



N° 82-003-XPB au catalogue

# Rapports sur la santé

Hiver 1997 Volume 9 N° 3

- Grossesse et adolescentes
- Avortement
- Utilisateurs des services hospitaliers
- Mortalité infantile
- Diabète



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

## Des données sous plusieurs formes. . .

Statistique Canada diffuse les données sous des formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur Internet, disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm, et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordiolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

## Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doit être adressée à :

Halifax	(902) 426-5331	Régina	(306) 780-5405
Montréal	(514) 283-5725	Edmonton	(403) 495-3027
Ottawa	(613) 951-8116	Calgary	(403) 292-6717
Toronto	(416) 973-6586	Vancouver	(604) 666-3691
Winnipeg	(204) 983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site sur le W3: <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres régionaux de consultation.

<b>Service national de renseignements</b>	<b>1 800 263-1136</b>
<b>Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants</b>	<b>1 800 363-7629</b>
<b>Service national du numéro sans frais pour commander seulement (Canada et États-Unis)</b>	<b>1 800 267-6677</b>

## Renseignement sur les commandes/abonnements

### Les prix n'incluent pas la taxe de vente

Une **version papier**, n° 82-003-XPB au catalogue paraît trimestriellement au coût de 35 \$ le numéro, 116 \$ par année au Canada. À l'extérieur du Canada, le coût est de 35 \$ US le numéro et 116 \$ US par année.

Faites parvenir votre commande à Statistique Canada, Division des opérations et de l'intégration, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6 ou téléphonez au **(613) 951-7277 1 800 700-1033**, par télécopieur au **(613) 951-1584** ou **1 800 889-9734** ou via l'Internet: [order@statcan.ca](mailto:order@statcan.ca). En cas de changement d'adresse, veuillez fournir votre ancienne et votre nouvelle adresse. On peut aussi se procurer les publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés, des librairies locales et des bureaux locaux de Statistique Canada.

## Normes de service à la clientèle

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.



Statistique Canada  
Division des statistiques sur la santé

# Rapports sur la santé

Hiver 1996 Volume 8 N° 3

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1996

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Mars 1997

Prix : Canada : 34 \$ l'exemplaire, 112 \$ par année  
États-Unis : 41 \$ US l'exemplaire, 135 \$ US par année  
Autres pays : 48 \$ US l'exemplaire, 157 \$ US par année

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 8, n° 3  
Périodicité : trimestrielle  
ISSN 0840-6529

Ottawa

---

## Note de reconnaissance

*Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.*

## **SIGNES CONVENTIONNELS**

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- .. nombres non disponibles
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- néant ou zéro
- nombres infimes
- <sup>P</sup> nombres provisoires
- <sup>r</sup> nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'«American National Standard for Information Sciences» - «Permanence of Paper for Printed Library Materials», ANSI Z39.48 - 1984.



## Au sujet des Rapports sur la santé

### **Rédactrices en chef**

Jane Gentleman  
Marie P. Beaudet

### **Rédacteurs**

Mary Sue Devereaux  
Jason Siroonian

### **Rédacteurs adjoints**

Hélène Aylwin  
Claudio Perez

### **Chargée de production**

Renée Bourbonnais

### **Production et composition**

Bernie Edwards  
Agnes Jones  
Micheline Pilon

### **Vérification des données**

Dan Lucas

### **Administration**

Donna Eastman

### **Correction d'épreuve des traductions**

François Nault

### **Rédacteurs associés**

Owen Adams  
Gary Catlin  
Arun Chockalingham  
Gerry Hill  
Elizabeth Lin  
Yves Péron  
Robert Spasoff  
Eugene Vayda  
Kathryn Wilkins

### **Comité directeur de la Division des statistiques sur la santé pour la recherche et l'analyse**

Janet Hagey, présidente  
Gary Catlin  
Rosemary Campbell  
Jane Gentleman  
Marie P. Beaudet  
Martha Fair  
Cyril Nair

Les *Rapports sur la santé* sont produits tous les trimestres par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Ils s'adressent à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Ils visent à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Ils traitent de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Les *Rapports sur la santé* contiennent des *Travaux de recherche*, des *Rapports* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Les *Rapports* consistent en des articles descriptifs, souvent fondés sur des publications ou des produits statistiques nouvellement parus. Les *Travaux de recherche* et les *Rapports* sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division des statistiques sur la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou abonnements sous la rubrique *Pour commander les publications*. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 18<sup>e</sup> étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-7025. Télécopieur : (613) 951-0792. Courrier électronique : [h1hthrept@statcan.ca](mailto:h1hthrept@statcan.ca).

## **Demandes de réimpression**

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

## **Versión électronique**

Les *Rapports sur la santé* sont aussi publiés sous forme électronique (fichiers PDF, n° 82-003-XIF au catalogue). Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Internet de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent des *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca). Choisissez «Français» à la page d'accueil, puis «Produits et services» à la page suivante. Choisissez «Publications téléchargeables» et poursuivez jusqu'après la page d'introduction. Vous trouverez les *Rapports sur la santé* à la rubrique «Publications non gratuites».

## **Recommandation concernant les citations**

Les *Rapports sur la santé* sont inscrits au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003-XPB dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la revue en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article des *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

### **Exemple :**

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, «Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe», *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, 82-003-XPB au catalogue).

## Dans ce numéro

### Travaux de recherche

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994..... 9

*Depuis 1987, le taux de grossesse chez les adolescentes augmente presque chaque année.*

Surinder Wadhera and Wayne J. Millar

État matrimonial et avortement ..... 19

*Plus du quart des femmes qui subissent un avortement sont mariées.*

Surinder Wadhera and Wayne J. Millar

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers ..... 29

*Le revenu du ménage est fortement lié à l'hospitalisation.*

Kathryn Wilkins et Evelyn Park

### Rapports

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995..... 43

*Le ralentissement du taux de diminution de la mortalité infantile coïncide avec une augmentation de la proportion des naissances de faible poids.*

François Nault

La santé des diabétiques au Canada ..... 53

*Plus de 722 000 canadiens âgés de 12 ans et plus, en 1994-1995, ont déclarés avoir reçu un diagnostic de diabète par un professionnel de la santé.*

Robert James, T. Kue Young, Cameron A. Mustard et  
Jamie Blanchard

---

## Données disponibles

Avortements thérapeutiques, 1995 .....	63
<i>La hausse du nombre et du taux d'avortement en 1995 est la plus faible enregistrée depuis 1990.</i>	
Cancer, 1994 .....	63
<i>En 1994, 87 950 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués.</i>	
Estimations de la population .....	65
<i>Estimations postcensitaires provisoires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, pour le Canada, les provinces et les territoires, le 1<sup>er</sup> juillet 1997.</i>	

## Pour commander les publications

..... 67

*Produits et services de la Division des statistiques sur la santé, incluant les prix et les renseignements sur la façon de commander.*

## Note aux lecteurs

*Deux rédactrices en chef sont inscrites à la cartouche de titre de ce numéro d'hiver : Jane Gentleman et Marie P. Beaudet. Jane qui, pour la plupart des articles, avait la responsabilité des différentes étapes menant à la publication, a accepté un nouveau poste à Statistique Canada, soit celui de directrice adjointe, Division des méthodes d'enquête sociale. Marie, chercheuse principale de l'Enquête nationale sur la santé de la population a été nommée rédactrice en chef des Rapports sur la santé et chef de la Section des études sur la santé et l'état civil, de la Division des statistiques sur la santé.*



# Travaux de recherche

Cette section présente des recherches et des analyses approfondies effectuées dans les domaines de la statistique sur la santé et de l'état civil.

# La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994

Surinder Wadhera et Wayne J. Millar

## Résumé

### Objectifs

Le présent article donne un aperçu des tendances observées entre 1974 et 1994 en ce qui a trait à la grossesse chez les femmes de 15 à 19 ans.

### Source des données

Les taux de grossesse, de natalité, d'avortement et de mortinatalité/avortement spontané sont estimés d'après les fichiers de statistiques de l'état civil, de données sur l'avortement et de données sur la morbidité hospitalière tenus à jour par Statistique Canada.

### Techniques d'analyse

Les taux de grossesse, de natalité, d'avortement et de mortinatalité/avortement spontané sont calculés en prenant pour référence la population féminine de 15 à 19 ans.

### Résultats principaux

On estime qu'en 1994, il y a eu 46 800 grossesses chez les adolescentes. Ce nombre indique la continuation d'une tendance à la hausse pratiquement constante depuis 1987, année où on comptait 39 300 grossesses. On note aussi une augmentation de la proportion de grossesses d'adolescentes qui se terminent par un avortement.

## Mots-clés

Grossesse chez l'adolescente, issue de la grossesse, avortement, avortement spontané.

## Auteurs

Surinder Wadhera (613) 951-3415 et Wayne J. Millar (613) 951-1631 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

En 1994, près de 24 700 enfants ont été mis au monde par des adolescentes de 15 à 19 ans. Ces naissances ne représentaient cependant que la moitié environ des 47 800 grossesses d'adolescentes qui se sont terminées cette même année. On estime en effet que 21 000 femmes de cette tranche d'âge ont eu un avortement, tandis qu'environ 2 000 autres ont mis au monde un enfant mort-né ou ont subi un avortement spontané nécessitant une hospitalisation. Bien que le taux de grossesse chez les adolescentes soit plus faible en 1994 qu'il ne l'était il y a 20 ans, il ne cesse d'augmenter depuis 1987.

La grossesse avant 20 ans comporte plusieurs risques pour la santé tant de la mère que de l'enfant. Les mères adolescentes risquent davantage que les femmes plus âgées de mettre au monde un enfant prématuré ou présentant une anomalie congénitale immédiatement reconnaissable<sup>1</sup>. Elles courent aussi un risque légèrement plus élevé d'avoir un enfant de faible poids à la naissance<sup>2</sup> (voir dans ce numéro **Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995**).

## Méthodologie

### Source des données

Les données utilisées pour estimer la grossesse chez les adolescentes sont tirées de documents publiés par Statistique Canada<sup>3,7</sup> et de fichiers de données sur l'enregistrement des naissances (naissances vivantes et mortinaissances), sur les avortements thérapeutiques et sur les patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux et spécialisés. Les données sur les naissances vivantes et sur les mortinaissances sont tirées de la Base canadienne de données sur l'état civil qui est tenue à jour d'après les renseignements recueillis par les registres de l'état civil des dix provinces et des deux territoires. On considère que l'enregistrement des naissances vivantes et des mortinaissances est virtuellement exhaustif puisqu'il est prescrit par la loi. De même, l'existence de régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie couvrant les soins médicaux et les frais hospitaliers assure la déclaration de presque tous les avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux et dans les cliniques d'avortement, ainsi que des avortements spontanés et autres cas d'avortements nécessitant une hospitalisation. Enfin, les données sur les avortements subis aux États-Unis par des résidentes du Canada sont déclarées par les États où ces avortements ont eu lieu.

### Techniques d'analyse

Les taux de grossesse, de natalité, d'avortement et de mortinatalité/avortement spontané sont calculés en prenant pour référence la population de femmes de 15 à 19 ans entre 1974 et 1994.

On ne dispose pas de renseignements complets sur le lieu de résidence, l'âge et d'autres caractéristiques démographiques des femmes qui se font avorter dans une clinique spécialisée dans l'avortement au Canada ou aux États-Unis. On suppose que la répartition par âge des femmes qui se font avorter dans une clinique spécialisée est à peu près la même que celle des femmes qui subissent un avortement à l'hôpital. Les avortements pratiqués en clinique au Canada et tous les avortements subis aux États-Unis sont inclus uniquement dans le calcul des totaux au niveau national. Les données provinciales sur les avortements thérapeutiques, donc sur les grossesses correspondantes, n'incluent que les avortements pratiqués à l'hôpital.

Pour certains pays, on a calculé le taux de grossesse chez les adolescentes en additionnant les taux de fécondité et d'avortement thérapeutique chez les adolescentes. Les pays choisis ont un niveau de développement économique comparable à celui du Canada et produisent des statistiques fiables sur les naissances et sur les avortements. L'année la plus récente pour laquelle on dispose de données comparables est 1988.

### Limites

On n'a pas pu tenir compte des avortements pratiqués en clinique dans le calcul des taux provinciaux d'avortement et de grossesse, parce

que les données sur le lieu de résidence sont incomplètes. En 1994, le tiers environ des avortements pratiqués au Canada l'ont été en clinique. Par conséquent, les taux provinciaux de grossesse sont sous-estimés puisque ces cas d'avortement sont exclus du calcul et les comparaisons entre provinces doivent se faire avec prudence. Les taux sont présentés ici pour montrer le classement relatif des provinces plutôt que des valeurs précises.

Le calcul des taux provinciaux ne tient pas compte non plus des avortements thérapeutiques pratiqués aux États-Unis. Cependant, cette omission a probablement un effet minime, surtout les dernières années, puisque les avortements pratiqués à l'extérieur du Canada représentent une part de plus en plus faible de l'ensemble des avortements.

Un certain nombre d'avortements spontanés ne nécessitent pas d'hospitalisation, donc ne sont pas inclus dans les données. De surcroît, on ne dispose d'aucune donnée sur les avortements illégaux. Les estimations des nombres d'avortements spontanés et d'avortements illégaux varient fortement, de 3 % à 30 % des grossesses. Dans les pays occidentaux industrialisés,<sup>8,11</sup> au Canada, certains estiment que ce nombre pourrait s'élever à 17 %, proportion nettement plus élevée que le taux annuel de 3 % à 7 % sur lequel se fonde la présente étude. Ainsi, les chiffres présentés ici pourraient sous-estimer le nombre total réel de grossesses chez les adolescentes. De plus, les calculs se fondent sur l'année durant laquelle la grossesse se termine, et ne tiennent par conséquent pas compte des femmes qui sont tombées enceintes à 19 ans, mais dont la grossesse s'est terminée quand elles avaient 20 ans.

Les renseignements sur les cas d'avortements spontanés ou de mortinaissances ayant nécessité une hospitalisation et sur d'autres avortements non précisés ne sont pas disponibles pour le Yukon. Pour les Territoires du Nord-Ouest, on ne dispose pas non plus de ces renseignements, sauf pour 1994.

En ce qui concerne les naissances vivantes à Terre-Neuve, l'âge de la mère ne figurait pas dans les dossiers de l'état civil pour la période de 1974 à 1985. Cependant, les données hospitalières de Terre-Neuve fournissent des renseignements sur l'âge des femmes qui accouchent. Dans le présent article, on a supposé que la répartition par âge de toutes les femmes de Terre-Neuve, au moment des naissances vivantes était pratiquement la même que celle des femmes qui ont accouché dans les hôpitaux de Terre-Neuve.

L'année la plus récente pour laquelle on dispose de taux de grossesse chez les adolescentes dans divers pays, c'est-à-dire 1988, coïncide à peu près avec celle où l'on a enregistré le taux le plus faible au Canada. Depuis, le taux de grossesse chez les adolescentes a augmenté considérablement. Aussi, la situation dans d'autres pays pourrait être fort différente aujourd'hui de ce qu'elle était en 1988. Par conséquent, comme pour la comparaison entre provinces, c'est le classement des pays plutôt que les taux précis qui présentent un intérêt.

On pourrait soutenir que les conséquences sociales et économiques de la maternité à l'adolescence sont tout aussi importantes que les répercussions de cette maternité sur la santé. Selon certaines études, la maternité à l'adolescence réduit les chances de poursuivre des études et d'avoir une activité professionnelle et augmente le risque de se trouver dans une situation socio-économique difficile<sup>12</sup>. Les mères adolescentes sont plus susceptibles d'être célibataires, que les mères plus âgées, donc de dépendre financièrement de leur famille ou de l'aide sociale<sup>13</sup>.

En s'appuyant sur des données provenant de plusieurs sources, les auteurs examinent la grossesse chez les adolescentes au Canada entre 1974 et 1994 (voir Méthodologie et Définitions).

Tableau 1  
Nombre estimé de grossesses et taux de grossesse, femmes de 15 à 19 ans à la fin de la grossesse, Canada, 1974 à 1994

	Grossesses	Taux de grossesse			Population de femmes 15-19
		Total 15-19	15-17	18-19	
	Nombre	Grossesses pour 1 000			en milliers
1974	61 242	53,7	33,8	83,7	1 141
1975	61 964	53,6	34,3	82,9	1 156
1976	61 267	52,2	33,1	81,4	1 175
1977	59 923	50,6	32,2	78,5	1 184
1978	59 210	49,6	31,4	76,8	1 194
1979	57 423	48,0	30,6	73,4	1 196
1980	56 784	47,7	30,5	72,6	1 189
1981	53 782	46,2	29,4	69,6	1 163
1982	52 163	46,4	29,6	68,5	1 123
1983	46 190	43,1	27,2	63,1	1 073
1984	43 233	42,2	27,0	61,8	1 024
1985	40 892	41,5	26,3	62,3	986
1986	40 000	41,2	25,8	63,7	970
1987	39 340	41,1	25,3	64,3	958
1988	39 636	41,6	25,7	64,4	952
1989	42 133	44,4	26,9	68,3	949
1990	44 750	47,3	29,6	72,1	947
1991	44 745	47,6	29,8	73,8	941
1992	45 323	48,1	30,2	74,9	943
1993	45 412	47,8	29,9	74,4	950
1994	46 753	48,8	30,2	76,2	957

Source des données : Statistique Canada (référence 7), Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil

## Tendances à long terme

Quelque 46 800 grossesses d'adolescentes se sont terminées en 1994, ce qui représente une hausse par rapport aux 39 300 grossesses enregistrées en 1987, mais un recul important par rapport à 1974, alors qu'on en avait constaté 61 200 (tableau 1).

### Définitions

Dans le présent article, par *grossesse chez l'adolescente*, on entend une grossesse chez une femme ayant entre 15 et 19 ans au moment où la grossesse se termine. Le nombre de grossesses est égal à la somme des naissances vivantes, des avortements thérapeutiques et des avortements spontanés ou des mortinaissances. Le *taux de grossesse chez les adolescentes* correspond au nombre de grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

Une *naissance vivante* est l'expulsion ou l'extraction du corps de la mère d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie. Le *taux de natalité chez les adolescentes* est le nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

Les *avortements thérapeutiques (provoqués)* incluent :

- les avortements autorisés en vertu de la Loi sur l'avortement de 1969 et pratiqués de 1974 à 1987 dans des hôpitaux agréés et/ou approuvés (un comité sur les avortements formé par l'hôpital peut autoriser l'interruption d'une grossesse si, à son avis, la poursuite de celle-ci risque de mettre la vie ou la santé de la femme en danger);
- les avortements pratiqués dans les hôpitaux de 1988 à 1993, classés comme des «avortements provoqués légaux» (CIM-9, code 635)<sup>14</sup>;
- les avortements pratiqués de 1978 à 1994 dans les cliniques spécialisées dans l'avortement;
- les avortements thérapeutiques pratiqués sur des Canadiennes aux États-Unis.

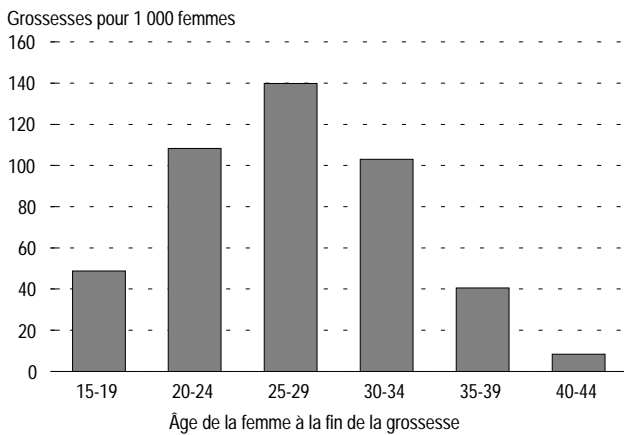
Sauf indication contraire, le terme «avortement» se rapporte dans le présent article à des avortements thérapeutiques. Le *taux d'avortement chez les adolescentes* est le nombre d'avortements thérapeutiques pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

Une *mortinaissance* est l'expulsion ou l'extraction du corps de la mère d'un produit de conception dont la gestation a duré au moins 20 semaines ou dont le poids est d'au moins 500 grammes, mais qui ne respire pas ni ne manifeste aucun autre signe de vie. La catégorie des mortinaissances ou des avortements spontanés inclut les mortinaissances enregistrées par les registres de l'état civil, ainsi que les cas d'avortements spontanés (CIM-9, code 634, CIM-8, code 643), d'avortements provoqués illégaux (CIM-9, code 636, CIM-8, code 642) et d'avortements sans précision (CIM-9, code 637, CIM-8, code 644)<sup>14</sup>. Le *taux de mortinatalité/avortement spontané* est le nombre de mortinaissances, plus le nombre d'avortements spontanés et autres pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

Dans la présente analyse, l'expression «fin» d'une grossesse englobe les trois issues : naissance vivante, avortement thérapeutique ou mortinaissance/avortement spontané nécessitant une hospitalisation.

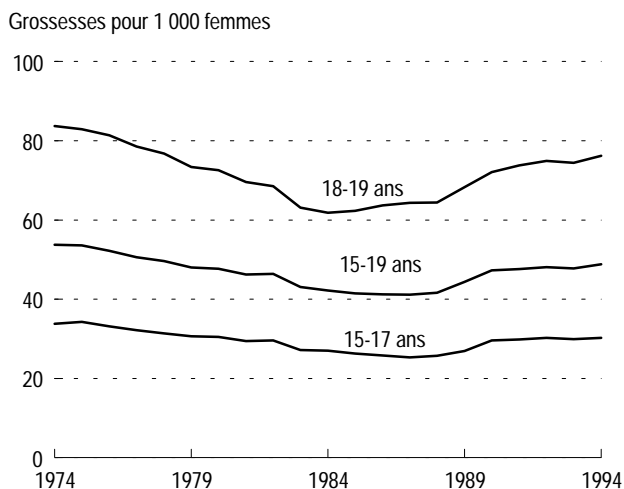
Comparativement à la situation chez les femmes dans la vingtaine ou au début de la trentaine, le taux de grossesse est faible chez les adolescentes (graphique 1). Toutefois, ce taux, qui a globalement baissé de 1974 à 1994, passant de 53,7 à 48,8 grossesses pour 1 000 adolescentes, a augmenté presque chaque année depuis 1987 (graphique 2).

Graphique 1  
Taux de grossesse, selon l'âge de la femme à la fin de la grossesse, Canada, 1994



Source des données : Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil

Graphique 2  
Taux de grossesse chez les adolescentes, selon l'âge de la femme à la fin de la grossesse, Canada, 1974 à 1994



Source des données : Statistique Canada (référence 7), Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil

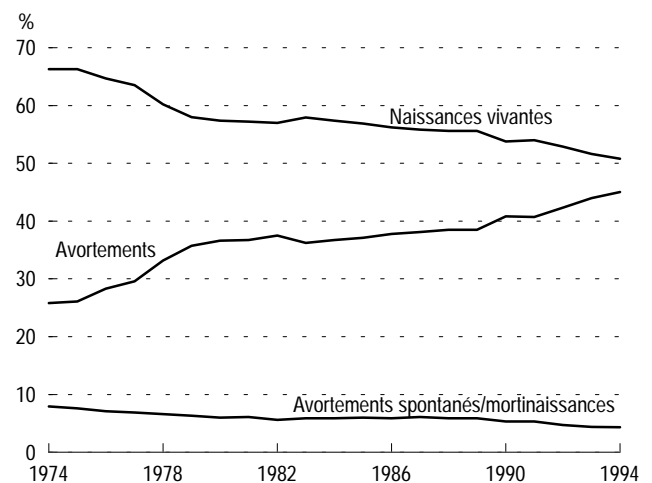
On note aussi un changement important dans l'issue des grossesses chez les adolescentes. En 1974, 66 % de ces grossesses se terminaient par une naissance vivante, 26 % par un avortement thérapeutique et 8 % par une mortinaissance ou un avortement spontané (graphique 3 et en annexe, tableau A). En revanche, en 1994, alors que la majorité (51 %) des grossesses chez les adolescentes se terminaient par une naissance vivante, pratiquement la même proportion (45 %) s'achevait par un avortement.

**Nombre des naissances dépassant légèrement celui des avortements**

Les naissances vivantes (23 700) chez les adolescentes étaient nettement moins nombreuses en 1994 qu'en 1974 (40 600). Après avoir baissé jusqu'à 22 000 à la fin des années 1980, le nombre annuel de naissances s'est cependant stabilisé à 24 000 environ (voir Comparaisons entre pays). La diminution absolue du nombre de naissances est attribuable à la baisse du taux de grossesse, à une diminution de la taille de la population d'adolescentes et à la proportion croissante de grossesses chez les adolescentes qui se terminent par un avortement.

En 1994, 21 000 adolescentes ont subi un avortement, soit le chiffre le plus élevé observé au

Graphique 3  
Répartition en pourcentage des issues de la grossesse chez les adolescentes, Canada, 1974 à 1994



Source des données : Statistique Canada (référence 7), Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil

cours des deux dernières décennies. Au cours de cette même année, on a enregistré chez les adolescentes un taux d'avortement de 22,0 pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, prolongeant la tendance à la hausse qui a débuté au milieu des années 1980. En 1994, parmi les femmes ayant subi un avortement, presque 20 % d'entre elles étaient des adolescentes, tandis que parmi celles qui ont mis au monde un enfant vivant, 6 % seulement étaient des adolescentes.

### Milieu de l'adolescence

En 1994, le taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 17 ans était de 30,2 pour 1 000. Bien qu'il soit plus faible qu'en 1974 (33,8), ce taux est à la hausse depuis 1987. L'évolution du taux de grossesse reflète celle du nombre annuel de grossesses chez les femmes au milieu de l'adolescence. En 1994, presque 17 200 femmes de 15 à 17 ans ont achevé leur grossesse, ce qui représente une baisse importante par rapport aux 23 200 cas dénombrés en 1974, mais une hausse considérable par rapport au creux de 14 400 enregistré en 1988.

En 1994, chez les femmes de 15 à 17 ans, on a dénombré davantage de grossesses se terminant par un avortement que par une naissance vivante, alors qu'en 1974 la majorité des grossesses avait pour issue une naissance vivante (tableau 2). Le taux d'avortement chez les femmes de 15 à 17 ans, qui dépasse maintenant le taux de natalité, 14,9 avortements par opposition à 13,9 naissances vivantes pour 1 000, reflète ce changement.

Néanmoins, près de 8 000 femmes de 15 à 17 ans ont mis un enfant au monde en 1994 et, dans quelque 700 cas, il s'agissait au moins d'un deuxième accouchement<sup>3</sup>.

### Adolescentes plus âgées

Le taux de grossesse chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans est plus de deux fois celui des adolescentes plus jeunes, mais les tendances sont similaires. Il est passé de 83,7 pour 1 000 en 1974 à 61,8 pour 1 000 en 1984, puis a augmenté pour atteindre 76,2 pour 1 000 en 1994. Le nombre annuel de grossesses a diminué, passant de 38 000 au début de la période à 25 000 au milieu des années 1980. Le nombre de

grossesses s'est par la suite accru, pour atteindre 29 600 en 1994.

Le taux d'avortement chez les femmes de 18 à 19 ans, qui s'élevait à 32,3 pour 1 000 en 1994, est plus élevé que pour n'importe quel autre groupe d'âge. Depuis 1974 chez les adolescentes de 18 à 19 ans, la proportion de grossesses qui se sont terminées par un avortement a doublé, passant de 21 % à 42 %.

Le nombre annuel de naissances vivantes chez les femmes de 18 à 19 ans fluctue maintenant autour de 16 000, ce qui représente une baisse importante par rapport aux 27 000 naissances vivantes enregistrées en 1974. Néanmoins, en 1994, chez les femmes de ce groupe d'âge, dans un cas sur cinq il s'agissait au moins d'un deuxième accouchement<sup>3</sup>.

### Peu de mortinaissances ou d'avortements spontanés

Peu d'adolescentes mettent au monde un enfant mort-né ou subissent un avortement spontané nécessitant une hospitalisation. Dans l'ensemble, chez ces dernières, de 1974 à 1994, la proportion de grossesses ayant pour issue une mortinaissance ou un avortement spontané est passée de 8 % à 4 %. Ces chiffres reflètent une baisse tant du nombre annuel que du taux pour 1 000. En 1994, 2 000 adolescentes enceintes ont mis au monde un enfant

Tableau 2  
Répartition en pourcentage des issues de la grossesse chez les adolescentes, selon l'âge, Canada, 1974 et 1994

Groupe d'âge	Année	Grossesses	Issue			
			Total	Naissance vivante	Avortement	Avortement spontané/mortinaissance
		Nombre	Répartition en %			
Total						
15-19	1974	61 242	100,0	66,3	25,8	7,9
	1994	46 753	100,0	50,7	45,0	4,3
15-17	1974	23 180	100,0	58,3	34,2	7,5
	1994	17 153	100,0	46,1	49,5	4,4
18-19	1974	38 062	100,0	71,2	20,7	8,1
	1994	29 600	100,0	53,4	42,4	4,2

Source des données : Statistique Canada (référence 7), Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil

mort-né ou ont eu un avortement spontané, ce qui représente moins de la moitié des cas (4 800) observés en 1974. Durant cette période, le taux de mortinatalité/d'avortement spontané a diminué, passant de 4,2 à 2,1 pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

### État matrimonial

La grande majorité (81 %) des adolescentes qui ont eu un enfant en 1994 étaient célibataires. Par contre, en 1974, 25 % à peine des adolescentes devenues mères étaient dans la même situation.<sup>a</sup> Le changement d'état matrimonial des mères adolescentes reflète vraisemblablement l'évolution des valeurs sociétales. Il se peut qu'on juge aujourd'hui l'état de mère célibataire préférable à un mariage contracté uniquement à cause d'une grossesse.

Durant la période observée, pratiquement toutes les adolescentes qui ont subi un avortement étaient célibataires (96 % en 1994, 95 % en 1974).

### Variations régionales

Le taux de grossesse chez les adolescentes varie considérablement selon la province ou le territoire (tableau 3). En 1994, c'est dans les Territoires du Nord-Ouest que le taux était plus élevé, soit 137 grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, suivi par le Yukon où le taux était de 88 pour 1 000. Dans les provinces, le taux variait de plus de 60 pour 1 000 au Manitoba et en Saskatchewan à un peu plus de 30 pour 1000 à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec.

Il convient néanmoins d'interpréter ces chiffres avec prudence, car ils n'incluent pas les avortements pratiqués en clinique. On a choisi de ne pas tenir compte des données sur ces derniers, car l'âge de la patiente n'était pas toujours indiqué. De surcroît, la province de résidence n'est pas toujours mentionnée (les résidentes des provinces où on effectue peu d'avortements, en hôpital ou en clinique, peuvent se rendre dans une autre province pour se faire avorter).

<sup>a</sup> N'inclut pas Terre-Neuve

Tableau 3  
Taux de grossesse chez les adolescentes et taux composants, provinces et territoires, 1974 et 1994

	Taux de grossesse <sup>†</sup>		Taux de natalité		Taux d'avortement à l'hôpital <sup>‡</sup>		Taux d'avortement spontané/mortinatalité	
	1974	1994	1974	1994	1974	1994	1974	1994
	Grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans		Naissances vivantes pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans		Avortements pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans		Avortements spontanés/mortinaissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans	
Terre-Neuve	85,3	32,1	76,6	25,8	1,4	4,0	7,3	2,3
Île-du-Prince-Édouard	59,0	31,5	51,0	29,1	2,7	0,2	5,3	2,2
Nouvelle-Écosse	69,2	44,1	54,7	30,2	9,0	12,8	5,5	1,1
Nouveau-Brunswick	63,6	40,3	54,6	32,7	4,4	4,9	4,6	2,7
Québec	21,2	33,1	16,2	17,4	2,8	14,1	2,2	1,7
Ontario	60,4	39,6	37,2	22,4	18,6	15,7	4,6	1,5
Manitoba	66,9	64,4	51,6	43,0	9,9	17,1	5,4	4,3
Saskatchewan	69,4	63,0	52,8	46,3	11,1	12,9	5,5	3,8
Alberta	68,4	54,2	45,0	33,0	17,6	17,4	5,8	3,8
Colombie-Britannique	70,3	40,7	38,8	22,2	26,7	16,6	4,8	1,9
Yukon	113,7	88,0	88,0	44,0	22,5	44,0	3,2	0,0
Territoires du Nord-Ouest	130,4	136,7	114,6	104,5	13,7	22,6	2,1	9,6

Source des données : Statistique Canada (référence 7), Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil

<sup>†</sup> Somme des taux de natalité, d'avortement thérapeutique et d'avortement spontané/de mortinatalité

<sup>‡</sup> N'inclut pas les avortements pratiqués par les cliniques spécialisées.

Le taux de natalité, qui se fonde sur des données plus complètes que le taux de grossesse, permet de faire des comparaisons interprovinciales plus fiables. Depuis 1974, le taux de natalité chez les adolescentes a baissé considérablement dans chaque province et territoire, sauf au Québec, où il a augmenté légèrement. Néanmoins, le taux de natalité chez les adolescentes enregistré au Québec demeure le plus faible du pays (17 pour 1 000 en 1994). C'est dans les Territoires du Nord-Ouest que le taux de natalité chez les adolescentes est le plus élevé, soit 105 pour 1 000. Il est également élevé au Yukon, en Saskatchewan et au Manitoba (plus de 40 naissances pour 1 000 adolescentes).

### Mot de la fin

La tendance à la baisse du taux de grossesse chez les adolescentes qui avait débuté en 1974 s'est inversée au Canada après 1987. Depuis, le taux augmente, mais une proportion croissante des grossesses se termine par un avortement. De plus, selon des données récentes, non seulement le taux d'avortement chez les adolescentes augmente, mais aussi celui des avortements répétés<sup>15</sup>.

Pour limiter le nombre de grossesses chez les adolescentes, les services de santé publique de certaines juridictions se sont efforcés de faire face au problème de l'activité sexuelle précoce et de mettre en place des mesures de prévention de la grossesse chez les adolescentes ayant des rapports sexuels. Selon l'expérience des Pays-Bas (pays qui a un des taux de grossesse chez les adolescentes les plus faibles), les stratégies qui permettent de faire baisser le nombre de grossesses chez les adolescentes incluent l'éducation sexuelle, la discussion ouverte de la sexualité humaine dans les médias de masse, l'accès aisé aux méthodes contraceptives, des programmes d'éducation et la participation active aussi bien des parents que des adolescentes à ces programmes<sup>16</sup>.

Au Canada, les services de planification familiale et d'éducation sexuelle aux adolescentes sont également devenus plus accessibles par le truchement des médias de masse, des cliniques d'accueil et des organismes qui se consacrent aux

### Comparaisons entre pays

En 1988, année la plus récente pour laquelle on dispose de chiffres comparables à l'échelle internationale, le taux de grossesse chez les femmes au Canada<sup>b</sup> s'élevait à 40 grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Ce taux est plus élevé que celui observé en Suède, en Finlande, au Danemark, aux Pays-Bas et au Japon, mais inférieur à celui enregistré aux États-Unis, en Tchécoslovaquie, en Hongrie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre et au pays de Galles, ainsi qu'en Islande<sup>17</sup>.

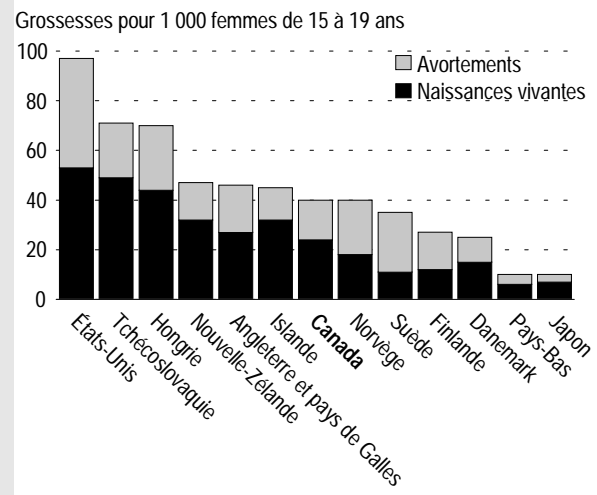
Le taux de grossesse chez les adolescentes est le même au Canada qu'en Norvège, mais les issues de la grossesse diffèrent : une plus forte proportion de grossesses d'adolescentes se sont terminées par un avortement en Norvège qu'au Canada. Les avortements chez les adolescentes excèdent aussi les naissances en Suède et en Finlande. Cependant, de tous les pays étudiés, c'est aux États-Unis que le taux d'avortement chez les adolescentes est le plus élevé, soit 44 avortements thérapeutiques pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

En 1988, le taux de natalité chez les adolescentes au Canada (24 naissances vivantes pour 1 000) était nettement inférieur à celui enregistré aux États-Unis (53 pour 1 000), en Tchécoslovaquie (49 pour 1 000) et en Hongrie (44 pour 1 000). Par ailleurs, le taux était plus faible en Norvège, en Finlande, au Danemark, aux Pays-Bas et au Japon qu'au Canada<sup>14</sup>.

Certaines données récentes pour les États-Unis indiquent que le taux de grossesse, de natalité et d'avortement chez les adolescentes diminue régulièrement depuis le début des années 1990. Par contre, ce taux a augmenté considérablement au Canada durant la même période<sup>18,19</sup>.

<sup>b</sup> Contrairement au taux de grossesse chez les adolescentes mentionné dans le présent article, le taux de grossesse dans les divers pays présentés ici n'inclue ni les mortinaissances ni les avortements spontanés.

### Taux de grossesse chez les adolescentes,<sup>†</sup> selon l'issue, certains pays, 1988



Source : Référence 17

<sup>†</sup> Le taux de grossesse n'inclue ni les avortements spontanés ni les mortinaissances.



jeunes. De plus, en réaction à l'épidémie de sida, on a intensifié la sensibilisation aux risques que pose la sexualité humaine, de même que la communication à ce sujet. Toutefois, la hausse du taux de grossesse chez les adolescentes, malgré l'accès à des services de planification familiale et à toute une gamme de méthodes contraceptives, laisse supposer que les adolescentes n'ont pas profité pleinement de l'amélioration de ces services.

Les enquêtes nationales et provinciales sur la santé et le comportement sexuel des adolescentes semblent en effet confirmer cette hypothèse. Selon l'Étude sur les jeunes canadiens face au sida<sup>20</sup> effectuée en 1987 auprès de 38 000 élèves de septième, neuvième et onzième années et étudiants de première année collégiale ou universitaire, on a constaté que, en neuvième année, 31 % des garçons et 21 % des filles avaient eu des rapports sexuels et, en onzième, les chiffres étaient de 49 % et 46 % respectivement.

Les résultats d'une enquête effectuée en 1992 en Colombie-Britannique auprès de 15 549 élèves allant de la septième à la douzième années sont similaires<sup>21</sup>. Dans l'ensemble, environ 33 % des garçons et 28 % des filles avaient eu des rapports sexuels au moins une fois. Parmi les élèves de douzième année, 55 % des garçons et 52 % des filles ont dit avoir de tels rapports.

L'attitude des adolescents et adolescentes à l'égard des méthodes contraceptives est fort préoccupante<sup>17, 22, 23</sup>. Le quart environ des élèves ayant des rapports sexuels qui ont participé à l'enquête en Colombie-Britannique ont dit n'utiliser aucune forme de contraception. Il n'est donc pas étonnant que 10 % des garçons ayant des rapports sexuels avaient causé au moins une grossesse et que 11 % des filles sexuellement actives avaient été enceintes au moins une fois.

Dans une certaine mesure, l'écart entre le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada et les taux, beaucoup plus bas d'autres pays, peut exprimer des différences dans l'accessibilité aux programmes éducatifs et dans les mesures adoptées par les adolescentes pour protéger leur santé.

## Références

1. J.J. Jacono, B.J. Jacono, M. St.Onge, et al., «Teenage pregnancy : A reconsideration», *Canadian Journal of Public Health*, 83(3), 1992, p. 196-199.
2. W.J. Millar, J. Strachan et S.Wadhera, «Tendances relatives au faible poids à la naissance au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, 28, 1993, p. 26-28, (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).
3. Statistique Canada, *Naissances et décès, 1991 à 1994*, n° 84-210 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie.
4. Statistique Canada, *Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité au Canada, 1921 à 1990*, n° 82-553 au catalogue, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1993.
5. Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, annuel*, n° 82-211 au catalogue pour les années 1974 à 1986, n° 82-00359 au catalogue pour les années 1987 à 1990 et n° 82-219 au catalogue pour les années 1991 à 1994.
6. Statistique Canada, *La morbidité hospitalière, 1991 à 1992*, n° 82-216 au catalogue, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
7. S. Wadhera et W.J. Millar, *Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, 1974 à 1993*, (Statistique Canada, n° 82-568-XPB au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1996.
8. Committee on the Operation of the Abortion Law, *Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1977.
9. P.G. Whittaker, A. Taylor et T. Lind, «Unsuspected pregnancy loss in healthy women», *Lancet*, 21 mai 1983, p. 1126-1127.
10. Organisation mondiale de la santé, *Spontaneous and induced abortion, série des rapports techniques*, n° 461, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1970.
11. C.R. Hamerslough, «Estimating the probability of spontaneous abortion in the presence of induced abortion and vice versa», *Public Health Reports*, 107(3), 1992, p. 269-277.
12. S. Wadhera et J. Strachan, «La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975 à 1989», *Rapports sur la santé*, 3(4), 1991, p. 327-346, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. R.L. Goldenberg et L.V. Klerman, «Adolescent pregnancy - Another look», *New England Journal of Medicine*, 332(17), 1995, p. 1161.
14. Organisation mondiale sur la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et de causes de décès, 9<sup>e</sup> révision*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
15. W.J. Millar, S. Wadhera et S. Henshaw, «Repeat abortions in Canada, 1975-1993», *Family Planning Perspectives*, 29(1), 1997, p. 20-24.
16. E. Ketting et A.P. Visser, «Contraception in the Netherlands : The Low abortion rate explained», *Patient Education and Counseling*, 23(3), 1994, 161-171.
17. Institut Alan Guttmacher, *Sex and America's Teenagers*, New York, Institut Alan Guttmacher, 1994.

18. S.J.Ventura, S.C. Clarke et M.S. Matthews, «Recent declines in teenage birth rates in the United States : variations by state, 1990-1994», *Monthly Vital Statistics Report*, 45(5), 1996, p. 1-16.
19. S.K. Henshaw, *U.S. Teenage Pregnancy Statistics, 1972-1993*, New York, Institut Alan Guttmacher, 1996.
20. A.J.C. King, R. Beazley, W.K. Warren et al., *Canada Youth and AIDS Study*, Ottawa, Santé Canada, Federal Centre for AIDS, 1988.
21. L. Peters et A. Murphy, *Adolescent Health Survey : Province of British Columbia*, Burnaby, Colombie-Britannique, The McCreary Centre Society, 1993.
22. M.S. Jay, C.E. Bridges, A.A. Gottlieb et al., «Adolescent contraception : An overview», *Adolescent and Pediatric Gynecology*, 1, 1983, p. 83-95.
23. A.M. Spitz, P. Velebil, L.M. Koonin et al., «Pregnancy, abortion and birth rates among US adolescents —1980, 1985, and 1990», *Journal of the American Medical Association*, 275(3), 1996, p. 989-994.

## Annexe

Tableau A

Issue de la grossesse chez les adolescentes, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada, 1974 à 1994

	Total			Total				Total			Total		
	15-19	15-17	18-19	15-19	15-17	18-19		15-19	15-17	18-19	15-19	15-17	18-19
	Nombre			Pour 1 000 femmes				Nombre			Pour 1 000 femmes		
<b>Toutes les grossesses</b>							<b>Avortements</b>						
1974	61 242	23 180	38 062	53,7	33,8	83,7	1974	15 805	7 937	7 868	13,9	11,6	17,3
1975	61 964	23 899	38 065	53,6	34,3	82,9	1975	16 173	8 135	8 038	14,0	11,7	17,5
1976	61 267	23 467	37 800	52,2	33,1	81,4	1976	17 315	8 551	8 764	14,7	12,0	18,9
1977	59 923	22 985	36 938	50,6	32,2	78,5	1977	17 735	8 684	9 051	15,0	12,2	19,2
1978	59 210	22 417	36 793	49,6	31,4	76,8	1978	19 681	9 228	10 453	16,5	12,9	21,8
1979	57 423	21 629	35 794	48,0	30,6	73,4	1979	20 488	9 661	10 827	17,1	13,7	22,2
1980	56 784	21 374	35 410	47,7	30,5	72,6	1980	20 765	9 650	11 115	17,5	13,8	22,8
1981	53 782	19 865	33 917	46,2	29,4	69,6	1981	19 739	8 954	10 785	17,0	13,3	22,1
1982	52 163	18 874	33 289	46,4	29,6	68,5	1982	19 536	8 463	11 073	17,4	13,3	22,8
1983	46 190	16 251	29 939	43,1	27,2	63,1	1983	16 718	7 150	9 568	15,6	11,9	20,2
1984	43 233	15 553	27 680	42,2	27,0	61,8	1984	15 883	6 887	8 996	15,5	12,0	20,1
1985	40 892	15 020	25 872	41,5	26,3	62,3	1985	15 183	6 658	8 525	15,4	11,7	20,5
1986	40 000	14 813	25 187	41,2	25,8	63,7	1986	15 133	6 636	8 497	15,6	11,5	21,5
1987	39 340	14 449	24 891	41,1	25,3	64,3	1987	14 998	6 411	8 587	15,7	11,2	22,2
1988	39 636	14 368	25 268	41,6	25,7	64,4	1988	15 277	6 361	8 916	16,0	11,4	22,7
1989	42 133	14 744	27 389	44,4	26,9	68,3	1989	16 201	6 446	9 755	17,1	11,8	24,3
1990	44 750	16 354	28 396	47,3	29,6	72,1	1990	18 274	7 635	10 639	19,3	13,8	27,0
1991	44 745	16 725	28 020	47,6	29,8	73,8	1991	18 214	7 722	10 492	19,4	13,8	27,6
1992	45 323	17 154	28 169	48,1	30,2	74,9	1992	19 190	8 153	11 037	20,3	14,4	29,4
1993	45 412	16 986	28 426	47,8	29,9	74,4	1993	19 989	8 249	11 740	21,1	14,5	30,7
1994	46 753	17 153	29 600	48,8	30,2	76,2	1994	21 026	8 486	12 540	22,0	14,9	32,3
<b>Naissances vivantes</b>							<b>Avortements spontanés/mortinaissances</b>						
1974	40 623	13 513	27 110	35,6	19,7	59,6	1974	4 814	1 730	3 084	4,2	2,5	6,8
1975	41 074	13 999	27 075	35,5	20,1	58,9	1975	4 717	1 765	2 952	4,1	2,5	6,4
1976	39 612	13 323	26 289	33,7	18,8	56,6	1976	4 340	1 593	2 747	3,7	2,2	5,9
1977	38 048	12 805	25 243	32,1	17,9	53,7	1977	4 140	1 496	2 644	3,5	2,1	5,6
1978	35 630	11 756	23 874	29,9	16,5	49,8	1978	3 899	1 433	2 466	3,3	2,0	5,1
1979	33 324	10 643	22 681	27,9	15,0	46,5	1979	3 611	1 325	2 286	3,0	1,9	4,7
1980	32 596	10 546	22 050	27,4	15,0	45,2	1980	3 423	1 178	2 245	2,9	1,7	4,6
1981	30 745	9 760	20 985	26,4	14,4	43,1	1981	3 298	1 151	2 147	2,8	1,7	4,4
1982	29 708	9 414	20 294	26,5	14,8	41,7	1982	2 919	997	1 922	2,6	1,5	4,0
1983	26 747	8 186	18 561	24,9	13,7	39,2	1983	2 725	915	1 810	2,5	1,5	3,8
1984	24 802	7 759	17 043	24,2	13,5	38,1	1984	2 548	907	1 641	2,5	1,6	3,7
1985	23 263	7 493	15 770	23,6	13,1	37,9	1985	2 446	869	1 577	2,5	1,5	3,8
1986	22 498	7 317	15 181	23,2	12,7	38,4	1986	2 369	860	1 509	2,4	1,5	3,8
1987	21 956	7 152	14 808	22,9	12,5	38,2	1987	2 386	886	1 500	2,5	1,6	3,9
1988	22 019	7 151	14 868	23,1	12,8	37,9	1988	2 340	856	1 484	2,5	1,5	3,8
1989	23 427	7 362	16 065	24,7	13,4	40,1	1989	2 505	936	1 569	2,6	1,7	3,9
1990	24 083	7 807	16 276	25,4	14,1	41,3	1990	2 393	912	1 481	2,5	1,7	3,8
1991	24 180	8 064	16 116	25,7	14,4	42,4	1991	2 351	939	1 412	2,5	1,7	3,7
1992	23 985	8 202	15 783	25,4	14,5	42,0	1992	2 148	799	1 349	2,3	1,4	3,6
1993	23 437	7 975	15 462	24,7	14,1	40,4	1993	1 986	762	1 224	2,1	1,3	3,2
1994	23 728	7 904	15 824	24,8	13,9	40,7	1994	1 999	763	1 236	2,1	1,3	3,2

Source des données : Statistique Canada (référence 7), Division des statistiques sur la santé et Base canadienne de données sur l'état civil.

# État matrimonial et avortement

Surinder Wadhra et Wayne J. Millar

## Résumé

### Objectifs

Le présent article étudie l'état matrimonial des femmes qui ont subi un avortement entre 1974 et 1994, en portant une attention particulière à celles qui étaient mariées ou vivaient en union de fait.

### Source des données

Les données proviennent des publications de Statistique Canada sur l'avortement, du fichier de données sur la morbidité hospitalière et de rapports en provenance des États-Unis.

### Techniques d'analyse

Le taux brut d'avortement et le taux corrigé selon l'âge de 1974 à 1994 ont été calculés selon l'état matrimonial.

### Résultats principaux

Bien qu'on ait observé le taux d'avortement le plus élevé chez les célibataires, les femmes mariées (incluant les femmes séparées et celles vivant en union de fait) ont représenté plus du quart de tous les avortements pratiqués en 1994. Depuis 1974, le taux d'avortement corrigé selon l'âge chez les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans a presque doublé, passant de 6,6 à 11,2 pour 1 000. Pour la plupart de ces femmes, il s'agissait d'un premier avortement, et la majorité d'entre elles avaient mené au moins une grossesse à terme.

### Mots-clés

Interruption de la grossesse, union de fait.

### Auteurs

Surinder Wadhra (613) 951-3415 et Wayne J. Millar (613) 951-1631 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

**A**u Canada, comme dans la plupart des pays industrialisés, les patientes qui subissent un avortement sont généralement célibataires. Toutefois, une proportion importante des femmes qui subissent un avortement sont mariées. De plus, au cours des deux dernières décennies, le taux d'avortement chez ce groupe a augmenté<sup>1,2</sup>.

Comme les avortements sont pratiqués principalement sur des femmes célibataires, l'on a peu écrit sur les femmes mariées qui subissent un avortement. Le présent article décrit les tendances relatives aux avortements thérapeutiques selon l'état matrimonial, de 1974 à 1994, en portant une attention particulière aux femmes mariées (voir *Méthodologie* et *Définitions*). On examine certaines caractéristiques démographiques et médicales des femmes et les données pour le Canada sont comparées à celles d'autres pays industrialisés.

## Méthodologie

### Source des données

La présente analyse s'appuie sur des rapports<sup>3-5</sup> et des données sur l'avortement provenant de Statistique Canada. Le Bureau a commencé la collecte des statistiques sur les avortements thérapeutiques en 1970 afin de suivre les effets des modifications qui ont été apportées en 1969 au Code criminel du Canada, modifications qui autorisent les avortements thérapeutiques dans des circonstances précises. Jusqu'en janvier 1988, date à laquelle la Cour suprême a annulé la loi de 1969 sur l'avortement, les hôpitaux ont été tenus de déclarer les avortements qui y étaient pratiqués. Par la suite, certains hôpitaux ont cessé de communiquer à Statistique Canada les renseignements concernant les caractéristiques démographiques et médicales des femmes subissant un avortement.

Avant la décision rendue en janvier 1988 par la Cour suprême, les cliniques d'avortement n'existaient qu'au Québec. À la fin de 1994, on recensait des cliniques d'avortement dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan et dans les deux territoires. Bien que le nombre d'avortements pratiqués dans les cliniques ait augmenté rapidement, on a recueilli très peu de données démographiques et médicales sur les femmes qui vont dans ces cliniques.

De 1974 à 1994, au total 1 580 591 avortements ont été déclarés. De ce nombre, 84,8 % ont été pratiqués dans des hôpitaux, 12,0 % dans les cliniques et le reste, soit 3,2 %, font référence à des avortements obtenus par des Canadiennes aux États-Unis.

### Techniques d'analyse

Pour la période à l'étude, soit de 1974 à 1994, nous ne possédons pas de données démographiques et médicales complètes sur les femmes qui ont subi un avortement dans les cliniques au Canada ni dans quelque établissement que ce soit aux États-Unis, ainsi que pour environ 65 000 femmes qui ont subi un avortement dans un hôpital au Canada. Nos données sur l'avortement ne sont donc complètes que pour 95 % des femmes qui ont subi un avortement durant cette période.

Nous possédons toutefois des données sur l'état matrimonial des femmes qui ont subi un avortement dans les cliniques et les hôpitaux de l'Ontario et de l'Alberta, en 1993 et 1994. Selon ces données, les caractéristiques démographiques des femmes qui ont eu un avortement dans une clinique étaient généralement similaires à celles des femmes dont l'avortement a été pratiqué dans un hôpital. Par conséquent, pour estimer le nombre total et le taux d'avortement, nous avons établi les données sur l'état matrimonial et l'âge des femmes ayant subi un avortement dans une clinique et aux États-Unis à partir des distributions basées sur les dossiers d'hospitalisation.

Nous n'avons pas ajusté des valeurs inconnues pour estimer des caractéristiques personnelles (par exemple, avortements antérieurs, accouchements antérieurs, gestation) concernant un état matrimonial

donné. Par ailleurs, ces données ne sont fournies que pour les avortements pratiqués dans les hôpitaux.

Le taux d'avortement total est basé sur les estimations démographiques révisées, lesquelles tiennent compte du sous-dénombrement du recensement et des résidents non permanents<sup>6</sup>. Pour ventiler ces estimations démographiques en fonction de l'âge et de l'état matrimonial, on a inclus les personnes séparées et celles en union de fait dans la catégorie « mariées ». Le taux d'avortement selon l'état matrimonial a aussi été calculé en utilisant les mêmes groupements, ce qui explique que le taux d'avortement chez les femmes séparées ou en union de fait ne soit pas disponible. Nous avons toutefois utilisé les données des hôpitaux, qui contiennent davantage d'information sur l'état matrimonial, pour déterminer les proportions de femmes séparées ou qui vivent en union de fait parmi celles ayant obtenu un avortement.

Les données sur les accouchements antérieurs, les avortements antérieurs et la gestation sont basées sur l'ensemble des avortements pratiqués entre 1974 et 1994.

Enfin, les caractéristiques démographiques des femmes sont celles qui existent au moment de l'avortement.

### Limites

Les régies d'assurance-maladie des provinces et des territoires remboursent les médecins qui pratiquent des avortements. Le nombre d'avortements déclarés par les hôpitaux et les cliniques est donc presque complet, bien qu'il soit possible qu'un petit nombre d'avortements, payés par les patientes elles-mêmes, ne soient pas déclarés.

Aux États-Unis la déclaration des avortements se fait sur une base volontaire. Comme le nombre d'avortements déclarés fluctue peu d'une année à l'autre, on suppose que les chiffres sont complets.

On a exclu environ 261 000 cas traités dans des hôpitaux et portant le code « avortement sans précision » - y compris 295 cas qualifiés d'avortements provoqués illégaux<sup>7</sup>. Dans la majorité des cas, il s'agit d'avortements spontanés (fausses couches).

Il est possible que le nombre de femmes ayant subi un avortement soit légèrement sous-estimé, car certains des avortements « sans précision » déclarés par les hôpitaux ont pu être provoqués et les données de certaines cliniques d'avortement ne font pas partie du calcul. Par ailleurs, le nombre de femmes ayant déjà subi un avortement sera sous-estimée dans la mesure où ces femmes auront omis de déclarer tout avortement antérieur à leur médecin.

Enfin, l'analyse est restreinte, en ce qu'elle porte uniquement sur les tendances relatives au nombre et au taux d'avortement. Les sources administratives d'où proviennent les données ne contiennent aucune information sur les facteurs qui ont pu influencer les femmes dans leur décision d'interrompre leur grossesse. De même, ces sources ne fournissent aucune information sur les méthodes de contraception utilisées par les femmes qui obtiennent un avortement.

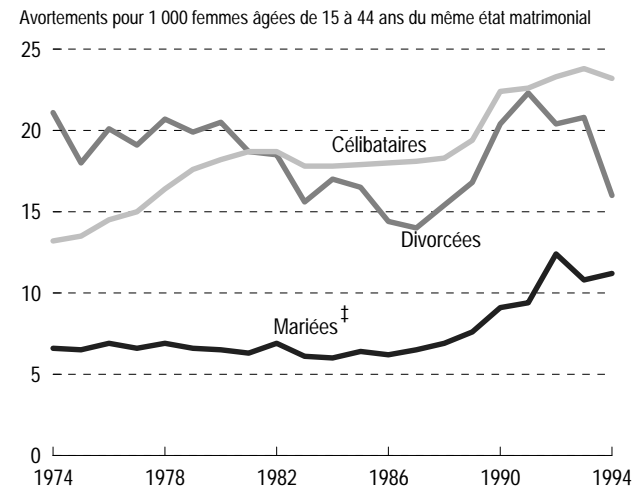
## Le taux chez les femmes mariées a presque doublé

Comme on pouvait s'y attendre, les femmes qui ont subi un avortement au cours des deux dernières décennies étaient en majorité des célibataires. Les données des hôpitaux indiquent toutefois qu'environ une femme sur quatre qui ont subi un avortement en 1994 était mariée ou vivait en union de fait (tableau 1).

Le Canada n'est pas le seul dans ce cas. En Norvège (1993) et en France (1988), par exemple, près de 40 % des avortements ont été pratiqués sur des femmes mariées ou qui vivent en union de fait; aux Pays-Bas (1992) et en Nouvelle-Zélande (1994), la proportion a été de près du tiers (tableau 2).

Au Canada, le pourcentage des avortements pratiqués chez les femmes mariées a diminué de 1974 à 1994. Cette baisse reflète dans une certaine mesure la diminution du pourcentage des femmes de 15 à 44 ans qui sont mariées. Cependant, après correction pour tenir compte de ce changement dans la

Graphique 1  
Taux corrigé d'avortement par âge<sup>†</sup>, selon l'état matrimonial de la femme, Canada, 1974 à 1994



Source des données : Division des statistiques sur la santé

Nota : Avortements pratiqués dans des hôpitaux et des cliniques au Canada et avortements pratiqués sur des Canadiennes aux États-Unis.

† Taux corrigé en fonction de la population des femmes âgées de 15 à 44 ans au 1<sup>er</sup> juillet 1991.

‡ Inclut les femmes séparées et celles vivant en union de fait.

Tableau 1  
Répartition en pourcentage de l'état matrimonial des femmes ayant subi un avortement, Canada, 1974 à 1994

Année	Avortements	État matrimonial						
		Total	Mariées	Union de fait	Séparées	Célibataires	Divorcées	Veuves
	Nombre <sup>†</sup>							
					%			
1974	41 227	100,0	31,3	0,9	6,1	58,2	2,9	0,6
1975	49 033	100,0	31,4	0,9	5,9	58,3	3,0	0,5
1976	54 097	100,0	30,7	1,1	6,1	58,4	3,2	0,5
1977	57 131	100,0	29,0	1,1	5,9	60,2	3,3	0,5
1978	61 806	100,0	27,3	1,1	6,3	61,4	3,4	0,5
1979	64 569	100,0	24,7	1,3	6,0	64,1	3,5	0,4
1980	65 243	100,0	23,8	1,3	5,9	65,2	3,4	0,4
1981	64 554	100,0	23,0	1,6	5,8	65,8	3,4	0,4
1982	65 812	100,0	23,0	2,0	5,9	65,3	3,4	0,4
1983	61 326	100,0	22,4	2,0	5,6	66,1	3,5	0,4
1984	61 822	100,0	22,0	1,9	5,6	66,6	3,5	0,4
1985	60 518	100,0	21,8	2,3	5,4	66,9	3,3	0,3
1986	62 406	100,0	21,4	2,5	5,1	67,5	3,1	0,4
1987	61 635	100,0	21,8	2,7	4,9	67,3	3,0	0,3
1988	60 653	100,0	22,2	2,6	4,6	67,2	3,1	0,3
1989	65 414	100,0	23,0	3,0	4,2	66,5	3,1	0,3
1990	66 384	100,0	23,1	3,4	4,3	65,9	3,1	0,2
1991	65 384	100,0	23,0	3,7	4,3	65,4	3,2	0,3
1992	59 694	100,0	23,1	4,2	4,5	64,6	3,3	0,3
1993	54 444	100,0	23,0	4,1	4,1	65,6	2,9	0,3
1994	55 949	100,0	22,2	4,5	3,5	66,9	2,7	0,3

Source des données : Division des statistiques sur la santé

Nota : Estimations basées sur les avortements pratiqués uniquement dans les hôpitaux. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux.

† Inclut état matrimonial inconnu.

Tableau 2  
Répartition en pourcentage de l'état matrimonial des femmes ayant subi un avortement, certains pays et années

Pays (année)	État matrimonial						
	Total	Mariées	Union de fait	Séparées	Célibataires	Divorcées	Veuves
	%						
Canada (1994)	100,0	22,2	4,5	3,5	66,9	2,7	0,3
Angleterre et pays de Galles (1994)	100,0	23,0	..	3,9	68,0	4,9	0,3
France (1988)	100,0	38,4	..	2,3	52,3	6,3	0,7
Pays-Bas† (1992)	100,0	32,6	..	1,8	57,4	8,2†	..
Nouvelle-Zélande (1994)	100,0	19,3	9,7	8,7	59,3	2,6	0,4
Norvège (1993)	100,0	22,7	16,5	..	54,8	6,0§	..
États-Unis (1992)	100,0	16,8	..	..	83,2††	..	..

Source des données : Alan Guttmacher Institute et Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

† 15,8 % sont célibataires et vivent avec un partenaire, 1,8 % sont veuves ou divorcées et vivent avec un partenaire.

‡ Inclut les veuves.

§ Déjà mariées; on ne sait pas avec certitude si les femmes séparées sont incluses.

†† Inclut les femmes séparées, divorcées ou veuves.

.. Nombres non disponibles

### Définitions

Dans la présente analyse, le terme *avortement* fait référence à un avortement thérapeutique, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse pratiquée par un médecin qualifié, dans un hôpital ou une clinique du Canada, pour éviter de mettre en danger la santé de la femme. Les avortements légaux pratiqués sur des Canadiennes aux États-Unis sont également inclus.

Le *taux d'avortement selon l'état matrimonial* correspond au nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans d'un état matrimonial donné.

Le *taux d'avortement par âge et état matrimonial* correspond au nombre d'avortements pour 1 000 femmes d'un âge et d'un état matrimonial donnés.

La *période de gestation* désigne l'intervalle (en semaines) entre le premier jour des menstruations normales et la date de l'avortement. Lorsque la date des dernières menstruations normales est inconnue, le médecin traitant estime la durée de gestation.

distribution selon l'état matrimonial, on obtient un taux d'avortement corrigé selon l'âge qui a presque doublé chez les femmes mariées (graphique 1). (Le taux brut d'avortement et les taux corrigés selon l'âge et l'état matrimonial, sont indiqués en annexe, tableaux A et B.)

En 1994, le taux d'avortement chez les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans a été de 11,2 pour 1 000, ce qui était très inférieur au taux enregistré pour les femmes célibataires (23,2), mais les deux taux ont depuis monté en flèche. Durant cette même période, le taux fluctuait parmi les divorcées.

### Fortes hausses observées chez les jeunes femmes

La hausse du taux d'avortement a été particulièrement marquée chez les jeunes femmes.

Tableau 3  
Taux d'avortement chez les femmes mariées, célibataires ou divorcées, selon le groupe d'âge, Canada, certaines années, 1974 à 1994

	Âge au moment de l'avortement					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
	Pour 1 000 femmes du même état matrimonial					
<b>Mariées†</b>						
1974	9,2	8,5	7,5	6,5	5,3	2,7
1979	9,5	9,2	8,3	6,4	4,3	2,2
1984	9,4	8,4	7,1	5,8	4,1	1,6
1989	14,6	11,3	8,2	6,5	4,5	1,6
1993	18,1	18,3	11,9	9,4	6,3	2,3
1994	18,3	20,4	12,5	9,0	6,4	2,5
<b>Célibataires</b>						
1974	14,3	21,4	21,1	13,1	6,1	2,1
1979	17,7	27,5	27,7	19,4	9,5	2,0
1984	15,9	25,8	26,7	20,5	12,1	3,8
1989	17,6	28,6	28,0	21,2	14,9	4,1
1993	20,6	34,8	34,5	27,2	16,6	6,2
1994	22,0	34,9	33,9	27,8	18,2	5,8
<b>Divorcées</b>						
1974	34,4	35,3	25,6	16,8	12,3	4,7
1979	19,7	42,5	27,4	17,0	10,1	3,5
1984	23,0	36,8	21,2	13,1	7,3	2,8
1989	25,4	34,3	24,5	12,8	6,7	2,4
1993	23,7	38,7	23,0	14,6	7,7	2,2
1994	23,8	31,6	21,7	13,1	7,2	1,9

Source des données : Division des statistiques sur la santé

Nota : Avortements pratiqués dans des hôpitaux et des cliniques au Canada et avortements pratiqués sur des Canadiennes aux États-Unis.

† Inclut les femmes séparées et vivant en union de fait.



Ainsi, bien que peu de femmes âgées de 15 à 19 ans soient mariées, le taux d'avortement dans ce groupe a plus que doublé depuis 1974 et, en 1994, il était presque aussi élevé que celui des célibataires (tableau 3).

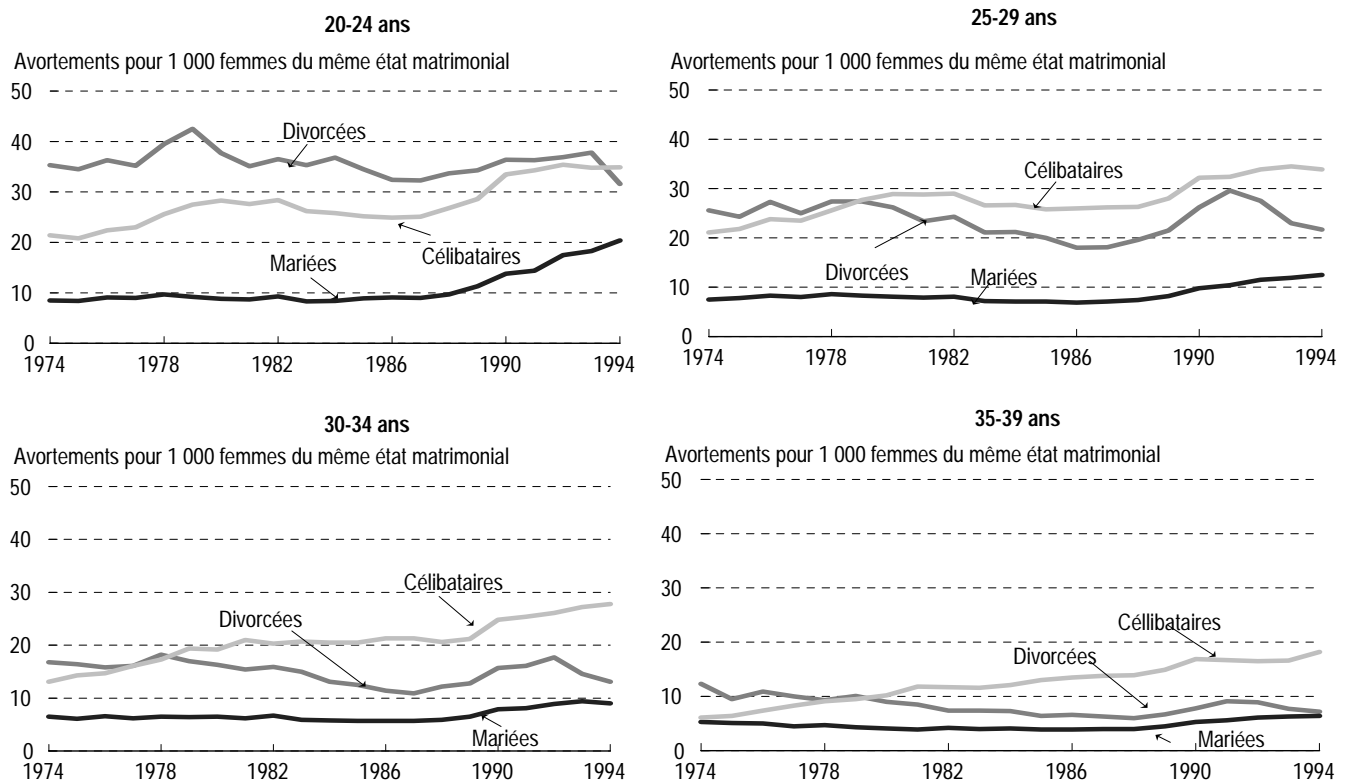
L'augmentation du taux d'avortement chez les jeunes femmes mariées s'explique en partie par le fait qu'on inclut dans le groupe des femmes mariées, celles qui vivent en union de fait. Au cours des dernières années, le nombre de couples en union de fait a augmenté sensiblement en particulier parmi les plus jeunes. Or, la cohabitation pré-nuptiale comporte un élément transitoire et est associée à un risque plus élevé de dissolution du premier mariage<sup>8-11</sup>. La perspective d'une naissance dans une relation instable pourrait être un facteur qui intervient dans la décision de mettre un terme à la grossesse.

On a observé un accroissement encore plus marqué du taux d'avortement chez les femmes mariées de 20 à 24 ans. Malgré cette hausse, le taux demeure bien inférieur à celui des femmes célibataires du même groupe d'âge (graphique 2). Même chez les femmes mariées de 25 à 29 ans, le taux d'avortement a augmenté considérablement, bien qu'il n'ait été que du tiers environ du taux constaté chez les femmes célibataires. À un âge plus avancé, le taux d'avortement chez les femmes mariées a été beaucoup plus faible et la hausse depuis 1974 a été relativement modeste.

### Antécédents en matière de reproduction

Une proportion importante de femmes ayant subi un avortement a déjà eu une telle intervention. Sur l'ensemble de la période de 1974 à 1994, le

Graphique 2  
Taux d'avortement, selon l'état matrimonial† et le groupe d'âge, Canada, 1974 à 1994



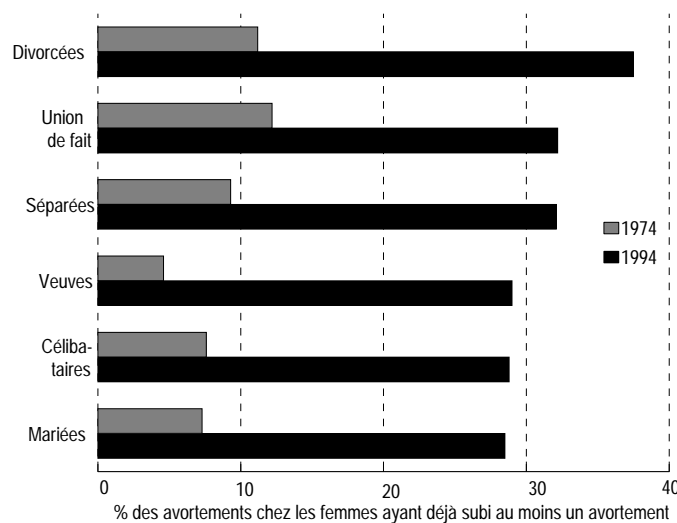
Source des données : Division des statistiques sur la santé  
† La catégorie «mariées» inclut les femmes séparées et celles vivant en union de fait.



pourcentage des femmes mariées qui avaient déjà subi un avortement a été presque identique au taux observé chez les célibataires (20 % et 19 %), mais ces taux ont été inférieurs au pourcentage pour les femmes divorcées (26 %). Précisons toutefois que la catégorie des femmes mariées incluent les femmes séparées et celles vivant en union de fait. Les données des hôpitaux, qui fournissent une ventilation plus détaillée selon l'état matrimonial, indiquent qu'une proportion relativement élevée (32 % en 1994) de femmes séparées ou vivant en union de fait qui subissent un avortement ont déjà eu une telle intervention (graphique 3).

Presque 80 % des femmes mariées qui ont subi un avortement entre 1974 et 1994 avaient accouché au moins une fois. Cette constatation vaut également pour les femmes (tableau 4) divorcées et veuves. Au contraire, la majorité des femmes célibataires qui ont subi un avortement n'avait jamais accouché. Ces pourcentages reflètent bien sûr les répartitions par âge des divers groupes, la plupart des femmes célibataires étant relativement jeunes.

Graphique 3  
Pourcentage des avortements chez les femmes ayant déjà subi au moins un avortement, selon l'état matrimonial de la femme, Canada, 1974 à 1994



Source des données : Division des statistiques sur la santé  
Nota : Estimations basées sur les avortements pratiqués uniquement dans les hôpitaux.

Les femmes mariées ont été proportionnellement un peu moins nombreuses que les femmes célibataires à subir un avortement après le premier trimestre de grossesse. Seulement 10 % des femmes mariées qui ont subi un avortement se sont fait avorter après 12 semaines de grossesse, comparativement à 14 % des femmes célibataires.

Tableau 4  
Répartition en pourcentage des avortements des femmes pratiqués de 1974 à 1994, selon certaines caractéristiques, Canada

	État matrimonial				
	Total	Mariées†	Célibataires	Divorcées	Veuves
	Nombre				
<b>Total d'avortements en milieu hospitalier</b>	1 250 152	397 162	808 212	40 222	4 556
	%				
<b>Âge de la patiente</b>					
15+	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
15-19‡	25,1	3,2	37,2	0,5	1,0
20-24	31,3	20,9	37,5	12,7	11,8
25-29	21,1	29,9	16,2	31,4	25,4
30-34	13,1	24,9	6,4	30,8	26,8
35-39	7,0	15,3	2,3	18,8	21,6
40+	2,4	5,7	0,5	5,8	13,3
<b>Accouchements antérieurs</b>					
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0	57,1	20,4	77,2	21,2	16,0
1	17,7	24,8	13,4	33,4	26,3
2	14,6	33,7	4,4	28,5	31,4
≥3	7,5	18,5	1,7	14,7	23,9
Inconnu	3,0	2,6	3,3	2,3	2,4
<b>Avortements antérieurs</b>					
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0	77,2	76,7	77,8	71,0	79,3
1	15,3	15,2	15,2	19,6	13,6
≥2	3,9	4,5	3,5	6,4	4,1
Inconnu	3,5	3,5	3,6	3,0	2,9
<b>Gestation (semaines)</b>					
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 13	86,8	89,0	85,5	89,4	86,8
13-20	12,3	9,7	13,6	10,0	12,5
21+	0,3	0,5	0,2	0,1	0,2
Inconnu	0,7	0,8	0,7	0,5	0,5

Source des données : Division des statistiques sur la santé  
Nota : Estimations basées sur les avortements pratiqués uniquement dans les hôpitaux. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux.  
† Inclut les femmes séparées et celles vivant en union de fait.  
‡ Inclut les filles de moins de 15 ans.

### Facteurs économiques et facteurs liés au mode de vie

D'autres rapports montrent que, quelque soit l'état matrimonial de la femme, des facteurs économiques pourraient jouer un rôle important dans la décision d'interrompre une grossesse. Une étude menée en Australie, a ainsi révélé qu'une majorité de femmes ayant subi un avortement, en particulier chez les moins de 30 ans, avait invoqué des problèmes financiers<sup>12</sup>.

L'augmentation du taux d'avortement chez les jeunes femmes mariées pourrait refléter le désir de ces dernières d'attendre que la situation financière de la famille soit plus sûre avant d'avoir des enfants. Elle est également en accord avec la diminution du taux de fécondité des jeunes femmes<sup>11,13</sup>.

Le désir de poursuivre des études et une carrière pourrait également être un facteur car les jeunes femmes vivant dans des conditions économiques favorables sont proportionnellement plus nombreuses à interrompre une grossesse<sup>14,15</sup>. En fait, il a été démontré que la probabilité d'interruption de grossesse augmente avec le niveau de scolarité, bien que cette relation tende à être plus forte chez les célibataires que chez les femmes mariées<sup>16</sup>.

De même dans certaines régions, le revenu disponible par habitant et le taux de chômage ont été associés de façon significative au taux local d'avortement<sup>17</sup>.

### Fonder une famille

Chez les femmes vivant en union conjugale, la décision de mettre un terme à la grossesse peut être liée à la stabilité de cette relation. Des études ont démontré que la perspective d'avoir à élever seule un enfant constitue la principale cause menant au choix de l'avortement, et ce, quelque soit l'âge et le nombre d'enfants<sup>2</sup>.

Exprimés en pourcentage, les couples vivant en union de fait ont plus que doublé de 1981 à 1995 par rapport à l'ensemble, leur pourcentage passant de 6,3 % à 14,3 %. Durant cette période, le nombre des couples vivant en union de fait est passé de 355 000 à plus de un million<sup>18</sup>. Le taux élevé de femmes vivant en union de fait et pour lesquelles il s'agissait

d'un deuxième avortement ou plus (graphique 3) s'explique peut-être par l'instabilité de ces relations.

Bien sûr, les mariages ne sont pas non plus à l'abri de l'instabilité. Si le taux de divorce de 1991 se maintient, on estime que 31 % des couples qui se sont mariés cette même année finiront par divorcer<sup>19</sup>. La probabilité de divorce est la plus élevée durant les premières années de mariage et ce sont les femmes dans la vingtaine qui présentent le taux de divorce le plus élevé. Le fait que le taux d'avortement le plus élevé chez les femmes mariées se situe également chez les femmes de 20 à 24 ans laisse croire que l'instabilité conjugale pourrait être un facteur qui influe sur la décision de mettre un terme à la grossesse.

### Taille de la famille et échec des moyens contraceptifs

Il est possible que certaines femmes mariées qui ont eu un avortement l'aient eu parce qu'elles avaient déjà le nombre d'enfants désiré<sup>12</sup>. Cette constatation s'appuie sur le fait que quelque 80 % des femmes mariées qui ont eu un avortement avaient accouché au moins une fois. Le taux comparativement faible d'avortement chez les femmes dans la trentaine pourrait quant à lui refléter la tendance à attendre avant de fonder une famille. De fait, le taux de fécondité des femmes dans la trentaine, contrairement à celui des femmes dans la vingtaine, n'a cessé d'augmenter depuis 1980<sup>13</sup>.

Enfin, la décision d'interrompre une grossesse peut également être le résultat de l'absence ou de l'usage inadéquat de moyens contraceptifs, ou encore de l'échec de la contraception<sup>20,21</sup>.

### Mot de la fin

Bien que la majorité des avortements en 1994 ait été pratiquée sur des femmes célibataires, une proportion substantielle (plus du quart) de ces avortements l'ont été sur des femmes mariées ou vivant en union de fait. Dans les deux groupes, le taux d'avortement a été le plus élevé chez les femmes au début de la vingtaine.

## Références

1. F. Yusuf et D. Briggs, «Abortion in South Australia, 1971-1986 : An update», *Journal of Biosocial Science*, 23(3), 1991, p.285-296.
2. F.E. Skjeldestad, J.K. Borgan, A.K. Daltveit et al., «Induced abortion. Effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination», *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(3), 1994, p. 255-260.
3. Statistique Canada, *Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques, 1970-1991*, n°82-550 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
4. Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques*, annuel, n°82-211 au catalogue pour les années 1974 à 1986, n° 82-00359 au catalogue pour les années 1987-1990 et n° 82-219 au catalogue pour les années 1991 à 1994.
5. S. Wadhera et W.J. Millar, *Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, 1974 à 1993*, (Statistique Canada, n° 82-568-XPB au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.
6. Statistique Canada, *Estimations révisées de la population, 1971 à 1994 selon l'état matrimonial et l'âge*, à paraître.
7. Statistique Canada, *Morbidité hospitalière*, annuel, n°82-216 au catalogue.
8. D.R. Hall et J.Z. Zhao, «Cohabitation and divorce in Canada : Testing the selection hypothesis», *Journal of Marriage and the Family*, 57, 1995, p. 421-427.
9. Z. Wu et T.R. Balakrishnan, «Dissolution of premarital cohabitation in Canada», *Demography*, 23(4), 1995, p. 521-532.
10. W.J. Millar, S. Wadhera et S. Henshaw, «Repeat abortions in Canada, 1975-1993», *Family Planning Perspectives*, 29(1), 1997, p. 20-24.
11. W.J. Millar et S. Wadhera, «Évolution des premières naissances après 30 ans», *Rapports sur la santé*, 3(2), 1991, p. 149-162, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. P.L. Adelson, M.S. Frommer et E. Weisberg, «A survey of women seeking termination of pregnancy in New South Wales», *Medical Journal of Australia*, 163(8), 1995, p.419-422.
13. D. Ford et F. Nault, «Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994», *Rapports sur la santé*, 8(3), 1997, p. 43-51, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
14. R.H. King, S.C. Myers et D.M. Byrne, «The demand for abortion by unmarried teenagers. Economic factors, age, ethnicity and religiosity matter», *American Journal of Economics and Sociology*, 51(2), 1992, p. 223-235.
15. M.H. Medoff, «An economic analysis of the demand for abortions», *Economic Inquiry*, 26(1), 1988, p. 353-359.
16. K. Trent et E. Powell-Griner, «Differences in race, marital status, and education among women obtaining abortions», *Social Forces*, 69(4), 1991, p. 1121-1141.
17. D.S. Rothstein, «An economic approach to abortion demand», *American Economist*, 36(1), 1992, p. 53-64.
18. J. Dumas et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1996*, (Statistique Canada, n° 91-209-XPB au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1997.
19. J.F. Gentleman et E. Park, «Divorces des années 1990», *Rapports sur la santé*, 9(2), 1997, p. 53-58, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
20. M. Osler et F.E. Riphagen, «Contraception survey : Denmark 1988», *Contraception*, New York, NY, 42(5), 1990, p. 507-521.
21. S.K. Henshaw et K. Kost, «Abortion patients in 1994-1995 : Characteristics and contraceptive use», *Family Planning Perspectives*, 28(1), 1996, p. 140-147,158.

## Annexe

Tableau A  
Taux brut d'avortement, selon l'état matrimonial de la femme,  
Canada, 1974 à 1994

	État matrimonial			
	Mariées†	Célibataires	Divorcées	Veuves
Pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans du même état matrimonial				
1974	6,3	16,6	16,7	7,6
1975	6,3	16,6	15,3	6,3
1976	6,6	17,8	16,4	8,2
1977	6,3	18,1	15,4	7,9
1978	6,7	20,0	16,5	8,2
1979	6,3	21,3	16,1	8,0
1980	6,2	21,9	14,9	8,0
1981	6,0	21,7	13,5	8,1
1982	6,3	22,2	13,2	8,0
1983	5,6	20,6	11,7	7,1
1984	5,4	20,6	11,1	7,5
1985	5,4	20,4	9,9	6,0
1986	5,3	20,4	8,9	7,0
1987	5,3	20,4	8,5	6,0
1988	5,4	21,0	8,8	6,1
1989	6,0	22,4	9,3	6,3
1990	7,1	25,7	10,7	6,4
1991	7,3	25,9	11,2	8,8
1992	8,1	26,7	11,4	8,1
1993	8,3	26,9	9,8	9,0
1994	8,3	27,3	8,8	8,7

Source des données : Division des statistiques sur la santé

Nota : Avortements pratiqués dans des hôpitaux et des cliniques au Canada, et avortements pratiqués sur des Canadiennes aux États-Unis.

† Inclut les femmes séparées et celles vivant en union de fait.

Tableau B  
Taux corrigé d'avortement†, par âge, selon l'état matrimonial  
de la femme, Canada, 1974 à 1994

	État matrimonial			
	Mariées‡	Célibataires	Divorcées	Veuves
Pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans du même état matrimonial				
1974	6,6	13,2	21,1	10,8
1975	6,5	13,5	18,0	9,0
1976	6,9	14,5	20,1	11,6
1977	6,6	15,0	19,1	11,5
1978	6,9	16,4	20,7	12,7
1979	6,6	17,6	19,9	12,3
1980	6,5	18,2	20,5	12,3
1981	6,3	18,7	18,7	12,0
1982	6,9	18,7	18,5	13,4
1983	6,1	17,8	15,6	11,5
1984	6,0	17,8	17,0	12,1
1985	6,4	17,9	16,5	10,0
1986	6,2	18,0	14,4	11,3
1987	6,5	18,1	14,0	10,3
1988	6,9	18,3	15,4	9,3
1989	7,6	19,4	16,8	9,6
1990	9,1	22,4	20,4	9,7
1991	9,4	22,6	22,3	15,5
1992	12,4	23,3	20,4	12,4
1993	10,8	23,8	20,8	15,8
1994	11,2	23,2	16,0	14,2

Source des données : Division des statistiques sur la santé

Nota : Avortements pratiqués dans des hôpitaux et des cliniques du Canada et avortements pratiqués sur des Canadiennes aux États-Unis.

‡ Taux corrigé en fonction de la population des femmes âgées de 15 à 44 ans au 1<sup>er</sup> juillet 1991.

‡ Inclut les femmes séparées et celles vivant en union de fait.

# Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers

Kathryn Wilkins et Evelyn Park

## Résumé

### Objectifs

Cet article examine certains problèmes de santé des personnes ne vivant pas en établissement, ainsi que les caractéristiques personnelles associées à leur hospitalisation.

### Source des données

Les données recueillies à partir d'un échantillon de personnes de 15 ans et plus vivant dans 27 263 foyers situés dans les 10 provinces, sont extraites de la composante ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995.

### Techniques d'analyse

À partir d'analyses bidimensionnelles et de régressions multiples, on a déterminé les liens entre l'hospitalisation et les problèmes de santé chroniques, les caractéristiques démographiques, les comportements liés à la santé et la situation socio-économique.

### Résultats principaux

Le cancer et l'incapacité de longue durée sont fortement associés à l'hospitalisation tout au cours de l'âge adulte. Chez les femmes de moins de 65 ans, le rapport de cote exprimant le risque d'hospitalisation est plus élevé pour celles dont le revenu est inadéquat que pour celles dont le revenu est adéquat, même après avoir contrôlé les écarts par rapport à l'état de santé.

### Mots-clés

Hospitalisation, besoins en matière de services de santé, maladie chronique, situation socio-économique, enquêtes sur la santé.

### Auteurs

Kathryn Wilkins (613) 951-1769 et Evelyn Park (613) 951-5821 font partie de la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Ces dernières années, des restrictions financières à tous les paliers d'administration publique, conjuguées à des mesures de réforme de la santé, ont transformé la manière dont les soins de santé sont prodigués à la population canadienne. La réduction des budgets de soins de santé s'est traduite par une diminution constante du taux d'hospitalisation et par de plus courts séjours à l'hôpital<sup>1,2</sup>. Le secteur hospitalier continue néanmoins à absorber une proportion considérable des dépenses en matière de santé. En 1993, on a estimé les dépenses de soins hospitaliers à 26,1 milliards de dollars. Cela représentait 36 % de l'ensemble des coûts directs des soins de santé au cours de cette même année<sup>3</sup>.

D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 (ENSP) 2,2 millions de Canadiens de 15 ans et plus (ne vivant pas en établissement) ont passé au moins une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence pendant la période de 12 mois qui a précédé l'ENSP. (On emploiera le terme «services hospitaliers» dans cet article lorsqu'on fera référence à l'ensemble des hôpitaux, maisons de soins infirmiers et maisons de convalescence.) Si on déterminait les



## Méthodologie

### Source des données

Les données utilisées dans cet article sont extraites de la composante ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995<sup>4</sup>. L'échantillon hors établissements de l'ENSP comprenait 27 263 ménages. Dans chaque ménage, une personne informée a donné des renseignements au sujet de la santé de chaque membre du ménage. En outre, un membre du ménage choisi au hasard a donné des renseignements détaillés sur sa propre santé. (La personne qui a donné ces derniers renseignements n'était pas forcément la même qui a donné des renseignements sur chaque membre du ménage.) Le taux de réponse à l'enquête (la proportion de ménages choisis ayant accepté de participer, y compris les ménages rejetés ultérieurement pour des motifs d'échantillonnage) était de 88,7 %. Chez les membres des ménages choisis au hasard, le taux de réponse était de 96,1 %.

Les données de l'ENSP sur l'hospitalisation ont été recueillies grâce à la question par oui ou non suivante : « Au cours des 12 derniers mois, ... a-t-il(elle) été un(e) patient(e) pour une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence? » On n'a pas demandé le motif de l'hospitalisation.

Conformément à la structure d'Andersen et de Newman, les variables choisies par rapport à l'hospitalisation comprenaient des indicateurs de la maladie, comme la perception personnelle de l'état de santé général, les maladies chroniques, l'incapacité de longue durée, la présence de blessures suffisamment graves pour restreindre les activités courantes et l'indice de masse corporelle. Les variables choisies considérées comme des facteurs de prédisposition des personnes à l'hospitalisation comprenaient l'âge, le sexe et l'état matrimonial. En outre, certains comportements spécifiques liés à la santé, notamment l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'activité physique pendant les loisirs, ont été considérés comme des facteurs de prédisposition. Les facteurs favorables choisis comprenaient le niveau de scolarité et le niveau de revenu (voir *Définitions*).

Selon Andersen et Newman, un revenu élevé favorise l'utilisation des services de santé. Cette perception du revenu en tant que facteur favorable relève davantage du contexte du système de santé des États-Unis que de celui du Canada. Quoi qu'il en soit, le revenu demeure fortement et inversement lié à l'état de santé des Canadiens, et les soins de santé sont un facteur déterminant de l'état de santé. Par conséquent, une question clé de cette analyse est le lien entre le revenu et l'hospitalisation – un aspect des soins de santé.

Au nom de tous les membres du ménage, la personne interrogée a donné des renseignements sur l'hospitalisation, les maladies chroniques, l'incapacité, la disposition du répondant dans le ménage, le niveau de scolarité et le revenu. Les données plus approfondies et liées à la santé en fonction de la présence de blessures invalidantes pendant la période de 12 mois qui a précédé l'enquête – état de santé général, activité physique pendant les loisirs, taille et poids, usage

du tabac et consommation d'alcool – étaient habituellement transmises au moyen d'une interview sans procuration d'un membre du ménage choisi au hasard seulement.

### Techniques d'analyse

On s'est servi de la régression logistique pour déterminer la direction et le degré d'association existant entre l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois et les variables choisies. Certaines enquêtes préliminaires ont révélé que les variables associées à l'hospitalisation varient selon le sexe, et différents âges. Par conséquent, on a réalisé des analyses distinctes chez les hommes et chez les femmes, ainsi que dans les groupes d'âge de 15 à 39 ans, de 40 à 64 ans et de 65 ans et plus. Chaque régression a été pondérée au moyen des poids de l'enquête ajustés en fonction de la taille de l'échantillon.

Toutes les estimations de la prévalence étaient fondées sur les données pondérées selon la structure d'âge et de sexe de la population de 1994-1995.

### Limites

Dans cette étude, on a analysé des données transversales. Par conséquent, on ne peut pas déduire de causalité à partir des relations observées entre les variables.

Les données recueillies par auto-évaluation ou par interview avec procuration sont sujettes à des erreurs de déclaration. Afin de réduire au minimum ces erreurs dans les données liées aux affections chroniques, on a demandé aux personnes interrogées de ne déclarer que les affections qui ont été « diagnostiquées par un professionnel de la santé ».

Les données de l'ENSP utilisées dans cette analyse ont été recueillies auprès de personnes vivant dans la communauté. Même si le pourcentage de personnes vivant dans des établissements, comme les établissements de soins de longue durée, est très faible (1 % dans l'ensemble et 5 % des personnes de 65 ans et plus)<sup>5</sup>, les caractéristiques de la population en établissement peuvent s'écarter de celles de la population vivant dans la communauté, de telle sorte qu'elles influeraient sur les résultats de l'analyse si on les y incluait. Par conséquent, les constatations ne peuvent être étendues qu'aux personnes vivant dans la communauté.

Les résultats mentionnés dans cet article sont quelque peu limités par le biais de sélection. Par exemple, les renseignements au sujet de certains utilisateurs des services hospitaliers n'ont pas été recueillis parce qu'ils vivent seuls et étaient hospitalisés au moment de l'enquête. D'autres avaient été hospitalisés pendant les 12 mois précédents, mais ils étaient décédés depuis. Dans la mesure où les caractéristiques liées à l'hospitalisation sont différentes entre les personnes ayant participé à l'enquête et la totalité de la population des utilisateurs des services hospitaliers, les résultats des analyses de régression seront biaisés.

caractéristiques des personnes risquant davantage d'être hospitalisées, les programmes qui tentent de réduire les besoins en services d'hospitalisation pourraient être orientés de façon rationnelle vers ces personnes. Cet article étudiera donc les problèmes de santé et les caractéristiques personnelles qui sont associées à l'hospitalisation.

Pour déterminer ces caractéristiques, certaines recherches antérieures ont mis l'accent sur l'influence de problèmes de santé spécifiques, comme les céphalées ou les troubles musculosquelettiques<sup>6,7</sup>. D'autres chercheurs ont étudié les effets indépendants de l'âge et de la gravité de la maladie sur l'admission à l'hôpital<sup>8</sup>.

La façon d'aborder les facteurs déterminants de l'hospitalisation est fondée dans cet article sur une structure précisée par Andersen et Newman<sup>9</sup>. Ce cadre comprend des dimensions sociétale, systémique (concernant l'organisation des soins de santé) et individuelle. La dimension individuelle, le domaine de recherche de cet article, est divisée en trois groupes de facteurs déterminants : la maladie, les facteurs de prédisposition (p. ex. l'âge) et les facteurs favorables (p. ex. la scolarité).

À l'aide de données de l'ENSP de 1994-1995, on examine la contribution de facteurs de maladie spécifiques, y compris des maladies chroniques et d'autres problèmes de santé, ainsi que la mesure dans laquelle certains facteurs prédisposants et favorables, en particulier la situation socio-économique, sont associés à l'hospitalisation, après avoir tenu compte des écarts sur le plan de l'état de santé (voir *Méthodologie*).

En plus de l'ENSP, on peut obtenir des renseignements sur l'utilisation des services hospitaliers à partir d'autres bases de données montées et mises à jour par Statistique Canada (voir *Données administratives*). La recherche fondée sur ces sources a été publiée antérieurement dans les *Rapports sur la santé*. Par exemple, les données administratives ont servi à examiner les radiations (incluant sortie ou décès) attribuées à des diagnostics spécifiques.<sup>10</sup> Des données personnalisées - des ensembles d'enregistrements administratifs appariés par patient - ont servi à étudier un certain nombre de personnes hospitalisées selon le diagnostic.<sup>11</sup>

## Données administratives

Les statistiques sur les radiations extraites de la Base de données sur la morbidité hospitalière de Statistique Canada brossent un tableau de l'utilisation des services hospitaliers différent de celui qui est présenté dans cet article. Par exemple, selon les données de l'ENSP, parmi la sélection d'affections chroniques autodéclarées, les cancéreux présentaient le rapport de cote d'hospitalisation antérieure le plus élevé par rapport aux personnes qui ne sont pas atteintes de cancer. Cependant, selon les données administratives, les néoplasmes (cancer) venaient au cinquième rang des principaux diagnostics responsables de séjours à l'hôpital chez les hommes et les femmes (voir le tableau ci-dessous). Une telle différence s'explique en partie par la nature des données administratives, qui englobent des statistiques sur toutes les affections (maladies aiguës et chroniques) ayant nécessité une hospitalisation.

Bien que l'ENSP et la Base de données sur la morbidité hospitalière comportent toutes deux des renseignements sur l'utilisation des services hospitaliers, elles présentent des différences appréciables. Par exemple, chaque enregistrement extrait de la base de données administratives correspond à une radiation, cependant que chacun des enregistrements de l'ENSP se rapporte à une personne. Les enregistrements de radiations incluent également le diagnostic responsable du séjour à l'hôpital, alors que ce renseignement n'a pas été recueilli dans le cadre de l'ENSP. Les renseignements recueillis sur la santé des répondants à l'ENSP comprennent la présence de certaines affections chroniques et blessures, mais on ignore si ces affections étaient directement associées à l'hospitalisation déclarée. On estime que la Base de données sur la morbidité hospitalière est complète, alors que les données de l'ENSP ont été recueillies auprès de ménages choisis au hasard. En outre, les données extraites d'enregistrements administratifs comportent des renseignements au sujet de toutes les personnes hospitalisées, quel que soit leur lieu de résidence. Une telle différence s'explique en partie par la nature des données administratives, qui englobent des statistiques sur toutes les affections (maladies aiguës et chroniques) ayant nécessité une hospitalisation.

### Radiations, selon le sexe et le diagnostic responsable, population de 15 ans et plus, Canada, 1994

<b>Hommes - tous les diagnostics</b>	<b>1 242 404</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	259 805
Maladies de l'appareil digestif	172 763
Blessure et empoisonnement	126 633
Maladies de l'appareil respiratoire	109 326
Néoplasmes	106 701
Troubles mentaux	78 222
Tous les autres diagnostics	388 954
<b>Femmes - tous les diagnostics</b>	<b>1 855 969</b>
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	500 074
Maladies de l'appareil circulatoire	205 324
Maladies de l'appareil digestif	185 856
Maladies de l'appareil génito-urinaire	138 088
Néoplasmes	127 991
Blessure et empoisonnement	114 385
Tous les autres diagnostics	584 251

**Source des données :** Base de données sur la morbidité hospitalière

**Nota :** Les catégories diagnostiques employées correspondent aux chapitres de la CIM-9.

Un des avantages de ces bases de données administratives est leur exhaustivité, mais elles procurent peu de renseignements au sujet des particularités de chaque patient. L'ENSP comprend toutefois des données générales sur les caractéristiques des répondants et a donc rendu possible la recherche présentée dans cet article.

### Liens importants avec le cancer

Comme l'on pouvait s'y attendre, dans tous les groupes d'âge, que ce soit chez les hommes ou les femmes, un lien significatif existe entre le fait d'être en bonne ou en mauvaise santé (selon l'auto-évaluation de l'ENSP) et l'hospitalisation. Ce résultat confirme non seulement l'importance de cette simple question d'auto-évaluation en tant que moyen efficace et efficient d'évaluer la santé, mais il correspond aussi aux constatations d'autres études, qui ont révélé que l'auto-évaluation de la santé est associée à diverses mesures de l'état de santé<sup>12,13</sup>.

Parmi les facteurs de maladie choisis, on constate une forte relation entre l'hospitalisation et le cancer. Près de 4 personnes sur 10 se déclarant atteintes du cancer ont passé au moins une nuit à l'hôpital pendant les 12 mois qui ont précédé l'ENSP (tableau 1). Lorsqu'on les compare à celles qui n'en sont pas atteintes, le rapport de cote d'avoir été hospitalisées (après que l'on ait contrôlé les effets d'autres variables) reste toujours élevé chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge, à l'exception des jeunes hommes (tableau 2).

Chez les hommes de 15 à 39 ans, le rapport de cote le plus élevé se présente chez ceux qui ont déclaré être diabétiques par comparaison avec ceux qui ne l'ont pas signalé. Chez les jeunes hommes diabétiques, le rapport de cote exprimant le risque d'être hospitalisé était six fois supérieurs à ceux de jeunes hommes ne souffrant pas de ce trouble, une constatation qui tient peut-être à la difficulté de maîtriser le diabète chez ce groupe d'âge.

Un pourcentage relativement élevé de personnes atteintes de cardiopathie ont été hospitalisées : 24 % des hommes et 33 % des femmes de 15 ans et plus. Tout en permettant de contrôler d'autres facteurs, l'analyse multidimensionnelle a révélé un rapport de cote exprimant un risque d'hospitalisation

manifestement élevé chez les hommes âgés de 40 à 64 ans atteints de cardiopathie ou d'hypertension, par comparaison avec leurs homologues qui ne sont pas touchés par ces maladies. Chez les femmes de 65 ans et plus, on a également observé un rapport de cote élevé de cardiopathie et d'hypertension.

Les allergies s'associent clairement à l'hospitalisation dans le seul cas des jeunes adultes (de 15 à 39 ans). Pour ce qui est des allergies alimentaires le rapport de cote exprimant le risque d'hospitalisation est environ deux fois plus élevé chez eux que chez les personnes de ce groupe d'âge n'étant pas atteintes d'allergie alimentaire. Les allergies non alimentaires s'associent statistiquement à l'hospitalisation seulement chez les femmes.

Les suites d'accidents vasculaires cérébraux et l'incontinence urinaire ont entraîné l'hospitalisation d'une part importante des personnes touchées. Étant donné le petit nombre de personnes touchées vivant encore dans la communauté, on n'a réussi à établir des estimations fiables des proportions de personnes hospitalisées atteintes de ces affections que chez les femmes de 15 ans et plus. En ce qui concerne l'incontinence urinaire, le rapport de cote était élevé chez les hommes de 40 à 64 ans. Pour ce qui est des effets d'un accident vasculaire cérébral, le rapport de cote était significativement élevé chez les hommes de 65 ans et plus.

De même, des estimations fiables des proportions d'épileptiques hospitalisés n'ont pu être établies en raison de leur petit nombre. L'analyse multidimensionnelle révèle toutefois que le rapport de cote exprimant le risque d'hospitalisation était trois fois plus élevé chez les femmes de 15 à 39 ans et de 40 à 64 ans qui ont déclaré une épilepsie, que chez celles qui n'avaient pas cette affection.

De nombreuses études ont pesé la responsabilité de l'arthrite et du rhumatisme en tant que principales causes d'incapacité, de douleurs, de restriction des activités, de dépendance, de diminution de la qualité de vie et de consultations médicales<sup>6,14,15</sup>. Malgré son influence sur d'autres secteurs des services de santé, l'arthrite est généralement pas associée à l'hospitalisation. Comme l'on s'y attendait, les proportions de personnes hospitalisées souffrant d'arthrite et de rhumatisme étaient plus faibles que



Tableau 1  
**Pourcentage de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge, le sexe et certaines caractéristiques, provinces, 1994-1995**

	Groupe d'âge							
	Total 15 ans et plus		15-39 ans		40-64 ans		65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%							
<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>12,1</b>	<b>5,0</b>	<b>14,0</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>	<b>16,8</b>	<b>16,9</b>
<b>Facteurs de maladie</b>								
État de santé général								
Excellent, très bon ou bon	5,9	10,3	4,6	13,1	5,7	5,4	13,0	12,5
Passable, mauvais	21,7	25,8	16,2	27,7	19,4	21,8	28,0	28,8
Maladie chronique								
Maladie d'Alzheimer, autres démences	--	--	--	--	--	--	--	--
Arthrite et rhumatisme	13,9	16,5	--	20,3	11,3	11,0	19,6	21,0
Asthme	11,2	17,5	--	18,6	--	13,5	--	--
Maux de dos à l'exclusion de l'arthrite	12,3	17,5	11,0	20,1	11,6	12,1	18,0	23,5
Cancer	39,4	37,0	--	--	--	--	--	38,4
Cataractes	--	25,4	--	--	--	--	--	27,4
Bronchite chronique, emphysème	16,4	22,3	--	24,1	--	--	--	29,6
Diabète	20,8	21,0	--	--	--	--	24,5	24,6
Effets d'un accident vasculaire cérébral	--	35,0	--	--	--	--	--	--
Épilepsie	--	--	--	--	--	--	--	--
Allergies alimentaires	10,7	17,9	--	21,1	--	12,7	--	--
Glaucome	--	--	--	--	--	--	--	--
Cardiopathie	24,0	32,6	--	--	25,8	29,6	22,1	35,3
Hypertension	15,8	18,3	--	--	16,4	11,2	16,9	23,3
Migraines	8,9	16,2	--	19,2	--	11,6	--	--
Allergies non alimentaires	8,0	15,2	6,4	17,7	8,8	9,1	--	21,2
Ulcères de l'estomac et de l'intestin	19,9	23,6	--	--	--	20,3	--	28,3
Incontinence urinaire	--	25,2	--	--	--	--	--	--
Autres problèmes de santé								
Blessure restreignant l'activité physique	11,8	14,3	10,1	13,1	13,7	10,9	--	30,5
Incapacité de longue durée	18,8	23,8	14,1	24,8	18,9	19,3	24,6	28,9
Indice de masse corporelle								
Approprié	6,8	11,7	4,8	14,3	6,5	7,1	17,0	14,0
Insuffisante pondérale	8,4	11,7	--	10,5	--	--	--	26,8
Obésité	8,3	13,6	5,8	17,3	8,0	8,5	17,0	18,7
Inconnu	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>Facteurs de prédisposition</b>								
Disposition de vie du répondant								
Avec partenaire	7,8	12,5	4,8	17,7	7,2	6,8	17,3	14,9
Sans partenaire	6,5	11,6	5,3	9,7	7,7	9,9	15,2	18,6
Niveau d'activité physique								
Actif	7,1	9,1	7,2	11,3	6,6	5,2	8,0	9,7
Moyen	8,5	10,3	6,4	11,6	9,5	7,2	14,8	14,1
Inactif	7,3	13,3	3,8	15,4	7,3	8,1	20,7	18,3
Inconnu	--	--	--	--	--	--	--	--
Consommation d'alcool								
≥ 1 verre/semaine	6,4	9,2	4,5	10,4	6,6	6,3	14,9	15,0
Un peu, mais < 1 verre/semaine	6,8	12,0	4,5	14,6	6,9	6,2	17,6	15,7
Aucune	11,2	15,3	8,1	16,2	10,5	11,6	18,5	18,5
Usage du tabac								
Jamais	5,7	10,3	4,3	11,5	4,8	6,7	21,0	14,3
Ancien fumeur/fumeur occasionnel	8,7	13,2	4,5	14,7	8,6	7,9	16,1	20,8
Fumeur	7,5	14,1	6,5	16,7	7,6	8,9	14,4	17,9
<b>Facteurs favorables</b>								
Revenu du ménage								
Adéquat	6,8	10,6	4,6	12,8	6,7	6,0	16,7	15,0
Inadéquat	10,9	17,7	7,6	18,0	13,0	14,9	18,0	20,2
Inconnu	--	--	--	--	--	--	--	--
Scolarité								
Secondaire terminé	6,3	11,7	5,0	14,1	6,4	7,0	14,8	16,3
Secondaire non terminé	9,8	13,2	5,1	13,4	9,8	9,2	18,7	17,4

Source des données : Enquête nationale de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

-- Nombre infimes.

Tableau 2

Rapports de cote liant certains facteurs à l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois, population de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, provinces, 1994-1995

	Groupe d'âge					
	15-39 ans		40-64 ans		65 ans et plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Taille de l'échantillon	3 649	4 236	2 813	3 116	1 230	1 897
<b>Facteurs de maladie</b>						
État de santé général						
Excellent, très bon ou bon	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Passable, mauvais	2,55**	1,73**	1,65*	2,23**	1,87**	1,50*
Maladie chronique <sup>†</sup>						
Arthrite et rhumatisme	0,37	0,94	0,79	0,92	1,00	1,05
Asthme	1,74 *	0,96	0,46	1,12	1,02	0,68
Maux de dos à l'exclusion de l'arthrite	1,57 *	1,25	1,15	1,03	0,98	1,06
Cancer	2,15	3,04**	4,80**	6,98**	4,54**	3,18**
Cataractes	--	--	0,04**	1,15	1,00	1,54*
Bronchite chronique, emphysème	0,37	1,41	0,51	0,93	1,26	1,34
Diabète	5,73**	1,23	0,96	1,13	1,22	1,06
Effets d'un accident vasculaire cérébral	2,01	0,56	0,97	1,26	1,96*	1,61
Epilepsie	2,56	2,93**	0,75	3,66*	--	0,77
Allergies alimentaires	2,22**	1,66**	0,91	1,07	0,50	0,92
Glaucome	--	--	5,29**	0,55	1,00	0,95
Cardiopathie	3,18	1,11	2,20**	1,90*	1,13	2,41**
Hypertension	0,92	1,61	2,39**	0,94	0,87	1,64**
Migraines	0,95	1,05	0,44	1,25	1,48	0,64
Allergies non alimentaires	1,06	1,29*	1,25	1,06	1,05	1,25
Ulcères de l'estomac et de l'intestin	1,98	1,49	2,80**	2,35**	0,97	1,06
Incontinence urinaire	--	--	5,41*	0,81	1,78	1,43
Autres problèmes de santé <sup>†</sup>						
Blessure restreignant l'activité physique	3,00**	0,87	2,26**	1,54*	1,71	2,03**
Incapacité de longue durée	2,45**	1,54**	2,99**	2,43**	1,26	1,75**
Indice de masse corporelle						
Approprié	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Insuffisante pondérale	0,99	0,74*	2,26*	0,97	0,80	1,95**
Obésité	1,33	1,03	0,87	0,87	0,93	1,28
Inconnu	0,42	0,63	--	0,65	0,13	0,31
<b>Facteurs de prédisposition</b>						
Disposition de vie du répondant						
Avec partenaire	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Sans partenaire	0,98	0,45**	0,84	0,96	0,82	1,03
Niveau d'activité physique						
Actif	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Modéré	0,98	0,89	1,53	1,34	2,13*	1,27
Inactif	0,49**	1,18	1,15	1,39	2,38**	1,20
Inconnu	0,27**	1,73*	0,51	1,44	1,39	1,49
Consommation d'alcool						
≥1 verre/semaine	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Un peu, mais <1 verre/semaine	1,14	1,41**	0,86	0,86	1,02	0,98
Aucune	2,15**	1,78**	1,46	1,36	0,90	1,02
Usage du tabac						
Jamais	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Ancien fumeur/fumeur occasionnel	0,98	1,35**	1,70*	1,09	0,52**	1,61**
Fumeur	1,46	1,46**	1,20	0,91	0,41**	1,41
<b>Facteurs favorables</b>						
Revenu du ménage						
Adéquat	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Inadéquat	1,46	1,62**	1,57	1,92**	0,96	1,34
Inconnu	1,25	1,49	0,49	1,67	0,99	1,50
Scolarité						
Secondaire terminé	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)	(1,00)
Secondaire non terminé	0,78	0,93	1,28	0,81	1,25	0,92

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

Nota : Les rapports de cote des catégories de référence sont entre parenthèses. Comme les calculs des erreurs types ne tenaient pas compte des effets du plan, les rapports de cote n'ont été jugés significatifs que si leurs intervalles de confiance ne débordaient pas les valeurs de 0,955 et 1,055, pour les valeurs de cote respectivement inférieures et supérieures à un.

† La catégorie de référence constitue l'absence de l'affection.

\*  $0.01 \leq p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

-- Exclu de la régression en raison d'une faible prévalence.

celles des personnes atteintes de nombreuses autres maladies chroniques. Les analyses multidimensionnelles ont révélé que l'arthrite et le rhumatisme ne sont pas associés de façon significative à l'hospitalisation une fois que l'on a contrôlé les effets d'autres variables.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans des maisons de soins infirmiers ou des hôpitaux de soins de longue durée, l'arthrite et le rhumatisme sont légèrement *moins* courants que chez les personnes du même âge vivant dans la communauté<sup>5</sup>. Il semble que les besoins des arthritiques en matière de santé soient assurés par des systèmes de soins ambulatoires et officieux, au point où ces personnes peuvent souvent continuer

de vivre dans la communauté et évitent l'hospitalisation.

L'hospitalisation est liée de façon positive et significative aux blessures restreignant l'activité ainsi qu'à l'incapacité de longue durée chez les hommes et les femmes de la plupart des groupes d'âge. Cependant, malgré une certaine collinéarité entre les variables dichotomes (incapacité de longue durée, arthrite et rhumatisme), l'exclusion de l'incapacité de longue durée de l'analyse de régression n'a produit qu'une faible hausse du rapport de cote pour l'arthrite et le rhumatisme mais sans atteindre un niveau significatif.

Lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) est associé à l'hospitalisation, il varie selon le sexe et le groupe d'âge (voir *Définitions*). Chez les hommes de 40 à 64 ans et les femmes de 65 ans et plus, un IMC faible est lié de façon positive à un séjour d'une nuit à l'hôpital. Cela peut refléter les effets d'une maladie ou d'un mauvais état nutritionnel provoquant une perte de poids. De même, chez les femmes âgées, les rapports de cote exprimant le risque d'hospitalisation peuvent être plus élevés si elles présentent une insuffisance pondérale en raison du risque accru de fracture osseuse causé par l'ostéoporose<sup>16</sup>.

## Définitions

Indice de masse corporelle : poids corporel (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres)

Approprié : 20 à 27

Insuffisante pondérale : < 20

Obésité : > 27

Niveau d'activité physique pendant les loisirs : dépense d'énergie (en kilocalories) divisée par le poids corporel (en kilogrammes) par jour

Actif : > 2,9

Moyen : 1,5 à 2,9

Inactif : < 1,5

Niveau de revenu : mesure fondée sur le revenu et la taille du ménage (tableaux 1 et 2)

### Niveau de revenu

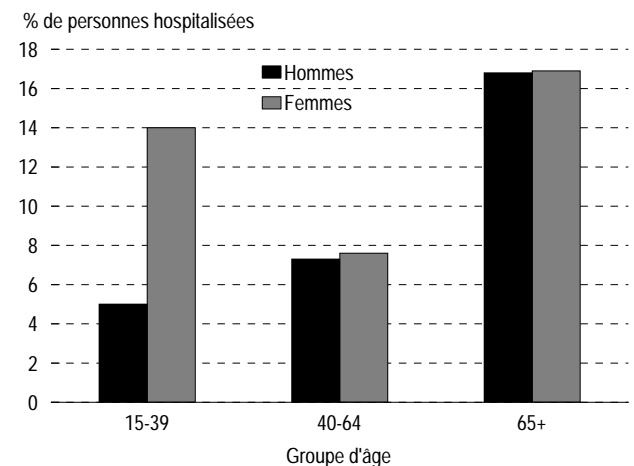
Taille du ménage	Inadéquat	Adéquat
1 ou 2 personnes	< 15 000 \$	≥ 15 000 \$
3 ou 4 personnes	< 20 000 \$	≥ 20 000 \$
5 personnes ou plus	< 30 000 \$	≥ 30 000 \$

Tranches de revenu utilisées dans l'analyse unidimensionnelle (graphique 2 seulement)

### Tranche de revenu

Taille du ménage	Tranche de revenu				
	Faible	Moyen-inférieur	Moyen	Moyen-supérieur	Élevé
1 ou 2 personnes	< 10 000 \$	10 000-14 999 \$	15 000-29 999 \$	30 000-59 999 \$	> 60 000 \$
3 ou 4 personnes	< 10 000 \$	10 000-19 999 \$	20 000-39 999 \$	40 000-79 999 \$	> 80 000 \$
5 personnes ou plus	< 15 000 \$	15 000-29 999 \$	30 000-59 999 \$	60 000-79 999 \$	> 80 000 \$

Graphique 1  
Pourcentage de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, provinces, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

Nota : Tous les patients qui ont séjourné une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence sont considérés comme ayant été hospitalisés.

L'étude du lien entre l'hospitalisation et certains facteurs de prédisposition, notamment le sexe, la disposition de vie du répondant et le tabagisme, révèle, étonnamment, très peu de tendances. Sauf dans les groupes de personnes en âge de procréer (15 à 39 ans), les pourcentages de femmes et d'hommes hospitalisés étaient les mêmes (graphique 1)<sup>a</sup>. Puisque la prévalence de nombreuses maladies chroniques est plus élevée chez les femmes que les hommes, on ne s'attendait pas à cette constatation<sup>12,15</sup>.

Selon l'arrangement de vie du répondant (c'est-à-dire vivant ou non avec un partenaire), on n'a observé des écarts importants concernant le taux d'hospitalisation que chez les femmes de 15 à 39 ans. Parmi celles qui vivaient avec un partenaire, 18 % ont été hospitalisées, alors que 10 % de celles qui ne vivaient pas avec un partenaire l'ont été. De même, le rapport de cote d'hospitalisation des femmes ne vivant pas avec un partenaire est significativement faible, sans doute en raison de la fréquence accrue des séjours à l'hôpital liés à la procréation chez les femmes vivant avec un conjoint ou un partenaire.

Aucun lien cohérent ne s'est dégagé pour ce qui est du tabagisme, sauf chez les jeunes de la fin de l'adolescence et les jeunes adultes. Dans le groupe d'âge de 15 à 39 ans, les fumeurs ont été hospitalisés dans des proportions supérieures à celles des non-fumeurs ou des anciens fumeurs et des fumeurs occasionnels. Chez les personnes de 40 ans et plus, on n'a toutefois observé aucun lien entre l'hospitalisation et les habitudes relatives au tabagisme. Une analyse multidimensionnelle a révélé des liens tout aussi contradictoires, selon l'âge et le sexe, entre l'hospitalisation et l'usage du tabac. Par exemple, chez les femmes de 15 à 39 ans, le fait de fumer, (au moins une cigarette par jour) d'avoir fumé ou de fumer occasionnellement, par comparaison avec le fait de ne pas fumer, était associé de façon positive et significative à l'hospitalisation. Cependant, chez les hommes de 65 ans et plus, les fumeurs et les anciens fumeurs ou les fumeurs occasionnels étaient associés de façon négative à

l'hospitalisation. Puisque l'on sait maintenant que l'usage du tabac cause des problèmes respiratoires chroniques, sans compter de très nombreux cancers, cette relation apparemment «protectrice» avec l'hospitalisation chez les hommes plus âgés a de quoi intriguer.

Pour certaines variables, le petit nombre de personnes dans quelques catégories d'âge et de sexe peut expliquer en partie ces résultats imprévus. Par exemple, les catégories «ancien fumeur ou fumeur occasionnel» et «fumeur» étaient associées de façon à la fois négative et positive à l'hospitalisation (dans des catégories d'âge et de sexe distinctes). Cependant, dans une analyse de régression réunissant toutes les données combinées (c'est-à-dire, tous les âges et les deux sexes) on a obtenu le rapport de cote de 1,24 et de 1,19 (tous deux significatifs au niveau de  $p < 0,05$ ) respectivement pour les anciens fumeurs ou les fumeurs occasionnels et pour les fumeurs (données non présentées).

Pour d'autres facteurs de prédisposition, notamment l'âge, le niveau d'activité physique pendant les loisirs et la consommation d'alcool, des tendances nettes sont apparues concernant l'hospitalisation. L'hospitalisation est naturellement plus fréquente chez les personnes âgées. Une personne de 65 ans sur six a signalé avoir passé au moins une nuit à l'hôpital, un résultat presque identique à celui qui a été calculé à la suite de l'Enquête sociale générale de 1991 réalisée par Statistique Canada<sup>17</sup>.

En général, les personnes dont le niveau d'activité physique pendant les loisirs a été jugé «actif» sont hospitalisées moins fréquemment que celles dont l'activité est moindre. Chez les hommes de 15 à 39 ans, on a toutefois observé la tendance contraire; le pourcentage d'hospitalisation est le plus faible chez ceux qu'on a classés parmi les «inactifs». Malgré le contrôle de toutes les autres variables, le rapport de cote de ce groupe d'hommes inactifs est de 0,49 (tableau 2). Cependant, le rapport de cote élevé pour les hommes inactifs âgés de 65 ans et plus, laisse croire qu'on peut repousser les effets nocifs de l'inactivité jusqu'à un âge avancé.

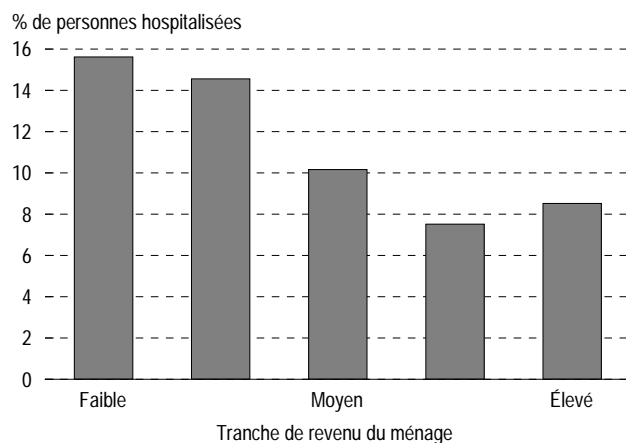
<sup>a</sup> Sept pour cent (7 %) des femmes de 15 à 39 ans ont accouché pendant l'année précédant l'enquête, et la très grande majorité d'entre elles ont alors été hospitalisées.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, la proportion des personnes hospitalisées est plus élevée chez celles qui disent ne jamais boire et plus faible chez celles qui mentionnent boire au moins un verre par semaine. Cette tendance, plutôt stable chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge, pourrait indiquer chez les personnes qui ne consomment pas d'alcool des problèmes de santé préalable, dont l'étude ne tenait pas compte<sup>17</sup>. D'après l'analyse multidimensionnelle, le rapport de cote des personnes n'ayant jamais bu n'est élevé de façon significative que dans le groupe d'âge de 15 à 39 ans.

### Lien entre la faiblesse du revenu et l'hospitalisation

En général, la proportion des personnes hospitalisées est inversement liée au niveau de revenu (tableau 1 et graphique 2). Après avoir corrigé en fonction des écarts d'autres variables liées à la santé, les rapports de cote d'hospitalisation des femmes de 15 à 39 ans et de 40 à 64 ans, qui vivent dans des ménages dont le revenu est inadéquat, sont significativement élevés par rapport à celles dont le

Graphique 2  
Pourcentage de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois, par tranche de revenu adéquat du ménage, population de 15 ans et plus, provinces, 1994-1995



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, composante ménages (répondants choisis au hasard)

**Nota :** Tous les patients qui ont séjourné une nuit dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou une maison de convalescence sont considérés comme ayant été hospitalisés.

revenu est adéquat<sup>b</sup>. Plusieurs études menées antérieurement sur l'utilisation des services de santé au Canada montrent que la faiblesse du revenu est un facteur déterminant presque aussi important que la maladie<sup>18-20</sup>.

Le lien entre un revenu inadéquat et l'hospitalisation corrobore aussi les résultats d'une récente étude où l'on comparait la façon d'utiliser les services hospitaliers chez les résidents de l'Ontario et chez ceux des États-Unis. Cette étude a révélé qu'en Ontario, au contraire des États-Unis, le taux d'admission chez les personnes en mauvais état de santé est presque deux fois plus élevé chez les personnes pauvres que chez celles qui ne le sont pas<sup>21</sup>. Les résultats de l'ENSP complètent aussi les résultats de l'Enquête sociale générale menée par Statistique Canada en 1991, qui a révélé une fréquence accrue d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus dont le revenu était inadéquat par rapport à celles dont le revenu était adéquat<sup>17</sup>.

En analysant les données de l'enquête de 1978-1979 on constate toutefois que même si le volume d'utilisation des hôpitaux (duré du séjour, en jours) était plus élevé chez les personnes à faible revenu que chez celles qui ont un revenu élevé, le revenu familial n'était pas lié à la fréquence de l'hospitalisation<sup>20</sup>. Il se peut que l'utilisation du revenu familial, au lieu de la mesure plus évoluée du revenu adéquat utilisée pour les analyses réalisées dans le cadre des enquêtes subséquentes, explique l'absence de lien entre le revenu et l'hospitalisation dans l'enquête de 1978-1979. Par contre, les résultats opposés reflètent peut-être une modification dans le temps du lien entre le revenu et l'hospitalisation.

### Composer avec les restrictions imposées aux hôpitaux

Pour réduire les services hospitaliers sans porter atteinte à la santé des personnes, il faudra notamment marquer des progrès dans le domaine de la prévention ou soulager la gravité des affections

<sup>b</sup> Bien que les rapports de cote exprimant le risque de revenu inadéquat soit élevés chez les hommes de 15 à 39 ans et chez les femmes de 65 ans et plus, ils sont plus ou moins significatifs, les valeurs p de ces deux groupes étant de 0,07, sans doute à cause du petit nombre d'observations dans cette cellule.



particulières associées à l'hospitalisation. Un lien important existe entre l'hospitalisation et le cancer, dont on peut prévenir certains types. Le cancer du poumon, qui devance toutes les autres causes de décès, est presque complètement évitable tout comme de très nombreux cancers causés par l'usage du tabac.

En ce qui concerne d'autres maladies, comme par exemple le cancer du sein, le cancer de la prostate et certains types de cardiopathie, on sait peu de choses au sujet de la prévention. L'intervention chirurgicale – qui requiert inévitablement l'hospitalisation – constitue peut-être le meilleur espoir. Dans ces cas, il ne semble pas souhaitable de déplacer le fardeau des soins postopératoires ou palliatifs vers les services de soins ambulatoires ou communautaires sans mettre en place des soutiens officiels appropriés.

Pour ce qui est des affections comme les blessures, il semble que les possibilités de prévention plus immédiate et donc de réduction des besoins en matière d'hospitalisation soient plus grandes. La prévention des blessures liées aux accidents de véhicules à moteur, par exemple, est un domaine de la santé publique qui a été favorisé par les campagnes et les lois visant à empêcher la conduite avec facultés affaiblies, ainsi que par les progrès en matière de techniques de l'automobile et de conception des routes. On a alloué moins de ressources à d'autres problèmes, comme les chutes chez les personnes âgées, une cause fréquente de blessure et d'hospitalisation<sup>22</sup>.

Même si, au Canada, l'universalité des soins médicaux a éliminé les obstacles financiers immédiats aux services prodigués par les médecins et aux soins hospitaliers<sup>c</sup>, certains écarts demeurent en ce qui concerne la disponibilité des conditions sociales et instrumentales favorisant la santé. Les personnes dont le revenu est inadéquat disposent d'un accès réduit aux conditions de logement, aux services préventifs, à l'alimentation et à d'autres facteurs moins tangibles qui contribuent à une bonne santé. Les constatations de cette étude

rèvent que les personnes dont les moyens de subsistance sont inadéquats sont proportionnellement plus nombreuses à utiliser les services hospitaliers; cela témoigne peut-être du succès de l'universalité des soins aux malades, mais tout aussi bien de l'échec flagrant d'une distribution équitable du mieux-être<sup>23-29</sup>.

## Références

1. J. Randhawa et R. Riley, «Tendances en matière d'hospitalisation de 1982-1983 à 1992-1993», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1993, p. 45-54, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. P. Tully et É. Saint-Pierre, «La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 33-39 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
3. R. Moore Y. Mao, J. Zhang et al., «Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993», *Maladies chroniques au Canada*, 18(2), 1997, p. 106-107.
4. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 33-41, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-31, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. E.M. Badley, I. Rasooly et G.K. Webster, «Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization : Findings from the 1990 Ontario Health Survey», *Journal of Rheumatology*, 21, 1994, p. 505-514.
7. P.E. Stang, J.T. Osterhaus et D.D. Celentano, «Migraine : Patterns of healthcare use», *Neurology*, 44(Suppl 4), 1994, p. S47-55.
8. W.E. Dunlop, L. Rosenblood, L. Lawrason et al., «Effects of age and severity of illness on outcome and length of stay in geriatric surgical patients», *The American Journal of Surgery*, 165, 1993, p. 577-580.
9. R. Andersen et J. Newman, «Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
10. W.J. Millar, C.W. Cole et G.B. Hill, «Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues aux anévrismes de l'aorte abdominale», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 19-27, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. H. Johansen, C. Nair et J. Bond, «Qui va à l'hôpital? Étude des gros consommateurs de soins hospitaliers», *Rapports sur la santé*, 6(2), 1995, p. 19-27, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. G. Kaplan et T. Camacho, «Perceived health and mortality : A nine-year follow up of the human population laboratory cohort», *American Journal of Epidemiology*, 117, 1983, p. 292.

<sup>c</sup> Chez les personnes dont le revenu est inadéquat, l'absence de moyen de transport, la difficulté à obtenir des services de garderie, etc. peuvent encore nuire à l'accès aux services de soins de santé.

13. E. Idler, S. Kasl et J. Lemke, «Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986», *American Journal of Epidemiology*, 131, 1990, p. 91.
14. K. Wilkins et E. Park, «Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité», *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-17, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
15. G.I.J.M. Kempen, J. Ormal, E.L. Brillman et al., «Adaptive responses among Dutch elderly : The impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life», *American Journal of Public Health*, 87(1), 1997, p. 38-44.
16. M. Gordon et J. Huang, «Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : VI. Ostéoporose», *Maladies chroniques au Canada*, 16(1), 1995, p. 1-27.
17. Statistique Canada, *L'état de santé des canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, (n° 11-612F au catalogue) Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Ottawa, 1994.
18. E.M. Brown et V. Goel, «Factors related to emergency department use : Results from the Ontario Health Survey 1990», *Annals of Emergency Medicine*, 24(6), 1994, p. 1083-1091.
19. F. Béland, L. Philibert, J-P. Thouez et al., «Socio-spatial perspectives on the utilization of emergency hospital services in two urban territories in Quebec», *Social Sciences in Medicine*, 30(1), 1990, p. 53-66.
20. P. Manga, R. Broyles et D. Angus, «The determinants of hospital utilization under a universal public insurance programme in Canada», *Medical Care*, 25, 1987, p. 658-670.
21. S.J. Katz, T.P. Hofer et W.G. Manning, «Hospital utilization in Ontario and the United States : The impact of socioeconomic status and health status», *Canadian Journal of Public Health*, 87(4), 1996, p. 253-256.
22. J. Stokes et J. Lindsay, «Principales causes de décès et d'hospitalisation chez les aînés canadiens», *Maladies chroniques au Canada*, 17(2), 1996, p. 67-78.
23. C.C. Campbell et S.E. Horton, «Apparent nutrient intakes of Canadians : Continuing nutritional challenges for public health professionals», *Canadian Journal of Public Health*, 82(6), 1991, p. 374-380.
24. W.F. Forbes, L.M. Hayward et N. Agwani, «Factors associated with the prevalence of various self-reported impairments among older people residing in the community», *Canadian Journal of Public Health*, 82(4), 1991, p. 240-244.
25. C.A. Mustard et N. Frolich, «Socioeconomic status and the health of the population», *Medical Care*, 33(12 Suppl), 1995, p. DS43-54.
26. D.T. Wigle, «Canada's health status : a public health perspective», *Risk Analysis*, 15(6), 1995, p. 693-698.
27. B.A. Reeder, L. Liu et L. Horlick, «Sociodemographic variation in the prevalence of cardiovascular disease», *Canadian Journal of Cardiology*, 12(3), 1996, p. 271-277.
28. E.M. Badley et D. Ibanez, «Socioeconomic risk factors and musculoskeletal disability», *Journal of Rheumatology*, 21(3), 1994, p. 515-522.
29. S.J. Katz et T.P. Hofer, «Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States», *American Medical Association Journal*, 272(7), 1994, p. 530-534.



# Rapports

Cette section renferme des articles descriptifs portant sur les domaines de la statistique sur la santé et de la statistique de l'état civil.



# Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995

François Nault

## Résumé

### Objectifs

Le présent article étudie les tendances de la mortalité infantile et de l'incidence du faible poids à la naissance de 1975 à 1995.

### Source des données

Les données sont tirées de la Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil établie à partir des données fournies à Statistiques Canada par chacun des bureaux de l'état civil des provinces et des territoires.

### Techniques d'analyse

Le taux de mortalité, le taux de mortinatalité et l'incidence du faible poids à la naissance ont été calculés pour le Canada, les provinces et les territoires de 1975 à 1995. Afin d'étudier l'influence de changements dans les caractéristiques maternelles pendant cette période, l'incidence du faible poids à la naissance a été corrigée selon l'âge et l'état matrimonial des mères selon la répartition de 1985.

### Résultats principaux

La baisse de la mortalité infantile et périnatale a été moins rapide ces dernières années. On explique ce ralentissement, au moins en partie, à la plus grande incidence du faible poids à la naissance. Par ailleurs, on explique une partie de l'augmentation de l'incidence du faible poids à la naissance par la proportion croissante de naissances chez les femmes âgées de 35 ans et plus et chez les femmes non mariées.

### Mots-clés

Mort fœtale, mortinatalité, mort infantile, mortalité périnatale, mortalité néonatale.

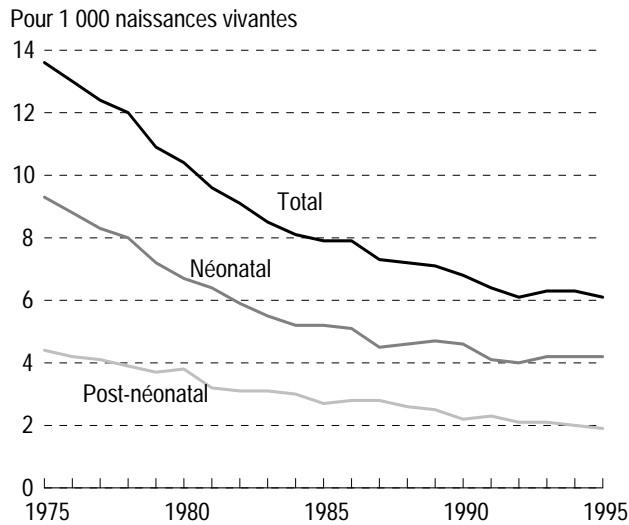
### Auteur

François Nault (613) 951-1764 fait partie de la Division des statistiques sur la santé, Statistiques Canada, Ottawa, K1A 0T6.

La diminution considérable de la mortalité infantile — les décès d'enfants de moins d'un an — au Canada et dans les autres pays industrialisés constitue une des grandes réussites de la médecine au vingtième siècle. Étant donné la disparition presque complète des maladies infectieuses, les éventuelles réductions de la mortalité infantile se trouvent dans l'augmentation des chances de survie prénatale et de survie au cours des premières semaines de vie. Par conséquent, dans les pays à faible mortalité comme le Canada, les préoccupations se sont graduellement tournées vers la mortalité néonatale (décès au cours des 27 premiers jours) ou même vers la mortalité périnatale (mortinaissances et décès au cours de la première semaine).

Même si le taux de mortalité infantile au Canada a continué de diminuer, la progression a été plus lente au cours de la dernière décennie. Ce ralentissement coïncide avec une augmentation de l'incidence du faible poids à la naissance.

Graphique 1  
Taux de mortalité infantile, Canada, 1975 à 1995



Source des données : Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil

Le présent article décrit les tendances de la mortalité infantile et de la mortinatalité ainsi que l'incidence du faible poids à la naissance de 1975 à 1995 (voir *Méthodologie* et *Définitions*).

### Mortalité infantile

Le nombre annuel de décès infantiles a diminué au cours des 20 dernières années mais, la diminution est maintenant moins rapide : de 4 721 en 1975, le nombre est tombé à 2 982 en 1985 puis à 2 321 en 1995 (graphique 1, annexe, tableau A).

De 1975 à 1985, le taux de mortalité infantile a chuté rapidement, passant de 13,6 à 7,9 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes. Au cours des dix années suivantes, la baisse a été comparativement moins marquée, passant à 6,1 pour 1 000. En fait, la mortalité infantile a été identique en 1995 et en 1992.

## Méthodologie

### Source des données

Les données sur les naissances vivantes, les mortinaissances, les décès et le faible poids à la naissance proviennent de la Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil. Ces données sont adaptées suivant les renseignements recueillis par les bureaux de l'état civil des provinces et des territoires responsables de l'enregistrement des données de l'état civil relevant de leur compétence.

### Techniques d'analyse

Le taux de mortalité, le taux de mortinatalité et l'incidence du faible poids à la naissance ont été calculés pour le Canada, les provinces et les territoires. Afin d'étudier l'influence de changements dans les caractéristiques maternelles pendant cette période, l'incidence du faible poids à la naissance a été corrigée selon l'âge et l'état matrimonial des mères selon la répartition de 1985.

### Limites

À cause des obligations juridiques de déclaration, l'enregistrement des données de l'état civil est considéré comme étant virtuellement complet. Cependant, il manque les enregistrements reçus après la date limite de diffusion des données ainsi que les données relatives aux Canadiens installés dans les pays étrangers autres

que les États-Unis. Les données de l'état civil relatives aux résidents non permanents peuvent être exclues si leur lieu de résidence habituel est à l'extérieur du Canada.

Les méthodes d'enregistrement peuvent avoir une certaine incidence dans le cas des fœtus très petits et très immatures. Ainsi, il est possible que les issues de grossesse qui étaient auparavant enregistrées (si elles l'étaient) comme avortements spontanés soient maintenant considérées comme des naissances et que la ligne de démarcation entre les mortinaissances et les naissances vivantes ne soit plus la même. Il convient de noter qu'entre 1985 et 1995 les naissances vivantes dont le poids à la naissance était inférieur à 500 grammes a augmenté de 4,3 à 8,8 pour 10 000 et que la proportion des morts-nés d'un poids inférieur à 500 grammes est passée de 14 % à 23 % de toutes les mortinaissances dont le poids à la naissance est connu, même si quatre provinces n'incluent pas ces mortinaissances dans leurs statistiques.

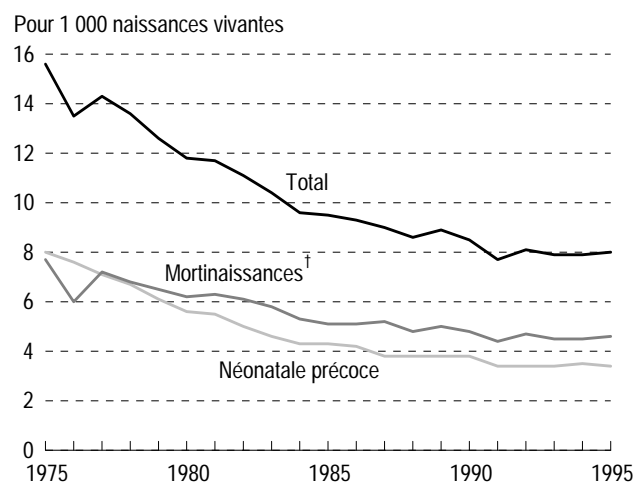
Le petit nombre de mortinaissances dont le poids à la naissance est inconnu n'a aucun effet significatif sur l'interprétation des tendances et des écarts interprovinciaux et a été exclu des calculs.

Les statistiques sur les causes de décès et de mortinaissances sont utiles dans la mesure où elles sont exactes et exhaustives. L'exactitude des statistiques est liée à des facteurs comme l'expérience du médecin qui établit le certificat et la façon d'utiliser les résultats des examens post-mortem, quand ceux-ci sont effectués.

Depuis 1975, la majorité des décès infantiles (7 sur 10 environ) sont néonataux, c'est-à-dire qu'ils se sont produits au cours des 27 premiers jours de vie. En 1995, 37 % des décès infantiles se sont produits au cours de la première journée, et 19 % au cours de la première semaine.

En 1995, le taux de mortalité néonatale était de 4,2 décès pour 1 000 naissances vivantes. La variation est relativement faible par rapport à 1985 (5,2) mais considérable par rapport à 1975 (9,3).

Graphique 2  
Taux de mortalité périnatale, Canada, 1975 à 1995



Source des données : Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil

† Ne comprend que les mortinaissances dont le poids à la naissance est d'au moins 500 grammes. Les mortinaissances dont le poids n'est pas connu sont exclues.

Tableau 1  
Certaines causes de mortinaissances et de mortalité infantile, Canada, 1995

	Mortinaissances		Décès infantiles				
	Nombre	Taux	Total	Néonatale précoce	Néonatale tardive	Post-néonatale	Taux
Pour 1 000 naissances totales		Pour 1 000 naissances vivantes					
<b>Total (CIM-9)</b>	<b>1 730</b>	<b>4,56</b>	<b>2 321</b>	<b>1 295</b>	<b>289</b>	<b>737</b>	<b>6,14</b>
Complications périnatales (760-779)	1 166	3,07	989	839	109	41	2,62
Anomalies congénitales (740-759)	181	0,48	684	400	115	169	1,81
MSN (798.0)	...	...	269	2	17	230	0,66
Blessures (E800-E999)	...	...	54	5	6	43	0,14
Toutes les autres causes connues	3	0,01	269	38	33	198	0,71
Causes inconnues, périnatales (779.9)	380	1,00	1	1	0	0	0,00
Causes inconnues, générales (799.9)	...	...	75	10	9	56	0,20

Source des données : Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil

... N'ayant pas lieu de figurer

## Mortalité périnatale

Comme la mortalité infantile, la mortalité périnatale, qui comprend les mortinaissances et les décès néonataux précoces (moins de sept jours), a diminué plus rapidement entre 1975 et 1985 qu'entre 1985 et 1995 (annexe, tableau B). De plus, la diminution des décès néonataux a été plus accentuée que celle des mortinaissances, de sorte que les mortinaissances représentaient une partie croissante de la mortalité périnatale : 49 % en 1975 et 57 % en 1995 (graphique 2). Cette baisse de la mortalité néonatale précoce témoigne sans doute des progrès de la médecine dans les soins prodigués aux très jeunes enfants nés vivants.

## Causes de décès

Les causes de mortalité infantile diffèrent selon l'âge de l'enfant. En outre, un nombre important de mortinaissances et décès infantiles sont attribués à des causes inconnues (tableau 1).

En 1995, les complications périnatales provoquaient plus de 85 % des mortinaissances dont la cause était connue et 65 % des décès néonataux précoces. Les complications périnatales comprennent le syndrome de détresse respiratoire et d'autres troubles respiratoires, les troubles liés à une courte durée de gestation et à un faible poids à la naissance, les complications de la grossesse ainsi que les complications liées au placenta, au cordon

## Définitions

**Naissance vivante** : expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la période de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie.

**Mortinaissance** : produit de conception qui est sorti du corps de la mère et qui, à aucun moment après la naissance, n'a respiré ou manifesté tout autre signe de vie. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'inclure dans les statistiques nationales sur la périnatalité (qui comprennent les mortinaissances et les morts néonatales précoces) tous les fœtus et les enfants accouchés pesant au moins 500 grammes ou, lorsque le poids à la naissance n'est pas connu, l'âge fœtal (22 semaines) ou la taille (25 cm du sommet de la tête aux talons), qu'ils soient vivants ou morts<sup>1</sup>. Au Canada, on utilisait trois définitions différentes en 1995 : à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Saskatchewan, seul le critère de 500 grammes était pris en considération; à l'Île-du-Prince-Édouard, seul l'âge fœtal (fœtus d'au moins 20 semaines) était pris en considération, tandis que dans le reste du pays l'un ou l'autre des critères était pris en considération. Dans le présent article, afin de permettre une comparaison entre les provinces, on a pris en compte uniquement les mortinaissances dont le poids à la naissance était de 500 grammes ou plus, qui sont enregistrées dans toutes les provinces.

**Décès infantile** : décès d'un enfant de moins d'un an.

**Décès néonatale** : décès d'un enfant de moins de 28 jours.

**Décès néonatale précoce** : décès d'un enfant de moins de 7 jours.

**Décès néonatale tardif** : décès d'un enfant âgé de 7 jours à moins de 28 jours.

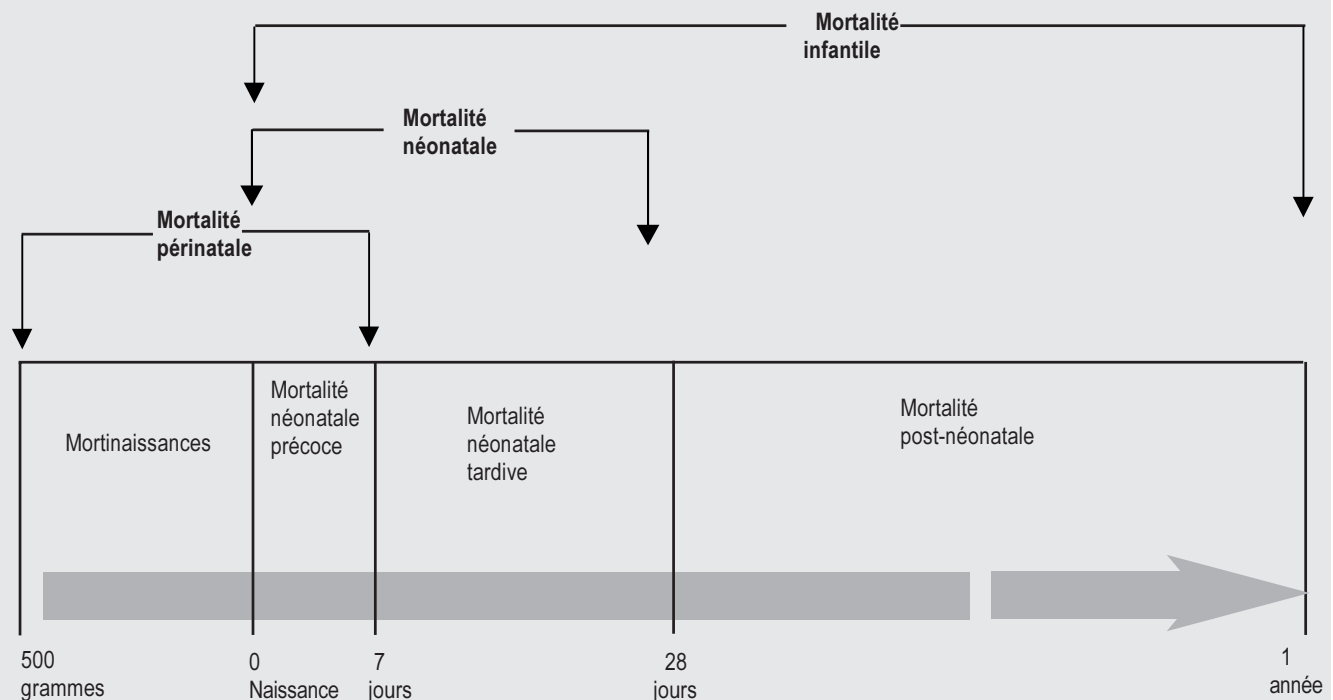
**Décès post-néonatale** : décès d'un enfant âgé de 28 jours à moins d'un an.

Les taux de mortalité infantile, néonatale (précoce et tardive) et post-néonatale correspondent au nombre de ces décès pour 1 000 naissances vivantes. Le même dénominateur est employé pour chaque taux.

**Taux de mortalité périnatale** : nombre de mortinaissances dont le poids à la naissance est de 500 grammes ou plus et de décès néonataux précoces pour 1 000 naissances totales (naissances vivantes plus mortinaissances).

**Taux de mortinatalité** : nombre de mortinaissances dont le poids à la naissance est de 500 grammes ou plus pour 1 000 naissances totales dont le poids est connu.

**Incidence du faible poids à la naissance** : naissances vivantes dont le poids se situe entre 500 et 2 499 grammes exprimées en pourcentage des naissances totales dont le poids est d'au moins 500 grammes (excluant les naissances où le poids est inconnu).



Source : Statistique Canada (référence 4)

ombilical ou aux autres membranes. La plupart des autres mortinaissances et des autres décès néonataux précoces sont provoqués par des malformations et celles-ci ont été la principale cause de décès des enfants âgés de 7 à 27 jours. Les malformations mortelles les plus répandues sont les anomalies du système circulatoire et du système respiratoire.

Il ressort qu'après les quatre premières semaines de vie le syndrome de la mort subite chez le nourrisson (MSN), est la principale cause de décès, totalisant 34 % des décès post-néonataux dont la cause était connue en 1995. Une autre partie équivalant à 25 % des décès post-néonataux était attribuable à des malformations et les blessures étaient responsables de 6 % des décès. Au cours de cette même année, cinq bébés sont morts du sida.

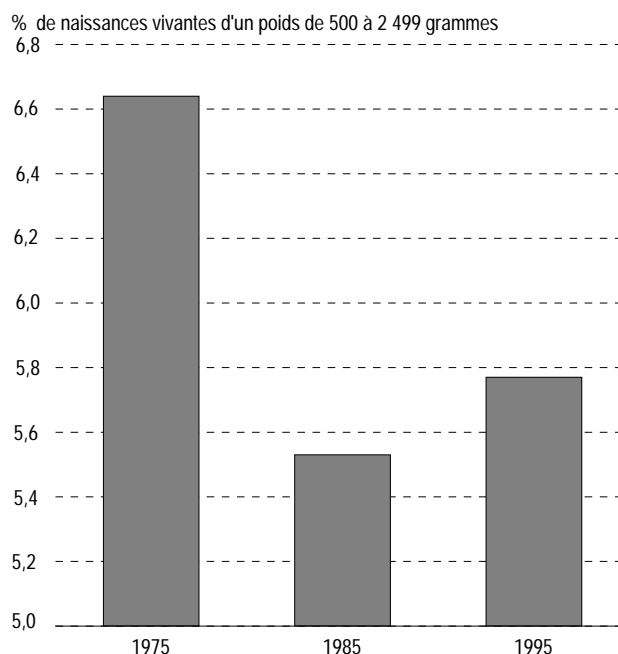
### Faible poids à la naissance

On estime en général que le poids à la naissance est l'un des meilleurs indicateurs des chances de survie d'un nouveau-né<sup>2,3</sup>. Il existe une forte corrélation entre la mortalité périnatale et infantile et le faible poids à la naissance. Les études qui établissent un rapport entre les naissances vivantes et les décès infantiles n'ont cessé de faire ressortir les très grands écarts dans le taux de survie selon le poids à la naissance<sup>47</sup>. De 1975 à 1985, l'incidence du faible poids à la naissance a diminué, passant de 6,64 % à 5,53 %. En 1995 cependant, elle avait remonté à 5,77 % (graphique 3).

Certaines caractéristiques classées comme «marqueurs du risque» facilitent l'identification des femmes susceptibles d'avoir des enfants de faible poids à la naissance<sup>8,9</sup>. Ces marqueurs comprennent l'âge et l'état matrimonial de la mère ainsi que la période de gestation et la parité (rang de naissance) (tableau 2).

Le poids insuffisant à la naissance est plus répandu chez les enfants des mères les plus jeunes et les plus âgées que chez celles qui ont entre 25 et 34 ans<sup>10</sup>. La proportion de nouveaux-nés de faible poids est aussi plus élevée chez les mères non mariées que chez celles qui sont mariées. Par conséquent, les changements survenus depuis 1985 dans la répartition des naissances selon l'âge et l'état

Graphique 3  
Incidence du faible poids à la naissance, Canada, 1975 à 1995



Source des données : Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil

Tableau 2  
Incidence du faible poids à la naissance†, selon l'âge de la mère et certaines caractéristiques, Canada, 1995

	Âge de la mère						
	Tous les âges	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+
	%						
<b>Total</b>	5,8	6,7	6,0	5,4	5,5	6,5	8,2
<b>État matrimonial</b>							
Mariée	5,1	6,1	5,3	4,8	4,9	5,7	7,4
Célibataire	6,8	6,7	6,4	6,5	7,2	8,7	10,0
<b>Durée de gestation (semaines)</b>							
Moins de 37	48,5	50,3	49,2	47,6	48,2	48,8	50,3
37 et plus	2,2	2,5	2,4	2,1	2,1	2,4	2,9
<b>Parité</b>							
1	6,1	6,3	5,8	5,5	6,4	7,8	10,5
2	5,1	8,5	5,7	4,6	4,6	5,9	7,6
3	5,9	10,3	7,3	5,8	5,2	6,0	7,4
4+	7,2	11,9	9,9	7,8	6,5	6,8	7,5

Source des données : Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil

† Naissances vivantes d'un poids de 500 à 2 499 grammes exprimé en pourcentage des naissances vivantes d'un poids d'au moins 500 grammes.

matrimonial des mères peuvent expliquer en partie l'augmentation de l'incidence du faible poids à la naissance. La proportion de naissances chez les femmes de 35 ans et plus a doublé, passant de 6 % à 12 %, et celle des naissances chez les mères non mariées est passée de 18 % à 30 %. Si la répartition des naissances selon l'âge et l'état matrimonial des mères était restée la même qu'en 1985, l'incidence du faible poids à la naissance serait tombée à 5,49 % en 1995 au lieu de monter à 5,77 %.

Le faible poids à la naissance est lié de façon évidente à la prématurité, car près de la moitié des enfants prématurés pèsent moins de 2 500 grammes, comparativement à seulement 2 % des enfants nés après 37 semaines ou plus de gestation. De plus, le faible poids à la naissance est plus répandu chez les premiers nés et chez les enfants de quatrième rang ou plus que chez ceux de deuxième et de troisième rang de naissance.

Bien entendu, la survie fœtale et infantile dépend de la qualité et de la disponibilité des soins de santé. Les centres médicaux spécialisés ayant des services

de soins intensifs ont un taux de mortalité néonatale beaucoup moins élevé que les autres hôpitaux<sup>6,11</sup>.

L'environnement socio-économique de la mère joue aussi un rôle dans la survie fœtale. Dans les centres urbains du Canada, l'incidence du faible poids à la naissance et le taux de mortalité infantile sont relativement élevés dans les quartiers à plus faible revenu, ce qui démontre l'importance de l'environnement socio-économique.<sup>12</sup>

### Différences selon le sexe

Le taux de mortalité plus élevé chez les hommes que chez les femmes, qu'on constate à tous les âges, existe même à la naissance. En 1995, le taux de mortalité a été plus élevé chez les garçons que chez les filles : 6,7 décès pour 1 000 naissances vivantes contre 5,5 dans le cas de la mortalité infantile et 8,6 décès pour 1 000 naissances totales contre 7,3 pour ce qui est de la mortalité périnatale. Par contre, l'incidence du faible poids à la naissance a été plus élevée chez les filles (6,3 %) que chez les garçons (5,4 %).

Tableau 3  
Mortalité infantile, mortalité périnatale et incidence du faible poids à la naissance, Canada, 1975, 1985 et 1995

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.-N.-O.
<b>Mortalité infantile<sup>†</sup></b>	Pour 1 000 naissances vivantes												
1975	13,1	15,7	19,2	16,2	15,5	13,3	12,8	15,0	17,8	14,9	14,4	24,5	35,7
1985	7,9	10,8	4,0	7,9	9,6	7,3	7,3	9,9	11,0	8,0	8,1	10,8	16,7
1995	6,1	7,9	4,6	4,8	4,8	5,5	5,9	7,6	9,1	7,0	6,0	12,8	13,0
<b>Mortalité périnatale<sup>‡</sup></b>	Pour 1 000 naissances totales												
1975	15,6	8,7	25,6	14,8	20,2	15,4	16,3	17,2	17,0	13,6	17,3	24,3	30,2
1985	9,5	10,3	9,9	10,1	9,2	8,8	9,7	10,4	10,5	8,7	10,0	2,2	11,7
1995	8,0	9,5	10,2	8,1	5,6	7,2	8,2	8,7	9,9	8,5	7,5	8,5	9,2
<b>Naissance de faible poids<sup>§</sup></b>	%												
1975	6,64	..	5,04	5,48	5,53	7,51	6,44	6,23	6,26	6,93	6,10	7,18	8,50
1985	5,53	..	4,89	5,20	5,21	6,30	5,40	5,14	5,33	5,46	4,92	6,47	4,61
1995	5,77	5,43	4,63	5,85	4,71	5,90	5,98	5,38	5,51	5,88	5,24	4,06	6,95

Source des données : Base canadienne de données sur les statistiques de l'état civil

† Décès d'enfants de moins d'un an.

‡ Mortinaissances et décès d'enfants de moins de sept jours.

§ Naissances vivantes d'un poids de 500 à 2 499 grammes exprimé en pourcentage des naissances vivantes d'un poids d'au moins 500 grammes.

.. Nombres non disponibles



## Différences entre provinces

Parmi les provinces, la Saskatchewan, Terre-Neuve et le Manitoba ont eu les taux de mortalité infantile les plus élevés en 1995 (tableau 3). Au cours de la dernière décennie, la mortalité infantile a diminué dans toutes les provinces sauf l'Île-du-Prince-Édouard (probablement des fluctuations causées par les petits nombres). Malgré tout, l'Île-du-Prince-Édouard a eu le plus faible taux de mortalité infantile en 1995. Le taux de mortalité infantile a également été faible en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, qui ont connu les plus importantes baisses depuis 1985.

Le taux de mortalité périnatale le plus élevé en 1995 a été celui de l'Île-du-Prince-Édouard; viennent ensuite la Saskatchewan, Terre-Neuve et le Manitoba. Le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Colombie-Britannique ont eu les plus faibles taux. L'Île-du-Prince-Édouard est la seule province où le taux de mortalité périnatale a augmenté au cours de cette décennie.

Parmi les provinces les plus peuplées, les baisses de mortalité infantile et périnatale depuis 1985 ont été plus fortes au Québec et en Colombie-Britannique qu'en Ontario. Toutefois, il y a peu de différence entre les taux de ces provinces.

L'incidence du faible poids à la naissance en 1995 a été la plus élevée en Ontario, au Québec et en Alberta et elle a été la plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique. De 1985 à 1995, l'incidence du faible poids à la naissance a diminué dans trois provinces seulement : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et le Québec<sup>a</sup>. L'augmentation dans l'ensemble du Canada s'explique principalement par une remontée en Ontario<sup>13</sup>.

Au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, les taux de mortalité infantile et périnatale ont fortement diminué, mais il se peut qu'en raison de la petite taille de l'échantillon une partie de cette diminution soit due à des fluctuations aléatoires. Alors que le taux de mortalité infantile des territoires est bien supérieur à celui des provinces, en 1995,

<sup>a</sup> Les tendances à Terre-Neuve ne sont pas connues faute de statistiques sur l'incidence du faible poids antérieures à 1990.

seul le taux de mortalité post-néonatale a été beaucoup plus élevé : le taux de mortalité néonatale était comparable à celui des provinces. Il est toutefois possible qu'il y ait eu un sous-enregistrement des décès précoces dans les territoires.

## Mot de la fin

Paradoxalement, les progrès en matière de soins périnataux peuvent entraîner une augmentation de la mortalité infantile, car les grossesses qui se seraient auparavant terminées par des fausses couches et des mortinaissances donnent des naissances vivantes de faible poids, aux chances de survie précaires. Ces dernières années, la mortalité infantile et périnatale a diminué moins rapidement. Au cours de cette même période, l'incidence du faible poids à la naissance a augmenté. Dans une certaine mesure, l'augmentation de l'incidence du faible poids à la naissance est sans doute attribuable en partie à la proportion croissante de naissances chez les mères qui enfantent à un âge plus avancé ou sont non mariées.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et de causes des décès, 9<sup>e</sup> révision*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
2. Organisation mondiale de la santé, «The incidence of low birth weight : A critical review of available information», *World Health Statistics Quarterly*, 33(3), 1980, p. 197-224.
3. Institut canadien de la santé infantile, *Prevention of Low Birth Weight in Canada : Literature Review and Strategies*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 1992.
4. Y. Péron et M. Strohmenger, *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations – Présentation et interprétation*, (Statistique Canada, n° 82-543 au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1985.
5. J. Silins, R.M. Smenciw, H.I. Morrison et al., «Risk factors for perinatal mortality in Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 133, 1985, p. 1214-1219.
6. C. Paré, H. Bard, N. Brassard et al., *Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales—Rapport 1992*, Collège des médecins du Québec, Montréal, 1995.
7. W.J. Kierans, M.A. Collison, L.T. Foster et al., *Charting Birth Outcome in British Columbia : Determinants of Optimal Health and Ultimate Risk*, Division des statistiques de l'état civil, Ministère de la Santé et ministère responsable des personnes âgées de la Colombie-Britannique, Victoria, 1993.

8. W.J. Millar, J. Strachan et S. Wadhera, «Tendances relatives au faible poids à la naissance au Canada, 1971 à 1989», *Rapports sur la santé*, 3(4), 1991, p. 311-325, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. E. Ng et R. Wilkins, «Caractéristiques démographiques des mères et taux d'insuffisance pondérale à la naissance au Canada, 1961 à 1990», *Rapports sur la santé*, 6(2), 1994, p.241-252, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T. A. Tuk, «Risques de la maternité à un âge avancé», *Rapports sur la santé*, 9(2), 1997, p. 41-47, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
11. R. Usher, «Changing mortality rates with perinatal intensive care and regionalization», *Seminars in Perinatology*, 1(3), 1977, p. 309-319.
12. R. Wilkins, R. G. 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).
13. K.S. Joseph et M.S. Kramer, « Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(5), 1997, p. 535-541.



## Annexe

Tableau A  
Décès infantiles et taux de mortalité, au Canada de 1975 à 1995

	Total	Néo-natale	Post-néo-natale	Total	Néo-natale	Post-néo-natale
	Nombre			Pour 1 000 naissances vivantes		
1975	4 721	3 144	1 577	13,1	8,7	4,4
1976	4 682	3 178	1 504	13,0	8,8	4,2
1977	4 475	2 984	1 491	12,4	8,3	4,1
1978	4 289	2 888	1 401	12,0	8,0	3,9
1979	3 994	2 652	1 342	10,9	7,2	3,7
1980	3 868	2 470	1 398	10,4	6,7	3,8
1981	3 562	2 359	1 203	9,6	6,4	3,2
1982	3 385	2 219	1 166	9,1	5,9	3,1
1983	3 182	2 040	1 142	8,5	5,5	3,1
1984	3 058	1 942	1 116	8,1	5,2	3,0
1985	2 982	1 954	1 028	7,9	5,2	2,7
1986	2 938	1 909	1 029	7,9	5,1	2,8
1987	2 706	1 679	1 027	7,3	4,5	2,8
1988	2 705	1 719	986	7,2	4,6	2,6
1989	2 795	1 828	967	7,1	4,7	2,5
1990	2 766	1 869	897	6,8	4,6	2,2
1991	2 573	1 638	935	6,4	4,1	2,3
1992	2 431	1 579	852	6,1	4,0	2,1
1993	2 448	1 613	835	6,3	4,2	2,1
1994	2 418	1 634	784	6,3	4,2	2,0
1995	2 321	1 584	737	6,1	4,2	1,9

Source des données : Base des données statistiques de l'état civil canadienne

Tableau B  
Décès périnatales et taux de mortalité, au Canada, de 1975 à 1995

	Total	Morti-nais-sances <sup>†</sup>	Moins de 7 jours	Total	Morti-nais-sances	Moins de 7 jours
	Nombre			Pour 1 000 naissances vivantes		
1975	5 664	2 771	2 893	15,6	7,7	8,0
1976	4 903	2 161	2 742	13,5	6,0	7,6
1977	5 214	2 624	2 590	14,3	7,2	7,1
1978	4 905	2 470	2 435	13,6	6,8	6,7
1979	4 641	2 397	2 244	12,6	6,5	6,1
1980	4 394	2 302	2 092	11,8	6,2	5,6
1981	4 381	2 344	2 037	11,7	6,3	5,5
1982	4 175	2 302	1 873	11,1	6,1	5,0
1983	3 927	2 187	1 740	10,4	5,8	4,6
1984	3 635	2 006	1 629	9,6	5,3	4,3
1985	3 582	1 941	1 641	9,5	5,1	4,3
1986	3 504	1 927	1 577	9,3	5,1	4,2
1987	3 333	1 930	1 403	9,0	5,2	3,8
1988	3 255	1 815	1 440	8,6	4,8	3,8
1989	3 498	1 989	1 509	8,9	5,0	3,8
1990	3 473	1 943	1 530	8,5	4,8	3,8
1991	3 131	1 770	1 361	7,7	4,4	3,4
1992	3 225	1 883	1 342	8,1	4,7	3,4
1993	3 085	1 753	1 332	7,9	4,5	3,4
1994	3 070	1 723	1 347	7,9	4,5	3,5
1995	3 025	1 730	1 295	8,0	4,6	3,4

Source des données : Base de données statistiques de l'état civil canadienne  
† Ne comprend que les mortinaissances dont le poids à la naissance est d'au moins 500 grammes. Les mortinaissances dont le poids est inconnu sont exclues.

# La santé des diabétiques au Canada

Robert James, T. Kue Young, Cameron A. Mustard et Jamie Blanchard

## Résumé

### Objectifs

Cet article traite de la prévalence du diabète sucré chez les Canadiens et les Canadiennes ainsi que de l'état de santé, des caractéristiques socio-économiques, des comportements personnels en matière de santé et de l'utilisation des services de santé, des personnes touchées.

### Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995.

### Techniques d'analyse

On s'est servi de chiffres pondérés pour calculer la prévalence du diabète et la proportion de personnes présentant les caractéristiques et les comportements liés à la santé.

### Résultats principaux

En 1994-1995, 3 % des Canadiens et des Canadiennes âgés de 12 ans et plus — soit plus de 722 000 personnes — ont déclaré souffrir d'un diabète qui avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé. La prévalence du diabète augmente avec l'âge et elle est associée à un faible revenu. De plus, le pourcentage des adultes ayant un poids excessif est plus élevé chez les diabétiques que chez les non diabétiques.

### Mots-clés

Diabète sucré, maladie cardiovasculaire, complications ophtalmiques, enquêtes sur la santé.

### Principale publication

Cet article est basé sur les conclusions de *The Burden and Impact of Diabetes Mellitus in the Canadian Population*, une recherche réalisée grâce à des fonds provenant du Programme national de recherche et de développement en matière de santé. (PNRDS 6607-1782-NPH).

### Auteurs

Robert James, T. Kue Young (204) 789-3644, Cameron A. Mustard et Jamie Blanchard travaillent au Département des sciences de santé communautaire de l'Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), R3E 0W3.

Lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995 menée par Statistique Canada, — 3 % des Canadiens et des Canadiennes âgés de 12 ans et plus — soit plus 722 000 personnes — ont déclaré souffrir d'un diabète qui avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Moins du quart (23 %) des personnes interrogées ont déclaré avoir pris de l'insuline durant le mois précédant l'interview et un peu plus de la moitié (51 %) ont indiqué avoir pris des pilules pour stabiliser leur diabète<sup>a</sup>.

Même si le diabète peut être maîtrisé, la santé des personnes qui en souffrent est souvent compromise par d'autres problèmes majeurs, tels que l'hypertension, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cataractes et le glaucome.

Certains doutes ont été exprimés sur la pertinence de l'information dont on dispose sur les Canadiens souffrant de diabète<sup>1-3</sup>. S'appuyant sur les données de l'ENSP, cet

<sup>a</sup> Une faible proportion a déclaré avoir pris à la fois de l'insuline et des pilules durant le mois ayant précédé leur entrevue.

## Méthodologie

### Source des données

Les conclusions présentées dans cet article sont basées sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995. Dans cette enquête, la population cible était composée des membres de ménages choisis dans l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception des personnes vivant sur les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes ou dans certaines régions éloignées. Au total, 27 263 ménages ont été choisis pour l'enquête. Le taux de réponse s'élevait à 88,7 %. Un volet institutionnel additionnel a porté sur les résidents de longue durée des hôpitaux et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les données sur le volet institutionnel et les territoires ne sont pas incluses dans cette analyse.

La structure de l'ENSP est complexe et prévoit un échantillonnage stratifié à plusieurs degrés, avec probabilités de sélection inégales. Les données ont été pondérées pour calculer les estimations de la prévalence pour l'ensemble de la population canadienne.

Les données de l'ENSP sont stockées dans un fichier général (130 variables) qui porte sur l'ensemble des 58 439 membres des ménages échantillonnés, ainsi qu'un fichier Santé qui contient des renseignements plus détaillés (208 variables supplémentaires) sur 17 626 personnes âgées de 12 ans et plus, choisies au hasard (une par ménage). Le fichier utilisé dans chaque cas est précisé au bas des tableaux et des graphiques de cet article.

Durant l'interview, une seule personne fournissait l'information sur tous les membres du ménage. La personne interrogée devait répondre à la question suivante : «... souffre-t-il (elle) d'un des problèmes de santé chroniques suivants qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé?» On énumérait ensuite différents problèmes de santé, incluant le diabète. Le groupe «avec diabète», dans le présent article, comprend les personnes qui ont répondu avoir ce problème de santé.

### Techniques d'analyse

Pour calculer la prévalence, on s'est servi de chiffres pondérés. On a tiré les coefficients de variation approximatifs des tableaux fournis dans la documentation accompagnant les fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'ENSP.

Conformément aux directives en matière de diffusion de l'ENSP, nous n'avons pas publié dans cet article les estimations pondérées qui sont basées sur un échantillon dont la taille est inférieure à 30 ou dont le coefficient de variation est supérieur ou égal à 25 %.

### Limites

L'ENSP ne constitue pas une source complète de données épidémiologiques. Seul le dépistage biochimique par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale permettrait de déterminer la prévalence réelle du diabète dans une population<sup>4</sup>. Or, comme aucun dépistage de ce genre n'a été fait au Canada — que ce soit à l'échelle nationale ou provinciale, — la prévalence réelle du diabète demeure inconnue. Les données de la National Health and Nutrition Examination Survey aux États-Unis indiquent que les personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué — et qui ont été identifiées par l'ENSP — ne représenteraient que 50 % seulement de toutes les personnes qui obtiendraient un résultat positif au test de dépistage biochimique<sup>5</sup>.

Par ailleurs, bien qu'il existe deux sous-types cliniquement et étiologiquement distincts du diabète — soit le type 1 et le type 2 — l'ENSP n'établit pas de distinction entre les deux. Cependant, le présent article porte principalement sur les adultes de 25 ans et plus, chez qui la grande majorité des cas de diabète sont du type 2.

Les grandes enquêtes nationales comme l'ENSP, malgré leurs limites, offrent néanmoins des informations utiles sur l'incidence de la maladie sur le réseau des soins de santé et l'économie. Cependant, les personnes souffrant de diabète non diagnostiqué sont elles aussi exposées à diverses complications et, en fin de compte, ont également une incidence sur l'état de santé et le bien-être économique de l'ensemble de la population canadienne.

article présente les principaux résultats d'une étude récente. L'analyse porte sur les Canadiens diabétiques et sur leurs caractéristiques socio-économiques, leur état de santé, leurs comportements personnels en matière de santé et leur utilisation des services de santé (voir *Méthodologie*).

### Qui souffre du diabète?

Chez les adultes, la prévalence de la maladie augmente considérablement avec l'âge. Chez les 25 à 44 ans, par exemple, à peine un peu plus de 1% des gens ont déclaré être atteints de la maladie; la proportion s'élevait à plus de 10 % chez les Canadiens et Canadiennes âgés de 65 ans et plus, ce qui signifie qu'une personne âgée sur dix est diabétique (graphique 1).

L'Enquête sociale générale (ESG) de 1985 et 1991 de Statistique Canada comporte également des données sur le diabète<sup>6,7</sup>. La prévalence du diabète établie à partir des données de l'ENSP de 1994-1995 est en général similaire à celle obtenue de l'ESG de 1991.

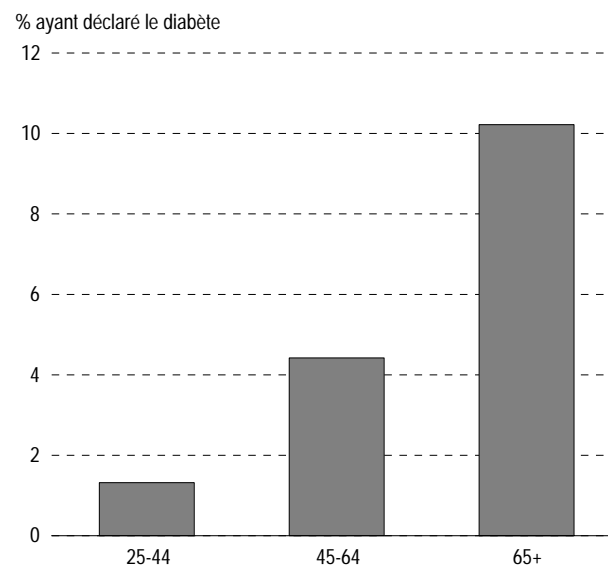
La prévalence du diabète est plus élevée chez les Canadiens et Canadiennes à faible revenu. Ainsi, environ 6 % des personnes âgées de 45 à 64 ans, dont le revenu familial s'établissait entre 10 000 \$ et 29 000\$, ont déclaré souffrir du diabète, comparativement à quelque 3 % seulement des personnes du même âge disposant d'un revenu familial de 60 000 \$ ou plus (graphique 2).

On n'a toutefois constaté aucune différence importante pour ce qui est de la prévalence du diabète entre les sexes, entre les résidents urbains et ruraux ou encore selon l'état matrimonial.

### État de santé

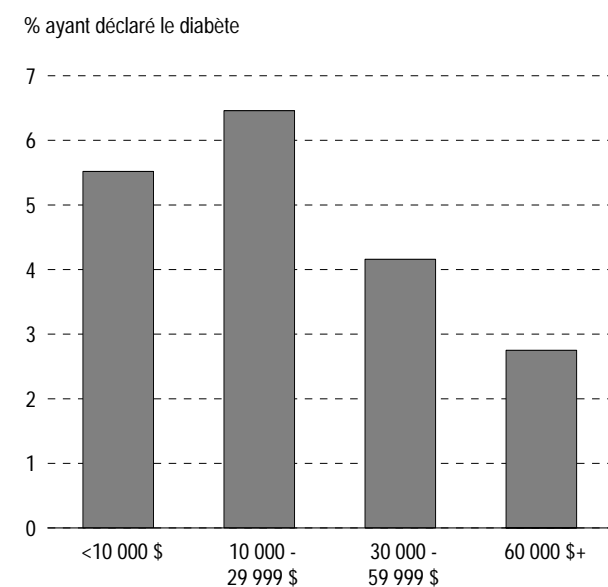
Comme l'on pouvait s'y attendre, une proportion plus grande de personnes diabétiques que de non diabétiques ont qualifié leur état de santé de «passable». Alors que 25 % des personnes diabétiques âgées de 45 à 64 ans ont qualifié leur état de santé de passable, cette proportion n'a été que de 10 % chez les non diabétiques (tableau 1).

Graphique 1  
Prévalence du diabète selon le groupe d'âge, Canada, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier général

Graphique 2  
Prévalence du diabète selon le revenu familial, chez les 45 à 64 ans, Canada, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier général

Durant les deux semaines qui ont précédé l'ENSP, une plus grande proportion de personnes diabétiques que de non diabétiques ont été malades au point de devoir garder le lit (à la maison ou à l'hôpital) ou d'avoir à réduire leurs activités normales. Parmi les diabétiques âgés de 45 à 64 ans, 23 % ont dû garder le lit pendant un jour ou plus durant cette période de deux semaines; tandis que la proportion a été de 14 % pour les non diabétiques.

### Problèmes de santé connexes

Le diabète s'accompagne souvent de complications cardiovasculaires, rénales, neurologiques et ophtalmiques et, comme on s'y attendait, les données de l'ENSP indiquent que la prévalence de l'hypertension diagnostiquée, des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux, des cataractes et du glaucome est plus élevée chez les diabétiques. Onze

pour cent des personnes âgées diabétiques avaient ainsi souffert d'un accident vasculaire cérébral, comparativement à 3 % des aînés non diabétiques (tableau 2).

### Comportements liés à la santé

Le tabagisme augmente les risques de maladies cardiovasculaires, alors que ces risques sont déjà plus élevés chez les diabétiques. Parmi les personnes de 25 à 44 ans, la proportion de fumeurs était égale, que la personne souffre ou non de diabète. Chez les 45 à 64 ans, la proportion de fumeurs était moins élevée, mais on a constaté, là aussi, assez peu de différence entre les diabétiques et les non diabétiques (tableau 3).

Tableau 1  
Certains mesures de l'état de santé selon le groupe d'âge et l'état diabétique, Canada, 1994-1995

	Groupe d'âge					
	25-44		45-64		65+	
	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète
	%					
<b>État de santé</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Excellent	--	30,2	--	22,3	--	13,5
Très bon	--	40,5	18,2	35,0	14,5	28,9
Bon	46,2	23,8	39,8	29,3	31,2	34,0
Passable	--	4,5	25,4	10,3	37,6	18,4
Mauvais	--	1,1	--	3,1	12,0	5,3
<b>Jours d'incapacité au cours des deux semaines précédentes</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aucun	67,8	85,7	77,2	86,1	73,5	84,1
1-2	--	5,8	5,4	4,1	--	2,8
3-13	14,4	6,1	10,0	5,7	8,8	6,5
14 et plus	--	2,4	7,4	4,1	13,6	6,6

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, fichier Santé pour l'état de santé et fichier Général pour les jours d'incapacité

-- Nombres infimes.

Tableau 2  
Prévalence de certains problèmes, selon le groupe d'âge et l'état diabétique, Canada, 1994-1995

	Groupe d'âge					
	25-44		45-64		65+	
	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète
	%					
<b>Hypertension</b>						
Total	14,9	2,5	36,1	13,6	40,5	27,2
Hommes	--	2,6	30,8	12,7	31,1	22,4
Femmes	--	2,4	42,4	14,5	49,2	30,8
<b>Cardiopathies</b>						
Total	--	0,7	15,7	4,7	24,4	16,0
Hommes	--	0,6	18,6	5,7	26,1	18,3
Femmes	--	0,8	--	3,7	22,9	14,2
<b>Accident vasculaire cérébral</b>						
Total	--	--	--	0,9	10,6	2,8
Hommes	--	--	--	1,0	--	2,8
Femmes	--	--	--	0,7	--	2,8
<b>Cataractes</b>						
Total	--	0,3	5,3	1,4	21,3	13,3
Hommes	--	--	--	1,2	15,9	9,6
Femmes	--	--	--	1,6	26,2	16,0
<b>Glaucome</b>						
Total	--	--	--	1,2	7,5	4,1
Hommes	--	--	--	0,9	--	3,4
Femmes	--	--	--	1,4	--	4,6

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, fichier Général

-- Nombres infimes.

Le surpoids est un facteur de risque du diabète chez les adultes. Selon les données de l'ENSP, 61 % des diabétiques âgés de 45 à 64 ans avaient un poids excessif, contre 38 % des non diabétiques. Par ailleurs, une proportion légèrement plus élevée de personnes diabétiques chez ce groupe d'âge étaient inactives.

### Utilisation des services de santé

Les données de l'ENSP indiquent qu'une plus forte proportion de diabétiques que de non diabétiques ont été admis à l'hôpital, dans une maison de repos, ou une maison de convalescence durant les 12 mois précédant l'enquête. Bien que la différence entre les taux d'hospitalisation des diabétiques et des non diabétiques augmente généralement avec l'âge, il reste que 25 % des personnes âgées souffrant de

diabète ont été hospitalisées durant cette période, comparativement à 16 % chez les non diabétiques (graphique 3).

Les personnes diabétiques ont également des besoins particuliers en matière de soins de santé, notamment en ce qui a trait aux examens de la vue et au contrôle régulier de la pression artérielle. Bien que ces personnes utilisent les services de santé plus fréquemment que les non diabétiques, leur fréquence d'utilisation demeure en deçà de celle recommandée dans les directives cliniques.

Les directives cliniques du Conseil consultatif canadien sur le diabète recommandent en effet que la fréquence des visites pour soins continus pour les personnes diabétiques, y compris pour le contrôle de la pression artérielle, soit d'une fois tous les six mois et d'au moins une fois par année, pour ce qui est de l'examen de la vue<sup>8</sup>. Une grande majorité (84 %) des diabétiques de 45 à 64 ans ont déclaré avoir fait vérifier leur pression artérielle durant les six mois précédant l'enquête, (tableau 4) alors qu'on constate une grande insuffisance dans le cas des

Tableau 3  
Comportements liés à la santé, selon le groupe d'âge et l'état diabétique, Canada, 1994-1995

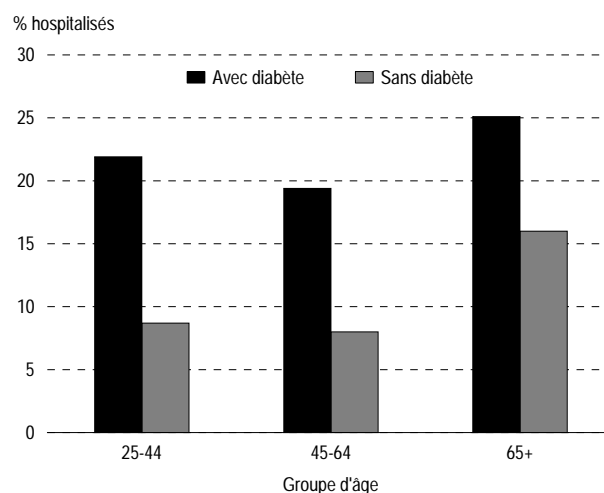
	Groupe d'âge					
	25-44		45-64		65+	
	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète
	%					
<b>Tabagisme</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Fumeur	36,8	36,6	26,5	28,8	9,0	15,3
Non-fumeur	63,2	63,4	73,5	71,2	91,0	84,7
<b>Indice de masse corporelle</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Insuffisant	--	9,6	--	4,9	--	--
Acceptable	--	45,9	20,0	35,8	--	--
Légèrement trop élevé	--	18,3	18,3	21,6	--	--
Poids excessif	49,7	26,2	60,6	37,6	--	--
<b>Indice de l'activité physique</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Actif	--	16,4	--	16,2	13,5	15,0
Modéré	--	22,0	18,2	21,9	15,1	20,4
Inactif	62,5	61,6	67,9	61,9	71,5	64,5

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, fichier Santé et fichier Général

-- Chiffres non disponibles

-- Nombres infimes.

Graphique 3  
Prévalence des jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge et l'état diabétique, Canada, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier général

examens de la vue. Plus de la moitié (55 %) des diabétiques âgés de moins de 45 ans n'avaient pas consulté de spécialiste de la vue durant l'année précédant l'enquête; cette proportion diminue légèrement (49 %) chez les personnes de 45 à 64 ans et elle est de 41 % chez les personnes de 65 ans et plus.

### Mot de la fin

Les données de l'ENSP indiquent qu'au Canada les personnes souffrant de diabète s'estiment en moins bonne santé que les personnes non diabétiques. Cette conclusion est corroborée par les mesures du nombre de jours d'hospitalisation et d'incapacité.

Par ailleurs, l'état de santé des diabétiques est souvent compromis par d'autres graves problèmes,

comme l'hypertension, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cataractes et le glaucome. Bien que certains comportements qui favorisent la santé, comme l'exercice physique et le fait de ne pas fumer, puissent retarder l'apparition de ces problèmes, les efforts visant à encourager ces comportements auprès des diabétiques semblent n'avoir eu qu'un succès mitigé dans la population en général. Enfin, la prévalence nettement plus élevée du diabète dans les populations à faible revenu, de même que les limites que peut imposer un faible revenu sur l'adoption de comportements visant à réduire les complications du diabète, sont d'importants facteurs à prendre en considération dans la planification des programmes de promotion de la santé.

Tableau 4  
Indicateurs de l'utilisation des services de santé, selon le groupe d'âge et l'état diabétique, Canada, 1994-1995

	Groupe d'âge					
	25-44		45-64		65+	
	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète	Avec diabète	Sans diabète
	%					
<b>Consultations médicales (12 derniers mois)</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0	--	21,4	6,4	20,2	--	11,7
1	--	20,9	5,7	20,2	7,0	14,2
2-3	18,5	25,7	15,8	24,3	11,0	24,0
4-11	46,8	22,6	47,6	25,7	45,7	34,2
12+	26,4	9,4	24,6	9,7	32,6	15,8
<b>Consultation d'un ophtalmologiste (12 derniers mois)</b>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0	55,0	72,6	49,0	61,5	40,7	52,4
1	30,2	23,8	36,7	33,3	36,7	34,4
2+	14,9	3,6	14,3	5,2	22,6	13,2
<b>Date du dernier contrôle de la pression artérielle</b>						
<6 mois	71,2	41,5	84,3	52,9	91,6	72,8

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995. Fichier général, sauf pour les données sur le contrôle de la pression artérielle qui proviennent du fichier Santé  
-- Nombres infimes.



## Références

1. Comité consultatif canadien de la recherche sur le diabète, «Diabetes-related research in Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 133, 1985, p. 103-105.
2. Groupe de travail national sur le diabète, *Status of Diabetes in Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1987.
3. M.H. Tan, *Diabetes Research in Canada: A Strategic Plan*, Ottawa, Conseil de recherches médicales du Canada, 1994.
4. Organisation mondiale de la santé, *Diabetes Mellitus: Report of a WHO Study Group*, Série de rapport technique n° 727, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985.
5. M.I. Harris, W.C. Hadden, W.C. Knowler et al., «Prevalence of diabetes and unpaired glucose tolerance and plasma glucose levels in U.S. population aged 20-74 years», *Diabetes*, 36, 1987, p. 523-534.
6. Statistique Canada, *Santé et aide du milieu, 1985*, n° 11-612F, n°1 au catalogue, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1987.
7. Statistique Canada, *L'état de santé des canadiens: rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, n° 11-612F au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Ottawa, 1994.
8. Comité consultatif canadien sur le diabète, «Clinical practice guidelines for the treatment of diabetes mellitus», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 147, 1992, p. 697-712.



# Pour commander les publications

Cette section présente un inventaire des produits et services d'information de la Division des statistiques sur la santé que peut se procurer le grand public. Cela comprend les publications (sur papier, disquette ou microfiche), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales.

### **Avortements thérapeutiques, 1995**

En 1995, le nombre et le taux d'avortement ont tous deux légèrement augmenté et atteint un niveau record. Cette hausse est cependant la plus faible enregistrée depuis 1990.

Les Canadiennes ont subi 106 658 avortements en 1995, en hausse de 0,4 % par rapport aux 106 255 avortements dénombrés en 1994. Cette progression est nettement inférieure à celles de 1,8 % observée en 1994, de 2,3 % en 1991 et 1993, et de 7,4 % en 1992.

Le taux national a augmenté, passant de 27,6 avortements pour 100 naissances vivantes en 1994 à 28,2 en 1995.

En 1995, les deux tiers des avortements thérapeutiques ont eu lieu dans des hôpitaux et environ le tiers dans des cliniques. Ce total inclut les 459 avortements thérapeutiques obtenus par des femmes canadiennes aux États-Unis, un chiffre en hausse comparativement aux 338 enregistrés en 1994.

Une partie de l'augmentation du taux d'avortement est attribuable à la diminution du nombre de naissances vivantes en 1995. Toutefois, la hausse du nombre et du taux d'avortement thérapeutique depuis 1989, est due principalement aux avortements effectués en clinique.

Les cliniques ont déclaré 35 650 avortements en 1995, soit 4 % de plus que l'année précédente. En 1995, plus de 33 % des avortements ont été pratiqués par des cliniques spécialisées, comparativement à 22 % en 1990.

Pour une deuxième année consécutive, le nombre d'avortements pratiqués par les hôpitaux a diminué, après avoir atteint le sommet en 1993. En 1995, 70 549 avortements thérapeutiques ont été pratiqués par des hôpitaux au Canada. Il s'agit d'un recul de 1,5 % par rapport à l'année précédente.

Des données démographiques et médicales ont pu être recueillies sur 69 % des femmes ayant subi un avortement en 1995. Ces données ont été obtenues pour 76 % des avortements à l'hôpital et

pour 54 % des avortements en clinique. Les données démographiques et médicales sont cependant incomplètes dans le cas des Canadiennes ayant subi un avortement aux États-Unis.

Les données sur l'avortement thérapeutique de 1995 ont été recueillies par l'Institut canadien de l'information sur la santé. Pour plus de renseignements sur la collecte de ces données, communiquez avec Sherry Kennedy au (416) 429-0477, poste 3532. Télécopieur : (416) 429-1953.

Pour plus de renseignements, communiquez avec Surinder Wadhwa au (613) 951-3415. Pour obtenir des tableaux statistiques, communiquez avec la Sous-section des services à la clientèle au (613) 951-1746, Division des statistiques sur la santé.

### **Cancer, 1994**

En 1994, 87 950 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués, une hausse ce qui constitue une hausse de moins de 1 % par rapport aux 87 649 cas diagnostiqués en 1993 (excluant le Québec).

Les données de 1994 sur l'incidence du cancer comprennent les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 1994 et déclarés par les registres du cancer de neuf provinces et des deux territoires. Les données du Québec ne sont pas encore disponibles.

Pour plus de renseignements, communiquez avec Judy Lee (613) 951-1775, Division des statistiques sur la santé ou avec la Sous-section de la production de l'information au (613) 951-1746, Division des statistiques sur la santé.

### **Estimations postcensitaires de la population**

Chaque numéro des Rapports sur la santé présente les estimations trimestrielles courantes. Pour les estimations préliminaires de la population du 1<sup>er</sup> juillet 1997, voir à la page suivante.

## Estimations postcensitaires préliminaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1<sup>er</sup> juillet 1997

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.-N.O.
	en milliers												
Les deux sexes	30 286,6	563,6	137,2	947,9	762,0	7 419,9	11 407,7	1 145,2	1 023,5	2 847,0	3 933,3	31,6	67,5
<1	363,2	5,6	1,7	10,3	8,1	82,9	139,2	15,5	13,0	38,1	46,9	0,5	1,5
1-4	1 552,6	24,3	7,1	44,1	35,4	362,2	594,4	65,2	56,3	159,3	196,5	1,9	5,9
5-9	2 049,4	35,4	9,9	63,0	48,8	474,0	777,5	83,5	79,3	214,6	253,1	2,4	8,0
10-14	2 027,1	41,2	10,1	64,1	51,5	456,8	758,5	81,5	81,8	215,7	257,2	2,4	6,4
15-19	2 024,1	43,2	10,0	63,4	52,3	502,0	731,8	78,7	77,3	203,3	254,5	2,3	5,3
20-24	2 034,5	43,7	9,7	65,1	55,3	485,5	750,8	79,7	70,5	202,6	264,0	2,2	5,4
25-29	2 203,0	44,3	9,7	68,3	57,0	503,9	851,3	81,0	64,0	218,5	296,2	2,4	6,3
30-34	2 564,4	45,7	10,7	77,9	62,5	619,3	1 003,7	90,0	73,8	243,8	327,4	3,1	6,5
35-39	2 706,0	47,5	11,0	82,9	64,6	674,3	1 024,0	95,2	82,7	267,1	347,3	3,3	5,9
40-44	2 465,9	47,0	10,2	76,3	62,2	626,5	905,8	86,9	78,0	242,2	323,2	2,9	4,8
45-49	2 183,8	43,1	9,6	69,4	57,2	560,0	809,3	76,3	63,8	195,1	293,3	2,8	3,8
50-54	1 794,1	34,8	8,0	57,7	45,6	478,7	666,0	62,7	51,0	151,4	233,7	2,0	2,5
55-59	1 382,6	25,2	6,1	44,3	34,6	365,6	520,5	48,9	42,3	113,9	178,6	1,0	1,8
60-64	1 210,0	21,0	5,6	38,6	29,5	310,9	463,2	43,8	40,0	98,6	156,5	0,8	1,4
65-69	1 141,3	18,7	5,0	35,0	28,5	294,0	438,0	42,5	39,5	89,1	149,3	0,8	1,0
70-74	986,1	15,9	4,4	30,4	25,0	246,2	381,9	39,5	36,6	73,4	131,9	0,5	0,6
75-79	743,0	13,0	3,7	26,0	20,3	177,8	278,6	32,6	31,2	55,9	103,4	0,2	0,2
80-84	476,6	8,1	2,6	17,3	13,1	111,1	174,3	22,8	22,8	35,9	68,4	0,1	0,2
85-89	251,6	4,1	1,4	9,2	7,1	58,7	92,1	12,2	12,9	18,5	35,3	0,0	0,1
90+	127,1	1,8	0,8	4,7	3,5	29,6	46,8	6,6	6,7	10,0	16,7	0,0	0,1
<b>Hommes</b>	<b>14 999,7</b>	<b>281,3</b>	<b>67,8</b>	<b>466,7</b>	<b>376,9</b>	<b>3 657,2</b>	<b>5 636,3</b>	<b>567,8</b>	<b>508,3</b>	<b>1 432,5</b>	<b>1 953,6</b>	<b>16,3</b>	<b>35,0</b>
<1	186,0	2,8	0,9	5,2	4,2	42,5	71,4	7,9	6,5	19,5	24,2	0,2	0,7
1-4	795,8	12,5	3,7	22,8	18,1	185,2	304,5	33,4	28,6	81,8	101,3	0,9	3,0
5-9	1 049,5	18,2	5,1	32,4	24,9	242,7	398,3	42,9	40,4	109,9	129,2	1,3	4,2
10-14	1 035,4	21,0	5,2	32,6	26,2	232,8	388,2	42,0	41,4	110,4	131,0	1,2	3,3
15-19	1 037,3	21,7	4,9	31,9	26,9	257,2	375,9	39,9	40,1	104,1	130,8	1,2	2,7
20-24	1 032,1	22,3	5,0	33,1	28,1	247,2	380,2	40,8	36,0	103,4	132,2	1,1	2,7
25-29	1 110,4	22,7	5,0	34,9	29,0	256,6	425,8	41,2	32,0	110,8	148,0	1,2	3,3
30-34	1 298,2	22,7	5,2	39,5	31,6	316,0	507,0	45,7	36,7	124,4	164,5	1,6	3,4
35-39	1 364,7	23,7	5,4	40,9	32,3	341,0	516,6	48,6	41,8	136,1	173,6	1,6	3,0
40-44	1 231,0	23,3	5,1	37,5	30,8	313,7	449,1	43,6	40,1	123,4	160,5	1,4	2,5
45-49	1 096,0	21,7	4,9	34,6	28,9	280,4	402,7	38,5	32,8	99,5	148,4	1,4	2,1
50-54	899,1	17,7	4,1	29,2	23,2	237,5	332,0	31,6	25,7	77,1	118,4	1,1	1,4
55-59	687,3	12,9	3,1	22,1	17,4	180,0	257,5	24,1	20,8	58,2	89,6	0,7	1,0
60-64	593,7	10,6	2,7	19,0	14,5	149,3	226,5	21,7	19,9	49,3	79,1	0,4	0,7
65-69	544,9	9,2	2,5	16,4	13,3	135,8	209,6	20,1	19,2	43,7	74,2	0,5	0,5
70-74	439,0	7,5	2,0	13,4	11,0	106,2	169,5	17,6	16,9	33,9	60,5	0,3	0,3
75-79	305,6	5,7	1,5	10,6	8,5	69,7	114,9	13,4	13,3	23,8	44,1	0,1	0,1
80-84	177,9	3,2	0,9	6,5	5,0	38,7	65,2	8,7	9,1	13,8	26,8	0,0	0,1
85-89	81,9	1,4	0,5	3,0	2,3	17,5	29,6	4,2	4,7	6,4	12,3	0,0	0,1
90+	33,7	0,5	0,2	1,1	0,9	7,2	11,8	1,8	2,1	3,1	5,0	0,0	0,0
<b>Femmes</b>	<b>15 286,9</b>	<b>282,3</b>	<b>69,4</b>	<b>481,2</b>	<b>385,1</b>	<b>3 762,7</b>	<b>5 771,4</b>	<b>577,4</b>	<b>515,2</b>	<b>1 414,5</b>	<b>1 979,7</b>	<b>15,3</b>	<b>32,5</b>
<1	177,2	2,8	0,8	5,1	3,9	40,5	67,8	7,6	6,5	18,6	22,6	0,2	0,7
1-4	756,8	11,8	3,4	21,3	17,3	177,0	289,9	31,9	27,7	77,5	95,2	1,0	2,8
5-9	999,9	17,2	4,8	30,5	23,9	231,2	379,2	40,6	38,8	104,7	123,9	1,1	3,9
10-14	991,8	20,3	4,9	31,5	25,3	223,9	370,3	39,5	40,4	105,3	126,1	1,2	3,1
15-19	986,8	21,5	5,0	31,5	25,4	244,9	355,9	38,8	37,2	99,3	123,8	1,1	2,6
20-24	1 002,4	21,4	4,7	32,1	27,2	238,2	370,6	38,9	34,5	99,2	131,8	1,1	2,7
25-29	1 092,6	21,6	4,8	33,5	28,0	247,3	425,5	39,8	32,0	107,7	148,2	1,2	3,1
30-34	1 266,2	23,0	5,5	38,5	30,9	303,2	496,7	44,3	37,1	119,4	162,9	1,5	3,1
35-39	1 341,3	23,8	5,6	42,0	32,3	333,4	507,4	46,6	40,9	131,0	173,7	1,7	2,9
40-44	1 234,9	23,6	5,0	38,8	31,4	312,7	456,6	43,4	38,0	118,8	162,7	1,5	2,3
45-49	1 087,8	21,5	4,7	34,7	28,3	279,7	406,6	37,8	31,0	95,6	144,9	1,4	1,6
50-54	895,0	17,1	3,9	28,6	22,4	241,2	333,9	31,1	25,2	74,3	115,3	0,9	1,1
55-59	695,3	12,3	3,0	22,2	17,2	185,6	263,0	24,8	21,5	55,7	89,0	0,4	0,8
60-64	616,2	10,4	2,9	19,6	15,0	161,6	236,7	22,1	20,1	49,3	77,4	0,4	0,7
65-69	596,4	9,5	2,5	18,5	15,2	158,2	228,4	22,3	20,3	45,5	75,2	0,3	0,5
70-74	547,1	8,4	2,3	17,0	14,0	140,0	212,3	21,9	19,7	39,5	71,4	0,2	0,3
75-79	437,4	7,3	2,2	15,3	11,8	108,1	163,7	19,2	17,9	32,1	59,4	0,1	0,2
80-84	298,7	4,9	1,7	10,9	8,1	72,4	109,2	14,1	13,8	22,0	41,5	0,1	0,1
85-89	169,7	2,6	1,0	6,2	4,8	41,2	62,5	8,0	8,2	12,1	23,0	0,0	0,0
90+	93,4	1,3	0,6	3,6	2,6	22,3	35,0	4,8	4,6	6,9	11,7	0,0	0,0

Source : Division de la démographie, section des estimations de la population

Nota : Les estimations de la population sont ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement et incluent les résidents non-permanents.



Pour obtenir les produits suivants veuillez appeler :

Division du marketing, Ventes et services  
 Statistique Canada  
 Ottawa (Ontario)  
 K1A 0T6  
 Téléphone : (613) 951-7277  
 1-800-267-6677, appeler sans frais, au Canada  
 Télécopieur : (613) 951-1584

*Il n'est pas nécessaire de nous faire parvenir une confirmation pour une commande faite par téléphone ou télécopieur.*

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
<b>Rapports sur la santé</b> · par année · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	116 \$	116 \$	116 \$
			35 \$	35 \$	35 \$
<b>Indicateurs sur la santé</b>	82-221-XDB	Disquette	250 \$	250 \$	250 \$
<b>Naissances</b>					
Naissances et décès	84-210-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, de 1921 à 1991	82-553-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
<b>Cancer</b>					
Le cancer au Canada	82-218-XPB	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993	82-566-XPB	Papier	42 \$	42 \$	42 \$
<b>Décès</b>					
Causes de décès	84-208-XPB	Papier	62 \$	62 \$	62 \$
Naissances et décès	84-210-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Mortalité : Liste sommaire des causes	84-209-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, de 1921 à 1990	82-549-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
<b>Divorce</b>					
Divorces	84-213-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-213-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
<b>Hôpitaux</b>					
Indicateurs des hôpitaux	83-246-XPB	Papier	60 \$	72 \$	84 \$
	83-246-XMB	Microfiche	45 \$	54 \$	63 \$
<b>Hospitalisation</b>					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales	82-216-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	82-216-XMB	Microfiche	35 \$	42 \$	49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
<b>Espérance de vie</b>					
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
<b>Mariage</b>					
Mariages	84-212-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-212-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Certains renseignements sur les mariages contractés, de 1921 à 1990	82-552-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	82-552-XDB	Disquette	60 \$	72 \$	84 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
<b>Hygiène mentale</b>					
La statistique de l'hygiène mentale	83-245-XPB	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
<b>Enquête nationale sur la santé de la population</b>					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
<b>Personnel infirmier</b>					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s	83-243-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	83-243-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
<b>Établissements de soins de santé</b>					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes	83-237-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	83-237-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
<b>Avortements thérapeutiques</b>					
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques, de 1970 à 1991	82-550-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Avortements thérapeutiques	82-219-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	82-219-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.



**Fichiers de microdonnées**

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés  
 Division des statistiques sur la santé  
 Statistique Canada  
 Ottawa, Ontario  
 K1A 0T6  
 Téléphone : (613) 951-1746  
 Télécopieur : (613) 951-0972

*Il n'est pas nécessaire de nous faire parvenir une confirmation pour une commande faite par téléphone ou télécopieur.*

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1991-1995	Numéro du produit	Version	Prix†			
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)	
Composante des : ménages	· ASCII	82F0001XDB95001	Disquette	1,300 \$	1,300 \$	1,300 \$
	· ASCII et Ivision	82F0001XCB95001	CD-ROM	1,600 \$	1,600 \$	1,600 \$
Composante des : établissements de soins spéciaux	· ASCII	82M0010XDB	Disquette	500 \$	500 \$	500 \$



**Totalisations spéciales**

La Division des statistiques sur la santé offre un service de totalisations spéciales afin de répondre aux besoins particuliers en ressources, ainsi que des données publiées, tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés  
 Division des statistiques sur la santé  
 Statistique Canada  
 Ottawa (Ontario)  
 K1A 0T6  
 Téléphone : (613) 951-1746  
 Télécopieur : (613) 951-0972

*Il n'est pas nécessaire de nous faire parvenir une confirmation pour une commande faite par téléphone ou télécopieur.*

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.



..... **Communiqué** .....

## **Indicateurs sur la santé sixième édition, 1997**

**Une source de référence unique pour suivre les tendances dans le domaine de la santé**

### **Vous cherchez des renseignements sur...**

- Les avortements et les naissances chez les adolescentes
- Le nombre de fumeurs
- Les personnes souffrant d'hypertension
- L'espérance de vie
- Les années potentielles de vie perdue
- Le nombre de suicides
- Les incapacités dues aux accidents de véhicules automobiles
- Les dépenses de santé
- La durée moyenne de l'hospitalisation
- Les services médicaux et les paiements

Les *Indicateurs sur la santé* constituent une base exhaustive de données sur la santé qui couvre non seulement ces sujets, mais bien d'autres. On y trouve des informations sur 56 variables différentes, dont certaines portent sur plusieurs années; ces données représentent au total plus de deux millions d'observations sur les déterminants de la santé, l'état de la santé et les ressources de la santé. De plus, dans cette sixième édition, 30 indicateurs reliés à la santé ont été mis à jour à partir des données les plus récentes de Statistique Canada.

La base de données est publiée sur disquettes haute densité; l'accès aux données sur la santé se fait à l'aide de **Ivision**, un progiciel facile d'utilisation qui permet de faire des recherches par mot-clé, d'imprimer des tableaux, des graphiques et des cartes et de sauvegarder des tableaux sous plusieurs formats.

La publication *Les Indicateurs sur la santé, 1997* (n° 82-221-XDE au catalogue) est offerte au coût de 250 \$ (TPS et TVP applicable en sus). [250 \$ US aux États-Unis et dans les autres pays]

#### **Pour commander**

Écrivez à Statistique Canada, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Composez sans frais le 1-800-267-6677. Par télécopieur, composez le 1-800-889-9734 et faites porter à votre compte Visa ou MasterCard. Ou adressez-vous au centre de consultation de Statistique Canada le plus proche (consultez la liste des adresses). Courrier électronique : [order@statcan.ca](mailto:order@statcan.ca).