7)
Admission à l'unité des soins intensifs	2,5 (2,3; 2,7)	0,28 (0,27; 0,30)
Infection ou septicémie	6,6 (6,4; 6,9)	5,1 (5,0; 5,1)
Diabète gestationnel	11,6 (11,2; 12,0)	8,3 (8,3; 8,4)
Hypertension de grossesse	15,2 (14,8; 15,6)	4,6 (4,6; 4,7)
Hémorragie antépartum	11,7 (11,4; 12,1)	2,29 (2,25; 2,34)
Hémorragie post-partum	9,0 (8,7; 9,4)	7,7 (7,6; 7,8)
Décollement placentaire	9,2 (8,8; 9,5)	1,9 (1,9; 2,0)
Placenta prævia	3,4 (3,2; 3,7)	0,52 (0,50; 0,54)
Césarienne	41,3 (40,7; 41,8)	23,5 (23,3; 23,6)
Morbidité maternelle grave	4,7 (4,4; 4,9)	1,60 (1,56; 1,64)
Santé du nouveau-né		
Décès avant le congé**	37,8 (35,6; 40,0)	0,3 (0,2; 0,4)
Admission à l'unité des soins intensifs	33,1 (32,6; 33,6)	3,27 (3,21; 3,32)
Intubation	9,9 (9,6; 10,2)	0,42 (0,40; 0,44)
Transfusion	4,8 (4,5; 5,0)	0,09 (0,08; 0,10)
Photothérapie	20,8 (20,3; 21,2)	2,53 (2,48; 2,58)
Anomalie congénitale***		
Système nerveux central	143,6 (130,5; 157,6)	16,9 (15,7; 18,3)
Système circulatoire	498,0 (473,8; 523,2)	89,7 (86,7; 92,7)
Anomalie chromosomique	63,7 (55,0; 73,3)	9,4 (8,5; 10,4)
Fente palatine	8,3 (5,4; 12,2)	4,8 (4,2; 5,6)

* Pour 100 000 femmes.

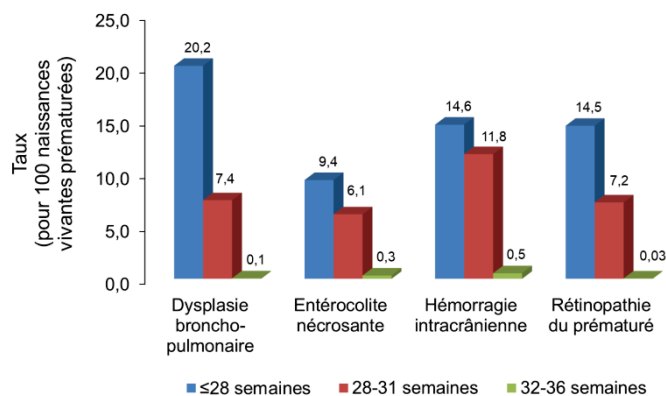
** Pour 1 000 naissances.

*** Pour 10 000 naissances.

Source : Fichier Med-Écho, MSSS, 2011-2016 ; IC = intervalle de confiance.

- Les taux de dysplasie broncho-pulmonaire, d'entérocolite nécrosante, d'hémorragie intracrânienne et de rétinopathie du prématuré sont plus élevés chez les nouveau-nés prématurés de moins de 28 semaines de gestation (figure 2). Dans le cas de la dysplasie broncho-pulmonaire, le taux chez les nouveau-nés prématurés de moins de 28 semaines de gestation est plus de deux fois plus élevé que chez ceux de 28 semaines ou plus.

Figure 2 Taux de certaines issues cliniques infantiles selon l'âge gestationnel pour 100 naissances vivantes prématurées, Québec, 2011-2016



Source : Fichier Med-Écho, MSSS, 2011-2016.

Limites de l'étude

- Il peut y avoir une erreur de classification non différentielle de l'âge gestationnel du fait d'une datation inexacte de la grossesse. La datation s'est précisée avec le temps grâce à l'échographie. Il peut également y avoir des erreurs de classification des caractéristiques sociodémographiques ou cliniques, telles que le niveau de scolarité ou les codes de diagnostics par exemple.
- Nous n'avons pas analysé les caractéristiques cliniques des naissances prématurées au début de l'étude, lorsque la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM) était utilisée.

- Nous n'avons pas d'information sur certains facteurs de risque de la prématurité, tels que le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse, et l'indice de masse corporelle avant la grossesse.
- Les données cliniques ne portaient que sur les accouchements dans les hôpitaux du Québec, et aucun renseignement n'était disponible sur la faible proportion d'accouchements ayant lieu à l'extérieur des hôpitaux.

Conclusions et implications

- Au Québec, le taux de prématurité a connu une augmentation constante de 1981 à 2004, mais a légèrement diminué depuis. Certains facteurs, dont l'âge et le niveau de scolarité de la mère, semblent avoir un lien avec le taux de prématurité.
- Durant la période 2011-2016, les complications cliniques périnatales sont considérablement plus élevées chez les femmes ayant accouché prématurément et chez les nouveau-nés prématurés. Ces études renforcent l'importance des soins pré et postnataux des femmes à risque d'accouchement prématuré et de leurs enfants nés prématurément.

Annexe

Codes de diagnostics et d'actes médicaux

Variable	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision	Classification canadienne des interventions en santé
Santé de la mère		
Infection ou septicémie	O08.0, O41.1, O85, R57, R65	-
Diabète gestationnel	O24.8	-
Hypertension de grossesse	O11, O13-O15	-
Hémorragie antépartum	O44.1, O45-O46	-
Hémorragie post-partum	O72	-
Décollement placentaire	O45	-
Placenta prævia	O44	-
Césarienne	-	5.MD.60
Santé du nouveau-né		
Intubation	-	1.GZ.31.CA-ND, 1.GZ.31.CA-EP, 1.GZ.31.CA-PK, 1.GZ.31.CR-ND, 1.GZ.31.GP-ND
Transfusion	-	1.LZ.19.HH-U1-A, 1.LZ.19.HH-U9-A, 1.LZ.19.HM-U1, 1.LZ.19.HM-U9, 1.LZ.19.HH-U1-J, 1.LZ.19.HH-U9-J, 1.LZ.35.HH-T7
Photothérapie	-	1.YZ.12.JA-DQ
Anomalie congénitale		
Système nerveux central	Q00-Q07	-
Système circulatoire	Q20-Q23.8, Q24.6-Q24.9, Q25.1-Q28	-
Anomalie chromosomique	Q90-Q99.2	-
Fente palatine	Q35-Q37	-
Dysplasie broncho-pulmonaire	P27.1	-
Entérocolite nécrosante	P77	-
Hémorragie intracrânienne	P52	-
Rétinopathie de la prématurité	H35.1	-

Références

- 1 Indicateurs de la santé périnatale au Canada - 2011 (Agence de la santé publique du Canada, 2012)
<<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/indicateurs-sante-perinatale-canada-2011.html>>
- 2 Howson, CP; Kimmey, MV; McDougall, L et Lawn, JE. (2013) « Born Too Soon: Preterm birth matters ». Reproductive Health. Vol. 10, supp.1, section 1.
- 3 Kramer, M.S. (2009) « Late Preterm Birth: Appreciable Risks, Rising Incidence ». Journal of pediatry. Vol. 154, no 2, pp. 159-160.
- 4 Swamy, GK; Østbye, T et Skjærven, R. (2008) « Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth ». Journal of the American Medical Association. Vol. 299, no 12, pp.1429-1436. doi:10.1001/jama.299.12.1429.
- 5 Auger, N; Luo, ZC; Nuyt, AM; Kaufman, JS; Naimi, AI; Platt, RW et Fraser, WD. (2016) « Secular Trends in Preeclampsia Incidence and Outcomes in a Large Canada Database: A Longitudinal Study Over 24 Years ». Canadian Journal of Cardiology. Vol 32, no 8, pp. 987.e15-23.

Portrait des naissances prématurées au Québec de 1981 à 2017

AUTEURS

Safyer McKenzie-Sampson
Zharmaine Ante
Jessica Healy-Profitós
Marianne Bilodeau-Bertrand
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Nathalie Auger, médecin-conseil
Jérôme Martinez, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

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.

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-86945-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2474