

L'issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les répercussions de l'issue de la grossesse et de certains facteurs sociaux sur la santé du jeune enfant.

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1994-1995. L'analyse porte sur les renseignements fournis par les mères biologiques de 5 888 enfants de moins de trois ans.

Techniques d'analyse

L'analyse porte sur deux mesures de la santé de l'enfant : la perception de la mère quant à l'état de santé général de son enfant et le diagnostic d'asthme. La régression logistique sert ici à estimer les répercussions de l'issue de la grossesse et de certains facteurs sociaux sur ces mesures. Par issue de la grossesse, on entend l'âge gestationnel et le poids de naissance. Les facteurs sociaux considérés dans l'analyse sont le niveau de scolarité de la mère, le fait qu'elle fume ou non et son âge à la naissance de l'enfant, ainsi que la situation familiale et le revenu du ménage.

Principaux résultats

La prématurité avec faible poids de naissance est liée à une augmentation du risque de mauvaise santé et d'asthme chez l'enfant; c'est ce que confirme l'analyse après avoir tenu compte de l'effet de tous les autres facteurs de risque étudiés. Le mauvais état de santé de la mère et le fait qu'elle fume sont deux facteurs qui font aussi courir à l'enfant un risque important d'être en mauvaise santé. Enfin, il existe un lien significatif entre l'asthme chez un enfant et le fait que sa mère soit asthmatique et ait fait peu d'études.

Mots-clés

Prématurité, faible poids de naissance, usage du tabac, asthme chez l'enfant, niveau de scolarité de la mère.

Auteurs

Jiajian Chen (613) 951-5059, chenjia@statcan.ca et Wayne J. Millar (613) 951-1631, millway@statcan.ca travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Les progrès de la médecine et des soins prénatals ont permis d'augmenter la survie des nouveau-nés de faible poids de naissance. Pourtant, ce succès même suscite de plus en plus d'inquiétude quant à l'état de santé subséquent de ces bébés¹⁻⁹. Les enfants trop petits à la naissance ont une mortalité plus élevée et ont tendance à éprouver plus de problèmes de développement et de santé que les bébés de poids normal à la naissance^{1-5,7,10,11}. De surcroît, les effets du faible poids de naissance peuvent persister jusqu'à l'âge adulte^{6,12-14}, ce qui peut entraîner d'importantes répercussions à long terme en matière de santé publique¹⁵⁻¹⁸.

Cependant, les enfants de faible poids de naissance ne forment pas un groupe homogène. Ils peuvent être nés prématurément (avant la 37^e semaine de la grossesse) ou à terme, mais avoir un poids inférieur à la norme à cause de divers états pathologiques chez la mère ou chez le fœtus².

Par conséquent, les études qui portent sur la santé subséquente des enfants de faible poids de naissance doivent prendre en compte le fait que l'enfant est né prématurément ou à terme, ainsi que les états liés au faible poids de naissance².

Si les conséquences biologiques de l'environnement fœtal peuvent avoir des effets indépendants sur l'état de santé subséquent de l'enfant, le milieu social exerce aussi une influence profonde. Ce dernier englobe des éléments socioéconomiques et

comportementaux, comme le niveau de scolarité de la mère, son comportement à l'égard du tabac et son âge à la naissance de l'enfant, la situation familiale et le revenu du ménage¹⁹⁻²². On s'interroge de plus en plus, aujourd'hui, sur l'importance relative des

Méthodologie

Sources des données

Les données proviennent du premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) réalisée en 1994-1995. La population de ce cycle de l'enquête comprenait les enfants de la naissance jusqu'à 11 ans²³. Dans chaque ménage participant à l'ELNEJ, jusqu'à quatre enfants ont été choisis au hasard à qui on a posé une question pour déterminer qui, dans le ménage, était la personne connaissant le mieux (PCM) ces enfants. Pour 91,3 % des enfants sélectionnés, il s'agissait de la mère (dans 89,9 % des cas, de la mère biologique; dans 1,4 %, de la belle-mère, de la mère adoptive ou de la mère de famille d'accueil).

Le premier cycle de l'ELNEJ portait sur un échantillon de 13 439 ménages dans lesquels on a sélectionné 22 831 enfants pour participer à l'enquête. Des renseignements sur ces enfants seront recueillis tous les deux ans jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge adulte. Le taux de réponse global des ménages a atteint 86 %. Pour l'échantillon d'enfants sélectionnés, le taux de réponse aux questions sur leur santé et sur les caractéristiques de la PCM a dépassé 91 %. On trouvera une description plus détaillée de l'enquête dans les rapports publiés à son sujet^{23,24}.

Les renseignements sur le poids de naissance et sur l'âge gestationnel n'ont été recueillis que pour les enfants de moins de trois ans. Par conséquent, la présente analyse porte sur un sous-échantillon de 5 888 enfants de moins de trois ans nés au Canada et dont la mère biologique a été interviewée à titre de PCM (tableau A en annexe).

Techniques d'analyse

La prévalence et les rapports corrigés et non corrigés de cotes de risque, soit deux indicateurs de santé, ont été estimés pour examiner les répercussions de l'issue de la grossesse et de certains facteurs sociaux sur la santé de l'enfant. Deux mesures de la santé sont avant tout observées, à savoir l'état de santé général tel qu'évalué par la mère et le diagnostic d'asthme. Les cliniciens qui prodiguent des soins primaires accordent beaucoup d'importance à l'évaluation maternelle de l'état de santé général de l'enfant^{25,26}. L'asthme, quant à lui, est considéré comme étant la maladie chronique la plus courante chez les enfants et l'une des causes principales de leur hospitalisation dans les pays industrialisés²⁷⁻³².

La régression logistique a permis d'estimer les rapports de cotes pour la manifestation de certains problèmes de santé chez l'enfant, soit l'état de santé et le diagnostic d'asthme. Ces problèmes ont été estimés selon le poids de naissance de l'enfant conjugué à l'âge gestationnel, au sexe et à l'âge, selon le niveau de scolarité de la mère, son comportement à l'égard du tabac et son âge à la naissance de l'enfant, et selon le type de famille et le revenu du ménage. L'état de santé général de la mère a été intégré au modèle de l'état de santé général de l'enfant; de même la variable d'asthme chez la mère a été intégrée au modèle de l'asthme chez l'enfant. Le lien entre l'issue de la grossesse et la manifestation de plusieurs autres problèmes de santé a aussi été examiné, tout comme l'ont été diverses mesures de l'utilisation des services de santé (voir *Définitions*).

Le choix des variables du modèle a été guidé par les résultats de travaux de recherche antérieurs. Le fait d'élever seule un enfant et d'être mère à l'adolescence sont deux facteurs fortement associés au mauvais état de santé et à l'asthme chez l'enfant³³⁻³⁵. Certains auteurs estiment que le niveau de scolarité de la mère et le revenu du ménage influent sur la santé de l'enfant³⁶⁻³⁸. On a intégré les variables d'état de santé de la mère et d'asthme chez celle-ci aux modèles de l'état de santé général et de l'asthme, respectivement, à titre de variables de contrôle, pour déceler les liens biologiques qu'elles pourraient avoir avec la santé de l'enfant^{5,39}.

Les analyses par régression logistique multiple ont porté sur 5 810 enfants de moins de trois ans dont les mères ont fourni des renseignements pour toutes les variables incluses dans les modèles. Les cas pour lesquels certaines données manquaient ont été éliminés. L'échantillon a été pondéré en appliquant des poids d'échantillonnage ajustés, de façon à obtenir une moyenne de 1. Bien que cette méthode produise des estimations moins biaisées des écarts-types, l'ajustement ne tient pas compte du plan de sondage complexe de l'ELNEJ et peut donc causer une sous-estimation de ces écarts-types. Seuls ont par conséquent été considérés comme étant significatifs les résultats pour lesquels la valeur de *p* était inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05), afin de rendre compte partiellement des estimations plus importantes de la variance que l'on aurait obtenues si on avait pleinement tenu compte du plan de sondage. Toutefois, malgré cette précaution, il est conseillé d'interpréter les résultats avec prudence.

répercussions de l'issue de la grossesse et des facteurs sociaux sur la santé de l'enfant^{3,12,27,28,33,40-44}.

Des données provenant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1994-1995 sont à la base de la présente analyse. Elles servent à étudier les effets de l'issue de la grossesse et de certains facteurs sociaux sur la santé des enfants de moins de trois ans (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). Les renseignements déclarés par la mère à l'égard de deux caractéristiques particulières de la santé retiennent ici l'attention, à savoir l'état de santé général et l'asthme.

État de santé général

En 1994-1995, au Canada, une écrasante majorité d'enfants de moins de trois ans ont été jugés en bonne santé par leur mère; 2 % seulement ont été déclarés en mauvaise santé. Cependant, la santé de l'enfant varie en fonction de plusieurs facteurs biologiques et sociaux.

L'âge gestationnel et le poids de naissance sont tous deux associés à l'état de santé subséquent de l'enfant (tableau 1, tableau B en annexe). En effet, 6 % des enfants nés prématurément et ayant un faible poids de naissance ont été déclarés en mauvaise santé, à l'instar de 4 % des enfants nés à terme mais présentant un faible poids de naissance. En comparaison, la proportion est de 2 % pour les enfants dont le poids de naissance était normal, indépendamment de l'âge gestationnel.

En fait, parmi les caractéristiques étudiées, l'état de santé de la mère est la seule qui, outre la prématurité avec faible poids de naissance, soit associée à une prévalence plus forte du mauvais état de santé de l'enfant : 11 % de mères en mauvaise santé ont dit que leur enfant l'était aussi. La prévalence d'un mauvais état de santé était également un peu plus forte, de l'ordre de 4 %, chez les enfants dont la mère n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires, fume quotidiennement, était adolescente à la naissance de l'enfant, élève seule son enfant ou vit dans un ménage à faible revenu. Toutefois, bon nombre de ces caractéristiques coexistent. Par exemple, le faible poids de naissance est associé à un mauvais état de santé, à un faible

Tableau 1

Mauvais état de santé chez l'enfant de moins de trois ans, prévalence et rapport corrigé de cotes, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
	%		
Caractéristiques de l'enfant			
Issue de la grossesse			
Prématuré de faible poids de naissance	6,3	3,1**	1,5, 6,6
Enfant à terme de faible poids de naissance	4,2	1,8	0,5, 7,0
Prématuré de poids de naissance normal	2,1	0,8	0,3, 2,3
Enfant à terme de poids de naissance normal†	1,9	1,0	...
Âge			
Moins d'un an†	1,4	1,0	...
Un an	2,1	1,5	0,8, 2,8
Deux ans	2,9	1,8	1,0, 3,4
Sexe			
Garçons	2,4	1,3	0,8, 2,2
Filles†	1,9	1,0	...
Caractéristiques de la mère			
État de santé			
Mauvais/passable	11,1	4,8**	2,4, 9,7
Bon/très bon/excellent†	1,9	1,0	...
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	3,5	1,9	0,9, 4,1
Diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires	2,6	1,8	1,0, 3,4
Diplôme d'études postsecondaires†	1,2	1,0	...
Comportement à l'égard du tabac			
Fume chaque jour	4,0	2,0**	1,2, 3,3
Fume à l'occasion	1,8	1,1	0,3, 3,8
Non-fumeuse†	1,5	1,0	...
Âge à la naissance de l'enfant			
Moins de 20 ans	4,1	0,9	0,3, 2,5
De 20 à 24 ans	2,2	0,8	0,4, 1,5
De 25 à 34 ans†	2,0	1,0	...
35 ans et plus	2,2	1,2	0,6, 2,5
Caractéristiques du ménage			
Type de famille			
Mère seule	4,5	1,6	0,8, 3,0
Famille biparentale†	1,8	1,0	...
Revenu			
Faible	3,8	0,9	0,4, 2,3
Moyen	1,7	0,7	0,3, 1,6
Élevé†	1,8	1,0	...

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

Nota : L'analyse multivariée porte sur 5 810 enfants de moins de trois ans dont les mères ont fourni des renseignements sur toutes les variables du modèle. Seuls les résultats pour lesquels la valeur de *p* est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) sont significatifs, afin de tenir compte en partie des estimations plus grandes de la variance que l'on aurait obtenues si on avait entièrement tenu compte du plan de sondage.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,0.

** *p* < 0,01

*** N'ayant pas lieu de figurer

Définitions

Durant l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, on a posé à la personne connaissant le mieux l'enfant (PCM) une série de questions sur la santé de l'enfant et sur les comportements ayant des répercussions sur sa santé. L'analyse se limite ici aux réponses fournies par la mère biologique.

Pour les besoins de la présente analyse, l'*issue de la grossesse* est déterminée selon le poids de naissance et l'âge gestationnel.

Pour déterminer l'*âge gestationnel*, on a demandé à la mère : « Est-ce que ... est né/née avant ou après terme? » À celles qui ont déclaré que l'enfant n'était pas né à la date prévue, on a demandé de préciser combien de jours avant ou après cette date avait eu lieu l'accouchement. Les données sur l'âge gestationnel ont ensuite été regroupées en deux catégories, à savoir enfant prématuré (moins de 37 semaines de gestation) et enfant à terme (au moins 37 semaines de gestation).

Pour déterminer le *poids de naissance*, on a demandé à la mère : « Quel était le poids de ... à la naissance, en kilogrammes et en grammes ou en livres et en onces? » Les données sur le poids de naissance, exprimé en grammes, ont été réparties en deux catégories : faible (moins de 2 500 grammes) et normal (au moins 2 500 grammes).

Les enfants ont été classés en quatre catégories selon leur âge gestationnel et leur poids de naissance, à savoir prématuré de faible poids de naissance, enfant à terme de faible poids de naissance, prématuré de poids de naissance normal et enfant à terme de poids de naissance normal.

Pour déterminer l'*état de santé général* de l'enfant, on a demandé à la mère : « En général, diriez-vous que la santé de ... est excellente, très bonne, passable ou mauvaise? » Pour les besoins de la présente analyse, on a considéré l'état de santé de l'enfant comme mauvais si la mère a répondu « mauvais » ou « passable ». Pour déterminer si l'enfant est asthmatique, on a demandé à la mère : « Est-ce que ... a déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé? » Ces deux mesures de l'état de santé de l'enfant semblent valides, puisque il existe un lien étroit entre l'état de santé général et la manifestation de l'asthme, d'une part, et la consommation de médicaments prescrits, l'hospitalisation et la limitation prolongée des activités chez le jeune enfant⁴⁵, d'autre part.

Pour déterminer l'existence d'un *problème de santé chronique*, on a posé la question : « Est-ce que ... souffre de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants diagnostiqué(s) par un spécialiste de la santé? » On examine ici la prévalence de la bronchite.

Pour déterminer si l'enfant souffre d'*infections fréquentes du nez ou de la gorge*, on a demandé si ces infections surviennent « pratiquement tout le temps » ou « souvent ».

Par *blessure subie l'année précédente*, on entend toute blessure

subie au cours des 12 derniers mois et suffisamment grave pour exiger les soins d'un médecin, d'une infirmière ou d'un dentiste.

Pour déterminer l'existence d'une *limitation des activités* de longue durée, on a demandé : « Est-ce que ... a un problème chronique, de santé ou autre, qui limite complètement ou partiellement sa participation à l'école, au jeu ou à toute autre activité normale pour un enfant de son âge? »

Pour évaluer la *consultation de médecins*, on a demandé à la mère : « Au cours de la dernière année, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone un médecin généraliste, un médecin de famille ou un pédiatre au sujet de la santé physique, émotive ou mentale de ...? » On a considéré qu'au moins six consultations représentent une consultation fréquente (la moyenne était de cinq).

La prise régulière de *médicaments prescrits* a été évaluée grâce à la question : « Est-ce que ... prend l'un ou l'autre des médicaments de prescription suivants de façon régulière? » Les choix de réponse étaient : Ventolin ou autre médicament pour inhalation, Ritalin, tranquillisant ou médicament pour les nerfs, anticonvulsivant ou anti-épileptique et autre.

Pour évaluer l'utilisation des *services hospitaliers* par l'enfant, on a demandé : « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a été admis(e) pour la nuit à l'hôpital? »

On a ventilé l'*âge* de l'enfant en trois catégories : moins d'un an, un an et deux ans.

On a jugé l'*état de santé de la mère* mauvais si elle a indiqué que sa santé était mauvaise ou passable; sinon, on a considéré que sa santé était bonne.

Pour déterminer la *situation de la mère en regard de l'asthme*, on lui a demandé : « Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous certains des problèmes de santé de longue durée suivants? » L'asthme figurait sur la liste des réponses possibles.

On a regroupé les renseignements sur le *niveau de scolarité de la mère* en trois catégories : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires ou certaines études postsecondaires, et diplôme d'études postsecondaires.

Pour évaluer l'*usage du tabac par la mère*, on a demandé : « À l'heure actuelle, est-ce que vous fumez des cigarettes chaque jour, à l'occasion ou pas du tout? »

L'*âge de la mère à la naissance de l'enfant* a été classé dans les catégories suivantes : moins de 20 ans, de 20 à 24 ans, de 25 à 34 ans et 35 ans et plus.

Le *type de famille* a été ventilé en deux catégories, à savoir « mère seule » et « famille biparentale » (y compris celles où le conjoint de la mère est le beau-père).

En se fondant sur la taille du ménage, on a calculé les quintiles de *revenu du ménage*, que l'on a regroupés en trois catégories : faible revenu (1^{er} et 2^e quintiles), revenu moyen (3^e et 4^e quintiles) et revenu élevé (5^e quintile).

niveau de scolarité et à l'usage du tabac chez la mère. La maternité à l'adolescence a souvent pour conséquences le fait d'être une mère seule et d'avoir un faible revenu.

L'état de santé de la mère est indépendamment associé au mauvais état de santé de l'enfant. C'est ce que confirme l'analyse après avoir tenu compte de l'effet des facteurs suivants : issue de la grossesse, âge et sexe de l'enfant, niveau de scolarité et comportement de la mère à l'égard du tabac, âge de la mère à la naissance de l'enfant, type de famille et revenu du ménage. La cote exprimant le risque d'être en mauvaise santé est presque cinq fois plus élevée pour les enfants dont la mère est en mauvaise santé qu'elle ne l'est pour ceux dont la mère est en bonne, en très bonne ou en excellente santé.

Après ajustement pour tenir compte de l'effet des autres facteurs, y compris l'état de santé de la mère, un lien significatif persiste entre la prématurité avec faible poids de naissance et le mauvais état de santé de l'enfant. La cote exprimant le risque que ces enfants soient en mauvaise santé est trois fois plus élevée que celle calculée pour les enfants nés à terme avec un poids de naissance normal. La cote exprimant le risque d'être en mauvaise santé est un peu plus élevée pour les enfants nés à terme avec un faible poids de naissance, mais l'écart n'est pas statistiquement significatif et tient en partie à la petite taille de l'échantillon.

L'usage quotidien du tabac par la mère semble avoir en outre un effet nocif sur la santé de l'enfant, dans la mesure où l'on tient compte des effets de l'issue de la grossesse et d'autres facteurs sociaux. La cote corrigée exprimant le risque d'un mauvais état de santé est deux fois plus élevée pour les enfants dont la mère fume quotidiennement que pour ceux dont la mère ne fume pas.

La cote exprimant le risque d'être en mauvaise santé est aussi assez élevée pour les enfants dont la mère a fait peu d'études, mais l'écart n'est pas statistiquement significatif. De même, l'introduction d'autres facteurs dans le modèle analytique annihile le lien entre le mauvais état de santé de l'enfant et la maternité à l'adolescence, le type de famille et le revenu du ménage.

Asthme à la prime enfance

Selon l'ELNEJ, le diagnostic d'asthme a été posé chez 6 % des enfants de moins de trois ans au Canada en 1994-1995. On observe un lien entre la prévalence de l'asthme et les caractéristiques biologiques et sociales de l'enfant et de la mère.

L'asthme est particulièrement courant chez les enfants dont la mère est asthmatique (15 %) (tableau 2, tableau C en annexe). Sa prévalence est également élevée chez les enfants nés prématurément dont le poids de naissance était faible ou chez ceux dont la mère était adolescente au moment de l'accouchement (11 % et 10 %, respectivement). On note aussi un lien entre l'âge de l'enfant et l'asthme : le diagnostic de cette maladie avait été posé chez 8 % des enfants de deux ans, mais chez seulement 2 % des enfants de moins d'un an. Une plus forte proportion de garçons que de filles (7 % contre 4 %) souffrent d'asthme. Le faible niveau de scolarité de la mère, le tabagisme de la mère, l'appartenance à une famille monoparentale et le faible revenu du ménage sont des facteurs qui ont aussi tendance à être associés à une incidence élevée d'asthme.

Comme dans le cas de l'état de santé général, nombre de ces facteurs sociaux sont interdépendants. Pourtant, même si l'on tient compte de ces effets confusionnels éventuels, la cote exprimant le risque de faire de l'asthme chez les enfants dont la mère est asthmatique demeure trois fois plus élevée que pour les enfants dont la mère ne l'est pas.

Le lien entre l'asthme et la prématurité avec faible poids de naissance persiste aussi, la cote exprimant le risque d'être asthmatique étant deux fois plus élevée pour cette catégorie d'enfants que pour ceux nés à terme en présentant un poids de naissance normal. La cote exprimant le risque qu'on pose un diagnostic d'asthme n'est pas significativement plus élevée pour les enfants nés à terme mais présentant un faible poids de naissance ou pour les prématurés de poids de naissance normal que pour les autres enfants.

Un lien significatif existe entre le niveau de scolarité de la mère et le diagnostic d'asthme chez l'enfant. Si l'on maintient constants les autres

Tableau 2
Asthme chez l'enfant de moins de trois ans, prévalence et rapport corrigé de cotes, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
	%		
Caractéristiques de l'enfant			
Issue de la grossesse			
Prématuré de faible poids de naissance	11,3	2,1**	1,2, 3,6
Enfant à terme de faible poids de naissance	3,6	0,6	0,2, 2,6
Prématuré de poids de naissance normal			
Enfant à terme de poids de naissance normal†	4,9	0,8	0,4, 1,5
	5,5	1,0	...
Âge			
Moins d'un an†	2,1	1,0	...
Un an	6,3	3,1**	1,9, 5,0
Deux ans	8,4	4,4**	2,8, 7,0
Sexe			
Garçons†	7,1	1,8**	1,3, 2,5
Filles	4,1	1,0	...
Caractéristiques de la mère			
Asthmatique			
Oui	14,8	3,2**	2,0, 5,0
Non†	5,2	1,0	...
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	7,9	1,7**	1,0, 2,8
Diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires	6,2	1,4	0,9, 1,9
Diplôme d'études postsecondaires†	4,2	1,0	...
Comportement à l'égard du tabac			
Fume chaque jour	7,7	1,3	0,9, 1,8
Fume à l'occasion	3,5	0,7	0,3, 1,7
Non-fumeuse†	5,1	1,0	...
Âge à la naissance de l'enfant			
Moins de 20 ans	9,9	1,1	0,6, 2,3
De 20 à 24 ans	5,4	0,8	0,5, 1,2
De 25 à 34 ans†	5,9	1,0	...
35 ans et plus	3,5	0,7	0,4, 1,1
Caractéristiques du ménage			
Type de famille			
Mère seule	8,2	1,1	0,7, 1,7
Famille biparentale†	5,3	1,0	...
Revenu			
Faible	7,4	1,0	0,5, 1,8
Moyen	5,3	1,0	0,6, 1,6
Élevé†	4,7	1,0	...

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

Nota : L'analyse multivariée porte sur 5 810 enfants de moins de trois ans dont les mères ont fourni des renseignements sur toutes les variables du modèle. Seuls les résultats pour lesquels la valeur de *p* est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) sont significatifs, afin de tenir compte en partie des estimations plus grandes de la variance que l'on aurait obtenues si on avait entièrement tenu compte du plan de sondage. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,0.

** *p* < 0,01

... N'ayant pas lieu de figurer

facteurs, la cote exprimant le risque de faire de l'asthme est 1,7 fois plus élevée pour les enfants dont la mère n'a pas terminé ses études secondaires que pour ceux dont la mère est titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires.

Comme l'ont montré des études antérieures⁴⁵⁻⁴⁷, il y a un lien étroit entre l'asthme et le sexe de l'enfant. Même si l'on tient compte des effets des autres variables, la cote exprimant le risque de faire de l'asthme est 1,8 fois plus élevée pour les garçons que pour les filles.

Bien que la cote exprimant le risque de faire de l'asthme soit plus élevée pour les enfants dont la mère fume que pour ceux dont la mère ne fume pas, l'écart n'est pas statistiquement significatif quand on tient compte de l'effet d'autres facteurs. Il en est de même du lien entre le type de famille ou le revenu du ménage et l'asthme chez l'enfant.

Autres problèmes de santé

Hormis l'état de santé de la mère, la prématurité avec faible poids de naissance est le facteur qui se dégage le plus régulièrement comme étant associé à l'état de santé général de l'enfant et à la manifestation d'asthme chez ce dernier. En outre, selon les données de l'ELNEJ de 1994-1995, la prématurité avec faible poids de naissance a également un effet persistant et indépendant sur d'autres aspects de la santé de l'enfant (tableau 3).

Par exemple, la cote exprimant le risque de présenter une limitation des activités est environ sept fois plus élevée pour les enfants nés prématurément qui avaient un faible poids de naissance que pour ceux nés à terme à un poids normal. Cette observation tient toujours après que l'on ait tenu compte des effets de l'âge et du sexe de l'enfant, de l'état de santé de la mère, de son niveau de scolarité, de son comportement à l'égard du tabac et de son âge au moment de l'accouchement, ainsi que du type de famille et du revenu du ménage. En outre, la cote exprimant le risque que les enfants prématurés dont le poids de naissance était faible aient une bronchite ou des infections fréquentes du nez ou de la gorge est nettement plus élevée. Les enfants nés prématurément, mais dont le poids de naissance était normal, courent aussi un risque plus

grand de faire fréquemment des infections du nez ou de la gorge. Enfin, la cote exprimant le risque d'avoir subi une blessure l'année précédente est significativement plus élevée pour les enfants nés à terme mais dont le poids de naissance était faible.

Étant donné la prévalence des problèmes de santé chez les prématurés de faible poids de naissance, la cote exprimant le risque que ces bébés soient examinés fréquemment par un médecin, qu'ils prennent régulièrement des médicaments prescrits ou qu'ils soient hospitalisés est plus élevée qu'elle ne l'est chez les enfants nés à terme à un poids normal. Cependant, la cote exprimant le risque de recourir aux services de santé n'est pas significativement plus élevée pour les enfants nés à terme dont le poids de naissance était faible ou pour les prématurés dont le poids de naissance était normal que pour les autres.

Conséquences

De toute évidence, le risque d'être en mauvaise santé est généralement plus élevé pour les prématurés dont le poids de naissance est faible que pour les enfants nés à terme à un poids normal. Selon les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995, un nombre considérable d'enfants de moins de trois ans étaient des prématurés de faible poids de naissance (environ 41 000). De plus, l'incidence du faible poids de naissance et, plus particulièrement, de la prématurité a à peine diminué ces dernières années⁴⁸⁻⁵⁰.

Selon certains spécialistes, le milieu fœtal pourrait modifier de façon permanente ou « programmer » la structure et le fonctionnement de l'organisme et avoir une influence profonde sur la susceptibilité à la maladie durant l'enfance et plus tard dans la vie^{14,51}. Certains attribuent la plus grande vulnérabilité des prématurés de faible poids de naissance à de

Tableau 3

Certains problèmes de santé et recours à certains services de santé chez l'enfant de moins de trois ans, prévalence et rapport corrigé de cotes, selon l'âge gestationnel et le poids de naissance, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Prématuré de faible poids de naissance			Enfant à terme de faible poids de naissance				Prématuré de poids de naissance normal			Enfant à terme de poids de naissance normal†		
	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	
Bronchite	5,3	2,3**	1,0, 5,0	2,9	1,1	0,2, 5,6	2,2	0,8	0,3, 2,1	2,3	1,0	...	
Infections fréquentes du nez ou de la gorge	10,1	2,4**	1,3, 4,3	1,0	0,2	0,0, 2,9	8,6	1,9**	1,1, 3,3	4,4	1,0	...	
Toute blessure	8,0	1,2	0,6, 2,3	17,6	3,1**	1,5, 6,5	9,8	1,3	0,8, 2,1	6,9	1,0	...	
Toute limitation de longue durée des activités	12,4	6,8**	3,8, 12,3	3,6	1,9	0,5, 8,1	2,0	1,1	0,4, 3,2	1,9	1,0	...	
Examen fréquent par un médecin ou un pédiatre	41,5	1,6**	1,1, 2,3	30,3	1,0	0,5, 1,7	37,7	1,3	0,9, 1,8	31,6	1,0	...	
Prise régulière de médicaments prescrits	16,4	2,7**	1,7, 4,4	3,6	0,5	0,1, 2,1	9,0	1,3	0,8, 2,2	6,7	1,0	...	
Séjour d'une nuit à l'hôpital l'année précédente	19,7	2,4**	1,5, 3,8	6,7	0,7	0,2, 2,0	12,7	1,4	0,9, 2,1	9,1	1,0	...	

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

Nota : Les rapports de cotes sont corrigés pour tenir compte des effets de l'âge et du sexe de l'enfant, de l'état de santé, du niveau de scolarité et du comportement de la mère à l'égard du tabac, de l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, du type de famille et du revenu du ménage. Les analyses multivariées portent sur 5 810 enfants de moins de trois ans dont les mères ont fourni des renseignements sur toutes les variables du modèle. Seuls les résultats pour lesquels la valeur de *p* est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) sont significatifs, afin de tenir compte en partie des estimations plus grandes de la variance que l'on aurait obtenues si on avait entièrement tenu compte du plan de sondage. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,0.

** *p* < 0,01

... N'ayant pas lieu de figurer

Limites

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes a recueilli des renseignements sur l'âge gestationnel et le poids de naissance uniquement pour les enfants de moins de trois ans. Les déclarations concernant les deux variables, particulièrement la première, pourraient être entachées d'une erreur de mémoire ou d'erreurs tenant au manque d'exactitude de l'évaluation^{2,52}. Restreindre l'analyse aux renseignements fournis par les mères biologiques réduit sans doute la fréquence de ces erreurs. Cependant, les enfants dont le poids de naissance est faible courent un plus grand risque que les autres d'être placés en établissement de soins⁵. Par conséquent, comme l'étude se fonde sur des données recueillies auprès de la population à domicile, les effets de la prématurité avec faible poids de naissance sur la santé subséquente de l'enfant pourraient être sous-estimés.

Les études portant sur la santé des bébés de faible poids de naissance ont jusqu'ici mis l'accent sur ceux dont le poids de naissance était très faible (moins de 1 500 g) et sur les prématurés présentant un retard de croissance intra-utérin^{3,4,53}. La prématurité et le retard de croissance intra-utérin, qui sont deux composantes du faible poids de naissance, peuvent avoir des répercussions différentes sur la santé de l'enfant^{10,54}. Cependant, la taille des échantillons de l'ELNEJ était trop faible pour produire des estimations fiables; la présente analyse n'a par conséquent pas poussé la ventilation du faible poids de naissance plus loin que 2 500 g. Bien que l'interaction de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin fasse augmenter de façon disproportionnée la cote exprimant le risque de problèmes de santé, les résultats ne sont pas présentés compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

Tous les renseignements sur la santé de l'enfant ont été fournis par la mère; aucune vérification clinique indépendante de l'existence ou de l'absence des problèmes de santé n'a eu lieu. Aucun renseignement n'a été recueilli sur la gravité de l'asthme ou des autres problèmes de santé mentionnés. La nécessité de restreindre l'analyse aux enfants de moins de trois ans peut en outre avoir biaisé l'étude des taux d'asthme, car la probabilité de poser un diagnostic erroné est plus forte chez ces enfants. Il arrive en effet qu'on confonde parfois l'asthme avec d'autres problèmes respiratoires, comme la bronchiolite.

La réticence de certaines mères à déclarer un comportement nuisible, notamment l'usage du tabac, pourrait expliquer le lien moins implicite observé entre le tabagisme de la mère et l'asthme chez l'enfant.

Enfin, certaines questions de l'ELNEJ portaient sur d'autres problèmes de santé, comme l'épilepsie, la paralysie cérébrale, la maladie rénale et l'incapacité mentale. Cependant, pour les enfants de moins de trois ans, la taille de l'échantillon pour chacun de ces problèmes de santé était trop faible pour qu'on puisse les examiner individuellement.

possibles anomalies ou dysfonctions structurelles (comme le retard de développement de l'appareil respiratoire), à des malformations congénitales, à l'état de mort apparente du nouveau-né ou aux complications néonatales de la prématurité^{4,6,7,15,55}.

Le niveau de scolarité de la mère a en outre un effet important sur la manifestation de l'asthme chez l'enfant. C'est ce qu'on observe avoir corrigé les résultats pour tenir compte de l'effet de l'asthme, ainsi que du tabagisme chez la mère, du type de famille, du revenu du ménage et de la maternité à l'adolescence. Le lien entre le faible niveau de scolarité de la mère et le mauvais état de santé du jeune enfant pourrait tenir en partie « à l'ignorance et aux attitudes et comportements nuisibles à la santé de la mère »⁵⁶.

D'autres facteurs pourraient, selon l'analyse, être à l'origine du lien entre le revenu du ménage et la santé de l'enfant. Les observations d'une étude antérieure à cet égard sont pertinentes : [TRADUCTION] « Certaines caractéristiques parentales, comme l'âge, l'état matrimonial, l'état de santé, le niveau de scolarité... peuvent prédisposer l'enfant à la pauvreté et à la mauvaise santé. Le manque de compétence, de temps, de dévouement ou de connaissances des parents peut donc avoir un effet indésirable sur la santé de l'enfant. Par exemple, des parents pauvres souffrant de problèmes de santé chroniques pourraient avoir moins de temps et d'énergie pour prodiguer la surveillance et les soins appropriés à leurs enfants. Les parents seuls pourraient ne pas être capables de gagner leur vie tout en prenant soin de leurs enfants comme il convient. Les parents adolescents sont ordinairement pauvres et manquent parfois de maturité. Les parents dont la scolarité est limitée[...] pourraient ne pas savoir comment prendre soin de leurs enfants ou ne pas comprendre le fonctionnement du système de santé³⁸. »

Même quand on tient compte des effets de l'issue de la grossesse ou d'autres facteurs sociaux, on constate que les enfants dont la mère fume quotidiennement courent un plus grand risque d'être en mauvaise santé que ceux dont la mère ne fume pas. Protéger les enfants contre l'exposition passive à la fumée de tabac dans leur foyer représente un

problème important de santé publique⁵⁷⁻⁵⁹. Au Canada, la prise de conscience de l'importance qu'il y a à grandir dans un foyer sans fumée n'a cessé d'augmenter de 1992 à 1996, même si en 1996, la plupart (80 %) des enfants dont les parents sont des fumeurs ne vivaient pas encore dans un foyer sans fumée⁵⁹.

Les données de l'ELNEJ donnent à penser qu'on ne peut compartimenter les efforts déployés en vue d'améliorer la santé de l'enfant. L'issue de la grossesse influe certes beaucoup sur la santé durant la prime enfance, mais l'état de santé de la mère a aussi des conséquences. Ainsi, la présente analyse suggère que les efforts destinés à améliorer la santé de l'enfant devraient être de portée générale. Au lieu d'étudier la santé de l'enfant isolément, il faut l'examiner dans le contexte de la santé des autres membres de la famille⁴⁸.

Les résultats de la présente analyse soulignent les répercussions importantes de l'issue de la grossesse et des facteurs sociaux sur la santé du jeune enfant¹¹. Créer un environnement salubre pour l'enfant durant la grossesse et les premières années de la vie est un défi que l'on ne pourra relever que si les parents, les organismes communautaires, les représentants du système d'éducation et les professionnels de la santé unissent leurs efforts. ●

Références

1. M.C. McCormick, « The outcomes of very low birthweight infants: are we asking the right questions? », *Pediatrics*, 99(6), 1997, p. 869-876.
2. M. Hack, N.K. Klein et H.G. Taylor, « Long-term developmental outcomes of low birth weight infants », *The Future of Children*, 5(1), 1995, p. 176-196.
3. P.J. McGauhey, B. Starfield, C. Alexander *et al.*, « Social environment and vulnerability of low birth weight children: a social epidemiological perspective », *Pediatrics*, 88(5), 1991, p. 943-953.
4. G.P. Aylward, S.I. Pfeiffer, A. Wright *et al.*, « Outcome studies of low birth weight infants published in the last decade: a meta-analysis », *The Journal of Pediatrics*, 115(4), 1989, p. 515-520.
5. M.D. Overpeck, A.J. Moss, H.J. Hoffman *et al.*, « A comparison of the childhood health status of normal birth weight and low birth weight infants », *Public Health Reports*, 104(1), 1989, p. 58-70.
6. S. Shaheen, « The beginnings of chronic airflow obstruction », *British Medical Bulletin*, 53(1), 1997, p. 58-70.
7. M.C. McCormick, « The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity », *New England Journal of Medicine*, 312(2), 1985, p. 82-90.
8. J. Kline, Z. Stein et M. Susser, *Conception to Birth: Epidemiology of Prenatal Development*, New York: Oxford University Press Inc., 1989, p. 182-183.
9. A.M. Schreuder, S. Veen, M.H. Ens-Dokkum *et al.*, « Standardized method of follow-up assessment of preterm infants at the age of 5 years: use of the WHO classification of impairments, disabilities and handicaps », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1992, 6, p. 363-380.
10. M.S. Kramer, « Determinants of low birthweight: methodological assessment and meta-analysis », *Bulletin of l'Organisation mondiale de la santé*, 65(5), 1987, p. 663-737.
11. M.H. Ens-Dokkum, A.M. Schreuder, S.Veen *et al.*, « Evaluation of care for preterm infants: review of literature on follow-up of preterm and low birthweight infants. Report from the collaborative project on preterm and small for gestational age infants (POPS) in the Netherlands », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 6(4), 1992, p. 434-459.
12. M.E.J. Wadsworth, « Health inequalities in the life course perspective », *Social Science and Medicine*, 44(6), 1997, p. 859-869.
13. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens* (n° H39-316/1994F au catalogue), ministre des Approvisionnements et Services, Ottawa, 1994.
14. D.J.P. Barker, « Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life », *British Medical Bulletin*, 53(1), 1997, p. 96-108.
15. Forum national sur la santé, *La santé au Canada, un héritage à faire fructifier, Volume 1, Rapport final du forum national sur la santé* (n° H21-126/5-1-1997F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.
16. Conseil national du bien-être social, *Parents en santé et bébés en santé : rapport*, (n° H68-42/1997F au catalogue), ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa, 1997.
17. B. Greene (s. la dir. de), *Canada's Children: Investing in our Future, Report of the Sub-Committee on Poverty of the Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women*, Ottawa, Approvisionnement et services Canada, 1998.
18. N.S. Paneth, « The problem of low birth weight », *The Future of Children*, 5(1), 1995, p. 19-34.
19. C. Colin, *Naître égaux et en santé*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, 1989.
20. R. Wilkins, G.J. Sherman et P.A.F. Best, « Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986 », *Rapports sur la santé*, 3(1), 1991, p. 7-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. W.J. Millar et J. Chen, « Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 47-56 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

22. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 57-69 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
23. Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : manuel des micro-données de l'utilisateur*, Statistique Canada, Ottawa, 1997.
24. Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (n° 89-550-MPF, n° 1 au catalogue), ministre de l'Industrie, Ottawa, 1996.
25. S.H. Scholle, L. Whiteside, K. Kelleher *et al.*, « Health status of preterm low-birth-weight infants: Comparisons of maternal reports », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149(12), 1995, p. 1351-1357.
26. M.C. McCormick, J. Brooks-Gunn, K. Workman-Daniels *et al.*, « Maternal rating of child health at school age: Does the vulnerable child syndrome persist? », *Pediatrics*, 92(3), 1993, p. 380-388.
27. M. Weitzman, S. Gortmaker et A. Sobol, « Racial, social, and environmental risks for childhood asthma », *American Journal of Diseases of Children*, 144(11), 1990, p. 1189-1194.
28. N. Halfon et P.W. Newacheck, « Childhood asthma and poverty: Differential impacts and utilization of health services », *Pediatrics*, 91(1), 1993, p. 56-61.
29. C.M. Brown, H.A. Anderson, R.A. Etzel, « Asthma. The states' challenge », *Public Health Reports*, 112(3), 1997, p. 198-205.
30. A. Mielck, P. Reitmeir et M. Wjst, « Severity of childhood asthma by socioeconomic status », *International Journal of Epidemiology*, 25(2), 1996, p. 388-393.
31. G.R. Bloomberg et R. C. Strunk, « Crisis in asthma care », *Pediatric Clinics of North America*, 39(6), 1998, p. 1225-1241.
32. B.R. Bhat, S. Friedman et S. Adimoolam, « Study of social, educational, environmental and cultural aspects of childhood asthma in clinic and private patients in the city of New York », *Annals of Allergy*, 41(2), 1978, p. 89-92.
33. J. Schwartz, D. Gold, D.W. Dockery *et al.*, « Predictors of asthma and persistent wheeze in a national sample of children in the United States: Association with social class, perinatal events and race », *American Review of Respiratory Disease*, 142(3), 1990, p. 555-562.
34. N.M. Morris, « The biological advantages and social disadvantages of teenage pregnancy », *American Journal of Public Health*, 71(8), 1981, p. 796.
35. C. Infante-Rivard, « Young maternal age: a risk factor for childhood asthma? », *Epidemiology*, 6(2), 1995, p. 178-180.
36. U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use among Young People, A Report of the Surgeon General* (S/N 017-001-00491-0), Washington, D.C.: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, 1994.
37. J.L. Aber, N.G. Bennett, D.C. Conley *et al.*, « The effects of poverty on child health and development », *Annual Review of Public Health*, 18, 1997, p. 463-483.
38. C.P. Shah, M. Kahan et J. Krauser, « The health of children of low-income families », *Journal de l'Association canadienne médicale*, 137(15), 1987, p. 485-490.
39. I.J.M. Doull et S.T. Holgate, « Asthma: early predisposing factors », *British Medical Bulletin*, 53(1), 1997, p. 71-80.
40. M.R. Sears, M.D. Holdaway, E.M. Flannery *et al.*, « Parental and neonatal risk factors for atopy, airway hyperresponsiveness, and asthma », *Archives of Disease in Childhood*, 75(5), 1996, p. 392-398.
41. J. Cunningham, D.W. Dockery et F.E. Speizer, « Race, asthma and persistent wheeze in Philadelphia school children », *American Journal of Public Health*, 86(10), 1996, p. 1406-1409.
42. C. Hertzman et M. Wiens, « Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions », *Social Science and Medicine*, 43(7), 1996, p. 1083-1095.
43. M.D. Dooly, L. Curtis, E.L. Lipman *et al.*, « Child health and family socioeconomic status », *Policy Options*, septembre 1998, p. 13-18.
44. M.J. Coiro, N. Zill et B. Bloom, *Health of Our Nation's Children*, Vital Health Stat, 10(191), Washington, D.C., National Center for Health Statistics, 1994.
45. W.J. Millar et G.B. Hill, « L'asthme chez l'enfant », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 9-22 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
46. R.E. Dales, M. Raizenne, S. El-Saadany *et al.*, « Prevalence of childhood asthma across Canada », *International Journal of Epidemiology*, 23(4), 1994, p. 775-781.
47. H.R. Anderson, M.J. Bland et C.S. Peckham, « Risk factors for asthma up to 16 years of age. Evidence from a National Cohort Study », *Chest*, 91(6), supplément, 1987, p. 127s-130s.
48. J.S. Haas et M.C. McCormick, « Hospital use and health status of women during the 5 years following the birth of a premature, low-birthweight infant », *American Journal of Public Health*, 87(7), 1997, p. 1151-1155.
49. M.S. Kramer, R. Platt, H. Yang *et al.*, « Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study », *Journal of the American Medical Association*, 280(21), 1998, 1849-1854.
50. K.S. Joseph, M.S. Kramer, S. Marcoux *et al.*, « Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994 », *The New England Journal of Medicine*, 339(20), 1998, p. 1434-1439.
51. R.S. Strauss, « Effects of the intrauterine environment on childhood growth », *British Medical Bulletin*, 53(1), 1997, p. 81-95.
52. H.K. Gjessing, R. Skjaerven et A.J. Wilcox, « Errors in gestational age: evidence of bleeding early in pregnancy », *American Journal of Public Health*, 89(2), 1999, p. 213-218.
53. I.C. Pena, A.J. Teberg et K.M. Finello, « The premature small-for-gestational-age infant during the first year of life: Comparison by birth weight and gestational age », *The Journal of Pediatrics*, 113(6), 1988, p. 1066-1073.
54. J.L. Kiely et M. Susser (éditorial), « Preterm birth, intrauterine growth retardation, and perinatal mortality », *American Journal of Public Health*, 82(3), 1992, p. 343-344.
55. W.J. Morgan et F.D. Martinez, « Risk factors for developing wheezing and asthma in childhood », *Pediatric Clinics of North America*, 39(6), 1992, p. 1185-1203.

56. N. Zill, « Parental schooling and children's health », *Public Health Reports*, 111(1), 1996, p. 34-43.
57. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General* (DHHS n° de publication 90-8416), Washington D.C., Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, 1986.
58. J.R. DiFranza et R.A. Lew, « Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people », *Pediatrics*, 97(4), 1996, p. 560-568.
59. M.J. Ashley, J. Cohen, R. Ferrence *et al.*, « Smoking in the home: changing attitudes and current practices », *American Journal of Public Health*, 88(5), 1998, p. 797-800.

Annexe

Tableau A
Répartition de certaines caractéristiques chez les enfants de moins de trois ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Taille de l'échantillon	Population estimative en milliers	% du total†
Total	5 888	1 006	100
Caractéristiques de l'enfant			
Issue de la grossesse			
Prématuré de faible poids de naissance	232	41	4
Enfant à terme de faible poids de naissance	104	17	2
Prématuré de poids de naissance normal	340	58	6
Enfant à terme de poids de naissance normal	5 164	880	87
Situation inconnue	48	11	1
Âge			
Moins d'un an	1 992	329	33
Un an	2 175	330	33
Deux ans	1 721	348	35
Sexe			
Garçons	2 976	512	51
Filles	2 912	494	49
Caractéristiques de la mère			
État de santé			
Mauvais/passable	207	31	3
Bon/très bon/excellent	5 655	972	97
Situation inconnue	26	4	--
Asthmatique			
Oui	369	54	5
Non	5 506	952	95
Situation inconnue	13	1	--
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	967	158	16
Diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires	2 693	440	44
Diplôme d'études postsecondaires	2 214	407	40
Situation inconnue	14	1	--
Situation à l'égard du tabac			
Fume chaque jour	1 672	264	26
Fume à l'occasion	319	47	5
Non-fumeuse	3 868	692	69
Situation inconnue	29	4	--
Âge à la naissance de l'enfant			
Moins de 20 ans	238	36	4
De 20 à 24 ans	1 123	165	16
De 25 à 34 ans	3 889	671	67
35 ans et plus	638	135	13
Caractéristiques du ménage			
Type de famille			
Mère seule	770	143	14
Famille biparentale	5 116	863	86
Situation inconnue	2	--	--
Revenu			
Faible	1 289	202	20
Moyen	3 981	663	66
Élevé	618	141	14

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

† Les données ayant été arrondies, leurs sommes pourraient ne pas être égales aux totaux.

-- Nombres infimes

Tableau B
Mauvais état de santé chez l'enfant de moins de trois ans, rapport non corrigé de cotes selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Rapport non corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Caractéristiques de l'enfant		
Issue de la grossesse		
Prématuré de faible poids de naissance	3,4**	1,7, 7,1
Enfant à terme de faible poids de naissance	2,2	0,6, 8,3
Prématuré de poids de naissance normal	1,1	0,4, 3,0
Enfant à terme de poids de naissance normal†	1,0	...
Âge		
Moins d'un an†	1,0	...
Un an	1,5	0,8, 2,9
Deux ans	2,1**	1,2, 3,9
Sexe		
Garçons	1,3	0,8, 2,1
Filles†	1,0	...
Caractéristiques de la mère		
État de santé		
Mauvais/passable	6,5**	3,4, 12,5
Bon/très bon/excellent†	1,0	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	2,9**	1,5, 5,7
Diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires	2,1**	1,2, 3,8
Diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...
Situation à l'égard du tabac		
Fume chaque jour	2,8**	1,7, 4,5
Fume à l'occasion	1,2	0,4, 4,2
Non-fumeuse†	1,0	...
Âge à la naissance de l'enfant		
Moins de 20 ans	2,1	0,8, 5,3
De 20 à 24 ans	1,1	0,6, 2,1
De 25 à 34 ans†	1,0	...
35 ans et plus	1,1	0,6, 2,2
Caractéristiques du ménage		
Type de famille		
Mère seule	2,6**	1,5, 4,3
Famille biparentale†	1,0	...
Revenu		
Faible	2,2	1,0, 4,7
Moyen	1,0	0,5, 2,1
Élevé†	1,0	...

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

Nota : La taille des échantillons des analyses variait entre 5 840 et 5 888 enfants de moins de trois ans. Seuls les résultats pour lesquels la valeur de *p* est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) sont significatifs, afin de tenir compte en partie des estimations plus grandes de la variance que l'on aurait obtenues si on avait entièrement tenu compte du plan de sondage.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,0.

** *p* < 0,01

... N'ayant pas lieu de figurer

Tableau C
Asthme chez l'enfant de moins de trois ans, rapport non corrigé de cotes selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Rapport non corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Caractéristiques de l'enfant		
Issue de la grossesse		
Prématuré de faible poids de naissance	2,2**	1,3, 3,8
Enfant à terme de faible poids de naissance	0,6	0,2, 2,6
Prématuré de poids de naissance normal	0,9	0,5, 1,7
Enfant à terme de poids de naissance normal†	1,0	...
Âge		
Moins d'un an†	1,0	...
Un an	3,1**	1,9, 4,9
Deux ans	4,2**	2,7, 6,6
Sexe		
Garçons	1,8**	1,3, 2,4
Filles†	1,0	...
Caractéristiques de la mère		
Asthmatique		
Oui	3,2**	2,1, 4,9
Non†	1,0	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	2,0**	1,3, 2,9
Diplôme d'études secondaires/certaines études postsecondaires	1,5**	1,1, 2,1
Diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...
Situation à l'égard du tabac		
Fume chaque jour	1,6**	1,1, 2,1
Fume à l'occasion	0,7	0,3, 1,6
Non-fumeuse†	1,0	...
Âge à la naissance de l'enfant		
Moins de 20 ans	1,7	0,9, 3,2
De 20 à 24 ans	0,9	0,6, 1,4
De 25 à 34 ans†	1,0	...
35 ans et plus	0,6**	0,3, 1,0
Caractéristiques du ménage		
Type de famille		
Mère seule	1,6**	1,1, 2,3
Famille biparentale†	1,0	...
Revenu		
Faible	1,6	1,0, 2,7
Moyen	1,1	0,7, 1,8
Élevé†	1,0	...

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

Nota : La taille des échantillons des analyses variait entre 5 840 et 5 888 enfants de moins de trois ans. Seuls les résultats pour lesquels la valeur de *p* est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) sont significatifs, afin de tenir compte en partie des estimations plus grandes de la variance que l'on aurait obtenues si on avait entièrement tenu compte du plan de sondage. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,0.

** $p < 0,01$

... N'ayant pas lieu de figurer