

INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE ET NAISSANCES MULTIPLES PRÉMATURÉES :

PROFIL CANADIEN

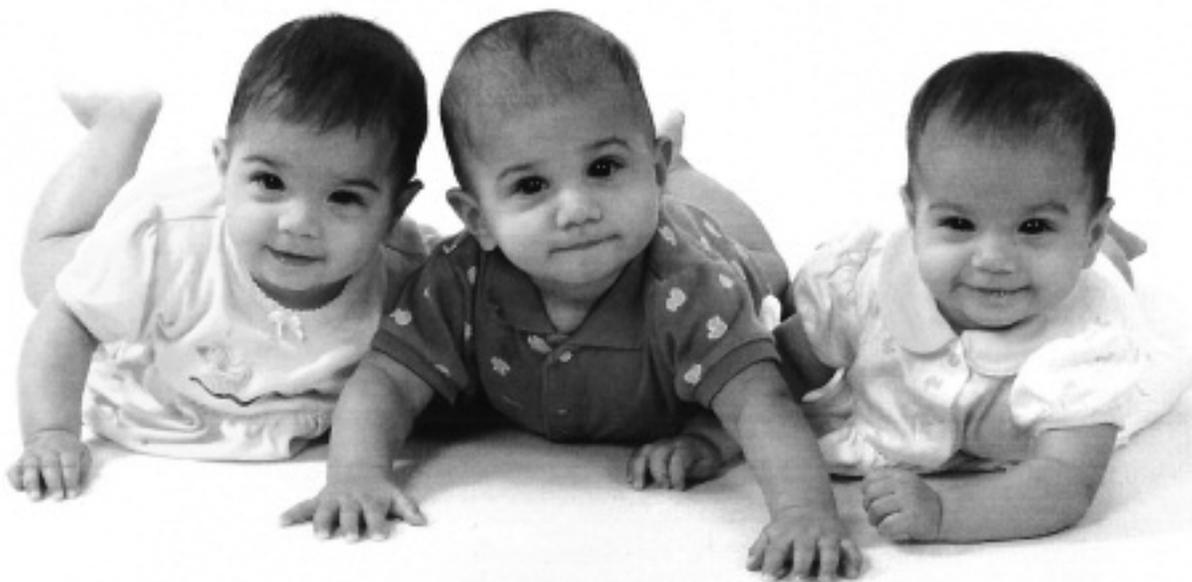
La présente ressource a été élaborée pour les professionnels de la santé par Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario, de concert avec Naissances multiples Canada. Vous y trouverez de l'information générale sur les risques liés à l'insuffisance pondérale à la naissance et aux naissances multiples prématurées ainsi que sur les stratégies à privilégier.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Au cours des vingt dernières années, on a enregistré une hausse considérable des naissances multiples au Canada. Entre 1994 et 2003, le taux de naissances multiples (par 100 naissances) a augmenté de 35 %.^(1,2) Cette dernière hausse entraîne d'importantes répercussions sur la santé périnatale. Bien qu'on ne recense qu'un cas de grossesses multiples sur 34, elles correspondent à une naissance prématurée sur cinq, à un faible poids à la naissance sur quatre et à un très faible poids sur 3,5.^(2,3,4)

Il est difficile de cerner ou de comprendre tous les besoins des familles qui ont des jumeaux ou des nouveau-nés multiples. Un bébé est une source de joie, mais dans le cas de naissances multiples, les nouveau-nés sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé dans l'immédiat et à long terme, et les répercussions sur les plans social et émotif pour la famille sont loin d'être négligeables. Comparativement aux bébés uniques, les nouveau-nés multiples risquent davantage d'être atteints d'une incapacité à long terme, comme la paralysie cérébrale, ou de mourir dans la première année.^(2,5,6) Même lorsque les bébés sont en santé, les soins, l'alimentation et le transport de deux enfants ou plus représentent des défis de taille pour de nombreux parents.^(7,8,9,10) En grandissant, les enfants issus de grossesses multiples sont plus susceptibles de développer des troubles du langage et de comportement, ainsi que des difficultés à l'école et dans leurs relations avec les autres.^(11,12,13)

Il est possible de minimiser les risques et les coûts associés aux grossesses multiples et d'améliorer la santé et la vie des familles ayant plus d'un bébé en les orientant vers les services de soutien appropriés.





FRÉQUENCE DES NAISSANCES MULTIPLES

- On compte environ 120 000 enfants de moins de 13 ans et 48 000 de cinq ans et moins issus de grossesses multiples au Canada.⁽¹⁾
- Chaque année, près de 10 000 jumeaux et 400 triplés, quadruplés ou plus naissent au Canada (voir Types de grossesses multiples ci-dessous).⁽¹⁾
- Environ 41 % des enfants de grossesses multiples vivent en Ontario.⁽¹⁾

TYPES DE GROSSESSES MULTIPLES

Il existe deux types de grossesses multiples : monozygotes et dizygotes. Bien que les expressions « jumeaux identiques » et « faux jumeaux ou jumeaux fraternels » soient utilisées couramment par les médias et la population en général, selon les spécialistes et les parents de nouveau-nés multiples, ces termes sont inexacts et peuvent même avoir un impact négatif. Par exemple, le terme « jumeau identique » pour parler d'enfants issus de grossesses monozygotes porte à confusion. Bien que génétiquement identiques, les jumeaux sont différents. Les parents n'ont aucun problème à les distinguer et s'efforcent d'encourager l'individualité de chacun. De même, les termes « faux jumeaux ou jumeaux fraternels » laissent entendre qu'il s'agit de deux garçons, alors qu'il peut s'agir d'un garçon et d'une fille ou de jumelles dizygotes.^(14, 15)

- **MONOZYGOTE.** Se dit des jumeaux issus de la fécondation d'un seul ovule, suivie d'une division du zygote en deux parties dans les deux premières semaines suivant la conception. Les jumeaux monozygotes ont le même patrimoine génétique et sont donc du même sexe.⁽¹⁵⁾
- **DIZYGOTE.** Se dit des jumeaux issus de la fécondation de deux ovules. Ces jumeaux peuvent être du même sexe ou non, et sont aussi génétiquement différents que leurs sœurs ou frères issus de grossesses uniques.⁽¹⁵⁾
- **TRIZYGOTE.** Se dit de triplés issus de la fécondation de trois ovules. Ils sont aussi génétiquement différents que leurs sœurs ou frères issus de grossesses uniques.⁽¹⁵⁾
- **TÉTRAZYGOTE.** Se dit de quadruplés issus de la fécondation de quatre ovules. Ils sont aussi génétiquement différents que leurs sœurs ou frères issus de grossesses uniques.⁽¹⁵⁾
- **GROSSESSES MULTIPLES DE RANG SUPÉRIEUR.** Se dit des naissances de trois enfants ou plus (p.ex. triplés, quadruplés, quintuplés). Il peut y avoir de nombreuses variations de zygotie lors de naissances multiples de rang supérieur. Par exemple, des quintuplés peuvent consister en des jumeaux monozygotes et des triplés trizygotes issus de la fécondation de quatre ovules.⁽¹⁵⁾



FACTEURS D'INFLUENCE

De nombreux facteurs influencent la probabilité de grossesses multiples et leur augmentation au fil des ans est directement attribuable à certains de ces facteurs. L'usage étendu de médicaments de stimulation de l'ovulation, les techniques de fertilité comme la fécondation in vitro et les grossesses à un âge plus avancé ont tous contribué à l'augmentation des naissances multiples.^(15,16,17,18)

Naissances multiples et l'âge de la mère

- Les naissances multiples sont plus fréquentes chez les femmes dans la trentaine et la quarantaine. En 2002, on a recensé 55 % de grossesses multiples chez les femmes de 30 ans et plus.⁽¹⁾

Techniques de fertilité

- Environ 30 % des jumeaux ont été conçus à l'aide des techniques de fertilité (médicaments de stimulation de l'ovulation ou techniques de procréation, ou les deux). On estime toutefois que plus de 75 % des naissances multiples sont attribuables à une de ces techniques.^(2,16)
- On recense deux fois plus de grossesses multiples monozygotes chez les femmes qui ont recours à une des techniques de fertilité.⁽¹⁹⁾

Poids de la mère

- Un indice de masse corporelle de 30 ou plus augmente sensiblement la probabilité de grossesses multiples dizygotes.⁽¹⁸⁾



L'IMPACT DES NAISSANCES MULTIPLES

Les risques de naissances prématurées, de morts périnatales et de maladies sont beaucoup plus élevés dans les cas de grossesses multiples et exercent des pressions énormes sur les familles, tout comme sur les services sociaux, d'éducation et de santé.

Santé de la mère

- Les grossesses multiples peuvent entraîner d'importantes complications pour la mère : hypertension gestationnelle, prééclampsie, anémie, diabète gestationnel, perte prématurée des eaux et hémorragie post-partum.^(20,21,22)
- La diminution de l'activité, l'absence du travail et l'alitement (à la maison ou à l'hôpital) sont choses courantes chez les femmes enceintes de plus d'un bébé. Étant donné que l'alitement prolongé peut entraîner des problèmes cardiaques ou respiratoires ainsi qu'une perte musculaire, dans bien des cas la convalescence doit s'échelonner sur plusieurs semaines.^(24,25)
- Plus de la moitié des femmes accouchent de jumeaux par césarienne; c'est presque toujours le cas pour les femmes enceintes de triplés ou plus. Étant donné que ces femmes sont plus sujettes aux infections, que leurs douleurs sont prolongées et que leur période de convalescence est plus longue, elles ont souvent de la difficulté à tenir leurs bébés et à en prendre soin.^(2,25,26)



Problèmes uniques aux grossesses multiples

- L'enchevêtrement des cordons ombilicaux, le syndrome transfuseur-transfusé de jumeau à jumeau (STJJ*) et la mort foetale se produisent plus souvent lorsque les fœtus monozygotes partagent un placenta (grossesse monochoriale).⁽²⁷⁾

* *Syndrome par lequel le sang d'un fœtus monozygote se transfuse dans l'autre fœtus par les vaisseaux sanguins du placenta. Le STJJ peut également se produire lors de grossesses monozygotes de rang supérieur.*

- La différence et le retard de croissance entre les bébés sont choses courantes.⁽²⁷⁾

Mortalité périnatale

- Il arrive de temps en temps qu'un fœtus meure au début de la grossesse et disparaisse (syndrome du jumeau disparu).⁽²⁸⁾
- Comparativement aux mères enceintes d'un seul enfant, celles qui en portent plus d'un sont jusqu'à trois fois plus susceptibles de perdre un des bébés, voire tous les bébés, avant terme.^(1,2)

Naissance prématurée

- La période de gestation moyenne est de 36 semaines pour les jumeaux, 33 semaines pour les triplés, 31 semaines pour les quadruplés et 29 semaines pour les quintuplés.⁽³⁰⁾
- La majorité des grossesses multiples ne se rendent pas à terme (40 semaines); 57 % des bébés de grossesses gemellaires et 98 % des bébés de grossesses de rang supérieur naissent avant terme (avant 37 semaines).^(1,2,31)
- Le nombre de naissances prématurées augmente plus rapidement parmi les cas de grossesse multiple et représente 20 % de toutes les naissances prématurées.^(2, 31)
- En raison de leur prématurité, ces bébés ont des problèmes de santé chroniques comme des problèmes respiratoires et neurologiques, et requièrent des hospitalisations fréquentes et prolongées.^(5,6)

Mort infantile

- La mort infantile est de quatre à cinq fois plus élevée parmi les bébés issus de grossesses multiples.⁽²⁾
- Les bébés prématurés issus de grossesses multiples sont plus vulnérables au syndrome de mort subite du nourrisson.⁽²⁹⁾

Insuffisance pondérale à la naissance

- On enregistre neuf fois plus de cas de faible poids à la naissance (< 2 500 g ou 5,5 lb) et d'un très faible poids (< 1 500 g ou 3,3 lb) dans le cas de grossesses multiples.⁽¹⁾
- Les grossesses multiples comptent pour environ 25 % de tous les cas de faible poids et 28 % des cas de très faible poids.^(1,2,3,4)
- Le poids moyen de chaque bébé issu d'une grossesse multiple est le suivant :
 - jumeaux 2 500 g (5,5 lb)
 - triplés 1 800 g (4 lb)
 - quadruplés 1 400 g (3 lb)⁽³⁰⁾
- Étant donné que les bébés de grossesses multiples accusent généralement un poids insuffisant à la naissance, ils sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé et de développement à court et à long terme, doivent être allaités plus fréquemment au cours des premières semaines ou mois, et nécessitent souvent plus de soins.⁽³¹⁾

Incapacités

- Il arrive qu'un des bébés ou tous les bébés aient des besoins spéciaux en raison de complications survenues pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie.^(5,6)
- Comparativement aux grossesses uniques, les jumeaux sont 1,4 fois plus susceptibles d'être atteints d'une incapacité; les triplés, trois fois plus susceptibles d'être atteints d'une incapacité grave et 1,7 fois plus susceptibles d'être atteints d'une incapacité moyenne.^(5,6)
- Les bébés issus de grossesses multiples sont beaucoup plus susceptibles d'être atteints de paralysie cérébrale : les jumeaux, 10 fois plus; les triplés, 30 fois plus; et les quadruplés, 110 fois plus.⁽⁵⁾
- Les nouveau-nés multiples risquent davantage de souffrir d'une incapacité ou d'un retard de développement. Les parents doivent donc s'engager à leur faire suivre de longs traitements intensifs au cours de leurs premières années de vie.^(5,6)

Problèmes psychosociaux et financiers

- Comme le taux de mortalité infantile est plus élevé parmi les grossesses multiples, les parents qui perdent un, deux ou tous les bébés vivent des moments exceptionnellement difficiles. Lorsque tous les bébés meurent, les parents ne font pas seulement le deuil des bébés, mais également d'une expérience parentale unique. Si certains des nouveau-nés survivent, il leur est difficile à la fois de fêter les naissances et de pleurer les morts. Certains parents ont donc du mal à s'attacher au(x) survivant(s). La perte d'un nouveau-né est particulièrement tragique pour les couples qui ont eu des problèmes de fertilité. En raison de tout cela, les parents peuvent avoir beaucoup plus de mal à vivre leur deuil.^(33,34,35)
- Certains centres ayant recours aux techniques de procréation médicalement assistée, dont l'issue est souvent une grossesse multiple de rang supérieur, offrent aux femmes la possibilité de réduire le nombre de fœtus. Cette intervention vise à augmenter les chances de porter un seul bébé ou des jumeaux à terme au lieu de tenter d'en porter trois ou plus. La procédure et les décisions qui en découlent ne sont pas simples à faire et les séquelles psychologiques peuvent être profondes. Pour de nombreux couples déjà accablés par les pressions émotives et financières de l'infertilité, la décision de subir ou non cette procédure peut être particulièrement stressante étant donné qu'elle va ni plus ni moins à l'encontre de tous les efforts qu'ils ont déployés pour concevoir.^(36,37)
- Même lorsque tous les bébés sont en santé, nombreuses sont les familles qui ont de la difficulté à surmonter le stress physique, émotif et financier causé par la quantité de soins à prodiguer à plus d'un bébé.
- Il en coûte beaucoup plus pour élever des bébés multiples que pour élever le même nombre d'enfants uniques. Les parents doivent acheter les vêtements et tout l'équipement nécessaire d'un seul coup (p. ex. les berceaux, les poussettes spéciales, les sièges d'auto, les chaises hautes, etc.). Ils ne peuvent non plus utiliser les vêtements des frères ou sœurs plus âgés. La première année, les parents de triplés doivent déboursier environ 12 000 \$ de plus que les parents d'un enfant unique. Ce montant ne comprend pas le coût des couches jetables, du transport (l'achat d'une voiture plus grande pour pouvoir y installer trois ou quatre sièges d'enfant, ou plus), de déménagement ou de rénovation ni de garderie. Il ne couvre pas non plus la perte d'un deuxième revenu si la mère ne retourne pas au travail.
- Il est plus difficile et plus exigeant physiquement de prendre soin de bébés multiples que d'un seul enfant, surtout pendant l'enfance ou encore s'il s'agit de trois bébés et plus. Une étude australienne a démontré que les mères de triplés, avec l'aide de personnel bénévole ou rémunéré, consacraient en moyenne 197,5 heures par semaine (malheureusement, une semaine ne compte que 168 heures), aux soins des bébés et à la gestion de la maisonnée. Cette situation peut exercer d'énormes pressions sur la vie de couple.^(38,39)
- Les parents de bébés multiples vivent des situations et des expériences uniques, et pourtant, ils ont très peu d'information, d'appui et de conseils à leur disponibilité.^(7,8,9,10,47)
- Le processus d'attachement maternel et paternel est plus long et plus complexe lorsqu'il y a deux bébés ou plus.^(40,41,42)
- Étant donné que la plupart des nouvelles mères de bébés multiples manquent de sommeil et souffrent de fatigue chronique, elles sont plus à risque de sombrer dans une dépression post-partum.^(7,10,43,44,45,46)
- Les mères de nouveau-nés multiples risquent d'être isolées, de subir des pressions maritales, des difficultés financières et de développer des maladies. Ces pressions, jumelées au manque d'appui et d'accès à de l'information, augmentent la probabilité de problèmes familiaux dans ces familles.^(7,10,47)
- En raison de la fatigue, des demandes incessantes et de l'attention qu'attirent les grossesses multiples, la naissance de jumeaux, de triplés ou d'un plus grand nombre de bébés peut avoir un impact négatif sur les autres enfants de la famille (p. ex. troubles de comportement).⁽¹¹⁾
- En raison du grand stress que vivent les parents, les bébés multiples sont plus à risque d'être victimes de mauvais traitements (p. ex. syndrome du bébé secoué).^(48,49,50)





PRÉVENTION

Afin d'éviter des problèmes à court et à long terme, les familles qui vivent une grossesse multiple doivent avoir accès en temps opportun à des soins de santé préventifs et à des services de soutien spécialement conçus pour eux.

- Les médecins se doivent d'informer les familles qui veulent avoir recours aux techniques de procréation médicalement assistée des risques que posent les grossesses multiples, de la possibilité de la réduction multifœtale et des exigences d'une telle grossesse sur le couple avant le début des traitements.^(51,52,53)
- Les médecins doivent renvoyer leurs patients aux spécialistes de la gestion de l'infertilité et des grossesses multiples à risque.^(23,56)
- Pour veiller à mener autant que possible la grossesse à terme, les femmes enceintes de bébés multiples doivent :
 - savoir très tôt qu'elles portent plus d'un bébé (avant la 16^e semaine) afin :
 - d'identifier les fœtus monozygotes ayant un placenta commun (grossesse monochoriale);⁽²⁷⁾
 - d'obtenir un programme de soins obstétriques appropriés;^(23,51,55,56,57)
 - d'avoir le temps de s'ajuster à la nouvelle.^(23,55,56)
 - consulter une diététiste tôt dans la grossesse et obtenir les ressources nécessaires pour soutenir un gain de poids de 18 à 27 kilos (40-60 lb);^(51,52,53)
 - recevoir de l'information concernant l'accouchement avant terme;⁽⁵¹⁾
 - recevoir des soins obstétriques qui respectent le protocole des pratiques exemplaires en matière de grossesses multiples.^(23,51,54,57)
- Les familles dont la mère porte plus d'un bébé doivent recevoir du soutien particulier, notamment :
 - Le fournisseur de soins prénataux doit identifier toutes les personnes entourant la famille et veiller à ce que des liens serrés soient maintenus tout au long de la grossesse et la période post-partum;^(47,58)
 - Ces familles doivent suivre des cours prénataux conçus pour les parents de bébés multiples;^(47,55,56,58)
 - Les familles doivent recevoir de l'aide pratique et doivent être mises en contact avec les ressources locales;^(47,55,56,58)
 - Les futures mères doivent recevoir de l'aide concernant l'allaitement maternel de bébés multiples;⁽⁵⁹⁾
 - Elles doivent être mises en lien avec d'autres parents qui ont vécu la même situation (c.-à-d., Naissances multiples Canada, groupes de soutien locaux pour les parents de bébés multiples);^(47,55,56,58)
 - Lorsque la santé de la mère ou la situation de la famille l'exige, il importe de recommander une réduction des activités, d'imposer des restrictions de travail ainsi que l'alitement. Dans ces situations, les mères peuvent également avoir besoin des soins à domicile et de l'aide ménagère, surtout si elles ont d'autres enfants à la maison.^(47,55,56,58)
- Il importe d'élaborer des politiques publiques saines qui reconnaissent les besoins et les avantages d'offrir du soutien additionnel aux familles de grossesses multiples. Les programmes doivent contourner les obstacles aux services de soutien destinés à ces familles : manque de services, longues listes d'attente, coordination des services.



SOURCES

Center for the Study of Multiple Birth www.multiplebirth.com

Téléphone : (312) 695-1677

Télec. : (312) 908-8777

Courriel : lgk395@northwestern.edu

International Society for Twin Studies

www.ists.qimr.edu.au

The Multiple Births Foundation www.multiplebirths.org.uk

Téléphone : 0208 383 3519

Télec. : 0208 383 3041

Courriel : info@multiplebirths.org.uk

Multiple Births: Prenatal Education and Bereavement Support

www.multiplebirthsfamilies.com

Naissances multiples Canada

www.multiplebirthscanada.org/french/index_f.php

Sans frais (au Canada) : 1-866-228-8824

Téléphone : (705) 429-0901

Télec. : (705) 429-9809

Courriel : francophone@multiplebirthscanada.org

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

www.sogc.org/sogcnet/index_f.shtml

Téléphone : (613) 730-4192

Sans frais : 1-800-561-2416

Télec. : (613) 730-4314

Courriel : helpdesk@sogc.com



DOCUMENTS ET ARTICLES

Insuffisance de poids à la naissance et naissances multiples prématurées : un guide d'information pour les parents

www.successby6ottawa.ca/lbwfpn/francais/multiplebirthsLBW.html

La prise en charge des grossesses gémellaires (première & deuxième parties)

http://sogc.medical.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/cs1Twins91f.pdf

http://sogc.medical.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/cs2Twins92f.pdf

Declaration of Rights and Statement of Needs of Twins and Higher Order Multiples

<http://www.ists.qimr.edu.au/Rights.html> (en anglais seulement)

Twins, Triplets and More: A Resource Guide for Multiple Pregnancy and Parenthood

<http://www.nursing.ubc.ca/PDFs/TwinsTripletsAndMore.pdf> (en anglais seulement)

Multiple Birth Resources, LLC

<http://www.expectingmultiples.com> (en anglais seulement)

Multiple Exposure: An Innovative Approach to the Antenatal Care of Multiple Pregnancy

<http://sogc.medical.org/multiple/MultExposure.htm> (en anglais seulement)



RÉFÉRENCES

1. STATISTIQUE CANADA (2002). *Naissances*, Ottawa, Industrie Canada. Disponible à l'adresse www.statcan.ca/francais/freepub/84F0210XIE/84F0210XIE2002000.htm
2. SANTÉ CANADA (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada. Disponible à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cphr-rspc03/index_f.html
3. STATISTIQUE CANADA (2004). *Insuffisance de poids*. Ottawa, Industrie Canada . www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/considerations/hlt/39hlt_f.htm
4. PERINATAL PARTNERSHIP PROGRAM OF EASTERN AND SOUTHEASTERN ONTARIO (2005). *Perinatal Services in Ontario: How Are We Doing?* Disponible à l'adresse www.pppeso.on.ca/english/Ontario%20Perinatal%20Report%20PDF%202005.pdf
5. BLICKSTEIN, I. (2002). « Cerebral palsy in multifetal pregnancies », *Developmental Medicine & Child Neurology*, no 44, p. 352-355.
6. BLICKSTEIN, I., et KEITH, L. (2003). « Outcome of triplets and high-order multiple pregnancies », *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, no 15, p. 113-118.
7. BOIVIN, M., PÉRUSSE, D., DIONNE, G., SAYSET, V., ZOCCOLILLO, M., TARABULSY, G., TREMBLAY, N., TREMBLAY, R. (2005). « The genetic-environmental etiology of parents; perceptions and self-assessed behaviours towards their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 45, no 6, p. 612-630.
8. COLPIN, H., DE MUNTER, A., NYS, K., et VANDEMEULEBROECKE, L. (1999). « Parenting stress and psychosocial well-being among parents with twins conceived naturally or by reproductive technology », *Human Reproduction*, vol. 14, no 12, p. 3133-3137.
9. ELLISON, M., et HALL, J. (2003). « Social stigma and compounded losses: quality-of-life issues for multiple-birth families », *Fertility and Sterility*, no 80 (2 août 2003), p. 405-414.
10. ELLISON, M., HOTAMISLIGIL, S., LEE, H., RICH-EDWARDS, J., PANG, S., et HALL, J. (2005). « Psychosocial risks associated with multiple births resulting from assisted reproduction », *Fertility and Sterility*, no 86, p. 1422-1428.
11. BRYAN, E., et HALLETT, F. (2001). *Guidelines for Professionals: The first five years and beyond*, Londres, The Multiple Births Foundation.
12. PREEDY, P. (1999). « Meeting the educational needs of pre-school and primary aged twins and higher multiples », *Twin and Triplet Psychology*, s. la dir. d'A.C. Sandbank, Londres, Routledge, chapitre 6, p. 70-99.
13. RUTTER, M., THORPE, K., GREENWOOD, R., NORTHSTONE, K., et GOLDING, J. (2003). « Twins as a natural experiment to study the causes of mild language delay: 1: Design; twin-singleton differences in language, and obstetric risks », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 44, no 3, p. 326-3431.
14. MACHIN, G. (1997). « Twin biology: chorionicity of the placenta », *Reporter*, Berkeley, Twin Services.
15. BRYAN, E., et DENTON, J. (1997). *Facts About Multiple Births*, Londres, Multiple Births Foundation.
16. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE (2004). *Report on Assisted Reproduction Live Birth Rates in Canada*.
17. WILCOX, L., KIELY, J., MELVIN, C. et MARTIN, M. (1996). « Assisted reproductive technologies: estimates on their contribution to multiple births and newborn hospital days in the United States », *Fertil Steril*, no 65, p. 361-366.
18. REDDY, U., BRANUM, A., et KLEBANOFF, M. (2005). « Relationship of maternal body mass index and height to twinning », *Obstetrics & Gynaecology*, no 105 (3 mars 2005), p. 593-597.
19. HANKINS, G., et SAADE, G., (2005). « Factors influencing twins and zygosity », *Paediatr Perinat Epidemiol*, suppl. 1, p. 8-9.
20. WALKER, M., MURPHY, K., PAN, S., YANG, Q., WEN, S. (2004). « Adverse maternal outcomes in multifetal pregnancies », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 11, no 11, p. 1294.
21. CAMPBELL, D., et TEMPLETON, A. (2004). « Maternal complications of twin pregnancy », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, no 84, p. 71-73.

22. LUKE, B., BROWN, M., ALEXANDER, P. et al. (2005). « The cost of twin pregnancy: Maternal and neonatal factors », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, no 192, p. 909-915.
23. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1999). *Déclaration de consensus de la SOGC : La prise en charge des grossesses gémellaires (première partie)*.
24. MALONI, J. (2002). « Astronauts and pregnancy bed rest: What NASA is teaching us about inactivity », *AWHONN Lifelines*, vol. 6, no 4, p. 318-323.
25. SURI, K., BHANDARI, V., LERER, T., ROSENKRANTZ, T., et HUSSAIN, N. (2001). « Morbidity and mortality of preterm twins and higher-order multiple births », *Journal of Perinatology*, no 21, p. 293-299.
26. WILLIAMS K., et GALERNEAU F. (2003). « Intrapartum influences on cesarean delivery in multiple gestation », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, no 82 (3 mars 2003), p. 241-245.
27. MACHIN, G. (2004). « Why is it important to diagnose chorionicity and how do we do it? », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Elsevier.
28. SULAK, L.E., et DODSON, M.G. (1986). « The vanishing twin: pathologic confirmation of an ultrasonographic phenomenon », *Obstet Gynecol*, vol. 68, no 6, p. 811-815.
29. GETAHUN, D., DEMISSIC, K., et LU, S.E. (2004). « Sudden infant death syndrome among twin births: United States, 1995-1998 », *Journal of Perinatology*, vol. 24, no 9, p. 544-551.
30. CUNNINGHAM, F., GANT, N., LEVENO, K., et al. (s. la dir. de). (2001). *Williams Obstetrics*, 21e éd., New York, McGraw Hill, p. 780.
31. JOSEPH, K., KRAMER, M., MARCOUX, S., OHLSSON, A., WEN, S.W., ALLEN, A., PLATT, R. (1998). « Determinants of Preterm Birth Rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994 », *New England Journal of Medicine*, vol. 339, no 20, p. 1434-1439.
32. FIORE, E. (2003). « Multiple births and the rising rate of preterm delivery », *Contemporary Ob/Gyn*, no 48, p. 67-77. Disponible à l'adresse <http://obgyn.adv100.com/obgyn/article/articleDetail.jsp?id=114079>
33. BRYAN, E. (1995). « The death of a twin », *Palliat Med.*, p. 187-192.
34. GAREL, M., CHAVANNE-DE WECK, E., et BLONDEL, B. (2002). « Psychological consequences of twinning on the children and their parents », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, no 31, Suppl. 1, Paris, p. 2S40-5.
35. PECTOR, E. (2004). « How bereaved multiple-birth parents cope with hospitalization, homecoming, disposition for deceased and attachment to survivors », *Journal of Perinatology*, vol. 24, no 11, p. 714-722.
36. GAREL, M., STARK, C., BLONDEL, B., LEFEBVRE, G., VAUTHIER-BROUZES, D., ZORN, J. (1997). « Psychological reactions after multi-fetal pregnancy reduction: a 2-year follow-up study », *Human Reproduction*, vol. 12, no 3, p. 617-622.
37. BRYAN, E., et HALLETT, F. (1997). *Guidelines for Professionals: Bereavement*, Londres, Multiple Births Foundation.
38. AGRICULTURE, ALIMENTATION ET INITIATIVES RURALES. *Ce qu'il en coûte pour élever un enfant en 2004*. Disponible à l'adresse www.gov.mb.ca/agriculture/homeec/coc2004/cba28s02.fr.html
39. STEWART, P., et HENNESSY, J. (1983). *A Report on the Investigation of the Social and Economic Disadvantage of Triplet Families*. Department of Sociology, University of NSW Sydney, Australie
40. LYONS, S. (s. la dir. de) (2001). *Finding our way: Life with triplets, quadruplets and quintuplets*, Toronto, Triplets, Quads and Quints Association.
41. DAMATO, E. (2000). « Maternal-fetal attachment in twin pregnancies », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 29, no 6, p. 598-605.
42. DAMATO, E. (2004). « Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins », *Adv Neonatal Care*, vol. 4, no 5, p. 274-291.
43. GAREL, M., SALOBIR, C., et BLONDEL, B. (1997). « Psychological consequences of having triplets: A four year follow-up study », *Fertility and Sterility*, no 67, p. 1162-1165.



- d c f e t
44. BECK, C. (2002). « Releasing the pause button: Mothering twins during the first year », *Qualitative Health Research*, vol. 12, no 5, p. 593-608.
 45. LEONARD, L.G. (1998). « Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 27, no 3, p. 329-337.
 46. YOKOYAMA, Y. (2003). « Comparison of child-rearing problems between mothers with multiple children who conceived after infertility treatment and mothers with multiple children who conceived spontaneously », *Twin Research*, vol. 6, no 2, p. 89-96.
 47. LAUNSLAGER, D., et MATTE, M. (2003). *Multiple Birth Families: The Forgotten Constituents, A Report on the Mapping the Future Project Focus Group Findings*, Wasaga Beach (Ontario), Multiple Births Canada.
 48. GROOTHIUS, J.R., ALTEMEIER, W.A., ROBARGE, J.P., et al. (1982). « Increased child abuse in families with twins », *Pediatrics*, no 70, p. 769.
 49. TANIMURA, M., MATSUI, I., KOBAYASHI, N. (1990). « Child abuse of one of a pair of twins in Japan », *Lancet*, no 336, p. 1298-1299. Résumé disponible à l'adresse www.childresearch.net/CYBRARY/KOBY/KORNER/ABUSE.HTM
 50. BECKER, J., LIERSCH, R., TAUTZ, C., SCHLUETER, B., ANDLER, W. (1998). « Shaken baby syndrome: report on four pairs of twins », *Child Abuse & Neglect*, Elsevier.
 51. COUNCIL OF MULTIPLE BIRTH ORGANIZATIONS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR TWIN STUDIES (1995). *Declaration of Rights and Statement of Needs of Twins and Higher Order Multiple Births*.
 52. LUKE, B., Brown, M., MISIUNAS, R., ANDERSON, E., NUGENT, C., VAN DE VEN, C., BURPEE, B., et GOGLIOTTI, S. (2003). « Specialized prenatal care and maternal and infant outcomes in twin pregnancy », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 189, no 4, p. 934-938.
 53. LUKE, B. (2004). « Improving multiple pregnancy outcomes with nutritional interventions », *Clinical Obstetrics and Gynecology*, no 47, p. 146-162.
 54. DI RENZO, G., LUZIETTI, R., GERLI, S., CLERICI, G. (2001). « The Ten Commandments in Multiple Pregnancies », *Twin Research*, vol. 4, no 3, p. 159-167.
 55. MALMSTROM, P., FAHERTY, T., WAGNER, P. (1988). « Essential Nonmedical Perinatal Services for Multiple Birth Families », *Acta Genet Med Gemello*, no 7, p. 193-198.
 56. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (1999). *Déclaration de consensus de la SOGC. La prise en charge des grossesses gémellaires (deuxième partie)*.
 57. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2004). « ACOG Practice Bulletin #56: Multiple gestation: complicated twin, triplet and high-order multifetal pregnancy », *Obstet Gynecol*, vol. 104, no 4, p. 589-15.
 58. BRYAN, E., DENTON, J., et HALLETT, F. (1997). *Guidelines for Professionals: Multiple Pregnancy*, Londres, Multiple Births Foundation.
 59. LEONARD, L.G. (2003). « Breastfeeding rights of multiple birth families and guidelines for health professionals », *Twin Research*, vol. 6, no 1, p. 34-45.
- e t

NAISSANCES MULTIPLES AU CANADA

Nombre de naissances multiples et taux par 1,000 (excluant Terre-Neuve)

	Jumeaux 	Triplés 	Quadruplés 	Quintuplés 	Total naissances multiples	Naissances uniques 	Naissances totales
1982	6,794	138	4	0	6,936	359,623	366,559
1983	6,920	120	0	0	7,040	360,243	367,283
1984	7,104	195	0	0	7,299	363,513	370,812
1985	7,230	150	16	0	7,396	363,163	369,559
1986	7,012	156	8	0	7,176	359,909	367,085
1987	7,424	192	8	5	7,629	356,661	364,290
1988	7,530	183	24	5	7,742	361,701	369,443
1989	7,990	201	8	10	8,209	379,144	387,353
1990	8,322	237	32	0	8,591	398,513	407,104
1991	8,018	237	28	5	8,288	396,535	404,823
1992	8,160	300	16	5	8,481	392,686	401,167
1993	7,906	321	28	0	8,255	382,431	390,686
1994	8,434	351	20	5	8,810	378,529	387,339
1995	8,490	300	Non inscrit	Non inscrit	8,790	371,548	380,338
1996	8,572	352	22	0	8,946	359,375	368,321
1997	8,496	383	8	0	8,887	341,854	350,741
1998	8,803	374	8	0	9,185	335,220	344,405
1999	8,867	375	20	5	9,267	330,036	339,303
2000	8,741	365	12	0	9,118	320,719	329,837
2001	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	9,594	326,192	335,786
2002	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	9,712	321,105	330,817
2003	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	10,336	327,028	337,364

Les jumeaux, triplés et autres bébés nés de naissances multiples représentaient 3 % de toutes les naissances en 2003. Entre 1994 et 2003, le taux des naissances multiples a augmenté de 35 % alors que le taux des naissances uniques par millier a baissé de 25 %.

Source : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances, Tableau CANSIM numéro 102-4515, Ottawa, 2005.



Sans frais (au Canada) 1-866-228-8824 Téléphone : 705-429-0901 Téléc : 705-429-9809
Courriel : francophone@multiplebirthscanada.org www.multiplebirthscanada.org/french/index_f.php

Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement
des jeunes enfants de l'Ontario, a/s Centre ontarien d'information en prévention.
180 rue Dundas Ouest, Suite 1900, Toronto, Ontario M5G 1Z8
Téléphone : 416-408-2249 ou 1-800-397-9567 Téléc : 416-408-2122 www.meilleurdepart.org

**best start
meilleur départ**)



Ontario
Prevention
Clearinghouse Centre ontarien
d'information
en prévention

Programme clé du Centre ontarien d'information en prévention,
Meilleur départ est financé par le gouvernement de l'Ontario.